

Programma attuativo della Regione Toscana per le Mutilazioni Genitali Femminili - DGR 619 del 27-06-2016

Raccomandazioni per la prevenzione, segnalazione, sorveglianza e negoziazione delle mutilazioni genitali femminili tra le donne adulte e le minori provenienti dai paesi a rischio

PREMESSA

La gestione del progetto "Intesa concernente il sistema di interventi da sviluppare per la prevenzione e il contrasto del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili (MGF) di cui all'art. 3, comma 1, della legge 9 gennaio 2006, n. 7" finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri è affidato dalla Regione Toscana al Centro di Salute Globale. Il Centro, in collaborazione con l'Associazione Nosotras Onlus, ha elaborato alcune raccomandazioni finalizzate alla prevenzione, segnalazione, sorveglianza e negoziazione delle MGF tra le donne e le minori dei Paesi identificati come a rischio. Tali raccomandazioni nascono come risposta a un'esigenza di prevenzione delle pratiche di MGF, contemplata dalla legge 9 gennaio 2006, n. 7 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 14 del 18 gennaio 2006¹.

L'art. 4 della sopra citata legge prevede che il Ministero della Salute emani Linee guida² destinate alle figure professionali sanitarie e alle altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile. Scopo principale di tali linee guida è la realizzazione di attività rivolte alla prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine, vittime o potenziali vittime di tale pratica. Le linee guida, inoltre, sono uno strumento attraverso il quale le Regioni possono attivare sul territorio tutte le iniziative volte alla formazione del personale sanitario, e rappresentano una facilitazione per adeguare le conoscenze

e le modalità di cura per rispondere in modo corretto ed efficace alla domanda di salute proveniente da una specifica fascia di popolazione femminile immigrata. È da tali linee guida che questo lavoro prende corpo. Lo scopo primario della legge 7/2006 è la tutela delle donne e delle bambine che rischiano di esservi sottoposte. Nonostante la sua funzione deterrente, la legge non si è rivelata sufficiente a svolgere l'opera di dissuasione per un progressivo sradicamento di tale pratica. La ragione per cui la tradizione escissoria non perde di imperatività, neppure nelle comunità immigrate, ha ampie e profonde radici. Quando si parla di MGF spesso si ricorre a stereotipi e informazioni parziali, talvolta non corrette, che non rispecchiano la complessità e la diversità delle pratiche. In questo caso la buona informazione e un percorso che coinvolga tutte le figure interessate, si rivela il mezzo più efficace: informazione e prevenzione sono quindi intese come armi per realizzare una tutela effettiva contro le MGF, passando attraverso la consapevolezza delle conseguenze dannose per la salute psico-fisica. Il ricorso alle vie giudiziali e alle sanzioni penali devono rimanere l'*extrema ratio*.

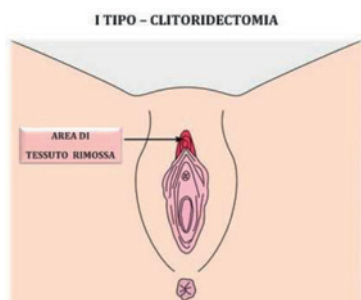
DEFINIZIONE E DIFFUSIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con l'espressione MGF³ fa riferimento (1995) a "tutte le forme di rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre modificazioni indotte agli organi genitali femminili, effettuate per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche"⁴.

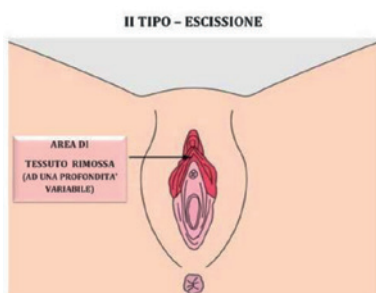
L'OMS (2007) identifica quattro forme di MGF⁵. I primi 3 tipi prevedono dei sottotipi.

Tipo I. Ia: Rimozione del glande clitorideo o del solo prepuzio, paragonabile alla circoncisione maschile.

Ib: Rimozione del clitoride e del prepuzio (clitoridectomia). Fonte immagini: www.forums.studentdoctor.net.



Tipo II. Ila: rimozione delle piccole labbra. **Ilb:** rimozione delle piccole labbra e rimozione parziale o totale del clitoride. **Ilc:** rimozione parziale o totale del clitoride, delle piccole labbra e delle grandi labbra. Fonte immagini: www.forums.studentdoctor.net.

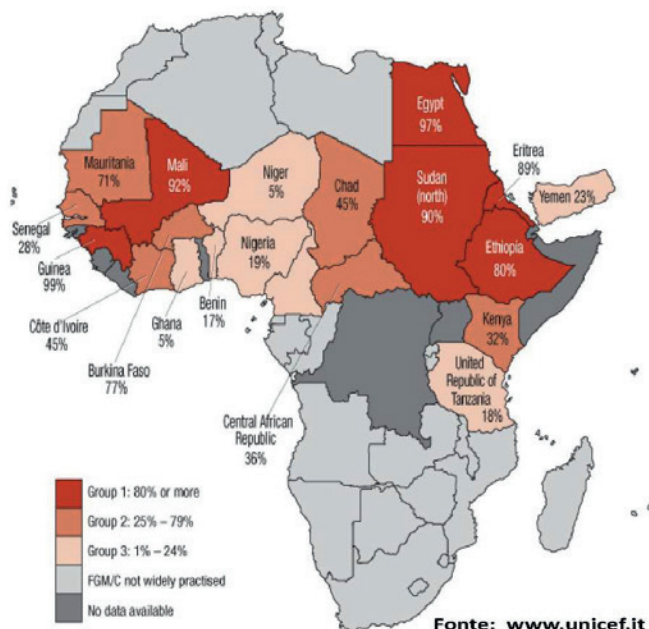


Tipo III. IIIa: rimozione, apposizione e adesione delle sole piccole labbra. **IIIb:** rimozione, apposizione e adesione delle grandi labbra. Fonte immagini: www.forums.studentdoctor.net.



Tipo IV. Tutte le altre procedure lesive praticate sugli organi genitali femminili senza fini terapeutici, quali ad esempio: piercing, incisioni, scarificazioni e la cauterizzazione.

Diffusione sul territorio africano



L'età delle donne sottoposte a tali pratiche varia all'interno delle diverse comunità, ma generalmente è concentrata nel periodo della pre-adolescenza. In alcune comunità la mutilazione può essere praticata anche su donne più adulte, alla vigilia del matrimonio o all'inizio della prima gravidanza, e persino su donne che hanno appena partorito. Queste modalità variano a seconda della cultura di appartenenza. Come l'età anche le modalità di esecuzione variano a seconda dei paesi e delle etnie.

Attualmente, le MGF sono diffuse in almeno 28 paesi africani⁶, in alcuni paesi asiatici (Indonesia, Malesia e alcune regioni dell'India) e in Medio Oriente (Iran, Iraq, Yemen, Oman, Arabia Saudita, Israele)⁷.

Secondo i dati forniti dall'OMS, dal Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF) e dal Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA), dai 100 ai 140 milioni di donne e bambine nel mondo hanno subito mutilazioni genitali e ogni anno dai 2 ai 3 milioni di donne sono potenzialmente esposte al rischio di subire tali pratiche; le più frequenti rientrano nel I e II tipo della classificazione sopra esposta⁸.

Il fenomeno dell'immigrazione ha portato a una diffusione delle MGF anche in Europa, ove si calcola che siano circa 500.000 le donne che hanno subito una delle tipologie di MGF. Si stima, inoltre, che ogni anno

TOSCANAPopolazione residente: **3.692.828** • Stranieri residenti: **350.761**Incidenza % stranieri su popolazione: **9,5**

Paesi africani	Area continentale	Maschi	Femmine	Totale	Valore %
Benin (ex Dahomey)	Africa occidentale	34	45	79	0,4
Burkina Faso (ex Alto Volta)	Africa occidentale	84	36	120	0,7
Camerun	Africa centrale	348	309	657	3,6
R.C.A.	Africa centrale	1	4	5	0,0
Ciad	Africa centrale	42	6	48	0,3
Costa d'Avorio	Africa occidentale	377	329	706	3,9
Egitto	Africa settentrionale	1179	673	1852	10,2
Eritrea	Africa orientale	147	247	394	2,2
Etiopia	Africa orientale	154	288	442	2,4
Gambia	Africa occidentale	17	2	19	0,1
Ghana	Africa occidentale	179	73	252	1,4
Gibuti	Africa orientale	–	–	–	–
Guinea	Africa occidentale	67	24	91	0,5
Guinea Bissau	Africa occidentale	9	1	10	0,1
Kenya	Africa orientale	28	42	70	0,4
Liberia	Africa occidentale	20	8	28	0,2
Mali	Africa occidentale	98	7	105	0,6
Mauritania	Africa occidentale	11	5	16	0,1
Niger	Africa occidentale	27	22	49	0,3
Nigeria	Africa occidentale	1518	1788	3306	18,2
Senegal	Africa occidentale	6740	2016	8756	48,3
Sierra Leone	Africa occidentale	17	7	24	0,1
Somalia	Africa orientale	481	279	760	4,2
Sudan	Africa orientale	55	15	70	0,4
Sud Sudan	Africa centrale	2	0	2	0,0
Tanzania	Africa orientale	20	22	42	0,2
Togo	Africa occidentale	137	76	213	1,2
Uganda	Africa orientale	8	8	16	0,1
Zambia	Africa meridionale	1	2	3	0,0
Totale		11.801	6.334	18.135	100,0

circa 180.000 donne emigrate in Europa rischiano di essere sottoposte a MGF⁸.

Per quanto riguarda il nostro Paese, secondo i dati emersi dallo studio effettuato dall'Istituto Piepoli, le donne di età inferiore ai 17 anni, potenziali vittime attuali o future del fenomeno, sono circa 4.600⁷.

Come è noto è difficile riuscire ad avere dati aggiornati riguardo al fenomeno nei vari territori. È possibile però fare delle stime considerando la popolazione fem-

minile proveniente da un paese a tradizione escissoria residente sul territorio.

I dati sono mancanti o poco attendibili riguardo alla numerosità della popolazione non residente in Italia (cioè soggiornanti senza permesso regolare). L'unica stima che vede concordi più fonti, con riferimento alle ricerche dell'Istituto Piepoli e al Dossier annuale Caritas-Migrantes, è quella di considerare 1 irregolare ogni 5 regolari. Quindi al numero dei regolari andrebbe

aggiunto tendenzialmente un 20% in più di irregolari. L'obiettivo difficoltà nel quantificare e individuare il fenomeno nel nostro territorio attiene al problema di quantificare il reale numero di persone coinvolte, che tenga conto anche del numero di irregolarmente presenti. Un'ulteriore difficoltà è dovuta al reperimento di dati attendibili riguardo al fenomeno e alla sua diffusione tra le minori considerate a rischio.

ORIGINI E MOTIVAZIONI SOCIO-CULTURALI

La pratica della mutilazione sembra avere origini molto antiche. Numerose testimonianze confermano la presenza di tale pratica nell'Egitto dei faraoni, negli scritti dello storico greco Erodoto (V sec. a.C.) e nell'antica Roma. Tuttavia, contrariamente a una diffusa opinione, le MGF non rientrano tra le prescrizioni religiose. In particolare il collegamento con la religione islamica è privo di ogni fondamento, poiché nessuna indicazione in tal senso è contenuta nel Corano e nella dottrina musulmana. La pratica è infatti stata riscontrata trasversalmente in tutte le religioni. Le MGF rientrano fra le pratiche di costruzione sociale e culturale del sesso e del genere⁹. L'uso del corpo si differenzia nelle epoche così come nelle varie culture. Senza entrare nel merito delle varie tipologie e differenziazioni, si può affermare che le MGF sono considerate riti di passaggio, di iniziazione, di "purificazione" del sesso e del genere che avvengono attraverso l'eliminazione, la riduzione o la modificazione di parti del corpo considerate altrimenti ambigue. Secondo i miti Dogon e Bambara, ogni essere umano alla sua nascita è dotato di due sessi, femminile e maschile, il prepuzio sarebbe il principio del femminile nell'uomo e la clitoride sarebbe il pene della donna. Tagliando si pone fine al caos: simbolicamente attraverso questa pratica che si conclude il percorso per diventare donna a tutti gli effetti.

[...] donne o uomini non si nasce, lo si diventa. Fin dalla nascita di un individuo, la definizione del suo sesso non è data per scontata e anzi ha bisogno di essere costruita mediante rituali e imposizioni di marchi simbolici, talvolta impressi nella sua carne, che valgono come segni di appartenenza a quella cultura particolare¹⁰.

Si affianca a questo poi la concezione per cui la pratica escissoria abbia un valore positivo in relazione ai rapporti

sessuali e durante l'espletamento del parto. Il contatto con la clitoride e/o le labbra potrebbe arrecare un danno all'uomo, durante l'atto sessuale, come al neonato¹¹.

Come si è visto, sul piano sociale la pratica è funzionale alla costruzione dell'identità di genere: non sottoporsi a tale rituale è sinonimo di esclusione sociale e di un vero e proprio allontanamento dal nucleo familiare. La ritualità si trasmette di madre in figlia, da una generazione all'altra, con la pressione della collettività che esercita un forte ruolo decisionale.

Nei paesi ospiti l'importanza della pratica è altrettanto forte e la valenza simbolica del rituale non viene meno. Questo spiega la presenza di tale fenomeno anche fuori dai paesi di origine.

Tra i fattori che determinano il rischio, per una bambina o una ragazza, di essere sottoposta a una delle tipologie di MGF, si specificano:

- appartenenza a gruppi in cui vengono praticate nei paesi di origine le MGF;
 - appartenenza a un nucleo familiare in cui la madre e la/le sorella/e sia/siano già state sottoposte a MGF.
- Tra gli elementi concomitanti troviamo, ad esempio:
- prossimità di un viaggio al Paese d'origine, ove sia diffusa la pratica di MGF;
 - assenza prolungata e ingiustificata da scuola.

COMPLICANZE¹²

Ogni operatore sanitario deve conoscere le complicanze legate alla MGF, per diagnosticarle correttamente e trattarle nel modo più efficace. Vengono distinte in: a) immediate, che colpiscono la bambina subito dopo l'intervento; b) a lungo termine, che affliggono la donna per tutta la vita se non trattata.

Dipendono da vari fattori quali quantità di tessuto asportato, modalità di intervento, capacità ed esperienza dell'operatore/trice, condizioni igieniche nelle quali viene praticata, condizioni di salute della bambina (che potrebbe avere già di per sé anemia, una malattia infettiva o essere in condizioni di malnutrizione), contesto emotivo (al momento dell'operazione e nel corso della vita).

Complicanze immediate

Una revisione sistematica della letteratura pubblicata da Berg nel 2014¹³ evidenzia che le complicanze più frequenti sono l'emorragia (5-62%), la ritenzione urinaria

ria (8-53%) e l'edema dei genitali (2-27%) Sono inoltre riportate infezioni, febbre, setticemia.

Dove l'unico strumento usato per più bambini non viene sterilizzato, è facile trasmettere tetano, HIV, epatite^{14 15}. Il lavoro di Berg riporta 3 morti sicuramente riconducibili agli effetti diretti della MGF.

Complicanze a lungo termine

La revisione sistematica di Berg riporta un'associazione costante tra MGF e infezioni del tratto genito-urinario e dispareunia. Di seguito vengono riportate le complicanze più facilmente riscontrabili durante la pratica medica in donne portatrici di MGF.

Cicatrici vulvari e cisti

Dopo una MGF può residuare una cicatrice deturpante e dolorosa, e il 3% di questi casi è rappresentato da cheloidi. Cisti epidermoidi e cisti sebacee legate all'inclusione di annessi cutanei nella cicatrice sono frequenti e vanno trattate chirurgicamente¹⁶.

Abbastanza frequenti e spesso non diagnosticati sono i neurinomi clitoridei, causa di dolori spontanei e durante i rapporti, che diagnosticati e trattati ridanno qualità di vita alla donna che ne è affetta¹⁷⁻¹⁹.

Complicanze del tratto urinario

Le complicanze che interessano il basso tratto urinario sono molto comuni specialmente nelle donne con MGF di tipo II e III²⁰. Il flusso dell'urina risulta ostacolato dalla cicatrice dell'infibulazione con sintomi di ostruzione urinaria e ristagno delle urine, che possono condurre a frequenti infezioni delle basse vie urinarie e alla formazione di calcoli sia vaginali che retrocicatriziali²¹. Questi casi si risolvono con la deinfibulazione. Eventuali danni all'uretra provocati da qualsiasi tipo di MGF possono condurre a stenosi e fistole che richiedono l'intervento di urologi e uroginecologi specializzati. La letteratura riporta casi di vescica iperattiva/urgenza incontinenza²² trattati con successo prima con una deinfibulazione e poi con la rieducazione del pavimento pelvico.

Dispareunia, apareunia e ridotta funzione sessuale

La dispareunia può essere legata alla ristrettezza dell'ostio vaginale e alla presenza di cicatrice con neurinoma o alla presenza di briglie cicatriziali, tutti eventi

da trattare chirurgicamente. Sono stati descritte anche lacerazioni durante i rapporti sessuali e apareunia²³. Le conseguenze negative sulla funzione sessuale sono riportate da vari autori e descritte come dolori, mancanza di desiderio e di eccitazione, mancanza o ridotta frequenza dell'orgasmo, della lubrificazione e della soddisfazione sessuale²⁴⁻²⁶.

Altri studi comunque riportano che non necessariamente tutte le donne con MGF hanno un vissuto sessuale negativo, specialmente se non vi sono gravi complicanze e hanno una relazione con partner premuroso²⁷, e dimostrano che in caso di disfunzione sessuale vi è la possibilità di riabilitare le donne a una vita sessuale completa e appagante.

Sequela psicologiche

Le MGF sono interventi invasivi sul corpo femminile, destinati ad alterarne l'aspetto anatomico originario e a minarlo in quello funzionale. Nonostante nei contesti tradizionali ove vengono praticate esistano meccanismi sociali che garantiscono un forte sostegno emotivo, spesso le possibili conseguenze di tipo fisico sono motivo di gravi problematiche di ordine sociale e psicologico.

Sono stati descritti effetti psicologici come improvvisi ricordi dolorosi (flashback), attacchi d'ansia, stress post-traumatico²⁸. Questi effetti sono ancora più gravi in terra di immigrazione, soprattutto nelle giovani e nelle adulte che si confrontano con modelli di socializzazione e di costruzione dell'identità femminile completamente diversi dalla cultura di origine. Ci sono donne che attribuiscono all'esperienza mutilatoria sentimenti di umiliazione, di impotenza, e riferiscono di aver vissuto l'operazione come uno stupro e come un tradimento imperdonabile da parte della famiglia.

Viceversa ci sono donne che si dicono fiere e orgogliose della loro MGF, e negano qualsiasi complicanza fisica, psicologica o sessuale arrivando a "normalizzare" alcuni disturbi che solo con il tempo e con il contatto con altre donne vengono riconosciuti come tali^{29 30}. Tra molte ragazze si sono individuati episodi di tipo psicotico con l'avvicinarsi della consumazione del matrimonio³¹ Il quadro che si presenta in taluni casi può essere accompagnato anche da disturbi nell'area dell'affettività e della sessualità.

Difficoltà mestruali

Infezioni vaginali e PID (*pelvic inflammatory disease*)

Le MGF sono state associate a un aumentato rischio di infezioni sia batteriche che virali come l'*Herpes simplex*³³. Non vi sono evidenze epidemiologiche conclusive per sostenere un aumento del rischio di PID legato alle MGF. Uno studio sudanese con casi controllo ha evidenziato la stessa incidenza di infezioni da clamidia, gonorrea e sifilide in donne con e senza MGF³⁴.

Infertilità

Attualmente non vi sono evidenze o studi accurati per confermare se le MGF portino alla sterilità, che potrebbe essere legata alle infezioni ascendenti causate dalla procedura mutilatoria. Uno studio del 2005 ha però trovato una correlazione tra la MGF e la presenza di sterilità primaria³⁵.

Complicanze ostetriche

La ricerca sulle complicanze ostetriche delle MGF è ostacolata da una metodologia non omogenea e rigorosa e dal fatto che in Africa, dove la MGF è in genere praticata, mortalità e morbilità materna e perinatale sono comunque alte a causa di altri fattori. Complicanze ostetriche sono state descritte con tutti i tipi di MGF, tuttavia, i rischi sono maggiori con i tipi II e III.

Complicanze materne associate alla MGF sono state descritte in Africa, Nord America e in Europa.

Un ampio studio prospettico dell'OMS su esiti materni e perinatali in 28.000 donne in sei paesi africani ha riportato esiti negativi in presenza di MGF³⁶.

Una meta-analisi di Berg et al.³⁷ sugli esiti ostetrici materni ha revisionato gli studi condotti in paesi occidentali (USA ed Europa) in donne provenienti dall'Africa. La meta-analisi ha riportato nelle donne con MGF un aumento del rischio di travaglio prolungato, emorragia post-partum, traumi perineali, aumento del rischio di parto cesareo, maggiore necessità di rianimazione neonatale, maggior rischio di morte neonatale, di feto nato morto, e di parto prematuro.

Fino a ora non ci sono stati studi di buona qualità sugli esiti perinatali delle MGF, ma studi epidemiologici sui migranti non europei in Europa hanno evidenziato una maggiore incidenza di aborti e morte neonatale, per

cui donne provenienti da paesi che praticano MGF possono essere considerate a rischio più elevato^{38,39}. Sebbene sia stato associato alle MGF un alto rischio di fistole retto-vaginali o vescico-vaginali, gli studi al riguardo non hanno dimostrato tale correlazione⁴⁰. Altre conseguenze ostetriche legate alla presenza di MGF sono: paura del parto, difficoltà nel monitoraggio *intrapartum* (in caso di applicazione di elettrodi sul cuoio capelluto fetale o pre-prelievo ematico), difficoltà di cateterismo durante il travaglio, infezione della ferita e ritenzione dei lochia³⁶.

LA DISCIPLINA GIURIDICA

Le MGF rappresentano una violazione dei diritti fondamentali della persona. Le donne e bambine che vi sono sottoposte, anche in contrasto con la loro volontà, subiscono una violazione del diritto alla vita, dell'integrità fisica e della salute e possono, in determinate circostanze, assumere forma di tortura e/o di trattamento inumano e degradante⁴¹.

In ambito sovranazionale, le pratiche di MGF, si pongono in contrasto con:

- la *Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo* del 1948, che all'art. 3 stabilisce che "Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà e alla sicurezza della propria persona" e all'art. 5 prescrive che "Nessun individuo potrà essere sottoposto a tortura o a trattamento o a punizione crudeli, inumani o degradanti";
- la *Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza* approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 (CRC);
- la *Convenzione sui diritti del fanciullo*, adottata a New York il 20 novembre 1989 e aperta alla firma dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con risoluzione 44/25 del 20 novembre 1989 che all'art. 24 c. 3 prevede che "Gli Stati parti adottano ogni misura efficace atta ad abolire le pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute dei minori." e all'art. 37 afferma che nessun bambino deve essere sottoposto a tortura o a trattamenti inumani e degradanti;
- la *Dichiarazione di Pechino*, adottata il 15 settembre 1995 nell'ambito della quarta conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulle donne;
- la *Risoluzione 2003/28* resa dalla Commissione dei Diritti dell'Uomo delle Nazioni Unite il 22 aprile

2003, che istituisce la giornata internazionale della Tolleranza Zero nei confronti delle MGF, il 6 febbraio;

- il Protocollo aggiuntivo alla Carta Africana sui diritti dell'uomo e delle donne in Africa (2003), conosciuto come *Protocollo di Maputo*, in cui gli Stati si impegnano a promuovere la parità di diritti tra uomo e donna, anche sul fronte salute, compresa la salute sessuale e riproduttiva (artt. 5 e 14).

In ambito europeo, si ricordano:

- la CEDU, Convenzione europea dei diritti dell'Uomo, così come modificata dai Protocolli nn. 11 e 14 e Protocolli nn. 1, 4, 6, 7, 12 e 13;
- la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica – Istanbul⁴², 11 maggio 2011 (art. 38);
- la Risoluzione del Parlamento europeo del 14 giugno 2012⁴³ sull'abolizione delle MGF (2012/2684-RSP);
- la Risoluzione del Parlamento europeo del 24 marzo 2009 sulla lotta contro le mutilazioni sessuali femminili praticate nell'UE;
- la Risoluzione della commissione per le pari opportunità del Consiglio d'Europa sulle MGF del 12 aprile 1999;
- la Relazione sulle MGF, adottata il 3 maggio 2001 dall'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa.

Molte legislazioni di Paesi UE, Belgio, Francia, Germania, Olanda, Austria, Spagna, Svizzera qualificano le MGF come fattispecie criminosa nell'ordinamento giuridico interno. La Svezia, la Gran Bretagna e la Norvegia hanno invece adottato leggi speciali in materia⁴⁴.

In Italia, con Legge 9 gennaio 2006, n.7 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", pubblicata nella G.U. n. 14 del 18 gennaio 2006, è stato introdotto l'art. 583 bis cp che sanziona con pene assai afflittive le pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili.

La norma introduce il nuovo reato di pratica di MGF, punendo con la reclusione da quattro a dodici anni "(...) chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione agli organi genitali femminili". Il secondo comma, introduce il delitto di "lesioni genitali", prevedendo la pena della reclusione da tre a sette anni per "(...) chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, provoca, al fine di menomare le funzioni sessuali, lesioni agli organi

genitali femminili diverse da quelle indicate al primo comma, da cui derivi una malattia nel corpo e nella mente". Il bene giuridico tutelato dall'art. 583 bis c.p. è l'integrità fisica e la salute psicofisica della persona, ma anche la sua dignità personale, quali valori costituzionalmente rilevanti e tutelanti dall'ordinamento interno⁴⁵.

È comunque utile ricordare, che anche in molti paesi a tradizione escissoria, vigono norme che formalmente si pongono in contrasto delle MGF, anche se spesso tali pratiche non vengono effettivamente perseguite.

L'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE

Quello introdotto con la legge 7/2006, è stato definito da una parte dalla giurisprudenza come un reato "culturalmente orientato". In una società che si è ormai trasformata in realtà multiculturale, in cui le differenze tra il mondo occidentale e le tradizioni dei paesi di origine possono essere stridenti, una condotta rispettosa dei principi tradizionali della comunità di appartenenza, può diventare reato nel paese europeo di ultima residenza.

Sensibilità, conoscenza del fenomeno e della specifica realtà in cui si radica, sono fondamentali per debellare tali pratiche dannose. Quando ci sono dei microsistemi sociali in cui il precetto culturale gode di maggiore effettività rispetto alla norma giuridica, la legge penale rischia di rimanere lettera morta e non ottenere l'obiettivo prefissato: tutela della vita e della salute psicofisica delle donne e delle bambine. Ecco che sul piano giuridico, di fronte a un reato culturalmente orientato la fattispecie penale deve rappresentare l'*extrema ratio*. La legge n. 7/2006 è divisa in due sezioni, e le misure preventive precedono le misure punitive.

Ai fini della prevenzione del fenomeno "criminoso" si individuano alcune buone prassi, quali: promozione di campagne informative, iniziative di sensibilizzazione e informazione, programmi di aggiornamento, predisposizione di linee guida per personale sanitario, istituzione di un numero verde per segnalazioni.

Quindi a oggi non disponiamo di specifiche linee guida sulle procedure da seguire nelle situazioni che sfuggono dalle fattispecie astratte previste dalla normativa⁴⁶.

L'obiettivo della presente procedura è proprio l'individuazione di meccanismi preventivi e di percorsi specifici, all'interno della rete di operatori socio-sanitari che

ne sono più direttamente coinvolti. Gli assunti fondamentali che ne costituiscono l'impianto sono:

- individuazione precoce e il monitoraggio dei casi a rischio;
- informazione rivolta alle comunità;
- formazione e aggiornamento continuo per gli operatori coinvolti.

L'importanza dell'aspetto preventivo e dell'elaborazione di procedure in tal senso è stata sottolineata anche dal Parlamento Europeo nella Risoluzione del 24 marzo 2009, che affronta il tema della lotta contro le MGF nell'UE (2008/2071(INI)). Agli articoli 29 e 30 si invitano gli Stati membri ad "attuare una strategia preventiva di azione sociale per proteggere le minorenni senza stigmatizzare le comunità dei migranti" e a "elaborare orientamenti per gli operatori sanitari, gli educatori e gli assistenti sociali per informare adeguatamente i genitori degli effetti delle MGF e del fatto che queste pratiche sono reati".

L'aspetto cruciale della prevenzione e della predisposizione di procedure specifiche si rintraccia anche nel precedente Protocollo di Istanbul e nella successiva risoluzione 2012/2684(RSP) del 14 giugno 2012⁴⁷ sull'abolizione delle MGF.

Scopo ultimo di una politica di prevenzione è una progressiva riduzione della via giudiziale penale o civile, che potrà essere adita solo quando sarà fallito il lavoro informativo e preventivo, ovvero quando l'intervento mutilatorio sia stato praticato, oppure nel caso di un pericolo attuale e concreto accertato che una minore possa esservi sottoposta.

È pertanto essenziale adottare una strategia preventiva di azione sociale che protegga le minori, senza stigmatizzare le comunità di immigrati, attraverso programmi pubblici e servizi sociali volti a prevenire e assistere le vittime che le hanno subite, offrendo loro sostegno psicologico e sanitario.

PRINCIPI GUIDA

Si riassumono i principi che devono fungere da guida ai fini di un'effettiva prevenzione della pratica di MGF e di una corretta applicazione delle procedure proposte.

- Inquadrare le MGF non in un dettato religioso, ma come tradizioni culturali.
- Incentivare l'educazione, l'*empowerment* e i percorsi di autonomia delle donne, strada potenzialmente percorribile al fine di sradicare questa pratica.
- Agire all'interno delle famiglie, con interventi che ne coinvolgano tutti i componenti, siano essi uomini o donne. È fondamentale la partecipazione dell'intero nucleo familiare.
- Appoggiare la famiglia e prendersene carico con un "approccio sensibile" sospendendo il giudizio, per non correre il rischio di provocare un sentimento di repulsione.
- Condannare le MGF, evitando di condannare la persona.
- Garantire un supporto psicologico alle donne sottoposte a MGF e a quelle individuate a rischio.
- Effettuare la visita pediatrica periodica (in modo

APPENDICE

Conoscenza

In questo specifico ambito è fondamentale che il problema delle MGF sia giustamente inquadrato nella sua dimensione etica e non invece relegato a una battaglia di nicchia, una questione marginale riconducibile alle sole difficoltà derivanti dalla multiculturalità, quindi oggetto d'interesse di pochi.

Sostegno

La condanna delle MGF deve procedere insieme a un empowerment delle donne e di tutte le comunità, affinché sia affermato e tutelato il diritto di ciascuno a prendere in mano autonomamente la cura della propria salute, affinché sia dato dalla società il supporto necessario alle donne per il miglioramento delle condizioni di vita e di benessere, miglioramento che non deve in nessun modo essere delegato.

Diritto

Il fenomeno delle MGF deve essere ricondotto nella cerchia generale delle tematiche etiche femminili e non considerato solo un increscioso problema medico, risolvibile nei termini di adeguamento, pur necessario, della normativa o della sola cultura medica. Poiché è un problema riguardante i diritti umani a pieno titolo, deve essere assunto nel complesso dei suoi aspetti socio-culturali.

Le tradizioni antiche non sono verità assolute e come tali possono essere messe in discussione. Oggi i nuovi riferimenti culturali si impongono grazie al pensiero e all'azione delle donne che lottano per lo sradicamento totale della pratica. Alle donne che combattono è necessario dare voce, spazi di intervento e sostegno attivo. Sarebbe una forma particolarmente odiosa di razzismo pensare alle culture e alle tradizioni differenti da quella occidentale, come a culture monolitiche e fisse e non, invece, a forme sociali complesse in perenne evoluzione.

da consentire una verifica costante dell'assenza di MGF), nella quale il pediatra è tenuto al controllo dei genitali, come previsto dai bilanci di salute.

- Segnalare all'insegnante il referente per l'educazione alla salute al fine di censire i minori presenti nelle scuole della provincia nati da genitori provenienti da paesi considerati a rischio MGF. Gli insegnanti dovranno porre una attenzione maggiore sui minori indicati e dovranno rinforzare i messaggi sull'argomento MGF in classe, chiamando anche associazioni e persone preparate in materia, che indicheranno azioni e reti di riferimento in caso di pericolo di MGF.
- Collaborare con le comunità di immigrati per incentivare l'emersione del fenomeno.

RACCOMANDAZIONI

Le seguenti raccomandazioni vogliono affrontare il tema della prevenzione, segnalazione e sorveglianza delle MGF, prendendo in considerazione le strutture e le figure del SSR della Toscana che possono, durante lo svolgimento del loro lavoro, incontrare donne e minori provenienti da paesi a rischio MGF.

Le raccomandazioni sono state strutturate dedicando una breve introduzione a ogni struttura/servizio, alle diverse figure professionali coinvolte e indicando le azioni da eseguire tenendo conto delle quattro possibili categorie individuate:

1. donna in gravidanza senza MGF;
2. donna in gravidanza con MGF;
3. donna non in gravidanza senza MGF;
4. donna non in gravidanza con MGF.

Le raccomandazioni hanno lo scopo di definire ruoli, compiti e attività di ogni figura professionale coinvolta, con il tentativo di costruire dei percorsi di cura e prevenzione e momenti di relazione – comunicazione – contatto per garantire la presa in carico integrata delle donne e delle minori provenienti da paesi considerati a rischio MGF.

Infine, vengono indicate le strutture di riferimento a livello regionale in grado di offrire un supporto completo a operatori e utenti grazie alla presenza di équipe multidisciplinari. Tali strutture sono:

- il Centro di Riferimento Regionale per le MGF dell'A.O.U. Careggi (CRR-MGF);
- il Centro di Riferimento Regionale per la Violenza

e abusi sessuali sulle donne e i minori dell'A.O.U. Careggi (CRRV);

- il Servizio Abusi Infanzia Adolescenza dell'A.O.U. Meyer (GAIA).

Le raccomandazioni consigliano sempre e fortemente, quando necessario, l'affiancamento di un Mediatore Linguistico Culturale (MLC) e la distribuzione di materiale informativo cartaceo e multimediale.

I principali paesi di provenienza a tradizione escissoria e i fattori che sono stati individuati come parametri di rischio MGF sono elencati di seguito.

Paesi interessati

Le MGF sono praticate, con tipologie e percentuali diverse, in Africa (vedi elenco in tabella), e in specifiche aree geografiche di Asia e Medio Oriente come Yemen, Iraq, Kurdistan, Indonesia, Malesia^{5 48-53}. Esperienze professionali riportate da esperti che hanno contribuito alla stesura del presente documento, hanno riscontrato la presenza di MGF anche tra la popolazione Embera di Puerto Rico in Colombia.

Distinguere i paesi e i tipi di MGF è molto importante per la differente gravità delle complicanze a esse legate e per i diversi livelli di assistenza richiesti. Stime recenti indicano che il 90% dei casi di MGF nel mondo è rappresentato dai tipi I, II e IV. Mentre il tipo III (infibulazione) riguarda il 10% del totale delle MGF⁴⁹.

Fattori di rischio⁵⁴

- Provenienza da paese a tradizione escissoria della donna e/o nel caso di minore della madre e/o del padre.
- Madre e/o sorella/e sottoposte a pratica MGF.
- Partner proveniente da paesi a rischio.

Altri elementi concomitanti possono essere:

- assenza prolungata e ingiustificata da scuola;
- prossimità di un viaggio nel paese d'origine a tradizione escissoria.

Strutture/servizi e figure professionali coinvolte

- Consultorio.
- CRR - MGF - AOU Careggi.
- CRRV - AOU Careggi.
- GAIA - AOU Meyer.
- Mediatore Linguistico Culturale (MLC).

Country	Prevalence (%)	Type performed
Most reliable estimates		
Burkina Faso	72	Type II
Central African republic	43	Types I & II
Ivory Coast	43	Type II
Egypt	97	Type I (17%), Type II (72%), Type III (9%)
Eritrea	95	Type I (64%), Type II (4%), Type III (34%)
Guinea	99	Type II
Kenya	38	Type I & II, Type III practiced in eastern regions
Mali	94	Type I (52%), Type II (47%), Type III in southern Mali (1%)
Niger	5	Type II
Nigeria	25	Type I, Type II predominant in south, Type III only in north
Somalia	98-100	Type III
Sudan	89	Type I (15%), Type II (3%), Type III (82%)
Tanzania	18	Type I & II
Togo	12	Type II
Yemen	23	No data
Other estimates		
Benin	50	Type II
Chad	60	Type II & Type III only in the north
Ethiopia	85	Types I & II, Type III in regions bordering Sudan and Somalia
Gambia	80	Type II
Ghana	30	Type II
Liberia	60	Type II
Senegal	20	Type II
Sierra Leone	90	Type II
Questionable estimates		
Cameroon	20	Type I & II
Dem Rep Congo	5	Type II
Djibouti	98	Type II & III
Guinea-Bissau	50	Types I & II
Mauritania	25	Types I & II
Uganda	5	Types I & II

- Medico di medicina generale (MMG).
- Pediatra di libera scelta.
- Punto nascita.
- Servizi sociali/assistente sociale.
- Tribunale per i Minorenni - Procura della Repubblica.

Per eventuali interventi di supporto si può comunque consultare la rete territoriale di riferimento costituita dalle Associazioni coinvolte, con cui sono concordati opportuni percorsi⁵⁵.

Materiale informativo multilingua (dépliant)

A supporto dei momenti di counseling breve⁵⁶ gli operatori dei consultori, dei punti nascita nonché tutti gli operatori coinvolti, avranno a disposizione materiale informativo multilingua (dépliant) contenente informazioni sui rischi sanitari (conseguenze e complicanze MGF) e informazioni sulla Legge n. 7/2006 che sanziona le MGF come reato penale. Il dépliant viene dato a tutte le donne a rischio MGF.

STRUTTURE/SERVIZI E FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Consultorio

Il Consultorio si occupa della tutela della salute della donna, in tutte le fasi della sua vita, delle relazioni di coppia e familiari. È stato pertanto individuato come luogo di incontro privilegiato, di ascolto e aiuto per donne, giovani, famiglie e immigrati; quindi come luogo di incontro/informazione con donne provenienti da paesi a rischio.

All'interno della rete consultoriale in Regione Toscana, le Aziende sanitarie hanno individuato i consultori "principali" ai sensi della DGR 259/2006, all'interno dei quali sono presenti almeno le seguenti figure professionali operanti in équipe: assistente sociale, ginecologo, ostetrica, psicologo e con disponibilità di mediatori culturali.

È opportuno che le Aziende, a seconda del bacino di utenza e in relazione alla provenienza dell'utenza da paesi a tradizione escissoria, individuino nella rete dei consultori, quelli dove è più opportuno concentrare la competenza nel gestire la presa in carico di donne con MGF o a rischio, in rete con gli altri soggetti coinvolti. Tali consultori "dedicati" possono essere pertanto

indicati come punti di riferimento territoriale, con una particolare formazione rivolta allo specifico delle MGF. I consultori dedicati si accosteranno alla famiglia attraverso le figure professionali coinvolte per l'attivazione di un "Percorso di Prevenzione MGF/Educazione alla Salute"⁵⁷ in cui forniranno counseling e indicazioni necessarie per affrontare la problematica MGF, in collaborazione con i mediatori culturali.

L'invio al consultorio "dedicato" (dai punti nascita, dai pediatri e da altri consultori) avverrà tramite appuntamento. Sono diversi i momenti di contatto in cui le donne possono entrare in relazione con i servizi consultoriali, sia in stato di gravidanza che non.

A. DONNE IN GRAVIDANZA provenienti da paesi a rischio

I possibili momenti di contatto sono:

- consegna libretto di gravidanza regionale;
- corsi Accompagnamento alla Nascita (CAN);
- controlli e visite in gravidanza;
- attività in post-partum.

In caso di MGF accertata:

1. si registra il dato (presenza e tipo di MGF, presenza/assenza di complicanze, eventuale pregressa deinfibulazione) sulla cartella di gravidanza (cartacea e informatizzata);
2. si effettua un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua;
3. si provvede all'inserimento nel "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF raccordandosi con il consultorio "dedicato";
4. si consulta ed eventualmente si attiva la rete T/H raccordandosi con CRR-MGF c/o AOU-Careggi (anche per eventuale deinfibulazione);
5. si provvede con un invio concordato della donna al punto nascita scelto, per un'opportuna gestione del parto (e per eventuale deinfibulazione);
6. si promuove l'assistenza in post-partum tramite l'offerta attiva e proposta di recall;
7. nel post-partum si provvede all'inserimento nel "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, se non effettuato prima;
8. nel post-partum si consulta e si attiva la rete T/H tra-

mite raccordo con consultorio "dedicato" e/o con i servizi AOU-Careggi (CRR-MGF, CRRV) e AOU-Meyer (GAIA) precedentemente individuati se non effettuato prima;

9. si consultano le associazioni/comunità di riferimento sul territorio fornendo indicazioni per contatti ed eventualmente si provvede a un invio concordato per supporto.

In caso di MGF non accertata:

1. si effettua un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua;
2. si provvede a una valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;
3. si procede a un eventuale inserimento nel "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, se non effettuato prima;
4. si promuove l'assistenza in post-partum tramite offerta attiva e proposta di recall;
5. si consulta ed eventualmente si attiva la rete T/H raccordandosi con consultorio "dedicato" e/o con i servizi AOU-Careggi (CRR-MGF, CRRV) e AOU-Meyer (GAIA) precedentemente individuati;
6. si consultano le associazioni/comunità di riferimento sul territorio fornendo indicazioni per contatti ed eventualmente si provvede a un invio concordato per supporto.

B. DONNE NON IN GRAVIDANZA provenienti da paesi a rischio

In caso di MGF accertata:

1. si registra il dato (presenza e tipo di MGF, presenza/assenza di complicanze, eventuale pregressa deinfibulazione) sulla cartella di gravidanza (cartacea e informatizzata);
2. si effettua un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua;
3. si provvede all'inserimento nel "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF;
4. si consulta ed eventualmente si attiva la rete T/H raccordandosi con consultorio "dedicato" e/o con CRR-MGF c/o AOU-Careggi;
5. si consultano le associazioni/comunità di riferimento sul territorio fornendo indicazioni per contatti cercando di provvedere a un invio concordato per supporto.

In caso di MGF non accertata

In caso di contatto con i servizi consultoriali, per altre tipologie di richiesta, si presta attenzione al paese di provenienza, con consegna di materiale informativo se la donna proviene da un paese a rischio:

1. si registra il dato di provenienza;
2. si procede a una valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;
3. si provvede a un eventuale inserimento nel "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF;
4. si consulta ed eventualmente si attiva la rete T/H raccordandosi con consultorio "dedicato" e/o con CRR c/o AOU-Careggi;
5. si consultano le associazioni/comunità di riferimento sul territorio fornendo indicazioni per contatti ed eventualmente si provvede a un invio concordato per supporto.

Punto Nascita

A. DONNE provenienti da paesi a rischio

Si registra all'accettazione sulla cartella (cartacea e informatizzata) il paese di provenienza e alla visita il dato (presenza/assenza MGF e tipo, presenza/assenza di complicanze, eventuale pregressa deinfibulazione).

In caso MGF accertata:

1. durante la degenza/dimissione viene effettuato dal personale ostetrico un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua;
2. si consulta e si attiva raccordo con CRR c/o AOU-Careggi per un'eventuale presa in carico della donna (v. paragrafo dedicato);
3. si promuove l'assistenza in post-partum all'interno del "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, attraverso invio concordato al consultorio dedicato;
4. in caso di neonato di sesso femminile si consulta e si attiva raccordo con consultorio dedicato. In caso di neonato di sesso maschile, ma con presenza in famiglia di altre bambine a rischio, si provvede all'inserimento nel "percorso di prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, attraverso invio concordato;
5. si promuove la scelta del pediatra e nel compilare la cartella di dimissione e il libretto pediatrico si ha cura

di inserire, tra le informazioni richieste, il paese di nascita della madre e del padre e, nella parte relativa ai "problemi sanitari di rilievo nei familiari" si inserisce la presenza di MGF nella madre e/o in eventuali sorelle.

In caso di MGF non accertata:

1. durante la degenza/dimissione viene effettuato dal personale ostetrico un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua;
2. si promuove l'assistenza in post-partum al consultorio al fine di una valutazione per l'eventuale inserimento nel "percorso di prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, attraverso invio concordato;
3. in caso di neonato di sesso femminile si consulta e si attiva raccordo con consultorio dedicato. In caso di neonato di sesso maschile, ma con presenza in famiglia di altre bambine a rischio, si provvede all'inserimento nel "percorso di prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, attraverso invio concordato;
4. si promuove la scelta del pediatra e nel compilare la cartella di dimissione e il libretto pediatrico si ha cura di inserire, tra le informazioni richieste, il paese di nascita della madre e del padre.

Pediatra

Il pediatra di libera scelta svolge un importante lavoro di prevenzione, segnalazione e monitoraggio anche in relazione al rapporto di fiducia e continuità che nel tempo costruisce con la famiglia.

Nel caso di una neonata con corretta compilazione della cartella di dimissione/libretto pediatrico da cui si evincono le condizioni di rischio della neonata, il pediatra:

1. consegna materiale informativo su MGF alla madre e fa una prima valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;
2. si accerta che la madre sia inserita in un percorso di presa in carico post-partum e si raccorda con il consultorio prendendo l'appuntamento in caso di donna con MGF. In ogni caso promuove l'assistenza per le donne in post-partum nel consultorio attraverso consegna dei riferimenti;
3. durante le regolari visite controlla i genitali della minore e particolarmente dopo periodi di assenza prolungata⁵⁸;

4. in caso di più fattori di rischio si consulta con i servizi AOU-Careggi (CRR-MGF, CRRV) e AOU-Meyer (GAIA) precedentemente individuati e con il Servizio sociale territoriale; in caso di volontà manifesta segnala alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale dei minorenni (v. paragrafo dedicato);
5. se, durante le visite, riscontra una MGF procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale ordinario.

In caso di minore non proveniente dal punto nascita

Se la minore non proviene direttamente dal punto nascita o è arrivata tramite ricongiungimento familiare o adozione, il pediatra compila la cartella prestando attenzione al **paese di provenienza della minore e/o dei genitori**:

1. in presenza di fattori di rischio consegna il materiale informativo su MGF ai genitori e procede a una prima valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;
2. in caso di più fattori di rischio si consulta con i servizi AOU-Careggi (CRR-MGF, CRRV) e AOU-Meyer (GAIA) e con il Servizio sociale territoriale, precedentemente individuati e si raccorda con il consultorio (invio concordato al "percorso di prevenzione MGF/educazione alla salute" attivato nel consultorio); in caso di volontà manifesta segnala alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale dei minorenni (v. paragrafo dedicato);
3. durante le regolari visite controlla i genitali della minore e particolarmente dopo periodi di assenze prolungate;
4. se, durante le visite, riscontra una MGF procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale ordinario.

Medico di medicina generale

Il medico di famiglia svolge un importante lavoro di prevenzione, segnalazione e monitoraggio anche grazie al rapporto di fiducia e continuità costruito negli anni.

Nel caso di minore gestita dal MMG si rimanda alle raccomandazioni del PLS.

Il MMG compila la cartella prestando attenzione al **paese di provenienza della donna o della minore e/o dei genitori**:

1. in presenza di fattori di rischio consegna il materiale informativo su MGF, accompagnato da un counse-

ling breve, alla ragazza e/o ai genitori e procede a una prima valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;

2. in caso di più fattori di rischio si consulta con i servizi AOU-Careggi (CRR-MGF, CRRV) e AOU-Meyer (GAIA) e con il Servizio sociale territoriale precedentemente individuati e si raccorda con il consultorio (invio concordato al "percorso di prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF);
3. in caso di volontà manifesta segnala alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale dei minorenni (v. paragrafo dedicato);
4. se, durante le visite, riscontra una MGF procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale ordinario.

GAIA – AOU Meyer

Il servizio GAIA svolge una valutazione sul caso e consulenza. Svolge un lavoro in rete per l'attivazione delle procedure di prevenzione e segnalazione con i Punti nascita, i consultori, i pediatri e i medici di famiglia.

Svolge un ruolo di riferimento per la presa in carico delle bambine segnalate a rischio MGF e interviene previo appuntamento.

Svolge un lavoro di prevenzione/segnalazione ed esegue una visita pediatrica completa, con controllo dei genitali, in équipe con altre figure professionali (assistente sociale, psicologa).

1. Stabilisce un rapporto con la famiglia e consegna materiale informativo su MGF (rischi sanitari e legislazione in Italia), procede a una valutazione del rischio ed eventualmente attiva il "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, presso i servizi consultoriali.
2. Se riscontra un effettivo rischio di MGF procede alla presa in carico della famiglia; in caso di volontà manifesta segnala alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale dei minorenni.
3. Se riscontra un caso di MGF in una minore procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale Ordinario.

Servizio Sociale/Assistente Sociale

Nello svolgimento del ruolo e con riferimento alla tipo-

logia dei diversi livelli organizzativi e alla distribuzione delle attività sociali che la legge prevede, emergono tre funzioni proprie del Servizio Sociale:

- segretariato di servizio;
- management sociale del caso (*case management*);
- osservazione, programmazione, pianificazione, attuazione e coordinamento dell'intervento sociale.

Nello specifico ambito di tutela di soggetti minori i compiti dell'assistente sociale si possono così riassumere: funzione di assistenza, sostegno e aiuto alla genitorialità in famiglie con minori; vigilanza, protezione e tutela dei minori di fronte a difficoltà e carenze nella gestione del ruolo genitoriale, da attivare in presenza di fattori di rischio evolutivo del minore (artt. 9 e 23, legge 184/83) anche in assenza di una richiesta diretta della famiglia (CNOAS Dicembre 2013).

- Nel caso di avvenuta MGF in una minore, segnalata e qualificata come intervento lesivo e mutilante dell'integrità psico-fisica della minore da parte di consultori, pediatri e medici di famiglia, il servizio sociale procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale ordinario.

In caso di avvenuta MGF in danno di una minore, occorre valutare ed effettuare una segnalazione alla Procura della Repubblica per i minorenni (oltre ovviamente a quella ordinaria), poiché in tal caso il pregiudizio si è determinato e dovrà verificarsi se lo stesso sia significativo di una inidoneità dei genitori e quindi occorra una limitazione della responsabilità genitoriale.

Tribunale per i Minorenni (TM) – Procura della Repubblica

Il Tribunale per i Minorenni (TM) è competente, per quanto riguarda la materia penale, per i reati commessi da minori degli anni 18 e, per quanto attiene la materia civile, negli ambiti di attribuzione dell'art. 38 Disp. Att. cc., tra l'altro, per gli interventi limitativi o ablativi della "responsabilità genitoriale", quando la condotta degli esercenti la predetta responsabilità (di regola i genitori) non sia idonea o adeguata per i minori (i loro figli) o possa comunque provocare disagio o pregiudizio per gli stessi. Il legislatore non ha "tipizzato" le ipotesi di intervento, che debbono quindi essere valutate nelle singole situazioni concrete e ciò può determinare qualche incertezza. La competenza civile del TM in ordine alla "limitazione" della responsabilità

genitoriale, viene tuttavia meno quando vi sia in corso un giudizio dinanzi al Tribunale Civile ordinario, di separazione o divorzio o ai sensi dell'art. 316 cc.

In considerazione del fatto che il TM è un organo giurisdizionale, esso non può prendere iniziative di "ufficio". L'art. 336 del codice civile prevede in particolare che, legittimato a presentare ricorsi al TM – con richieste che incidano sulla responsabilità genitoriale – oltre ai genitori e parenti, possa essere il pubblico ministero. La Procura della Repubblica presso il TM ha quindi compiti in questa materia. I due uffici (Procura e TM) sono tuttavia autonomi e separati, quindi eventuali segnalazioni dovranno essere inviate alla Procura della Repubblica presso il TM, sino a quando non sia stata aperta una procedura in Tribunale. Qualora invece la segnalazione dovesse giungere al Tribunale per i Minorenni, il Tribunale dovrà poi trasmetterli comunque alla Procura.

Sebbene le segnalazioni possano pervenire alla Procura della Repubblica da "tutti", nella pratica sono i servizi, le forze dell'ordine, sanitari e insegnanti, associazioni di volontariato a procedere. A tal fine è opportuno che le segnalazioni siano più complete possibile. La Procura dopo aver effettuato eventuali accertamenti, può presentare ricorso al Tribunale con richieste limitative della responsabilità genitoriale.

In caso di avvenuta MGF in danno di una minore, occorre effettuare una segnalazione alla Procura della Repubblica per i Minorenni (oltre ovviamente a quella ordinaria), poiché in tal caso il pregiudizio si è determinato e dovrà verificarsi se lo stesso sia significativo di una inidoneità dei genitori e quindi occorra una limitazione della responsabilità genitoriale.

Centro di Riferimento Regionale per le MGF – AOU Careggi

La Regione Toscana, nel 2003, ha costituito il Centro di Riferimento Regionale per la Cura e la Prevenzione delle conseguenze legate alle MGF (CRR-MGF) e a oggi esso svolge un ruolo importante anche nella promozione della salute delle donne immigrate in genere. Nel CRR-MGF vengono programmati ed eseguiti gli interventi chirurgici della deinfibulazione dal 2003, da quando è stato istituito dalla Regione Toscana. Gli interventi vengono abitualmente eseguiti nella saletta chirurgica del DAIMI.

Il Centro, inoltre, fornisce visite specialistiche e consulenze: colloqui per la preparazione degli interventi chirurgico-riparativi, controlli post-intervento di deinfibulazione, ecografie e flussimetrie sulle cicatrici spesse o in presenza di complicanze (tipo cisti); ricerca e lavoro con tesisti di varie branche specialistiche.

Per un primo contatto con il Centro non è richiesto appuntamento: le pazienti arrivano direttamente in orario di servizio. Si procede con un primo colloquio per conoscere la donna, il suo stato di salute e le motivazioni che l'hanno portata al Centro di Riferimento. Seguono l'anamnesi e una prima visita ostetrico-ginecologica con registrazione dei dati della donna. Non tutte le pazienti presentano problemi di salute. Molte volte hanno solo bisogno di risposte alle loro domande, questo compito è parte integrante dell'attività del CRR.

In un secondo momento la paziente è indirizzata nei vari ambulatori del Dipartimento DAIMI materno-infantile⁵⁹ a seconda delle sue necessità e/o verso i consultori familiari di appartenenza.

In caso di gravidanza è predisposto un protocollo per la deinfibulazione che viene attuato entro la dodicesima-sedicesima settimana. Oltre la sedicesima settimana non viene più eseguita la deinfibulazione, che verrà eseguita all'espletamento del parto. Pertanto, dalla trentaseiesima settimana della gestazione fisiologica il CRR-MGF invia la paziente agli ambulatori della SODs di medicina prenatale, dove un team formato sulle MGF seguirà la donna fino al termine. Il CRR-MGF si avvale della collaborazione con la nursery, per i controlli post-partum. Questi sono momenti fondamentali per trasmettere informazioni e fare prevenzione.

La deinfibulazione viene eseguita anche al di fuori della gravidanza per ridurre o prevenire infezioni urinarie e vaginali, per consentire i primi rapporti sessuali o per trattare la dispareunia, per consentire visite ginecologiche e strumentali. Negli ultimi anni giovani donne infibulate richiedono l'intervento anche se non hanno un partner e non soffrono di complicanze mediche.

Prima della deinfibulazione alle pazienti viene spiegata la procedura e fatto firmare un consenso informato già predisposto. Si ribadisce, che l'intervento non è soltanto una semplice apertura della cicatrice dell'infibulazione, ma è il risultato di un lavoro profondo con la paziente in termini di dialogo, conoscenza, informa-

zione, educazione alla salute, alla genitorialità (prevenzione delle MGF nelle figlie), risultato estetico/psicologico/sessuologico/urologico e del rispetto della legge n. 7/2006.

Il CRR-MGF si avvale anche della collaborazione di una psicologa formata in MGF per la crescente richiesta di interventi di ricostruzione clitoridea.

In caso di bisogno viene programmata la rieducazione perineale post-partum.

Il CRR-MGF opera in raccordo con gli altri soggetti del percorso tramite le modalità già dettagliate (consulenze, invii concordati).

Centro di Riferimento Regionale per la Violenza e l'abuso sulle donne adulte e minori – AOU Careggi

Nell'ambito della SOD ginecologia infanzia adolescenza dell'AOU-Careggi, afferisce il Centro Regionale di Riferimento per la Violenza e l'abuso sulle donne adulte e minori (CRRV).

Il CRRV è attivo H24 per tutte le situazioni di emergenza offrendo accoglienza, valutazione ginecologica, procedure diagnostiche, raccolta di materiale utile a fini forensi e prescrizioni terapeutiche, secondo le linee guida nazionali e regionali in regime ambulatoriale e di ricovero. La consulenza offerta, secondo le linee guida, si propone di raccogliere elementi anamnestici significativi, materiale utile ai fini forensi e di offrire le procedure necessarie ed eventuali consulenze mirate, in collaborazione con neuropsichiatria psichiatria infantile, malattie infettive, laboratorio di batteriologia e microbiologia, genetica forense e tossicologia forense.

La struttura è strettamente integrata con tutti i servizi del DAIMI e con le altre realtà presenti sul territorio come Servizi Sociali e Centri di Accoglienza ONLUS.

Le consulenze in caso di sospetto abuso su minore, trattandosi prevalentemente di consulenze programmate, vengono effettuate presso il Servizio di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza, dove personale dedicato prende in carico le pazienti.

Il servizio è caratterizzato da una visione interdisciplinare dell'approccio clinico alla bambina e all'adolescente e si occupa di diagnosi e trattamento di patologie della sfera riproduttiva dal periodo neonatale alla post-adolescenza.

La possibilità di offrire tutti i servizi mediante un *medica-*

tore culturale costituisce un'altra importante risorsa per le pazienti. Inoltre vi può essere il supporto del servizio di *psicologia clinica*.

Il CRRV opera in raccordo con gli altri soggetti del percorso tramite le modalità già dettagliate (consulenze, invii concordati).

Pronto Soccorso – Codice Rosa

Il percorso del Codice Rosa si attiva nel momento in cui le pazienti arrivano nelle strutture di pronto soccorso a seguito di lesioni causate da maltrattamenti e abusi. La procedura da attivare nei casi in cui si riscontrino donne e bambine con MGF sono le stesse previste dal presente documento di "raccomandazioni per la prevenzione, segnalazione e sorveglianza delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)", che il personale di pronto soccorso è tenuto ad adottare. Nel contesto del Pronto soccorso a causa della numerosità e dell'urgenza dei casi trattati, può risultare difficoltoso individuare le donne e le bambine provenienti da paesi a rischio MGF, al fine di assicurare già in quella sede un momento informativo sul tema della prevenzione delle MGF, il personale del PS è comunque invitato a consegnare alle utenti il materiale informativo multilingua che verrà messo a disposizione.

Bibliografia

- 1 www.camera.it/parlam/leggi/060071.htm.
- 2 www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf.
- 3 Il termine mutilazione viene utilizzato dagli anni '70 in sostituzione del termine "circoncisione femminile". La parola è stata scelta e utilizzata dalla comunità internazionale per rafforzare la connotazione negativa associata alla pratica.
- 4 World Health Organization (WHO). *Female genital mutilation*. Fact sheet n. 241, febbraio, 2010.
- 5 World Health Organization (WHO). *Eliminating Female genital mutilation. An interagency statement*. Geneva: OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO 2008.
- 6 I Paesi in cui è più diffusa attualmente sono: Somalia, Eritrea, Etiopia, Gibuti, Egitto, Sudan.
- 7 Istituto Piepoli S.p.a. *Valutazione quantitativa e qualitativa del fenomeno delle mutilazioni genitali in Italia*. Ricerca 117-01-2009 (www.pariopportunita.gov.it/images/stories/documenti_vari/UserFiles/Il_Dipartimento/report_mgf_piepoli.pdf).
- 8 www.dhsprogram.com.
- 9 È importante sottolineare che i termini "genere" e "sesso" non sono sinonimi. Il *genere* si basa sull'identità, lo status e il ruolo; è qualcosa che si impara e si costruisce in un percorso di apprendimento sociale e culturale. Il *sesso* è biologicamente determinato.
- 10 Rivera A. *La bella, la bestia e l'umano*. Roma: Ediesse, 2010.
- 11 Fusaschi M. *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*. Torino: Bollati Boringhieri 2003.
- 12 RCOG. *Female Genital Mutilation and its Management*. Green-top Guideline No. 53, July 2015.
- 13 Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, et al. *Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis*. *BMJ Open* 2014;4:e006316.
- 14 Molti dei paesi a tradizione escissoria hanno un'alta incidenza di epatite B e di HIV. Hwang EW, Cheung R. *Global epidemiology of hepatitis B virus (HBV) infection*. *N Am J Med Sci (Boston)* 2011;4:7-13.
- 15 L'uso di strumentario non sterile per più bambini può spiegare l'alta incidenza di queste infezioni in presenza di MGF. Duri K, Stray-Pedersen B. *HIV/AIDS in Africa: trends, missing links and the way forward*. *J Virol Antivir Res* 2013;2. doi:10.4172/2324-8955.1000107).
- 16 Asante A, Omurtag K, Roberts C. *Epidermal inclusion cyst of the clitoris 30 years after female genital mutilation*. *Fertil Steril* 2010;94:1097.e1-3.
- 17 Abdulcadir J, Pusztaszeri M, Vilarino R, et al. *Clitoral neuroma after female genital mutilation/cutting: a rare but possible event*. *J Sex Med* 2012;9:1220-5.
- 18 Fernández-Aguilar S, Noël JC. *Neuroma of the clitoris after female genital cutting*. *Obstet Gynecol* 2003;101:1053-4.
- 19 Kaplan A, Forbes M, Bonhoure I, et al. *Female genital mutilation/cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn*. *Int J Womens Health* 2013;5:323-31.
- 20 Amin MM, Rasheed S, Salem E. *Lower urinary tract symptoms following female genital mutilation*. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;123:21-3.
- 21 Yusuf L, Negash S. *Vaginal calculus following severe form of female genital mutilation: a case report*. *Ethiop Med J* 2008;46:185-8.
- 22 Abdulcadir J, Dällenbach P. *Overactive bladder after female genital mutilation/cutting (FGM/C) type III*. *BMJ Case Rep* 2013. Doi:19.1136/bcr-2012-008155.
- 23 Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, et al. *Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis*. *BMJ Open* 2014;4:e006316.
- 24 Berg RC, Denison E. *Does female genital mutilation/cutting (FGM/C) affect women's sexual functioning? A systematic review of the sexual consequences of FGM/C*. *Sex Res Social Policy* 2012;9:41-56.
- 25 Alsibiani SA, Rouzi AA. *Sexual function in women with female genital mutilation*. *Fertil Steril* 2010;93:722-4.
- 26 Andersson SH, Rymer J, Joyce DW, et al. *Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a case-control study*. *BJOG* 2012;119:1606-11.
- 27 Catania L, Abdulcadir O, Puppo V, et al. *Pleasure and Orgasm in Women with Female Genital Mutilation*. *J Sex Med* 2007;4:1666-78.
- 28 Behrendt A, Moritz S. *Postrumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation*. *Am J Psychiatry* 2005;162:1000-2.
- 29 Catania L., Abdulcadir OH. *Ferite per sempre*. Roma: Ed. Deriveapprodi 2005.

- ³⁰ Altomare E, editor. *Le mutilazioni genitali femminili tra teoria ed esperienza. Atti Seminari Progetto MGF 2014*. Bari: Regione Puglia, Asl Bari, Dedalo Litostampa 2015.
- ³¹ Fondazione Albero della Vita. *Il diritto di essere bambine*. Dossier sulle Mutilazioni Genitali Femminili. Dicembre 2011.
- ³² Kaplan A, Forbes M, Bonhoure I, et al. *Female genital mutilation/cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn*. Int J Womens Health 2013;5:323-31.
- ³³ Morison L, Scherf C, Ekpo G, et al. *The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey*. Trop Med Int Health 2001;6:643-53.
- ³⁴ Elmusharaf S, Elkhidir I, Hoffmann S, et al. *A case-control study on the association between female genital mutilation and sexually transmitted infections in Sudan*. BJOG 2006;113:469-74.
- ³⁵ Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N, et al. *Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study*. Lancet 2005;366:385-91.
- ³⁶ World Health Organization. *Management of Pregnancy, Childbirth and Postpartum Period in the Presence of Female Genital Mutilation*. Geneva: WHO 2001. www.who.int/reproductive-health/publications/mngt_pregnancy_childbirth_fgm/text.pdf.
- ³⁷ Rouzi AA, Aljhadali EA, Amarin ZO, et al. *The use of intra-partum defibulation in women with female genital mutilation*. BJOG 2001;108:949-51.
- ³⁸ *Hospitals and clinics in the UK offering specialist FGM (female genital mutilation) services*. www.forwarduk.org.uk/resources/support/well-woman-clinics.
- ³⁹ McCaffrey M, Jankowska A, Gordon H. *Management of female genital mutilation: the Northwick Park Hospital Experience*. Br J Obstet Gynaecol 1995;102:787-90.
- ⁴⁰ Momoh C, Ladhani S, Lochrie DP, et al. *Female genital mutilation: analysis of the first twelve months of a southeast London specialist clinic*. BJOG 2001;108:186-91.
- ⁴¹ *Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti*. Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 10 dicembre 1984.
- ⁴² www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/8_marzo_2014/convenzione_istanbul_violenza_donne.pdf.
- ⁴³ [www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?reference=2012/2684\(RSP\)&l=EN](http://www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?reference=2012/2684(RSP)&l=EN).
- ⁴⁴ Fra i paesi occidentali extra UE che perseguono tali pratiche si ricordano: Canada, Stati Uniti, Australia e Nuova Zelanda.
- ⁴⁵ Nell'ambito dell'esercizio della professione medica, il nuovo Codice di Deontologia Medica - FNOMCeO, del 16 dicembre 2006, all'art. 52, dispone che "Il medico non deve in alcun modo o caso collaborare, partecipare o semplicemente presenziare a esecuzioni capitali o ad atti di tortura o a trattamenti crudeli, disumani o degradanti. Il medico non deve praticare, per finalità diversa da quelle diagnostiche e terapeutiche, alcuna forma di mutilazione o menomazione, né trattamenti crudeli, disumani o degradanti".
- ⁴⁶ www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf.
- ⁴⁷ [www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?reference=2012/2684\(RSP\)&l=EN](http://www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?reference=2012/2684(RSP)&l=EN).
- ⁴⁸ Royal College of Obstetrics and Gynaecologists. Green-top Guideline No. 53 May 2009.
- ⁴⁹ UNICEF. *Female Genital Mutilation/Cutting A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. July 2013. www.unicef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf.
- ⁵⁰ Lovel H, McGettigan C, Mohammed Z. *A systematic review of the health complications of Female Genital Mutilation including sequelae in childbirth*. Geneva: WHO 2000. www.who.int/reproductive-health/docs/systematic_review_health_complications_fgm.pdf.
- ⁵¹ United Nations Children's Found, *Female Genital Mutilation/Cutting. A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. New York: UNICEF 2013.
- ⁵² *Le mutilazioni genitali femminili tra teoria ed esperienza*. Atti Seminari Progetto MGF 2014.
- ⁵³ Yoder PS, Khan S. *Numbers of women circumcised in Africa. The production of a total*. Calverton: Micro International Inc. 2008.
- ⁵⁴ Si allega Questionario di valutazione di rischio MGF.
- ⁵⁵ In allegato 2.
- ⁵⁶ Le raccomandazioni per il counseling in ambito di MGF consistono in:
- dare informazioni sui rischi connessi alla pratica, sia dal punto di vista sanitario che psicofisico per le donne e le bambine;
 - dare informazioni sulla legislazione italiana in materia;
 - fornire supporto per implementare la capacità di scelta della donna e della coppia;
 - sostenere la scelta consapevole di abbandono della pratica.
- ⁵⁷ Si intende per "Percorso di Prevenzione MGF/Educazione alla Salute" l'apertura di uno spazio consulenziale dedicato ai percorsi di informazione ed educazione definiti all'interno del presente progetto. Questi spazi sono da aprirsi durante l'incontro fra l'utente e l'operatore sanitario – opportunamente formato – e possono esaurirsi in una o più occasioni, in base alla complessità del bisogno. La risposta a tale bisogno verrà valutato dall'operatore sanitario e consiste in un ventaglio di opportunità che vanno dalla consegna del materiale informativo, fino all'attivazione di percorsi più complessi descritti nel presente documento.
- ⁵⁸ Si invitano i professionisti a consegnare il materiale informativo messo a disposizione accompagnato da opportuno counseling, come specificato in nota 4.
- ⁵⁹ Il CRR-MGF si colloca in una posizione strategica perché inserito all'interno del DAIMI, un percorso pensato per la donna nella sua globalità. Le strutture all'interno del DAIMI sono:
- CRR Violenza e abuso sessuale adulte e minori;
 - SODs Medicina prenatale;
 - SODs Ginecologia Infanzia Adolescenza;
 - servizio Laserchirurgia/colposcopia;
 - SODs Fisiopatologia riproduttiva umana;
 - servizio fisiopatologia menopausa;
 - sala parto e reparti di degenza ostetrica;
 - servizio di patologia vulvare;
 - servizio multidisciplinare patologia pavimento pelvico.