



Consiglio Regionale della Campania  
Settore Segreteria Generale  
Servizio Assemblea

Prot.n.8203/Gen.

Al Signor Presidente della Giunta  
Regionale della Campania  
Via S. Lucia, n. 81  
N A P O L I

Ai Presidenti delle Commissioni  
Consiliare Permanente VI, II e V

Al Presidente della IV Commissione  
Consiliare Speciale (Commissione Consiliare Speciale  
per la prevenzione del fenomeno del mobbing sui  
luoghi di lavoro e di ogni forma di discriminazione  
sociale, etnica e culturale)

Ai Consiglieri Regionali

Al Settore Legislativo, Studi e Ricerche

All'Area Generale di Coordinamento (A.G.C) Bilancio,  
Ragioneria e Tributi della Giunta Regionale  
della Campania

S E D E

**Oggetto: Proposta di legge "Prevenzione, cura e riparazioni dei danni fisici e psicologici delle  
pratiche di mutilazioni genitale femminile" ( Reg. Gen. n. 187)**

Ad iniziativa dei Consiglieri Anita Sala e altri.

Depositata il 24 marzo 2011

**IL PRESIDENTE**

**VISTO** l'articolo 54 del Regolamento interno

**ASSEGNA**

il provvedimento in oggetto a:

**VI Commissione Consiliare Permanente per l'esame.**

**II e V Commissione Consiliare Permanente e IV Commissione Consiliare Speciale per il  
parere**

Le stesse si esprimeranno nei modi e termini previsti dal Regolamento.

Napoli,

06 APR. 2011

**IL PRESIDENTE**



Consiglio Regionale della Campania

Gruppo Consiliare  
"Di Pietro Italia dei Valori"

Prot. n. 26/11

Napoli li 02/02/2011

Consiglio Regionale della Campania

Prot. Gen. 2011.0008203/A

Del: 24/03/2011 13:03:59

Da: CR A.SERASS

Al Presidente del Consiglio  
Regionale della Campania  
On. Paolo Romano  
S E D E

Oggetto: trasmissione P.d.L..

Si trasmette in allegato, per gli ulteriori adempimenti di competenza, la Proposta di Legge, da me firmata insieme ad altri Consiglieri avente ad oggetto "PREVENZIONE, CURA-RIPARAZIONI DEI DANNI FISICI E PSICOLOGICI DELLE PRATICHE DI MUTILAZIONI GENITALE FEMMINILE".

Il Consigliere  
- Sala Rosaria Anita Lina Elisa -

*Paolo Romano Anita Lina Elisa*

Consiglio Regionale della Campania  
SEGRETERIA DEL PRESIDENTE

PROT. N° 212 DEL 02/02/11

ATTIVITA' LEG. VA  
REG. GEN. N. 187

Tel. 081/7783643 - 3408 - 3311

Fax 081/7783463

Email: [sala.ani@consiglio.regione.campania.it](mailto:sala.ani@consiglio.regione.campania.it)

*Sev. Assessorato  
24/03/11*





Consiglio Regionale della Campania

## RELAZIONE

Le pratiche di mutilazioni genitali femminili (MGF) fanno parte, prevalentemente, della cultura e delle tradizioni di molte popolazioni del centro e del nord Africa, pur essendo rintracciabili anche in altri continenti. In Europa, per esempio, le recenti massicce immigrazioni hanno messo, direttamente, a confronto le popolazioni del continente con tali realtà, aprendo un nuovo e complesso orizzonte culturale che ha indotto i Paesi a confrontarsi con dimensioni sociali, sanitarie e giuridiche che spingono a profonde riflessioni.

Il fenomeno delle MGF è, infatti, di enormi proporzioni; esse sono diffuse in misura consistente in almeno 40 Paesi nel mondo di cui 28 dell'Africa sub-sahariana<sup>1</sup>. Ogni anno 3 milioni di bambine si aggiungono ai 130 milioni di donne che hanno subito mutilazioni genitali e quindi già convivono con il ricordo indelebile di questa "pratica", a lungo ritenuto un fatto antropologico da studiare come "fenomeno" appartenente a culture estranee al nostro paese e quindi, sostanzialmente, come "fatto innocuo", da conoscere, certo, ma non da temere.

Nella maggioranza dei paesi monitorati, circa la metà dell'intera popolazione femminile ha subito tali pratiche. In alcuni paesi dell'Africa Centrale, i dati forniti dalle ricerche mostrano percentuali che variano dal 5%, nella Repubblica Democratica del Congo, al 60% in Chad. In Egitto, secondo il "The world's women 2000" (a cura dell'Ufficio statistico delle Nazioni Unite) il 97% delle donne ha subito pratiche di mutilazioni genitali femminili. Non va, infine, dimenticato che tali pratiche, seppur in percentuali diverse e limitatamente ad alcuni gruppi etnici, risultano note anche in paesi come Arabia Saudita, Yemen, Bahrain, Pakistan, Bangladesh, Indonesia, Perù, Messico, Brasile, Stati Uniti, ecc.. Ciò nonostante, fino a qualche anno fa, le MGF costituivano un fenomeno circoscritto geograficamente che riguardava essenzialmente organismi internazionali. La loro rilevanza a livello nazionale, soprattutto in Europa e principalmente in Italia, era scarsa a causa di un'esigua presenza di casi accertati. Negli ultimi anni, però, con il crescere dell'immigrazione, la dimensione di tali pratiche si è estesa anche nei paesi della Comunità Europea, concretandosi in un grave problema d'attualità, che investe diversi aspetti: responsabilità penali, assistenza e deontologia medica, riabilitazione medica-psicologica e prevenzione-dissuasione. Secondo una stima basata su un'inchiesta condotta tra ginecologi, si ritiene che nel 2001 la Svizzera contasse tra la sua popolazione circa 6700 donne e ragazze che avevano subito mutilazioni agli organi genitali o che rischiavano di essere sottoposte a questa pratica<sup>2</sup>. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, invece, la pratica di infibulazione, solo in Italia, riguarda in media 40 mila giovani donne che ogni anno sono sottoposte a questo "rituale"<sup>3</sup>.

Le mutilazioni di organi genitali femminili hanno fatto la loro apparizione circa 2000 anni fa. Sebbene vengano spesso addotte motivazioni religiose da parte di coloro che tentano di giustificare

<sup>1</sup> L'infibulazione interessa quasi la totalità delle donne in Somalia, Gibuti e Sudan; altre forme meno invasive vengono praticate in Etiopia, Burkina Faso, Costa d' Avorio, Ghana, Togo, Tanzania, Uganda, Senegal. Questa pratica è molto diffusa tra le comunità di immigrati dai suddetti paesi verso Canada, Stati Uniti, Europa ed Oceania.

<sup>2</sup> Fabienne Jäger, Sylvie Schulze, Patrick Hohlfeld, *Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists*, in: Swiss Medical Weekly 2002.

<sup>3</sup> I dati riportati sono stati rinvenuti in *Female genital mutilation/cutting: a statistical exploration*. New York, NY: UNICEF; 2005.



Consiglio Regionale della Campania

questa usanza, si constata che non esiste alcuna religione che prescrive simili pratiche. Oltre ai motivi religiosi, le argomentazioni addotte sono spesso di ordine sociale e culturale (tradizione, igiene, aspetti estetici, preservazione della verginità ecc.).

Nel 2008, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), congiuntamente ad Unicef e Fnuap (Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione) fornisce la seguente definizione: *“le mutilazioni genitali femminili comprendono tutti gli interventi che producono un'ablazione parziale o totale degli organi genitali esterni della donna o qualsiasi altra mutilazione degli organi genitali femminili che sia praticata per ragioni culturali o di altro tipo e non a fini terapeutici”*. Le pratiche di mutilazioni genitali femminili possono essere eseguite in varie forme, e a secondo della gravità per il soggetto, possono essere distinte in quattro tipi differenti: □

1. *Circoncisione o infibulazione*: si limita alla scrittura della punta del clitoride con fuoriuscita di sette gocce di sangue simboliche; □
2. *Escissione*: asportazione del clitoride e taglio totale o parziale delle piccole labbra; □
3. *Infibulazione o circoncisione faraonica o sudanese*: asportazione del clitoride, delle piccole labbra, di parte delle grandi labbra con cauterizzazione; cui segue la cucitura della vulva, lasciando aperto solo un foro per permettere la fuoriuscita dell'urina e del sangue mestruale; □
4. *Interventi di varia natura sui genitali femminili*. □ □

Mentre la prima è puramente simbolica e non comporta conseguenze, le altre e soprattutto la terza - *l'infibulazione faraonica* - danneggia in maniera grave la salute generale e la vita sessuale delle donne. □ Ad una donna infibulata deve essere tagliata la cucitura per permettere il rapporto sessuale, dopo il quale solitamente la chiusura è nuovamente ripristinata: infatti lo scopo dell'infibulazione è garantire la fedeltà delle donne al coniuge. Questa pratica riguarda il 15% dei casi di mutilazione genitale femminile, ma raggiunge l'80-90% a Gibuti, in Somalia e in Sudan. Misurare la prevalenza, avere dati certi e affidabili sull'incidenza della pratica si è rivelata un'essenziale necessità ma anche una delle sfide più difficili per i programmi che sin dagli anni Ottanta hanno cercato di prevenire le MGF in Africa.

Il più delle volte la mutilazione dei genitali femminili è effettuata in età molto precoce, intorno ai 3 anni, anche se in alcuni casi avviene in età più avanzata, dipendendo essa dalla tipologia del rito effettuato e dai costumi o tradizioni locali del villaggio o della regione. Dai dati raccolti risulta che l'età media delle bambine sottoposte a MGF va dai primi mesi di vita ai 17 anni, con una prevalenza tra i 4 ed i 12 anni. In Egitto si stima che in un campione di bambine adolescenti di età compresa tra 0 e 19 anni, il 90% di coloro che hanno subito l'intervento sono state mutilate all'età di 5 o 6 anni<sup>4</sup>. Nella maggior parte dei casi la mutilazione genitale è effettuata in condizioni non igieniche, e le complicanze sono molto frequenti e, quasi sempre, molto gravi sia per il contesto di scarsissima igiene in cui esse vengono praticate, sia per gli strumenti utilizzati (per le mutilazioni: pezzi di vetro, pietre taglienti, lamette da barba, ecc.; per le suture: spine di acacia, filo da cucito, ecc.). Gli stessi strumenti possono essere utilizzati più volte per interventi effettuati in successione su diverse bambine, pertanto il pericolo di contagio e la diffusione di virus sono molto elevati. Generalmente le tecniche antisettiche e l'anestesia non sono adottate. Oltre all'ovvio dolore legato all'operazione, la mutilazione comporta altre numerose conseguenze a breve, medio e lungo termine. Le complicanze, a breve termine, consistono nella morte, nelle emorragie, nello shock post operatorio, nelle lesioni all'interno della vagina, dell'uretra, della vescica, in infezioni, setticemia,

<sup>4</sup> AFP (13 febbraio 1998): Egyptian Health Minister Defends Female Circumcision Ban. <http://www.feminist.org/newsbyte/february98/0213.html>.



Consiglio Regionale della Campania

tetano, contagio da HIV, epatiti. Le complicanze, a medio e lungo termine, possono consistere in cisti ed ascessi, dismenorrea, vaginismo, infezioni croniche, incontinenza urinaria, neuromi, sterilità, gravi problemi durante la gravidanza ed il parto.

Molte ragazze, costrette alla mutilazione genitale, vivono l'esperienza come la più terrificante della loro vita: essa costituisce un trauma che si ripercuote nel loro sviluppo psicologico. Le conseguenze psicologiche legate alla mutilazione genitale femminile non sono dissimili da quelle provocate dalla violenza sessuale: esse presentano comunemente disturbi nell'alimentazione (perdita o eccessivo aumento di appetito), disturbi del sonno (insonnia e incubi) disturbi dell'umore, disturbi post-traumatici da stress (attacchi di panico, ansia cronica, fobie, depressione), disturbi legati alla sfera cognitiva (difficoltà di concentrazione e di apprendimento) fino, nei casi più gravi, alla manifestazione di veri e propri disturbi di natura psicotica.

Le complicanze psicologiche legate alle MGF si manifestano soprattutto nelle giovani e nelle donne adulte che vivono in un contesto migratorio per il confronto con altri modelli di socializzazione e di costruzione dell'identità femminile. Alcune di queste donne attribuiscono all'esperienza MGF un senso di umiliazione, di impotenza e di inibizione, altre riferiscono di aver vissuto la mutilazione come uno stupro o come un tradimento da parte della famiglia con la conseguente difficoltà di costruire relazioni affettive persino con i propri figli. Altre ancora si dicono fiere e orgogliose della loro MGF e negano qualsiasi complicanza fisica o psicologica arrivando a "normalizzare" alcuni disturbi che solo con il tempo e con il contatto con altre donne, specialmente se deinfibulate, vengono riconosciuti come disturbi.

Un altro intervento da non sottovalutare è la deinfibulazione cioè l'intervento chirurgico riparativo condotto per aprire la cicatrice dell'infibulazione ed esporre l'ingresso vaginale e il meato urinario (deinfibulazione parziale).

La deinfibulazione è, inoltre, un atto medico indispensabile per la promozione della salute della donna e viene consigliata per i seguenti motivi: a) rendere possibili le visite ginecologiche di controllo, l'esecuzione degli strisci (PAP test e strisci batterioscopici), l'esecuzione di esami strumentali come l'isteroscopia, l'ecografia transvaginale, ecc.; b) facilitare e rendere possibile l'espletamento del parto per via naturale; c) trattare infezioni del tratto urogenitale; d) risolvere problematiche psicosessuali come penetrazione impossibile, dolori ai rapporti (dispareunia), ecc.. Le tecniche utilizzate per la deinfibulazione sono o il laser o, più frequentemente, il bisturi o le forbici. Entrambi gli interventi sono ambulatoriali ed eseguiti in un Centro di Riferimento per la prevenzione e la cura delle complicanze delle MGF in anestesia locale. Il sanitario, che affronta tale problematica, dovrebbe essere in grado di utilizzare il momento del colloquio per aprire un dialogo aperto, durante il quale il medico indaga cautamente sulle posizioni riguardo le MGF, potendo informare anche la componente maschile della famiglia della paziente (padre, marito, fratelli) che le pratiche escissorie sono illegali in tutto il mondo e, spesso, anche nel loro paese dove leggi contrarie alla MGF sono state approvate, sono contro la religione, sono dannose e ingiuste.

Inoltre va ricordato che dopo ogni parto viene praticata una nuova infibulazione o reinfibulazione, che consiste nel ricucire le labbra della vagina, al fine di ripristinare la situazione pre-matrimoniale.

### **La cultura dell'infibulazione**

Le mutilazioni genitali femminili sono molto spesso considerate parte di alcune culture religiose, prevalentemente islamiche, ma sono praticate anche in società di religione politeista e cristiana (copta, cristiana ortodossa, protestante, giudaica), pur essendo pubblicamente condannate in ciascuna di esse. □□ Le motivazioni che spingono ad effettuare queste pratiche si richiamano a detti



Consiglio Regionale della Campania

popolari, precetti religiosi o al controllo sessuale della donna: la sessualità femminile è considerata un istinto impuro e da controllare e, possibilmente, da annullare. Ma la motivazione, e causa fondamentale, di questa pratica è che nelle culture ove le mutilazioni sono richieste e praticate non averle subite significa isolamento sociale. Attraverso queste pratiche la donna preserva l'onore e l'integrità della famiglia; le MGF sono, tradizionalmente, considerate un segno di premura ed attenzione nei confronti delle bambine: una bambina non infibulata è una bambina di cui nessuno si è preso cura. Perdendo individualità e diritti, la giovane donna è accettata dal proprio gruppo sociale, subendo dunque non solo una violenza fisica, ma anche psicologica, poiché la pratica mutilativa viene considerata dalle stesse donne necessaria per il loro vivere associato.

### **Le Mutilazioni Genitali Femminili nel contesto internazionale** □ □

Il quadro normativo dei paesi in cui sono maggiormente diffuse le mutilazioni genitali è disomogeneo: dei 28 paesi presi in considerazione da Amnesty International ben 21 non hanno alcuna disposizione normativa che proibisca, più o meno espressamente, tali pratiche. Nei 7 paesi che si sono dotati di una normativa *ad hoc* la situazione non è migliore: in Burkina Faso il 70% delle donne ha subito l'escissione, nonostante una recente legge la proibisca, (il colpevole, nell'ipotesi in cui la vittima sopravviva, è punito con la reclusione da 6 mesi a 3 anni, mentre nel caso in cui vi è decesso la pena è aggravata e la reclusione va da 5 a 10 anni).

A livello internazionale la pratica delle mutilazioni genitali femminili è generalmente condannata sulla base di tre considerazioni: la difesa dei diritti umani, la difesa dei diritti della donna e la difesa dei diritti del bambino. La *Dichiarazione Universale dei diritti dell'Uomo* (1° dicembre 1948) contiene cinque articoli che formano una base generica di condanna di pratiche come la MGF: si tratta degli articoli 2, 3, 5, 12 e 25. Ad essa segue la *Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne*, del 1979, che, senza fare esplicito riferimento alle MGF, all'art. 2 rinvia a tutte le pratiche che discriminano le donne fra cui le MGF. Esse sono esplicitamente richiamate in quanto pregiudizievoli per la salute delle donne e delle bambine in un documento congiunto Oms/Unicef del 1980 che condanna ogni tipo di sostegno alla medicalizzazione della pratica. Nel 1986 viene divulgato il Primo Rapporto del Gruppo di Lavoro delle Nazioni Unite sulle pratiche tradizionali nocive alla salute delle donne e dei bambini, presentato alla XVIII sessione della Commissione per i Diritti dell'Uomo. Nel 1990 nella *Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti dei bambini* viene inserito l'art. 24.3 in cui si condannano le MGF. Seguirono alcuni documenti: nel 1993 la *Dichiarazione sulla violenza contro le donne* della Conferenza sui Diritti Umani; nel 1994 la Conferenza Mondiale su popolazione e sviluppo del Cairo; nel 1995, la *Dichiarazione di Pechino* della Quarta Conferenza Mondiale sulla Donna. Le dichiarazioni qui ricordate, per quanto fondamentali, sono lontane dall'affrontare il reale problema determinato dalle pratiche mutilatorie, tanto è vero che proprio tra il 1980 e il 1990, con l'aumentare del numero dei migranti, aumenta la sensibilità nei confronti di una pratica che si diffonde anche nei paesi europei di destinazione.

La Svezia è il primo Stato Europeo ad emanare una legge specifica contro le MGF (1979), anche se interventi illegali continuano ad essere effettuati. Nel 1998 la legge svedese viene modificata: vi si inserisce la proibizione delle re-infibulazioni *post partum* con la previsione di una pena a carico di chi ha effettuato le pratiche di mutilazione genitale femminile in un paese straniero che le consideri illegali. Anche altre nazioni – Australia, Svizzera, Regno Unito, Norvegia e Francia – iniziano i rispettivi *iter* legislativi contro tali pratiche. La Svizzera, nel 1983, su richiesta degli stessi medici, dirama tramite la Commissione Centrale di Etica Medica una dichiarazione ufficiale che prende atto



Consiglio Regionale della Campania

del fatto che molti cittadini immigrati chiedono agli ospedali pubblici di far eseguire sulle figlie mutilazioni. In questa dichiarazione tali pratiche mutilatorie vengono condannate in quanto violano i diritti dell'uomo, punibili come lesioni corporali gravi secondo quanto prescritto dall'art. 22 Codice Penale. Prima ancora che in Svizzera, in Francia il problema viene affrontato già nel 1979, quando venne celebrato il primo processo per la morte di una bambina proveniente dal Mali, causata da un intervento di escissione. A partire dalla seconda metà degli anni Ottanta vennero sottoposti a giudizio penale coppie di genitori immigrati colpevoli di aver fatto mutilare le figlie (in base all'art. 312 Codice Penale "violenze sui minori di anni 15"). Nel 1994 nel nuovo Codice Penale francese vengono inseriti due articoli che rafforzano la legislazione vigente e che condannano le mutilazioni in quanto rappresentano una violazione della Convenzione di Ginevra che vieta qualsiasi forma di persecuzione. In caso di mutilazione compiuta da persone come genitori o tutori, il responsabile può essere condannato all'ergastolo. Da questa sentenza deriva anche la decisione dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite di concedere asilo a tutte le donne e bambine africane che sanno di essere a rischio di subire le pratiche mutilatorie se costrette a rimpatriare nei loro paesi d'origine. A questa direttiva hanno aderito Canada, Stati Uniti, Svezia e Norvegia. La Norvegia ha una legislazione dal 1985, con norme assai simili a quelle in vigore in Svezia. In Germania non esiste una legislazione ad hoc, e il reato è punito con rinvio al Codice Penale come violazione dell'integrità fisica e ferite gravi. Quanto al Regno Unito, una normativa contro le mutilazioni genitali esiste dal 1985 e prevede pene severe fino a cinque anni di reclusione. A livello europeo è centrale la Risoluzione del Parlamento Europeo sulle mutilazioni genitali femminili. Nel testo di tale risoluzione compaiono per prima cosa rinvii ad altri testi fondamentali: la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo adottata nel 1948<sup>5</sup>; gli articoli 2, 3 e 26 del Patto internazionale delle Nazioni Unite relativo ai diritti civili e politici, adottato nel 1966; la Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, adottata il 4 novembre 1950<sup>6</sup>; la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne, adottata nel 1979<sup>7</sup>; gli articoli 2, paragrafo 1, 19, paragrafo 1, 24, paragrafo

---

<sup>5</sup>. Sono cinque gli articoli della *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* che costituiscono una solida base per condannare le mutilazioni dei genitali femminili: art. 2 sulla discriminazione; art. 3 che concerne il diritto alla sicurezza della persona (*security of person*); art. 5 sui trattamenti crudeli, inumani e degradanti; art. 12 sulla privacy; art. 25 sul diritto al minimo standard di vita (inclusa adeguate cure sanitarie) e protezione della maternità e dell'infanzia.

<sup>6</sup>. La *Convenzione europea per la tutela dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali*, approvata dal Consiglio d'Europa nel 1950 ed entrata in vigore nel 1953, non contiene alcun riferimento specifico alle mutilazioni dei genitali femminili o anche a pratiche tradizionali o consuetudinarie che ledano il diritto all'integrità fisica della persona. Però tale Convenzione istituisce la Commissione sui diritti umani e la Corte europea dei diritti umani, con sede a Strasburgo, cui possono ricorrere non solo gli stati firmatari della convenzione, ma anche individui. Tra gli articoli cui ci si può appellare in caso di mutilazione dei genitali femminili: art. 3: "Nessuno può essere soggetto a tortura o a trattamenti o punizioni umani o degradanti".

<sup>7</sup>. *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne*, prima parte, art. 2 lettera f): "Gli stati parte condannano la discriminazione nei confronti delle donne in ogni sua forma, convengono di perseguire con ogni mezzo appropriato e senza indugio una politica tendente a eliminare la discriminazione nei confronti delle donne e a questo scopo si impegnano a prendere ogni misura adeguata, comprese le disposizioni di legge, per modificare o abrogare ogni legge, disposizione, regolamento, consuetudine o pratica che costituisca discriminazione nei confronti delle donne"; prima parte, art. 5 lettera a): "Gli stati parte prendono ogni misura adeguata al fine di modificare gli schemi e i modelli di comportamento socio-culturale degli uomini e delle donne e giungere a un'eliminazione dei pregiudizi e delle pratiche consuetudinarie o di altro genere che siano basate sulla convinzione dell'inferiorità o della superiorità dell'uno o dell'altro sesso o sull'idea di ruoli stereotipati degli uomini e delle donne".



Consiglio Regionale della Campania

3, 34 e 39 della Convenzione relativa ai diritti dei bambini, adottata il 20 novembre 1989 dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite; gli articoli 1, 2, lettera f), 5, 10, lettera c), 12 e 16 della Raccomandazione n. 19 del Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne, adottata nel 1992; la Dichiarazione e il programma d'azione di Vienna, adottati dalla Conferenza mondiale sui diritti dell'uomo del giugno 1993<sup>8</sup>; la Dichiarazione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite sull'eliminazione della violenza nei confronti delle donne, adottata nel dicembre 1993; la Dichiarazione e il Programma d'azione della Conferenza delle Nazioni Unite su popolazione e sviluppo, adottati al Cairo il 13 settembre 1994<sup>9</sup>; la Dichiarazione e il Programma d'azione della Conferenza mondiale sulle donne, adottati a Pechino il 15 settembre 1995<sup>10</sup>; la sua risoluzione del 15 giugno 1995 sulla Quarta conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulle donne: Lotta per l'uguaglianza, lo sviluppo e la pace; il Protocollo facoltativo relativo alla Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne, adottata il 12 marzo 1999 dalla Commissione delle Nazioni Unite per la condizione femminile; la Risoluzione del Consiglio d'Europa sulle mutilazioni genitali femminili del 12 aprile 1999; la proclamazione congiunta della Carta dei diritti fondamentali, da parte del Consiglio, del Parlamento europeo e della Commissione, in occasione del Consiglio europeo di Nizza l'8 dicembre 2000. Il Parlamento inoltre chiede che "l'Unione

<sup>8</sup>. Dichiarazione di Vienna approvata a conclusione della II Conferenza dell'Onu sui Diritti Umani, Vienna, 1993, art. 18: "I diritti umani delle donne e delle bambine sono una parte inalienabile, integrale e indivisibile dei diritti umani universali. La piena e paritaria partecipazione delle donne alla vita politica, civile, sociale ed economica, a livello nazionale, regionale e internazionale, e lo sradicamento di qualsiasi forma di discriminazione basata sul sesso sono obiettivi prioritari della comunità internazionale".

<sup>9</sup>. Dichiarazione finale della Conferenza mondiale su popolazione e sviluppo, approvata al Cairo, 1994: "Si richiede ai Governi di abolire le mutilazioni genitali femminili dove esistono e di dare sostegno alle organizzazioni non governative e alle istituzioni comunitarie e religiose che lottano per eliminare queste pratiche. 7.6 [...] Tutti i programmi dei servizi primari per la salute, compresi quelli per la salute riproduttiva devono attivamente scoraggiare pratiche dannose come la mutilazione dei genitali femminili; 7.40 I Governi e le comunità devono urgentemente intraprendere azioni volte a fermare la pratica della mutilazione dei genitali femminili e proteggere le donne e ragazze da simili pratiche non necessarie e pericolose. Le azioni volte a eliminare dette pratiche devono includere programmi rivolti alle comunità locali che coinvolgano i leader religiosi e i capi villaggio, assicurare educazione e consulenza in relazione all'impatto sulla salute di donne e ragazze, e appropriato trattamento e riabilitazione di donne e ragazze che hanno subito la mutilazione. I servizi devono includere consulenza per uomini e donne al fine di scoraggiare la pratica".

<sup>10</sup>. Piattaforma d'azione di Pechino approvata alla IV Conferenza dell'Onu sulle Donne, Pechino 1995 e in particolare l'Obiettivo strategico C. 2: Rafforzare i programmi di prevenzione che migliorano la salute delle donne. Iniziative da assumere: 107. Dai Governi, in collaborazione con le organizzazioni non governative, gli organi di informazione, il settore privato e i competenti organismi internazionali, in particolare quelli delle Nazioni Unite: a) Conferire priorità ai programmi educativi formali e informali che sostengono le donne e le pongono in grado di sviluppare autostima, acquisire conoscenze, prendere decisioni e assumere responsabilità per la propria salute, di raggiungere mutuo rispetto in tema di sessualità e di fertilità, e di educare gli uomini circa l'importanza della salute delle donne e il loro benessere, prestando particolare attenzione ai programmi per uomini e donne che si propongono di eliminare gli atteggiamenti e i comportamenti dannosi, inclusa fra l'altro la mutilazione dei genitali femminili, la preferenza per il figlio maschio, che comporta l'infanticidio della figlia femmina, e la selezione prenatale del sesso, il matrimonio in giovane età, incluso il matrimonio fra bambini, la violenza contro le donne, lo sfruttamento sessuale che a volte provoca il contagio di infezioni Hiv/Aids e di altre malattie trasmissibili per via sessuale, il consumo di droga, la discriminazione contro bambine e donne nella distribuzione di cibo, e altri fattori relativi a vita, salute e benessere delle donne; riconoscendo che alcune di queste pratiche dannose possono essere violazioni dei diritti umani e di principi etici della professione medica; [...] d) Rafforzare le leggi, riformare le istituzioni e promuovere norme e pratiche che eliminino la discriminazione contro le donne e incoraggino le donne e gli uomini ad assumersi la responsabilità del loro comportamento sessuale e nella procreazione; assicurare il pieno rispetto per l'integrità fisica del corpo umano; e assumere iniziative per assicurare le condizioni necessarie alle donne per esercitare i loro diritti in materia di riproduzione ed eliminare, dove possibile, leggi e pratiche coercitive; Obiettivo strategico L.5: Eliminare la discriminazione nei confronti delle bambine nei settori della salute e della nutrizione. Iniziative da assumere: 281. Da Governi, organizzazioni internazionali e non governative: [...] i) Prendere tutte le misure appropriate allo scopo di abolire le pratiche tradizionali pregiudiziali alla salute dei bambini, come stabilito dall'articolo 24 della Convenzione sui diritti dell'infanzia.



Consiglio Regionale della Campania

Europea e gli Stati membri collaborino all'armonizzazione della legislazione esistente e, qualora essa non si dimostri adeguata, all'elaborazione di una legislazione specifica in materia nel nome dei diritti della persona, della sua integrità, della libertà di coscienza e del diritto.

In Italia la Costituzione vieta espressamente qualsiasi violazione dell'integrità fisica della persona (artt. 2, 3 e 32); in attuazione di quanto sancito dalla Dichiarazione e dal Programma di azione adottati a Pechino il 15 settembre 1995 in occasione della quarta Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulle donne, è stata emanata la legge n. 7.01.2006 *Disposizioni concernenti la prevenzione ed il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile*. La legge prevede, all'art. 6, l'inserimento di appositi articoli nel Codice Penale: l'art. 583-bis (Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili) che afferma: "Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili è punito con la reclusione da quattro a dodici anni [...]". Le disposizioni del presente articolo si applicano altresì quando il fatto è commesso all'estero da cittadino italiano o da straniero residente in Italia, ovvero in danno di cittadino italiano o di straniero residente in Italia. In tal caso, il colpevole è punito a richiesta del Ministro della giustizia". L'art. 583-ter (Pena accessoria) afferma che "La condanna contro l'esercente una professione sanitaria per taluno dei delitti previsti dall'art. 583-bis importa la pena accessoria dell'interdizione dalla professione da tre a dieci anni". A parte la struttura sanzionatoria dell'articolo, di particolare risalto è proprio la deroga al principio della territorialità introdotta dal 4 comma dell'art. 583-bis Codice Penale che prevede la perseguibilità di tali reati anche all'estero, su richiesta del Guardasigilli.

### **Le mutilazioni genitali femminili nel contesto delle organizzazioni governative e non.**

Molte organizzazioni – governative e non – operano a livello internazionale per prevenire e sradicare le pratiche di mutilazione genitale femminile, realizzando o sostenendo campagne di informazione e sensibilizzazione. E' opportuno ricordare, per esempio:

Gams (Groupe de Femmes pour l'abolition des Mutilations Sexuelles), 1982, la prima organizzazione al mondo nata per questo scopo;

Iac (Inter African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children), 1984;

Oms (Organizzazione Mondiale della Sanità) prima organizzazione delle Nazioni Unite ad opporsi alla pratica, 1979;

Cedaw (Convenzione per l'Eliminazione di ogni forma di Discriminazione Contro le Donne), 1979;

Unicef (Fondo per l'Infanzia delle Nazioni Unite);

Unfpa (Fondo per le Popolazioni delle Nazioni Unite);

Conferenza di Vienna sui diritti umani, 1993;

Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo, 1994;

Conferenza mondiale delle donne, Pechino, 1995;

Associazione Medica Mondiale;

Federazione Internazionale di Ginecologia ed Ostetricia (Figo);

Fondazione per lo Sviluppo e la Ricerca sulla Salute delle Donne;

Amnesty International.

Da vari anni è stata intrapresa un'azione decisa per porre fine alle pratiche di mutilazione genitale femminile e ad altre pratiche dannose per la salute, un tempo considerate questioni troppo delicate per poter essere discusse: 17 paesi africani hanno messo fuori legge la pratica e molte comunità si



## Consiglio Regionale della Campania

sono attivate per far applicare la legge (Unfpa, 2004). Puntando soprattutto sulle donne e sul lavoro di base, alcuni risultati già stanno emergendo:

in Egitto, sul piano legale la pratica è stata finalmente messa fuori legge, a seguito di una mobilitazione dell'opinione pubblica avviata sin dagli anni Sessanta; in molte zone rurali l'Unicef e varie organizzazioni locali educano le donne e le famiglie ad abbandonare ogni forma tradizionale di mutilazione. I risultati non mancano e le donne dei villaggi cominciano a portare avanti la campagna in prima persona: nel villaggio di Abu Gelban, nella regione di Minya, come in altri venti paesi della zona, mobilitando le famiglie e le donne, facendole parlare e riflettere sui loro problemi, si è riusciti a dimezzare in quattro anni la percentuale di bambine escisse.

In Kenia, il Fondo di Sviluppo delle Donne delle Nazioni Unite (Unifem), l'Ong Maendeleo ya Wanawake (Mywo) e Path (Program for Appropriate Technology in Health) hanno promosso l'iniziativa "Circondare con le parole", un rito di passaggio alternativo che preserva gli aspetti positivi della tradizione culturale (Unfpa, 2003); in Senegal l'organizzazione Tostan ha operato una sensibilizzazione in materia di diritti e salute, portando 938 villaggi (il 18% delle 5.000 comunità praticanti MGF registrate) a prendere la decisione collettiva di abbandonare la pratica e i matrimoni precoci; in Mali, Healthy Tomorrow assume un approccio più esplicitamente critico, utilizzando la musica nell'educazione e informazione degli individui alla pericolosità delle pratiche di MGF e altre (ibidem).

Le levatrici tradizionali sono spesso la figura chiave nel debellare la pratica: attraverso corsi di formazione, che abbinano nozioni tecnico-sanitarie sul parto e la cura dei neonati a nozioni generali di igiene femminile, si può trasmettere loro il messaggio della dannosità delle mutilazioni per la maternità e la salute, trasformandole così da protagoniste delle mutilazioni stesse a promotrici di campagne contro tali pratiche. Ma nonostante questa più che ventennale battaglia contro le pratiche mutilatorie nella realtà sociale e culturale queste non sono debellate e i risultati sono inferiori a quanto ci si aspettasse.

### **L'Italia e le mutilazioni genitali femminili**

I dati di riferimento per quanto riguarda il nostro Paese sono i seguenti:

- a) Numero degli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia: i dati ufficiali risalgono al 2008 e stimano 3.400.000 individui; a metà del 2009 e considerando, anche gli irregolari, si può dire che gli stranieri presenti in Italia siano complessivamente almeno circa 4 milioni.
- b) gli immigrati provenienti dai paesi africani sono, circa, 1 milione, di cui circa 350 mila donne.
- c) tenuto conto delle informazioni di contesto raccolte, per la costruzione della stima, si è deciso di assumere come target le donne regolarmente presenti in Italia e provenienti dai 26 Paesi africani in cui le MGF costituiscono una pratica culturale e tribale diffusa.
- d) le donne provenienti dai paesi africani che hanno una "tradizione escissoria" sono, circa, 110 mila.
- e) le donne di età inferiore ai 17 anni, potenziali vittime attuali o future del fenomeno sono circa 4.600.

In Campania, per esempio, si stima che le donne provenienti da paesi a tradizione escissoria variano in un range di 500 a 5000 donne residenti.

I due grandi punti interrogativi a cui si cerca di dare risposta sono:

- 1) Quante sono le donne soggiornanti in Italia vittime delle MGF per lo più subite nel paese d'origine?



Consiglio Regionale della Campania

2) Quante sono le bambine e le giovani che potrebbero essere vittime della stessa pratica in Italia o nel paese d'origine oggi, con riferimento ai prossimi anni?

Sul primo quesito, il dato di riferimento è costituito dall'incidenza media del fenomeno nei paesi d'origine, che si collocherebbe secondo i nostri calcoli, con una media ponderata che tiene conto della numerosità delle presenze provenienti da ciascuno dei 26 Paesi, sul 46%. Certamente le donne che si sono trasferite in Italia provenienti da quei Paesi presentano un tasso di incidenza che, anche sulla base dei colloqui effettuati, si può considerare molto più limitato. Una stima attendibile può essere intorno al 30%. Il che significa che tra le 110 mila donne provenienti da quei Paesi africani in cui viene praticata la mutilazione genitale, quelle che probabilmente hanno la pratica mutilatoria sono circa 35 mila. Si può parlare di circa 35 mila donne africane soggiornanti in Italia che hanno subito questa pratica, per lo più nel Paese di origine. Molto diverso è il discorso per le bambine e le giovani da 0 a 17 anni, tra cui il tasso di penetrazione del fenomeno è sicuramente molto più limitato. Usando lo stesso scarto medio registrato nei Paesi d'origine, si può dire che tra le figlie il fenomeno sia presente in un 30% di casi in meno rispetto alle madri.

Considerando le circa 4.600 bambine e giovani di meno di 17 anni provenienti dai Paesi che abbiamo indicato come target di riferimento, **le vittime potenziali** di questa pratica oggi sono circa il **22%**: il che significa che le possibili vittime nei prossimi anni di questa pratica tra le bambine e giovani africane residenti in Italia sono **circa 1.000**.

La legge n.7 del 9 gennaio 2006, recante " *Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile*", ha previsto, all'art. 4, la definizione di 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 MGF al fine di realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche mutilatorie.

Successivamente, l'allora Ministro della Salute, istituì, con Decreto 6 settembre 2006 e successive integrazioni, una Commissione per la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile con il compito di elaborare: a) le Linee Guida destinate alle figure professionali sanitarie per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche; b) individuare un programma di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine che hanno subito una tale pratica mutilatoria. Durante i lavori della Commissione emerse la necessità di acquisire elementi utili di programmazione sanitaria e di servizi offerti a livello regionale in materia di MGF. Allo scopo fu redatto, ed inviato alle Regioni, in data 7 dic. 2006, un Questionario con l'intento di chiedere elementi relativi alle iniziative adottate a livello territoriale in merito ad attività di formazione degli operatori, dei counseling, della deinfibulazione, dello studio e della ricerca, nonché all'attivazione ed al funzionamento di strutture dedicate con compiti di : a) ricerca e formazione a livello regionale; b) formazione degli operatori a livello locale; c) prevenzione ed informazione; d) attività di interventi di deinfibulazione.

Sulla base degli elementi forniti da tutte le Regioni, sia per quanto riguarda le attività sia per le strutture dedicate è risultato che nella programmazione regionale la tematica legata alle MGF è presente in 13 Regioni ( Valle d'Aosta, Lombardia, P.A. Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Puglia, Sardegna). In alcune Regioni sono presenti Strutture a livello centrale regionale con compiti di ricerca e formazione: in Lombardia, per esempio, l'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità – Fondazione ISMU/ Regione Lombardia – D.G. Famiglia e Solidarietà Sociale (O.R.I.M.); in Emilia



*Consiglio Regionale della Campania*

Romagna il CeVEAS – Centro per la valutazione e l'efficacia dell'assistenza sanitaria; in Toscana presso il Settore Assistenza Sanitaria – Tavolo Regionale.

In Liguria, per esempio, sono presenti tre strutture dedicate alle pratiche di mutilazione genitale femminile, in Toscana una, nel Lazio due, in Puglia una, in Sardegna una, con un totale di numero 43 strutture a livello nazionale.

Successivamente, sono state raccolte delle schede dalle Regioni e dalle Province Autonome relative alla ricognizione in questione per singola struttura e Regione.

La raccolta delle risposte da parte delle AA.SS.LL. della Regione Campania, in merito alla ricognizione, ha dato esito negativo. Di qui la necessita di una proposta di legge regionale

Una società nasce dall'unione di individui che stabiliscono leggi e norme per governare se stessi in relazione agli altri ed ottenere da questi rapporti vantaggi e benefici che non otterrebbero individualmente. L'importanza di tale provvedimento legislativo risiede nel fatto che l'Italia è il primo paese in Europa con il più alto numero di donne infibulate, per lo più immigrate somale e nigeriane sparse in maniera disomogena sul territorio nazionale. In alcune Regioni i dati relativi a tale pratiche mutilatore sono stati censiti, in altre si sta ancora facendo molto, sul territorio della Regione Campania la risposta non è ancora arrivata. Tale provvedimento legislativo è prevenire, contrastare, reprimere e riparare il danno delle pratiche di mutilazione genitale femminile e l'introduzione di sostanze venefiche o urticanti in vagina quali violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona e alla salute delle donne e delle bambine (Art.1 del presente provvedimento legislativo regionale).

L'articolo 1 detta le finalità del provvedimento legislativo, indicando le mutilazioni genitali femminili quali violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona e alla salute delle donne e delle bambine.

L'articolo 2 introduce percorsi formativi per gli studenti delle Facoltà di Medicina degli Atenei campani e degli operatori del sistema sanitario nazionale in materia di mutilazioni genitali femminili, nonché l'istituzione di programmi educativi in sinergia con i rappresentanti delle comunità interessate a tale fenomeno.

L'articolo3 istituisce l'Osservatorio Regionale sulle Mutilazioni Genitali Femminili, in raccordo con gli Osservatori nazionali e Comunitari.

L'articolo 4 demanda alla Assessorato alla Sanità la individuazione e predisposizione di campagne di informazione e sensibilizzazione verso gli immigrati presenti sul territorio campano, in collaborazione con le Associazioni no profit e con le strutture sanitarie.

L'articolo 5 prevede la partecipazione a corsi di aggiornamento relativi alla conoscenza delle pratiche MGF rivolti al personale delle strutture socio-sanitarie.

L'articolo 6 prevede l'istituzione di servizi riabilitativi rivolti alle donne e/o bambine che hanno subito MGF.

L'articolo 7 prevede l'istituzione di un numero verde, l'articolo 8 riguarda la norma finanziaria, mentre l'articolo 9 prevede la dichiarazione di urgenza.



Consiglio Regionale della Campania

## RELAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA

Per quanto concerne la stima delle spese di euro centomila/00 per il corrente esercizio finanziario 2011, si è tenuto conto della priorità degli interventi così come di seguito:

- Art. 4 : € 40.000,00 di cui € 30.000,00 lettera a) e € 10.000,00 lettera b);
- Art. 5 : € 50.000,00;
- Art. 6: non comporta spese, in quanto le strutture sanitarie sono già dotate di personale specialistico per MGF;
- Art. 7: € 10.000,00.



*Consiglio Regionale della Campania*

*Art.1*

*(Finalità)*

La presente legge, in armonia con lo Statuto ed in attuazione degli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione Italiana, 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 e dalla legge nazionale n.7 del 9 gennaio 2006 "Disposizioni concernenti la prevenzione ed il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminili", detta le misure necessarie per prevenire, contrastare e reprimere le pratiche di mutilazione genitale femminile e l'introduzione di sostanze venefiche o urticanti in vagina (d'ora in poi denominate MGF) da ritenersi violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona e alla salute delle donne e delle bambine.

*Vale*



Consiglio Regionale della Campania

Art. 2.

*(Attività di promozione e coordinamento)*

La Giunta Regionale interviene con programmi educativi da condurre in collaborazione con i rappresentanti delle comunità interessate, favorisce ed assiste la formazione degli studenti della facoltà di medicina in materia di MGF e delle loro conseguenze.

*Anna Spina*



Consiglio Regionale della Campania

Art. 3.

*(Istituzione di un Osservatorio Regionale)*

1. La Regione Campania istituisce l'Osservatorio regionale sulle MGF con il compito di monitorare il fenomeno, attraverso la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati quantitativi e qualitativi, operando come centro di raccordo con gli osservatori comunitari. La finalità da perseguire è quella di creare una sinergia tra i soggetti coinvolti per sviluppare la conoscenza delle problematiche relative alle MGF e per armonizzare le varie metodologie di intervento da adottare nel territorio regionale sia per la prevenzione che per la riparazione dei danni morali, psicologici e corporei.
2. L'Osservatorio predispone e pubblica annualmente un rapporto sulla natura e sulla dimensione del fenomeno radicato sul territorio regionale.
3. L'Osservatorio è composta da:
  - L'Assessore alle Politiche Sociali o suo delegato, nella qualità di Presidente;
  - Due consiglieri regionali componenti della VI Commissione Consiliare;
  - Il Dirigente del Settore Politiche sociali o suo delegato;
  - Il Dirigente del Settore Programmazione Sanitaria, o suo delegato;
  - Un medico ginecologo esperto designato dall'Ordine dei Medici;
  - Un medico psicologo designato dall'Ordine degli Psicologi;
  - Tre rappresentanti delle Comunità degli Immigrati provenienti dai Paesi in cui si pratica le MGF;
  - Un funzionario del Settore Politiche Sociali con funzioni di segretario.

*Valeria...*



Consiglio Regionale della Campania

Art.4

(Campagna informativa)

Allo scopo di prevenire e contrastare le pratiche di cui all'articolo 583-*bis* del codice penale concernenti le Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili, la Regione Campania attraverso l'Assessorato alle Politiche Sociali predispone appositi programmi diretti a:

- a) predisporre campagne informative rivolte agli immigrati dei Paesi in cui sono effettuate le MGF con l'attivazione di canali per l'incontro e la mediazione culturale;
- b) promuovere iniziative di sensibilizzazione, con l'Osservatorio regionale, con le organizzazioni di volontariato, con le associazioni *no profit* e con le strutture sanitarie.

*Valeria Spina*



Consiglio Regionale della Campania

Art. 5

*(Formazione del personale)*

La Regione Campania promuove corsi di aggiornamento dedicati alla conoscenza, alla prevenzione ed alla cura - riparazione delle mutilazioni dei genitali femminili rivolti al personale delle strutture socio-sanitarie dell'intera Regione.

*Valeria Spicci*



*Consiglio Regionale della Campania*

Art. 6

*(Istituzione di servizi riabilitativi)*

Sono istituiti servizi riabilitativi, in tutti gli ambiti territoriali sanitari della Regione Campania, per il supporto medico, psicologico e sessuologico rivolti alle donne ed alle bambine che hanno subito MGF con particolare attenzione alla deinfibulazione e agli altri atti medici e psicologici riparatori.

*Valeria Spina*



Consiglio Regionale della Campania

Art. 7

*(Istituzione di un numero verde)*

È istituito presso l'assessorato alle Politiche Sociali, un numero verde finalizzato a ricevere segnalazioni da parte di chiunque venga a conoscenza della effettuazione, sul territorio regionale, delle pratiche di cui all'articolo 583-*bis* del codice penale, nonché a fornire informazioni sull'Osservatorio Regionale e sulle strutture sanitarie.

*Vale White*



Consiglio Regionale della Campania

Art. 8

(Norma Finanziaria)

1. Agli oneri derivanti dall'applicazione della presente legge, quantificati in euro 100.000,00 in termini di competenza e di cassa, si fa fronte per l'anno finanziario 2011, con l'istituzione di nuovo Capitolo di spesa del bilancio, con riferimento all'U.P.B. 4.15.38, denominato "Fondo per la prevenzione ed il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", mediante prelievo di pari somma dalla UPB 7.29.65 (Cap. 1030) "Fondo per spese correnti derivanti da provvedimenti legislativi in corso ed attinenti a funzioni normali della Regione".
2. Agli oneri per gli anni successivi si farà fronte con legge di bilancio.

*Valeria White*



*Consiglio Regionale della Campania*

Art. 9

(Dichiarazione d'urgenza)

La presente legge è dichiarata urgente ai sensi e per gli effetti del secondo comma dell'art. 127 della Costituzione ed entra in vigore il giorno successivo a quello della pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

E' fatto obbligo a chiunque di osservarla e farla osservare come legge della Regione Campania.

*Vale Spurio*