

Collana Emergenza Minori



Il diritto di essere bambine

Dossier sulle Mutilazioni Genitali Femminili



PROGETTI D'AMORE PER I BAMBINI

IN COLLABORAZIONE CON





Fondazione L'Albero della Vita ONLUS

© Dicembre 2011

Testi a cura di Ombretta Scattoni e Andreina Rossitto (Fondazione L'Albero della Vita),
con il contributo di Laila Abi e Cristina Trugli (Associazione Interculturale Nosotras), Raffaella Manzotti e
Alessandra Pavani (Fondazione L'Albero della Vita), Andrea Pintimalli e Antonella Selvaggio (Fondazio-
ne Patrizio Paoletti).

Layout: Blu Pixel Studio

Foto di copertina: Archivio Nosotras

"Quest'opera è protetta dalle norme in materia di tutela del diritto d'autore. Ne è vietata qualsiasi riproduzione anche parziale non espressamente e preventivamente autorizzata da parte della Fondazione L'Albero della Vita ONLUS, unica titolare dei diritti di utilizzazione su questa pubblicazione".

Indice

UN LEGAME INSCINDIBILE a cura di Patrizio Paoletti	5
PREMESSA	7
IL CONTESTO DI ORIGINE DELLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI	9
1.1 Cultura, identità e differenze	
1.2 Gli aspetti sociali, culturali ed etici	
1.3 Le trasformazioni in atto: cambiamento e resistenze	
DESCRIZIONE DEL FENOMENO	13
2.1 Che cosa sono le mutilazioni genitali femminili	
2.2 La diffusione e i tassi di prevalenza del fenomeno	
2.3 Conseguenze delle mutilazioni genitali femminili	
2.4 Conseguenze psicologiche su bambine e donne	
LA NORMATIVA INTERNAZIONALE E NAZIONALE	23
3.1 Convenzioni internazionali per la protezione dei diritti della persona e delle donne	
3.2 Convenzioni internazionali a specifica tutela dei minori	
3.3 La legislazione dei Paesi africani	
3.3.1 L'Inter African Committee (IAC): tolleranza zero alle MGF	
3.4. La legislazione dei Paesi occidentali	
3.5. La legislazione italiana	
IL FENOMENO IN ITALIA: LE MINORI A RISCHIO	31
4.1 Le minori a rischio in Italia: misurazione del fenomeno	
4.2 Le minori a rischio in Italia: alcuni dati nazionali	
4.3 Le minori a rischio in Italia: una stima innovativa	

L'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE	37
5.1 Il ruolo della Scuola	
5.1.1 L'importanza del processo di intermediazione e negoziazione	
5.2 Prevenzione scolastica e socio-sanitaria: gli interventi delle Regioni	
CONCLUSIONI	45
APPENDICE	49
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	56
ORGANIZZAZIONI	57
Fondazione L'Albero della Vita	
Associazione Nosotras	
Fondazione Patrizio Paoletti	

L'abbandono delle Mutilazioni Genitali Femminili come momento di sviluppo condiviso

UN LEGAME INSCINDIBILE

Il tempo della crisi è, per sua intrinseca caratteristica, anche il tempo della ridefinizione: l'evidenziarsi dell'errore porta a mettere in discussione le basi sulle quali si era agito nel tempo precedente. Così le stringenti problematiche socio-economiche dei nostri giorni mostrano più che mai l'urgenza di ripensare i paradigmi di base del nostro pensiero, del nostro modo di agire, e di più ancora del nostro modo di relazionarci. Un esempio per tutti: se è vero che la fine del secondo conflitto mondiale diede alla luce nel 1948 la redazione della prima "Carta Internazionale dei Diritti Umani", è altrettanto vero che questo stesso conseguimento è ancora lontano dalla piena applicazione auspicata, e si trova oggi a dialogare con altre intese sovranazionali, come la "Carta Asiatica dei Diritti dell'Uomo e dei Popoli" o la "Commissione Africana sui Diritti Umani e dei Popoli", lungo il cammino possibile di un accordo planetario.

Nessun essere umano, nessuna organizzazione può evitare di considerare ed interagire con la complessità che investe il tessuto sociale contemporaneo, che vede insieme uomini e donne estremamente diversi tra loro, estremamente simili tra loro. Diversi per retaggio e forme di organizzazione dell'esperienza, simili nella necessità di trovare soluzioni nuove condivise, che rendano possibile alle tante e diversificate velocità di comprensione ed azione di cooperare tra loro.

Un fenomeno come quello delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF), che nel nostro Paese rischia di investire oltre 7.000 bambine, ci propone con impietosa forza domande alle quali dobbiamo dar risposta, senza tradire proprio quei valori che ci hanno guidato a compiere decisivi passi avanti nella realizzazione di un sistema sociale orientato alla promozione dei diritti di ogni individuo. Per trovare le corrette strategie che permettano di superare quella che è, per le donne che la subiscono, una terribile piaga, occorre tenere presenti alcuni dati di base, inquadrare i processi in corso, osservare ogni dettaglio, ogni contesto - uno dei Paesi in cui la pratica è più diffusa è l'Egitto, dove incontriamo una tradizione quasi ancestrale, risalente all'epoca dei Faraoni - senza dimenticare che queste prassi erano in vigore in Europa e negli Stati Uniti d'America appena 150 anni fa, con il beneplacito della più rinomata classe medica.

Le Mutilazioni Genitali Femminili sono un fenomeno che investe con tanta forza ed incisività la coscienza dell'uomo anche perché in diretto contatto con la rappresentazione dell'identità dell'individuo. Per questo motivo i dati su questo fenomeno turbano profondamente la nostra mentalità europea, per questo motivo gli esponenti di culture in cui le MGF sono praticate vi sono a volte legati in modo tanto profondo.

Occorre per tutti noi capire che il passaggio, l'avanzamento che ci permetterà di ripensare, trasformare la nostra

identità, senza smarrire il senso del nostro vivere, è nella relazione tra gli esseri umani. La relazione è qualche cosa che stiamo ancora scoprendo, è la sfida del nostro oggi: una dimensione che può permetterci di comprendere cosa è essenziale in noi - e deve essere preservato - e cosa può essere con migliore consapevolezza abbandonato, rinnovato, trasformato nell'incontro con la diversità, consapevoli che ogni trasformazione del singolo porta un'inevitabile trasformazione in coloro che lo circondano.

Non si può pensare che sia un percorso semplice e privo di ostacoli, il fenomeno delle MGF ne è un buon esempio: la pratica si riduce sempre più di generazione in generazione e lo scarto tra la generazione attuale e la precedente è ben del 30%. È proprio questa fase del processo che ci deve vedere più che mai vigili, perché particolarmente delicata. Nel corso del cambiamento porte diverse si aprono, ma non tutte conducono a ciò che desideriamo, ed occorre avere ben chiaro il senso ultimo del nostro agire per raggiungere la meta: la relazione quando è più intensa richiede le nostre più intime energie, il più attento discernimento, per offrirci i doni di cui è latrice. Dovremo continuare a compiere con ancora maggiore forza e rinnovato coraggio azioni concrete, come quelle che caratterizzano da sempre l'operato de L'Albero della Vita, a diretto contatto con le persone, nel vivo della difficoltà e del suo possibile superamento, per assicurare ai più piccoli le condizioni favorevoli allo sbocciare del seme di speranza che essi portano fino a noi.

Patrizio Paoletti

Presidente di Fondazione L'Albero della Vita Onlus e di Fondazione Patrizio Paoletti

PREMESSA

Alla base del concetto di libertà, giustizia e pace nel mondo c'è il diritto di ogni essere umano all'uguaglianza e al riconoscimento del proprio valore e della propria dignità, basi fondamentali per promuovere migliori condizioni di vita e per giungere a un vero progresso sociale. Perché questi diritti siano rispettati e conosciuti, ogni Nazione deve impegnarsi per la loro diffusione garantendo innanzitutto protezione e assistenza alle famiglie affinché possano svolgere il loro ruolo nella collettività, costruendo al loro interno un ambiente favorevole alla crescita e al benessere per i propri figli, che li aiuti a sviluppare in modo armonioso e completo la propria personalità. I bambini infatti rappresentano il futuro, e il buon mantenimento del loro stato di salute psicofisica è essenziale e sinergico a un più ampio e radicato sviluppo individuale e sociale del Paese.

Ogni Nazione è chiamata, quindi, a prodigarsi per migliorare il sistema di protezione e tutela dei diritti e della salute psicofisica dei minori, in particolar modo di quelli ritenuti più vulnerabili. Proprio per l'importanza estrema riconosciuta a questa tutela, la diminuzione della mortalità infantile, il miglioramento della salute materna e la promozione della parità dei sessi e l'autonomia delle donne sono stati inseriti tra gli otto obiettivi di Sviluppo del Millennio.

Nonostante i "buoni propositi", vi sono pratiche tradizionali che continuano ad affliggere milioni di bambine e donne nel mondo e a compromettere, spesso in maniera grave e irreversibile, il loro stato di salute psicofisica. **Le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) ne sono un esempio.** Si tratta di pratiche profondamente radicate nella tradizione di molti paesi africani e molto dannose per chi le subisce. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che dai 100 ai 140 milioni di donne nel mondo hanno subito mutilazioni genitali: le bambine sottoposte a tali pratiche sono, ogni anno, circa 3 milioni.

Negli ultimi trent'anni anche l'Italia è stata chiamata a prendere consapevolezza e a intervenire sul problema delle MGF: infatti la crescita dei movimenti migratori provenienti dal continente africano ha introdotto nel nostro paese pratiche, culture e tradizioni nuove, costringendoci ad affrontare fenomeni a noi precedentemente sconosciuti.

La decisione della Fondazione L'Albero della Vita e dell'Associazione Interculturale Nosotras di avviare un progetto congiunto sulle mutilazioni genitali femminili nell'ottica della tutela delle minori e, in particolare, del ruolo della scuola nella prevenzione, si iscrive proprio nella necessità di combattere il fenomeno rispettando la cultura di origine di chi lo pratica.

La scelta di puntare, come deterrente, sulla prevenzione e sulla sensibilizzazione e non solo sulla pena prevista dalla legge italiana per chi pratica le MGF è profondamente legata alla mission delle due associazioni.

La Fondazione L'Albero della Vita è un'organizzazione impegnata nella tutela dei diritti dei minori in situazioni di disagio in Italia e nel mondo fin dal 1997; l'Associazione Interculturale Nosotras è attiva dal 1998 nella tutela dei diritti delle donne, con particolare attenzione alla lotta contro le MGF.

Riconoscendo il diritto alla vita, il diritto alla salute integrale della persona e a un trattamento rispettoso delle specifiche individualità tra i fondamentali diritti del minore, con questo dossier si vuole far comprendere la natura del problema, le implicazioni culturali, l'estensione del fenomeno tra le bambine immigrate in Italia, il

grado di intervento in atto in Italia e il ruolo cruciale che la Scuola potrebbe rivestire nella prevenzione della pratica.

Per rendere facilmente fruibili le informazioni il dossier è stato diviso in due parti: la prima è un approfondimento del tema delle mutilazioni genitali femminili, nella seconda sono illustrati i risultati di una **indagine realizzata per questo dossier, che offre un nuovo scenario sul numero delle minori a rischio MGF presenti in Italia e sui singoli programmi di prevenzione regionale attivati in questi anni.**

I risultati ci invitano a riflettere sull'urgenza di accrescere la programmazione e la realizzazione di interventi preventivi che fungano da deterrente alla pratica e sulla necessità che le Istituzioni prendano rinnovata coscienza del fenomeno considerandolo centrale e prioritario nei propri interventi di tutela dei diritti dell'infanzia.

IL CONTESTO DI ORIGINE DELLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

1.1 CULTURA, IDENTITÀ E DIFFERENZE

Il nuovo contesto internazionale che si è creato a seguito dei processi di globalizzazione ha imposto una ridefinizione di alcuni concetti fondamentali delle scienze sociali, quali cultura, identità, differenza e appartenenza, il cui significato non è ormai più adatto a descrivere e a cogliere la complessità dei nuovi scenari mondiali.

La cultura viene quindi ripensata come un processo in continuo e incessante cambiamento che coinvolge tutta la società e che, sulla base della relazione e del contatto con l'altro, ridefinisce continuamente i propri contenuti.

L'identità culturale va interpretata come un complesso di appartenenze diverse: ciascuno di noi è portatore di differenti identità, derivanti dalla storia personale e familiare, che inte-

ragiscono in maniera dinamica. Questo determina una naturale predisposizione nei confronti dell'altro e favorisce la possibilità di modificarsi in seguito al contatto, alla relazione, al dialogo.

Anche il concetto di differenza assume un altro significato. La definizione della propria identità si definisce attraverso l'alterità. L'altro fa paura perché non è uguale a noi e al nostro gruppo. Se, però, ci si pone dal punto di vista dell'altro ci si accorge che la distinzione dei ruoli è solo relativa: non esiste il diverso, non esistono un io e un altro assoluti; la diversità è una condizione relativa determinata dal punto di vista di chi guarda.

La pratica tradizionale delle mutilazioni genitali femminili, ci pone in questo senso di fronte a un tipico esempio di multiculturalismo, nel quale le differenze tra il mondo occidentale

e le tradizioni dei Paesi che le praticano sono particolarmente stridenti.

Ai fini di una piena comprensione del fenomeno in esame, occorre sottolineare che i genitori e i familiari che praticano e perpetuano le MGF sono convinti che queste abbiano effetti positivi sulle bambine; perché questa è, tradizionalmente, la visione nella loro cultura di origine. **È quindi necessaria una particolare sensibilità e conoscenza della specifica realtà sociale perché un'azione volta a debellare tali pratiche non venga percepita come un'indebita intromissione nella tradizione e nella cultura del gruppo d'origine della minore.**



Fonte: archivio Nosotras

1.2 GLI ASPETTI SOCIALI, CULTURALI ED ETICI

Le mutilazioni genitali femminili sono pratiche che appartengono a tradizioni millenarie e che trovano giustificazione in specifiche forme di organizzazione sociale basate sulla rigida divisione delle sfere di competenza dei due sessi e su un severo controllo sociale della sessualità femminile, che si traduce nella gestione e modificazione del corpo delle donne.

Il contesto culturale di origine delle donne a rischio MGF è caratterizzato, quindi, da una serie di fattori che possono rappresentare un serio ostacolo alla lotta contro questa pratica.

Nonostante l'avvio dei processi di cosiddetta 'modernizzazione', permangono nelle aree di origine elementi di tipo tradizionalistico/conservatore che condizionano fortemente il sistema di relazioni locali, prendendone spesso il sopravvento. Si tratta probabilmente di risposte al processo di occidentalizzazione che snatura i rapporti culturali e sociali originari.

Nei Paesi di immigrazione, prevale invece la necessità di trovare e definire forme di adattamento, anche se questo non implica necessariamente la ri-

Molte donne delle comunità immigrate considerano le MGF uno strumento di affermazione della propria identità culturale e dei propri valori.

mozione o l'enfaticizzazione della propria cultura di origine come stigma di riconoscimento identitario.

È possibile evidenziare una serie di fattori che influiscono, spesso in modo determinante, nel favorire il perpetuarsi della pratica delle MGF, diffusa in molti dei Paesi di origine:

- Il contesto sociale multietnico: gli analisti del *Demographic and Health Survey* (DHS)¹ hanno riscontrato uno stretto legame tra identità etnica e pratica delle MGF, segnalando come questa possa rappresentare un inseparabile elemento di continuità con le proprie tradizioni e la propria terra e il segno distintivo di una forte appartenenza.
- Una ridotta istruzione: anche se l'istruzione da sola non è sufficiente a garantire l'abbandono della pratica, le figlie con madri che hanno livelli di istruzione più elevati presentano un minor rischio di subire mutilazioni ge-

(1) - Il DHS (Demographics and Health Surveys) è un programma finanziato dall'Agenzia degli Stati Uniti per lo sviluppo internazionale (USAID) che fornisce assistenza ai paesi in via di sviluppo per la raccolta, l'analisi e l'uso di dati al fine di monitorare i programmi nei settori della popolazione, della sanità e della nutrizione.

nitali. I sistemi culturali, sociali ed educativi dei paesi a rischio MGF, tuttavia, penalizzano fortemente le donne; la loro scolarizzazione, soprattutto quella secondaria e superiore, è spesso molto ridotta.

- La tradizione e la cultura dominante: spesso sono proprio le madri a organizzare la mutilazione delle proprie figlie perché convinte che si tratti di una pratica giusta per preparare correttamente le bambine all'età adulta.

- Le condizioni economiche: gli indicatori sociali disponibili descrivono situazioni molto lontane da quelli che sono conside-

rati gli standard medi dei paesi cosiddetti "a sviluppo avanzato". Le MGF diventano per le donne che eseguono l'intervento non solo un riconoscimento socio-culturale da parte della comunità, ma anche un lavoro ben retribuito.

- Le MGF come segno distintivo sociale, etnico e fisico: ci troviamo di fronte a sistemi socio-culturali nei quali la tradizione, i modi d'uso e le convenzioni sociali hanno il sopravvento e il ruolo delle donne resta subordinato a quello degli uomini.

I processi di modernizzazione nei contesti di origine procedono su un doppio binario: da un lato,

l'occidentalizzazione e i suoi stili di vita trasformano progressivamente le società e i contesti locali; dall'altro continuano a rivestire un'importanza determinante le convenzioni sociali e quegli aspetti della cultura che sembrano immutabili.

Nei Paesi di immigrazione, in un contesto percepito come estraneo, se non ostile, le bambine e le donne delle comunità immigrate attribuiscono, talvolta, una grande importanza alle mutilazioni genitali come strumento di affermazione della propria identità culturale e dei propri valori simbolici.

1.3 LE TRASFORMAZIONI IN ATTO: CAMBIAMENTI E RESISTENZE

I dati raccolti dalle inchieste DHS² in Africa consentono un cauto ottimismo sulla regressione delle MGF. Infatti, monitorando la maggior parte dei Paesi nei quali sono tradizionalmente praticate, è stata riscontrata una flessione della prevalenza nelle aree urbane rispetto alle aree rurali e nelle donne con più elevato tasso di istruzione.

La continua instabilità politico-economica del continente afri-

cano, le carestie e la siccità rendono però molto difficile un capillare monitoraggio e influiscono quindi sulle possibilità di intervento e conseguente sradicamento di queste pratiche.

Parallelamente sono nel tempo intervenuti alcuni importanti cambiamenti sociali che testimoniano come ci sia ancora una certa resistenza ad abbandonare la pratica:



Fonte: Fotolia

(2) - Cfr. nota 1

- L'aumento della medicalizzazione delle mutilazioni genitali: le bambine vengono portate negli ospedali e operate da personale sanitario piuttosto che da praticanti tradizionali. Intorno alle MGF sarebbe così sorto un business che vedrebbe medici e infermieri lentamente sostituirsi agli operatori tradizionali.

- L'età media alla quale una minore è sottoposta all'intervento è in diminuzione: in alcuni Paesi, soprattutto in ambiente urbano, si tende a intervenire prima dell'età scolare, per evitare le campagne di controllo e di contrasto avviate nelle scuole.

- L'importanza dell'aspetto cerimoniale associato alla pratica è in declino: a seguito dell'entrata in vigore delle leggi contro le MGF, la mutilazione viene effettuata in modo più silenzioso, senza troppa pubblicità.

Da una parte troviamo quindi la resistenza della popolazione e la riorganizzazione della pratica, dall'altra un movimento di associazioni e Stati che nel corso degli ultimi venti anni hanno realizzato molte iniziative e campagne di informazione, sensibilizzazione e contrasto delle MGF, contribuendo a creare una consapevolezza diffusa, non soltanto delle gravi



In Africa stanno nascendo molti movimenti contro le MGF, che hanno il merito di iniziare a far discutere di queste pratiche e contribuiscono alla rottura di un tabù.

conseguenze psicofisiche ma anche delle radici socio-culturali e simboliche che legittimano il perpetuarsi di tali pratiche.

Un risultato tangibile e fondamentale sembra dunque già stato raggiunto: la rottura del tabù. In Africa, ormai, delle mutilazioni genitali femminili se ne parla, se ne discute. Hanno perduto la garanzia del silenzio e dell'omertà.

Nelle zone rurali, le campagne di contrasto tendono a coinvolgere intere comunità e villaggi, così da includere le aree in cui avvengono gli scambi matrimoniali.

La decisione di abbandonare la pratica si profila dunque come una scelta collettiva che impegna le comunità con una dichiarazione pubblica e solenne, così da diffondere la sensibilizzazione anche alle aree limitrofe.

L'opinione sempre più diffusa tra le organizzazioni internazionali è che l'abbandono delle MGF possa avvenire in tempi rapidi, persino nel giro di una generazione.

Tale eventualità è legata alla formazione di una "massa critica" soprattutto tra i giovani. Quando la decisione di abbandonare la pratica si diffonde in maniera sufficiente, le stesse dinamiche sociali "di contagio" che in origine l'avevano consolidata possono servire ad accelerare e a rafforzare il processo del suo abbandono.

Parte del paragrafo è tratto da Elena Laurenzi (a cura di), Profilo Informativo del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili, Regione Toscana, 2003, pagg.32-33, disponibile sul sito www.mgftoscana.it/ - www.nosotras.it

DESCRIZIONE DEL FENOMENO

2.1 CHE COSA SONO LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

Con l'espressione mutilazioni genitali femminili si fa riferimento a tutte le forme di rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o ad altre modificazioni indotte agli organi genitali femminili, effettuate per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche.

Si conoscono vari tipi di mutilazioni genitali femminili con diversi livelli di gravità: la più radicale è comunemente nota come infibulazione, una pratica diffusa prevalentemente nell'Africa Sub-sahariana che l'immigrazione ha fatto conoscere anche in Europa e in Italia³.

L'attuale classificazione dell'OMS, suddivide le MGF in quattro tipi:

Tipo I: circoncisione. Consiste nel taglio del prepuzio del clitoride. Nei paesi musulmani nota con il termine di *sunna* (tradizione).

Tipo II: escissione o clitoridectomia. Asportazione del clitoride con rimozione parziale o totale delle piccole labbra.

Tipo III: infibulazione o circoncisione faraonica.

Rimozione del clitoride, delle

piccole labbra e di gran parte delle grandi labbra e successiva sutura dei lembi rimanenti della vulva con l'occlusione pressoché totale dell'introito vaginale, di cui resta solo una piccola apertura nell'estremità inferiore per la fuoriuscita del flusso mestruale e dell'urina, del diametro di un fiammifero o di una matita o, secondo la tradizione, in modo che dal foro residuo "passi solo un grano di miglio"⁴.

Tipo IV: include diverse pratiche tra cui l'incisione, il piercing o lo stiramento del clitoride e/o delle grandi labbra; l'abrasione dei tessuti circostanti l'orifizio vaginale (tagli *anguria*) o l'incisione della vagina (tagli *gishiri*); l'introduzione di sostanze corrosive o erbe astringenti nella vagina.

(3) - World Health Organization (WHO), *Female genital mutilation*, Fact sheet n. 241, febbraio 2010

(4) - Spesso l'apertura viene mantenuta inserendovi una piccola scheggia di legno. A seconda delle differenti usanze, la ferita viene cucita con filo di seta o per sutura (in Sudan) o con spine di acacia (in Somalia). In alcune regioni vengono utilizzati anche strumenti particolari come il gundura, una sorta di stecca di legno di palma a forma di "V".

Questa classificazione è comunque approssimativa in quanto le forme e le modalità delle mutilazioni dei genitali femminili sono molteplici e si modificano nel tempo⁵.

Gli organismi internazionali (OMS, UNICEF, UNFPA) sono concordi nel ritenere che tutte le forme di MGF rappresentano una grave violazione dell'integrità fisica, psichica e morale delle bambine e delle donne e del diritto alla salute.

2.2 LA DIFFUSIONE E I TASSI DI PREVALENZA DEL FENOMENO

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che dai 100 ai 140 milioni di donne nel mondo hanno subito mutilazioni genitali⁶ e che le bambine sottoposte a tali pratiche sono, ogni anno, circa 3 milioni⁷.

La pratica delle MGF è documentata e monitorata in 26 paesi africani e nello Yemen.

In alcuni paesi, come l'Egitto, la Guinea, il Sudan, il Mali, la Somalia, le donne tra i 15-49 anni sottoposte a queste pratiche superano il 90%, in Eritrea e in Etiopia sono tra l'80 e il 90%, in Burkina Faso e in Mauritania sono tra il 70 e l'80%. Negli altri paesi le percentuali a livello nazionale sono notevolmente più basse, ma, al loro interno, si riscontra una forte concentrazione in alcune regioni (Fig.1).

TESTIMONIANZA DI ABEBA

"Un giorno quando [mia figlia] aveva cinque mesi circa, la condussi al mercato centrale di Asmara dove era risaputo che vi abitava un uomo esperto nel praticare l'escissione, anche se operava con delle lamette senza una completa disinfezione come sarebbe potuto avvenire in un ambulatorio. [...] L'ho fatta fare a mia figlia perché è una pratica tradizionale, gestita soprattutto dalle donne, anche se esistono uomini che fanno l'operazione". (donna eritrea, da molti anni in Italia)

Ogni anno 3 milioni di bambine subiscono mutilazioni genitali. Nel 90% dei casi vengono tagliate e/o rimosse parti dell'apparato genitale.

Anche il tipo di intervento mutilatorio imposto varia a seconda del gruppo etnico di appartenenza. Il 90% delle mutilazioni praticate è di tipo escissorio (con taglio e/o rimozione di parti dell'apparato genitale della donna), mentre il 10% dei casi si riferisce all'azione specifica dell'infibulazione.

L'emigrazione dall'Africa verso i paesi industrializzati ha portato alla diffusione delle MGF anche in altri continenti: America settentrionale, Australia, Europa. In vari paesi europei da alcuni anni si segnala la presenza di un considerevole numero di donne mutilate.

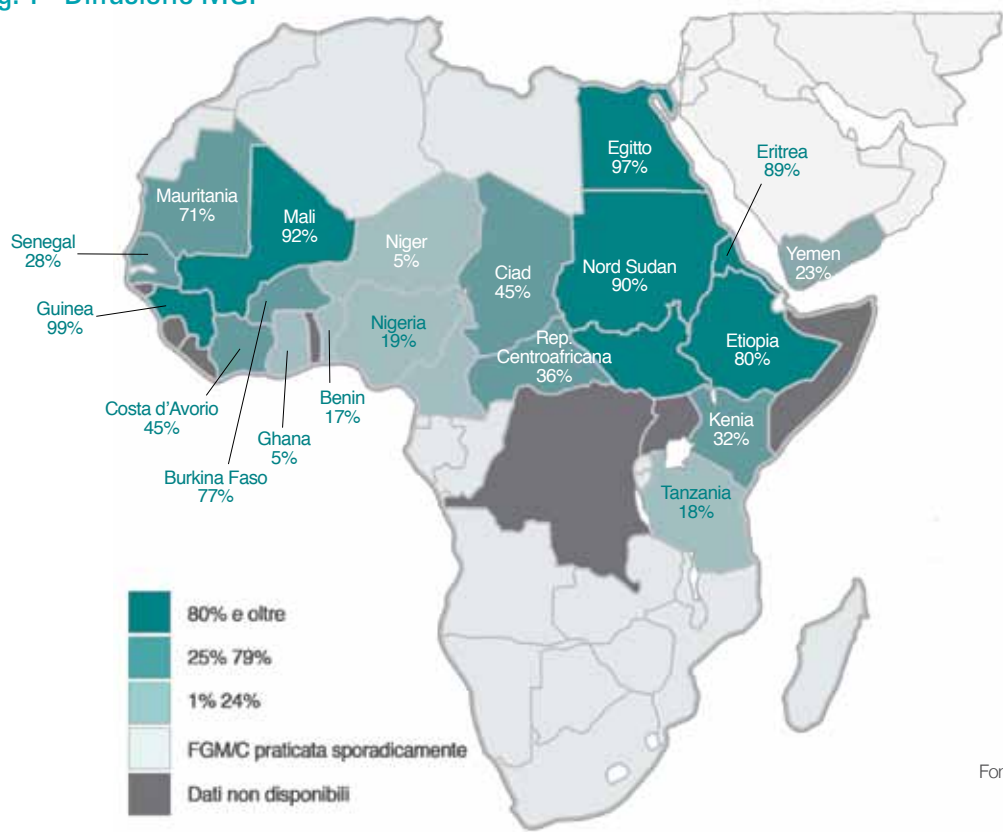
Mancano tuttavia dati certi sulla diffusione delle MGF e sulle caratteristiche che assume nei paesi di emigrazione.

(5) - Recentemente l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha introdotto nella sua classificazione una quinta tipologia, riferita a "pratiche simboliche che comportano l'escissione o la foratura del clitoride per fare uscire alcune gocce di sangue".

(6) - World Health Organization (WHO), *Eliminating Female Genital Mutilation. An Interagency Statement*, 2008

(7) - Unicef, *Female genital Mutilation/Cutting. A statistical exploration*, 2005

Fig. 1 - Diffusione MGF



Fonte: OMS/ONU

L'età in cui vengono effettuate le MGF varia a seconda del Paese e del gruppo etnico di appartenenza. Alcuni esempi: in Egitto oltre il 90% sono "mutilate" tra i 4 e i 15 anni, in Etiopia, Mali e Mauritania il 60% prima dei 5 anni, nello Yemen il 76% nelle prime due settimane di vita. In Sudan il 75% delle bambine subisce le mutilazioni tra i 9 -10 anni in Sud-Darfur, mentre il 75% delle bambine in Kassala sono mutilate tra i 4-5 anni. Sebbene minoritarie, non mancano situazioni in cui le mutilazioni genitali, se non praticate da bambine, vengono posticipate nell'adolescenza, al momento del matrimonio, durante la gravidanza o al momento del parto⁸. Studi recenti hanno evidenziato un graduale abbassamento dell'età delle bambine sottoposte a MGF, spiegabile dalla maggiore facilità sia nell'occultare queste pratiche laddove sono proibite, sia nel vincere eventuali resistenze da parte di bambine consapevoli⁹.

(8) - Unicef, op. cit. e Yoder P. e altri, *Female genital Cuttings in the Demographic and Health Surveys: A critical and comparative Analysis*. DHS Comparative Report, n.7/ 2004

(9) - H. Lightfoot-Klein, *Prisoners of ritual: some contemporary developments in the History of female Genital Mutilation*, paper presentato al Secondo Simposio Internazionale sulla Circoncisione a San Francisco 30 aprile-3 maggio 1991; E.Bilotti, *La pratica della Mutilazione genitale femminile*, Mediterranean Review n. 3 1997

2.3 CONSEGUENZE DELLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

I rischi per la salute e le complicazioni delle MGF dipendono dalla gravità della mutilazione, dalle condizioni igieniche, dall'abilità di chi le pratica e dalla resistenza opposta dalla ragazza durante l'intervento.

L'OMS classifica le complicazioni in: a breve, medio e lungo termine¹⁰.

- Le complicazioni a *breve termine* sono legate soprattutto allo shock causato dall'intervento e vanno dallo shock emorragico (le perdite ematiche sono

cospicue) a quello neurogenico (provocato dal dolore e dal trauma), all'infezione generalizzata (sepsi).

Per tutte le minori, l'evento è un grave trauma: molte bambine entrano in uno stato di shock a causa dell'intenso dolore e del pianto irrefrenabile che segue.

- Le complicanze a *medio termine*, invece, riguardano soprattutto patologie infiammatorie del tratto vaginale e urinario e anemia o malnutrizione, legate alla difficoltà di un'alimenta-

zione normale per trauma, timore e difficoltà nell'espletamento dei bisogni fisiologici.

- Le conseguenze a *lungo termine* possono essere forti dolori nelle mestruazioni e nei rapporti sessuali, maggiore vulnerabilità all'infezione da HIV/AIDS, epatite e altre malattie veicolate dal sangue, infertilità, incontinenza, maggiore rischio di mortalità materna per travaglio chiuso o emorragia al momento del parto.



Fonte: Campagna Stop FGM

(10) - Cfr. Nota 3

Le MGF comportano, oltre a un forte trauma fisico, anche uno shock psicologico e sessuale¹¹.

Queste implicazioni sono poco note e variano nel contesto di immigrazione rispetto al contesto tradizionale, modificandosi drasticamente nei due casi i poli di riferimento per la costruzione dell'identità personale, psico-sessuale e socio-culturale.

Per quanto riguarda il contesto tradizionale, sono presenti degli aspetti valorizzanti e dei rinforzi positivi di tipo sociale che sostengono la donna al momento dell'intervento e nel corso della vita, in un ambiente in cui la mancata mutilazione viene considerata riprovevole e provoca emarginazione. Esistono, tuttavia, anche situazioni in cui le donne soffrono gravi problemi di ordine psicologico e sociale, legati molto spesso

alle complicazioni di tipo fisico provocate dalle MGF: incontinenza fecale o urinaria in seguito a prolasso, fistole, infezioni, lacerazioni da sesso anale o da parto, possono determinare il ripudio da parte del coniuge e l'ostracismo della comunità, fino a spingere le donne al suicidio. Tra molte ragazze, inoltre, si segnalano episodi di tipo simil-psicotico all'approssimarsi della consumazione del matrimonio, particolarmente nei casi di infibulazione in cui il coito comporta la lacerazione della vulva.

Angela Japhet Isuwe, "There after 1"



Le mutilazioni genitali comportano per le bambine un forte trauma fisico ed uno shock psicologico e sessuale che ne influenzano lo sviluppo ed il benessere, lasciando un segno perenne nella loro vita.

(11) - L'operazione distrugge gran parte o tutte le terminazioni del nervo vulvare e ciò può ritardare o impedire l'eccitazione e il successivo orgasmo

Ma le maggiori difficoltà psicologiche connesse alle mutilazioni genitali si manifestano soprattutto se si vive in un contesto migratorio, e in modo particolare per le giovani generazioni mutilate nel Paese di origine ma cresciute in Occidente. Infatti le giovani, oltre a doversi confrontare con altri modelli di socializzazione e di costruzione dell'identità femminile, sono sottoposte a stimoli discordanti: da una parte la netta condanna occidentale delle MGF, dall'altra i significati positivi che la cultura di origine attribuisce alla mutilazione. Questo le porta a soffrire non solo un conflitto culturale ma anche a subire una forte crisi di identità. Alcune giovani vivono così la sensazione di sentirsi "mutilate" per la prima volta nella propria vita, attribuendo alle MGF il senso di umiliazione, di impotenza e di inibizione che

accompagnano perennemente la loro esistenza; 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 anche con i propri figli; alcune si sentono additate come "sessualmente handicappata", come vittime di un mondo barbaro e selvaggio.

Al di là delle differenze tra contesto di origine e contesto migratorio, è innegabile che la pratica delle mutilazioni genitali femminili, attraverso un gratuito gesto di violenza e di negazione della libertà, lascerà nella vita delle bambine dei segni perenni che inevitabilmente influenzeranno il loro sviluppo e il loro benessere.



Austin Ejuomah, "Untitled"

2.4 CONSEGUENZE PSICOLOGICHE SU BAMBINE E DONNE

Approfondimento a cura della dottoressa Antonella Selvaggio, psicologa psicoterapeuta, esperta del metodo pedagogico Pedagogia per il Terzo Millennio di Fondazione Patrizio Paoletti per lo Sviluppo e la Comunicazione.

Comunemente si ritiene che le Mutilazioni Genitali Femminili siano praticate sostanzialmente nelle società di cultura islamica, ma non è così, la pratica è molto più diffusa di quanto si pensi.

Le MGF venivano praticate già agli albori della civiltà, molti secoli prima della comparsa della religione islamica. Ve ne sono tracce già negli scritti dello storico greco Erodoto (V sec. a.C.) il quale racconta che le MGF erano praticate già da Fenici, Ittiti, Egizi, Etiopi. Strabone (I sec. a.C.), Sorano d'Efeso (II sec. d.C.), Ezio di Amida (V/VI sec. d.C.), raccontano che anche ad Atene e a Roma veniva praticata la "infibulazione" chiudendo l'apertura vaginale con una spilla (*fibula*) alle mogli dei soldati che partivano per le campagne militari dell'Impero allo scopo di impedirne l'adulterio. Lo stesso trattamento veniva riservato alle

schiaive per evitare che un'eventuale gravidanza impedisse loro di lavorare per il padrone.

La pratica, insomma, ha radici storiche molto lontane che inducono a pensare che la questione non può essere trattata con leggerezza e va compresa studiandone i contesti culturali di appartenenza e le credenze e i preconcetti che vi sono alla base.

Innanzitutto le conseguenze delle MGF dipendono dal tipo di operazione praticata - l'infibulazione ha chiaramente conseguenze più gravi: è pressoché impossibile praticare un esame pelvico, diventa molto difficile,

se non impossibile, valutare una gravidanza o diagnosticare alcune malattie. Inoltre se l'apertura lasciata dall'infibulazione è eccessivamente stretta, è impossibile prevenire le infezioni all'apparato riproduttivo ecc. Questo per citare soltanto alcuni dei danni riscontrabili dal punto di vista fisico, che hanno conseguenze anche sul piano psicologico a cominciare dallo shock dovuto non solo al dolore causato dall'operazione fatta in assenza di anestesia, ma anche alla perdita di sangue che può prolungarsi per giorni. L'intera area genitale diventa ipersensibile e causa dolori molto forti talvolta



Autore: Juri Ciani



Le MGF traumatizzano le bambine e provocano gravi conseguenze sul piano psicologico come fobie, disturbi dell'alimentazione, ansia, senso di tradimento nei confronti dei genitori. Talvolta il vissuto di queste bambine è così doloroso da spingerle al suicidio.

permanenti che impediscono una vita normale sia dal punto di vista sociale che sessuale.

Si può inoltre dire che la femminilità stessa delle bambine prima e delle donne poi risulta mutilata, ad esempio il resistente tessuto della cicatrice provocata dalla pratica può impedire la dilatazione del canale del parto e causare un parto ostruito.

Gli effetti sulla psiche, raccolti soprattutto dalle testimonianze delle donne che hanno subito in prima persona la mutilazione, parlano di vissuti di ansia, senso di terrore e senso di umiliazione e tradimento provati in particolare nei confronti dei propri genitori che hanno deciso di operare la mutilazione quando ancora non era possibile per la bambina scegliere o opporsi in maniera fattiva (di solito le MGF

vengono effettuate tra i 4 e i 10 anni). Inoltre tra le reazioni psicologiche si riscontrano **disturbi dell'alimentazione e del sonno, disturbi dell'umore, incubi, fobie, attacchi di panico e non ultime disfunzioni cognitive. Questo quadro sindromico è spesso accompagnato da depressione, stress, disturbi nell'area della sessualità e dell'affettività.** E per quel che riguarda le relazioni sociali bisogna dire che, nelle bambine, si riscontra una generale tendenza alla diffidenza e una importante difficoltà a fidarsi degli altri anche se appartenenti alla propria famiglia.

La vita sessuale delle donne mutilate è spesso definitivamente compromessa a causa del dolore, della mancanza di desiderio, della paura e del disagio nei rapporti sessuali, che non

di rado generano una sorta di alienazione e scarso amore per il proprio corpo. Talvolta il vissuto di queste bambine è così doloroso da spingerle al suicidio.

Inoltre bisogna considerare che le esatte conseguenze psicologiche delle mutilazioni genitali femminili sono ancora sconosciute non essendoci una vera e propria ricerca psico-fisiologica a riguardo, tuttavia i dati raccolti e qui riportati indicano che le ricadute sulla salute mentale delle donne sono davvero gravi e non possono essere sottovalutate.

Non si può quindi ignorare che il persistere della pratica, basata su credenze non verificate, esige un cambiamento di paradigmi culturali anch'essi fondati su idee preconconcette che ci spingono a dire, con forza, che è necessario ripensare la cultura globale

TESTIMONIANZA DI AMINAH

"Le mie due prime figlie sono state già escisse quando avevano ognuna circa tre mesi. [...] Alla mia ultima figlia non è stata fatta perché suo padre non c'era. Era andato a lavorare in un altro paese africano vicino alla Nigeria e bisognava aspettare il suo ritorno per farlo. Quando tornò, la bambina aveva già nove mesi e lui disse di non farlo più perché la bambina era diventata grande. Così l'ultima fu salvata. Secondo me non bisogna più fare queste cose perché non ha più senso. [...] Le mie due figlie escisse non pensano neanche a farlo fare alle loro bambine perché dicono che le generazioni future non ne hanno bisogno, e sono perfettamente d'accordo con loro." (donna nigeriana, da diversi anni in Italia.)

e rieducarci e rieducare il nostro pensiero a leggere e accogliere nuovi modi per sentire l'appartenenza culturale; l'identità religiosa; quella sessuale, dato che in alcune culture le MGF sono ritenute necessarie perché una bambina diventi una donna completa; il controllo della sessualità, dato che in molte culture vige la credenza che tali mutilazioni, riducendo il desiderio sessuale della donna, riducano il rischio di adulterio; credenze sull'igiene, dato che in alcune

società si ritiene che avere genitali esterni è segno di sporcizia. Non è semplice e non sarà veloce ma è necessario ripensare e ri-orientare le nostre credenze e fare in modo che ogni uomo e ogni donna possa sentire la necessità di verificare la sua cultura e ciò in cui crede per accor-

gersi di quanto alcune pratiche e alcune tradizioni possano essere abbandonate senza conseguenze anzi realizzando un deciso e importante avanzamento della società nella quale viviamo.



Fonte: archivio Fondazione L'Albero della Vita

LA NORMATIVA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

3.1 CONVENZIONI INTERNAZIONALI

PER LA PROTEZIONE DEI DIRITTI DELLA PERSONA E DELLE DONNE

Gli organismi internazionali e gli Stati sono tutti concordi nel ritenere che le mutilazioni genitali femminili rappresentano una grave violazione dell'integrità fisica, psichica e morale delle bambine e delle donne.

Le MGF hanno come effetto, infatti, la mutilazione irreversibile del corpo e l'alterazione violenta dell'identità psicofisica, senza alcuna giustificazione nell'interesse della salute.

È dimostrato da diversi studi come dalla pratica medica quotidiana, infatti, che le MGF com-

portano conseguenze gravi sulla salute fisica e mentale delle bambine e delle donne.

Le MGF violano pertanto le principali convenzioni internazionali relative ai diritti umani.

Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (1948)

Negli articoli 3,5,12,25 si afferma il diritto alla vita di ogni individuo, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona. È quindi vietata qualunque forma di tortura, trattamento o punizione crudele.

Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le Donne (CEDAW) - (1979)

Impegna gli Stati membri a perseguire una politica che tenda ad eliminare le discriminazioni nei confronti della donna, adottando ogni misura adeguata, comprese le disposizioni legislative, per modificare o abrogare ogni legge o regolamento che costituisca discriminazione nei confronti della donna. Inoltre invita gli Stati a prendere misure adeguate per modificare schemi e modelli di comportamento socio-culturale, in modo da eliminare pregiudizi e pratiche consuetudinarie basate sulla convinzione dell'inferiorità o della superiorità dell'uno o dell'altro sesso.

Protocollo di Maputo (2003)

Protocollo aggiuntivo alla Carta Africana dei Diritti dell'Uomo e dei Popoli, relativi ai diritti delle donne in Africa. L'art.5 impegna gli Stati firmatari a condannare e a proibire ogni pratica pregiudizievole che si ripercuote negativamente sui diritti umani delle donne, contraria agli standard internazionalmente riconosciuti; l'art.14 afferma il diritto alla salute sessuale e riproduttiva.

3.2 CONVENZIONI INTERNAZIONALI A SPECIFICA TUTELA DEI MINORI

Le mutilazioni genitali femminili, violando il diritto di bambine e ragazze ad essere tutelate da violenze, abusi, torture o trattamenti inumani, rappresentano una violazione non solo del

diritto alla salute ed alle pari opportunità ma anche di tutte le principali normative internazionali a tutela dei minori. Tali convenzioni rappresentano uno strumento giuridico vincolante

per gli Stati che le hanno ratificate, che quindi devono mettere in atto tutto quanto è in loro potere per prevenire il mancato rispetto di questi diritti.

Convenzione ONU sui diritti dell'Infanzia (1989)

Ratificata dall'Italia nel 1991, all'art. 24 stabilisce che gli Stati devono prendere tutte le misure efficaci e appropriate per abolire le pratiche tradizionali che possono risultare pregiudizievoli alla salute del fanciullo; l'art. 37 afferma, inoltre, che nessun bambino deve essere sottoposto a tortura o a trattamenti inumani e degradanti.

Carta africana sui diritti e il benessere del fanciullo (1990)

L'art. 5 dichiara che ogni individuo ha diritto al rispetto della dignità insita in ogni essere umano e al riconoscimento dello status legale e proibisce ogni forma di trattamento che viola tale dignità. Raccomanda inoltre agli Stati di eliminare pratiche sociali e culturali pericolose che influenzano il benessere, la dignità, la normale crescita e il normale sviluppo del bambino.

Dichiarazione di Vienna (1993)

Approvata a conclusione della II Conferenza dell'ONU sui Diritti Umani, all'art.18 afferma che "I diritti umani delle donne e delle bambine sono una parte inalienabile, integrale e indivisibile dei diritti umani universali".

TESTIMONIANZA DI KOURA

"Sono contenta che attualmente in tanti paesi dell'Africa dove venivano fatte le mutilazioni genitali femminili si stia facendo di tutto per vietare queste pratiche, e nel mio stesso paese da qualche anno c'è una legge che lo vieta. Sono felice perché mia figlia non conoscerà mai questa pratica orribile. In tutti i posti del mondo la gente deve unirsi per lottare contro questa pratica che non fa altro che del male alle bambine che poi diventeranno delle donne." (donna senegalese, da 5 anni in Italia)

3.3 LA LEGISLAZIONE DEI PAESI AFRICANI

Anche in molti Paesi africani a tradizione escissoria sono state approvate leggi che vietano le MGF ma che trovano grandi difficoltà nella loro attuazione.

In realtà tali leggi sono state varate solo dietro pressione degli organismi internazionali (OMS,

Unicef, Amnesty International, etc.), limitandosi a introdurre provvedimenti legislativi senza un effettivo impegno dei Governi per farli rispettare, nonostante le dichiarazioni ufficiali di condanna e le campagne promosse per sradicarle. La maggioranza della popolazione ignora

perfino l'esistenza di tali leggi e la maggior parte delle bambine continua a essere mutilata.

Da segnalare che alcuni Stati africani sono intervenuti sul tema molto prima che vi fosse una pressione da parte di organismi internazionali. È il caso del Sudan, dove nel 1946 è stata approvata una legge che proibisce l'infibulazione; della Sierra Leone, in cui esiste dal 1926 un'ordinanza sulla prevenzione della crudeltà verso i bambini, secondo la quale chiunque abbia in custodia un bambino e lo maltratti, lo trascuri, lo abbandoni o gli provochi inutile sofferenza fisica o danni alla salute, compresi la perdita di un organo del corpo, è soggetto a un'ammenda e/o a una pena detentiva non superiore a due anni; del Kenia, in cui il Chief Act del 1982 sancisce l'illegittimità della pratica e punisce chi ne è responsabile. Per ulteriori approfondimenti legislativi sui paesi africani consultare l'appendice (tabella 1, di cui la figura 2 ne è una rappresentazione).

Fig. 2 - Paesi africani con tradizione MGF che hanno adottato disposizioni in materia



3.3.1 L'INTER AFRICAN COMMITTEE (IAC): TOLLERANZA ZERO ALLE MGF

Oltre alle iniziative legislative dei singoli Stati, anche la società civile si è attivata per intervenire e sensibilizzare la popolazione contro le MGF. Nasce così nel 1984 l'*Inter African Committee* (IAC), il Comitato Inter Africano per la lotta alle pratiche tradizionali lesive della salute e dei diritti delle donne e delle bambine, il più grande network africano di associazioni femminili. Il comitato riunisce le organizzazioni di 28 Paesi africani e ha membri

attivi anche in Europa, Canada, Giappone e Nuova Zelanda.

Il suo obiettivo è l'eliminazione delle "pratiche tradizionali nefaste": oltre alla mutilazione genitale femminile, i matrimoni forzati e precoci, i tabù nutrizionali, l'imposizione dei tatuaggi rituali etc.

L'*Inter African Committee* è in prima linea nella lotta per sradicare le MGF in Africa attraverso un approccio olistico, multisettoriale e integrato che coinvolge

attori e soggetti diversi: medici, ostetriche tradizionali, ex *exciseuses* (donne che praticano le mutilazioni)¹², giuristi, giornalisti, politici, leader religiosi, studiosi, insegnanti, membri delle comunità, giovani.

Il network ha anche contribuito in modo significativo nel promuovere in Africa leggi contro le MGF e nel portare all'attenzione mondiale la gravità del problema attraverso un'intensa attività di *advocacy* svolta a livello regionale, nazionale e internazionale.

Tra le azioni più significative sul piano internazionale va ricordata la Conferenza Internazionale sulla Tolleranza Zero alle MGF (Addis Abeba, 2003) che ha coinvolto associazioni, governi, agenzie ONU, parlamentari, legislatori, *decision makers*, ONG al fine di coordinare gli approcci e armonizzare le attività nella ricerca di una via comune verso l'eliminazione delle MGF.



Sam Ovrati, "The Victims 2"

(12) - Alcune ex *exciseuses* sono state coinvolte in un'esperienza pilota portata avanti da Nosotras, Arci di Firenze e Unicoop Firenze in Niger. Questo progetto riguarda l'utilizzo dello strumento del microcredito per lo sradicamento del mestiere di *exciseuse*, cosa che permette loro di avere opportunità di lavoro in sostituzione al mestiere di mutilatrice. Le donne coinvolte inoltre vengono contemporaneamente formate sulle conseguenze delle MGF. Questa modalità di intervento si è dimostrata utile in quanto ha portato sia alla "deposizione dei coltelli" che alla riconversione delle *exciseuses*, le quali si impegnano nella lotta contro le MGF e nel sostegno alle famiglie delle proprie comunità.

La conferenza ha portato al lancio di un appello ai governi affinché mobilitino risorse e capacità per sradicare le MGF e altre pratiche tradizionali dannose; all'adozione dell'Agenda Comune d'Azione per arrivare all'eliminazione delle MGF entro il 2015¹³, alla proclamazione del 6 febbraio come Giornata Internazionale della Tolleranza Zero alle MGF.



Godfrey Williams-Okorodius, "The Decision"

3.4 LA LEGISLAZIONE DEI PAESI OCCIDENTALI

I Paesi occidentali che, a seguito dei flussi migratori, hanno ospitato sul proprio territorio comunità provenienti da Paesi a tradizione escissoria, si sono dotati di un apparato di norme che contrastano la pratica di mutilazione genitale femminile sul proprio territorio; alcuni hanno legiferato specificatamente in merito, altri ricorrono a norme già in vigore, volte alla tutela dell'integrità fisica della persona, delle donne e dei minori.

Una breve panoramica dell'esperienza legislativa di altri Paesi ci permette di conoscere e confrontare le diverse specificità.

Per quello che riguarda l'Europa, in tutti i paesi europei le MGF sono perseguibili penalmente.

La Svezia è stato il primo paese occidentale che nel 1982 ha

adottato una legge specifica per affrontare la questione, seguito da Norvegia e Gran Bretagna. Anche Canada, Nuova Zelanda, Australia e Stati Uniti sono intervenuti in tal senso per tutelare il diritto di donne e minori a non essere mutilate.

La Catalogna e la Gran Bretagna attualmente sono le uniche realtà ad aver emanato un protocollo di attuazione sulle MGF

(13) - Uno degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio delle Nazioni Unite.

Da segnalare i casi della regione autonoma Catalogna (Spagna) e della Gran Bretagna che attualmente sono le uniche realtà ad essersi impegnate per emanare un protocollo di attuazione della legge sulle MGF. Tale protocollo prevede la promozione di un approccio preventivo al tema, attraverso l'applicazione di varie misure informative e di supporto alle famiglie, che vengono attuate da diversi attori sociali, quali insegnanti, mediatori, operatori, medici, etc.

La Francia, pur avendo scelto una strada diversa dalla creazione di una legge specifica sulle MGF¹⁴, ha apportato alcune novità nell'ambito della prevenzione e della tutela del minore che riguardano sia il potere dei giudici del Tribunale per i Minori, i quali possono adottare qualsiasi misura necessaria per la protezione delle bambine a rischio MGF, sia l'avvio di un intenso lavoro di rete all'interno del quale associazioni, servizi sociali, medici del settore materno-infantile

collaborano con lo scopo di prevenire le MGF, monitorando il fenomeno attraverso una continua connessione e comunicazione con le famiglie e tra di loro¹⁵.

Con l'applicazione di un ampio sistema di controllo e prevenzione, la Francia, pur senza una legge specifica, è riuscita a tutelare le bambine fino a 14 anni contenendo il rischio di MGF, attraverso una combinazione di prevenzione e repressione penale.

Scopo ultimo di una politica di prevenzione è la progressiva riduzione del campo applicativo della via giudiziale, penale o civile, che potrà essere perseguita solo quando sarà fallito l'intervento informativo e preventivo.

TESTIMONIANZA DI MARYAM

"Ho una figlia e non la farò mai infibulare, prima di tutto perché non vedo l'utilità di tutto ciò e poi perché mi ricordo di mio marito [italiano] che mi ripeteva sempre "non provare mai a fare questa cosa a mia figlia". Da grande ho cercato di chiedere alla mia mamma il perché, e come unica risposta mi ha detto d'averlo fatto per il mio bene, per farmi essere uguale alle altre. La vede come una cosa bellissima. Tante volte mi chiede perché non l'ho fatto a mia figlia. Dice che andrò all'inferno [...] Continuo in ogni caso a dirlo, sono contraria a queste pratiche perché non c'è un motivo ben preciso per farlo. Fa solo danni. Non ha nessun vantaggio, né religioso, né niente. Solo un danno alle persone, perché si leva qualche cosa che la natura ha creato." (donna somala, da 20 anni in Italia)

(14) - Le MGF infatti sono punite ai sensi dell'art. 222 del codice penale che prevede una condanna fino a 15 anni per lesioni che abbiano determinato una mutilazione permanente su un minore di 15 anni.

(15) - Un esempio di buon funzionamento e di controllo che questa rete di soggetti attua lo si può avere osservando un caso di partenza sospetta: una bambina, segnalata dalle associazioni o dai servizi sociali al sistema sanitario, viene sottoposta a una visita di controllo pediatrica prima della partenza per il paese di origine e subito dopo il ritorno. Contemporaneamente i servizi sociali interverranno attraverso colloqui con i genitori, per ottenere un impegno a non fare mutilare la propria figlia.

3.5 LA LEGISLAZIONE ITALIANA

Recependo le prescrizioni della Conferenza Mondiale dell'Onu sulle Donne svoltasi a Pechino nel 1995, il **Parlamento Europeo ha adottato una risoluzione in materia di MGF con cui condanna fermamente le mutilazioni genitali femminili e chiede a ciascuno Stato membro di adottare delle misure legislative che considerino la pratica un reato** (*Risoluzione 2001/2035 INI*).

L'Italia, su ispirazione della Costituzione Italiana, ha recepito tale direttiva europea con l'emanazione della legge n.7 del 9 gennaio 2006 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile" (cd. Legge Consolo).

La legge n.7/2006 ha introdotto nel codice penale l'articolo 583 bis "Pratiche di mutilazione genitale femminile", che punisce con la reclusione chiunque (cittadino italiano o straniero), in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili, e qualsiasi altra pratica che

provochi effetti dello stesso tipo.

Se le mutilazioni degli organi genitali femminili sono commesse a danno di una minorenni oppure a fini di lucro, la pena è aumentata di un terzo.

Viste le difficoltà di sottoporre bambine, ragazze e donne a un intervento MGF nel Paese ospitante, spesso vengono effettuati viaggi in quello di origine allo scopo di eseguire l'operazione. Avendo riscontrato la notevole diffusione di questo fenomeno,

si è cercato di punire anche la condotta di chi, per sfuggire ai divieti del Paese ospitante, torna in patria per far operare figlie e congiunte. **La tutela prevista dalla legge n.7/2006, quindi, si applica anche quando il reato è commesso all'estero.**

In caso di minori a rischio MGF per volontà dei genitori, il Giudice Minorile ha la facoltà di allontanare le figlie dai genitori, nei casi più gravi con decadenza della potestà.

Si precisa che ai genitori o agli esercenti la potestà che richie-



Fonte: Fotolia

dono l'intervento di terzi al fine di effettuare una pratica di MGF, può essere contestato il concorso nel reato di cui all'art. 583 bis del codice penale.

Come previsto dalla legge n.7/2006, il Ministero della Salute ha pubblicato nel 2008 le Linee Guida destinate alle figure professionali socio-sanitarie (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, assistenti sanitari, mediatori ed operatori scolastici) che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le MGF, per realizzare attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche¹⁶.

Nel 2009 Il Governo Italiano ha istituito inoltre la Commissione per la prevenzione e il contrasto delle pratiche di mutilazione genitale femminile presso il Dipartimento per le Pari Opportunità, alla quale è stato affidato il compito di:

- predisporre campagne informative rivolte agli immigrati provenienti da Paesi in cui si

praticano le mutilazioni al momento della concessione del visto presso i consolati italiani e del loro arrivo alle frontiere italiane, dirette a diffondere la conoscenza dei diritti fondamentali della persona, in particolare delle donne e delle bambine, e del divieto vigente in Italia delle pratiche di mutilazione genitale femminile;

- promuovere iniziative di sensibilizzazione, con la partecipazione delle associazioni di volontariato, delle organizzazioni no profit, delle strutture sanitarie e delle comunità di immigrati provenienti dai Paesi dove sono praticate le mutilazioni genitali femminili;
- organizzare corsi di informazione per le donne infibulate in stato di gravidanza, finalizzati a una corretta preparazione al parto;
- promuovere appositi programmi di aggiornamento per gli insegnanti delle scuole dell'obbligo, anche avvalendosi di figure di riconosciuta esperienza nel campo della mediazione culturale, con il

coinvolgimento dei genitori delle bambine e dei bambini immigrati, e per diffondere in classe la conoscenza dei diritti delle donne e delle bambine;

- promuovere presso le strutture sanitarie e i servizi sociali il monitoraggio dei casi pregressi già noti e rilevati localmente.

Il Ministero dell'Interno ha inoltre attivato, nel novembre 2010, il numero verde 800 300 558, finalizzato a ricevere segnalazioni da parte di chiunque venga a conoscenza di pratiche di mutilazione genitale femminile sul territorio italiano e a fornire informazioni sulle organizzazioni di volontariato e sulle strutture sanitarie che operano presso le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate tali pratiche.

(16) - Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile (MGF), per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche, decreto del Ministero della Salute del 17.12.2008 (G.U. 25.03.08, n.71 SO 70).

IL FENOMENO IN ITALIA: LE MINORI A RISCHIO

Il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili fa la sua prima comparsa in Italia negli anni '70 con gli sporadici casi di donne eritree, allora al servizio di alcune famiglie italiane, che si presentavano negli ospedali.

Solo nel decennio successivo però si determina l'incontro/scontro tra operatori sanitari e donne sottoposte a mutilazioni genitali, in seguito soprattutto agli ingenti flussi di quelli che oggi sono definiti "migranti forzati": persone in fuga dalle aree di guerra dei Paesi del Corno d'Africa, tra le quali moltissime donne somale che riportavano la più evidente e problematica delle MGF, l'infibulazione.

Negli ultimi anni, con l'aumento degli arrivi di immigrati provenienti da Paesi africani, il fenomeno ha assunto dimensioni sempre più ampie nel nostro Paese; tanto che un recente rapporto del Ministero della Salute stima che oggi in Italia le mutilazioni genitali femminili potrebbero interessare potenzialmente 93.809 donne¹⁷.



Godfrey Williams-Okorodius, "Old fashion"

(17) - Cfr. nota 16

4.1 LE MINORI A RISCHIO IN ITALIA: MISURAZIONE DEL FENOMENO

Le Linee Guida del Ministero della Salute in materia di MGF evidenziano i due aspetti principali che il fenomeno ha assunto oggi in Italia:

- la presenza di donne escisse e infibulate provenienti da Paesi extra-europei dove vige la tradizione della pratica escissoria;
- le giovani donne e bambine che rischiano o subiscono la pratica delle mutilazioni genitali durante il periodo di permanenza in Italia, o comunque durante un periodo di vacanze nel Paese di origine dei genitori¹⁸.

È stata riscontrata un'obiettivo difficoltà nel quantificare l'estensione del fenomeno.

Gli studi per stimarne la consistenza concentrano l'attenzione sulle comunità provenienti da

Paesi nei quali questa tradizione è radicata: il risultato, più che la rilevazione di statistiche, è stato l'emergere delle numerose variabili che possono influenzare la consistenza e la dinamica del fenomeno in ogni Paese di immigrazione.

La metodologia più diffusa è quella di prendere in considerazione le comunità presenti sul territorio provenienti dai Paesi interessati da queste pratiche e ipotizzare che queste comunità possano adottare gli stessi comportamenti assunti in patria. Questa metodologia non porta tuttavia a risultati certi. La durata dell'esperienza migratoria, infatti, le caratteristiche del Paese di accoglienza, ma anche la particolare congiuntura economica corrispondente al periodo di integrazione, oltre alla dimensione della comunità immigrata, influenzano fortemente i com-

portamenti degli immigrati, il loro livello di apertura e integrazione nella società di accoglienza, quindi il loro attaccamento alle tradizioni.

Più elevato è il livello di integrazione delle famiglie di appartenenza, maggiore è la propensione ad abbandonare le pratiche tradizionali. Il livello di integrazione è misurabile dall'inserimento degli immigrati nei segmenti centrali del mercato del lavoro, dall'innalzamento del livello di istruzione delle donne, dall'inserimento scolastico dei minori, dall'accesso ai servizi sanitari e sociali, dalla partecipazione alla vita del Paese ospitante. Laddove è possibile confrontare indagini condotte in periodi di tempo differenti, appare spesso che le ragazze più giovani tendono a sottrarsi alla pratica con maggiore efficacia rispetto a quanto siano riuscite a fare le loro coetanee in epoche precedenti.

Inoltre, cresce in molti Paesi lo scarto tra la percentuale di donne che hanno subito le mutilazioni genitali e quelle che a loro volta sottopongono le proprie figlie a questa pratica.

TESTIMONIANZA DI SUMEYA

"Se la bambina non viene operata è considerata in primo luogo dai suoi familiari e in secondo luogo dagli altri a rischio di diventare una donna di facili costumi e questo nella società eritrea comporta un pregiudizio grave rispetto alla reputazione di una donna". (donna eritrea, da molti anni in Italia)

(18) - Cfr. nota 16

Lo scarto tra madri e figlie vittime del fenomeno indica che le figlie sono mediamente circa il 30% in meno rispetto alle madri, con lo scarto massimo proprio in Egitto, uno dei paesi con i tassi più alti di incidenza del fenomeno¹⁹. Forti di queste considerazioni si può procedere all'analisi di alcune stime del fenomeno in Italia.



Fonte: archivio Nosotras

4.2 LE MINORI A RISCHIO IN ITALIA: ALCUNI DATI NAZIONALI

Gli unici dati ufficiali a disposizione sul numero delle minori a rischio di MGF in Italia risalgono al 2008 e al 2009. Nel 2008 il Ministero della Salute, all'interno delle proprie Linee Guida, stima un possibile dato del fenomeno facendo riferimento ai numeri forniti dal Ministero dell'Interno sulla presenza di donne straniere, provenienti da aree di tradizione escissoria, titolari di permesso di soggiorno valido fino al 31 Luglio 2006. In questo conteggio il numero assoluto delle minori (7.818) è stato riproporzionato secondo la percentuale di diffusione delle MGF nei

Paesi di provenienza ed equivalente a un totale di **3.944 bambine e ragazze a rischio**, di cui 409 di età compresa tra 0 e 13 anni e 3.535 tra 14 e 18 anni²⁰.

Nel 2009 è stato invece il Ministero delle Pari Opportunità ad avviare una ricerca sulla diffusione in Italia del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili. Per calcolare le stime delle minori a rischio sono stati utilizzati i dati ISTAT riguardanti residenti e permessi di soggiorno al 1° gennaio 2008, e in questo numero sono state incluse anche le minori irregolari (stimate come 1 irregolare ogni 5 regola-

ri). Successivamente è stata fatta una scrematura, sul numero totale, prendendo solo i numeri delle bambine provenienti dai 26 Paesi africani in cui le MGF costituiscono una pratica culturale e tribale diffusa. I risultati ottenuti hanno evidenziato che le donne con età inferiore ai 17 anni potenzialmente vittime di MGF sono 4.600, ma a tale numero va sottratto lo scarto generazionale del 30%, e la percentuale di diffusione delle MGF nei Paesi di provenienza, dal quale risulta **un totale di 1.100 bambine e ragazze potenzialmente a rischio nel nostro Paese**²¹.

(19) - Valutazione quantitativa e qualitativa del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili in Italia, Ministero delle Pari Opportunità, luglio 2009.

(20) - Cfr. nota 16

(21) - Cfr. nota 19

4.3 LE MINORI A RISCHIO IN ITALIA: UNA STIMA INNOVATIVA

I costanti e numerosi arrivi di immigrati sul nostro continente negli ultimi anni e i dati non aggiornati a nostra disposizione, ci hanno portato a riflettere sull'importanza di raccogliere nuove informazioni per poter avere una stima aggiornata del numero delle minori a rischio MGF. **Per questa nuova misurazione abbiamo preso come riferimento il numero di alunne, provenienti dai Paesi a tradizione escissoria, inserite nel sistema scolastico italiano**, e questa scelta non è stata casuale. La scuola, infatti, è il luogo in cui, grazie a una politica di incentivazione dell'accesso, passano quasi tutti i bambini figli di immigrati, siano essi regolari che irregolari.

Secondo i dati a noi forniti dall'ufficio statistico del MIUR²², sarebbero 25.203 le bambine e le ragazze iscritte nelle scuole italiane di ogni ordine e grado provenienti da Paesi a rischio MGF nell'anno scolastico 2010/ 2011.

Rielaborando e scomponendo questi dati abbiamo stimato che il numero totale delle minori potenzialmente a rischio MGF presenti in Italia è di 7.727. Per ottenere questo numero abbiamo calcolato, così come fatto nelle precedenti ricerche, sul totale assoluto (25.203) delle minori provenienti dai 26 Paesi di tradizione escissoria, lo stesso tasso di diffusione delle pratiche MGF che si riscontra in patria: al numero ottenuto, 11.038 minori a rischio, è stato sottratto lo scarto tra le generazioni precedenti e le ultime generazioni nella pratica escissoria, che corrisponde al 30%.

In Italia ci sono circa 7.700 minori a rischio MGF. Le bambine di età inferiore a 10 anni rappresentano il gruppo più esposto.

Il dato rilevante di 7.727 minori a rischio (tab.1) ci deve indurre a comprendere come il fenomeno MGF ci appartenga più di quanto oggi non percepiamo, soprattutto in un'ottica futura, nella quale il continuo e sempre in aumento fenomeno delle migrazioni da Paesi africani a rischio MGF (soprattutto nella recente emergenza profughi) e la maggiore propensione delle donne straniere residenti in Italia a generare figli, ci pongono di fronte a numeri di minori stranieri in forte aumento.

(22) - Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Tab.1 - Alunne provenienti da Paesi a tradizione MGF
 iscritte nel sistema scolastico italiano nell'anno scolastico 2010/2011

NAZIONALITÀ	Numero alunne	Tasso di prevalenza (%MGF/pop)*	Numero alunne potenziali vittime di MGF
Benin	211	17	36
Burkina Faso	1.177	77	906
Camerun	693	14	97
Repubblica centrafricana	10	36	4
Ciad	17	45	8
Congo	420	5	21
Costa d'Avorio	2.213	45	996
Egitto	4.834	97	4.689
Eritrea	352	89	313
Etiopia	538	80	430
Gambia	60	75	45
Ghana	4.521	12	542
Gibuti	1	95	1
Guinea	293	99	291
Guinea Bissau	64	50	32
Kenya	127	32	41
Liberia	39	50	19
Mali	82	92	75
Mauritania	114	71	81
Niger	161	5	8
Nigeria	4.194	19	797
Rep. Democratica del Congo	298	5	15
Senegal	4.023	30	1.207
Sierra Leone	76	75	57
Somalia	191	94	179
Sudan	98	90	89
Tanzania	51	18	9
Togo	311	15	47
Uganda	23	5	1
Yemen	11	23	2
TOTALE	25.203	49	11.038

Fonte dati: MIUR – Ufficio Statistico (dati provvisori)²³ - Elaborazioni dati: Fondazione L'Albero della Vita
 * I tassi di prevalenza sono tratti dal Demographic and Health Survey (DHS) - (OMS/ONU- 2005) e, quando non disponibili, da altre fonti (Unicef o studi settoriali).

Alunne potenziali vittime di MGF	Scarto generazionale nelle pratiche MGF	Dato stimato
11.038	30 %	7.727

(23) - I dati forniti sono provvisori in quanto mancanti dei numeri delle alunne di alcuni piccoli comuni italiani.

Il numero più alto di alunne potenziali vittime di MGF in Italia si registra nella scuola primaria (grafico n.1) dove, nel corso dell'ultimo anno scolastico, erano iscritte 3.031 bambine a rischio di escissione, il 39% del totale.

Seguono la scuola dell'infanzia con 2.162 presenze (28%), la scuola secondaria di I grado frequentata da 1.398 ragazze provenienti da Paesi a tradizione MGF (18%) e la scuola secondaria di II grado con 1.136

alunne a rischio (15%).

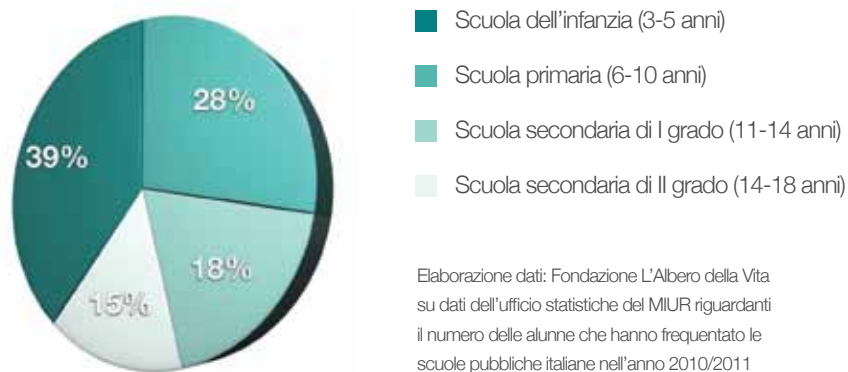
Le bambine con meno di 10 anni risultano il gruppo di minori più esposto a rischio MGF in Italia (67%).

Va ricordato, per quanto riguarda la stima delle bambine al di sotto dei 3 anni e delle ragazze di età superiore a 14 anni, come questi dati a nostra disposizione siano limitati in quanto si riferiscono alle minori che sono inserite all'interno del sistema scolastico, non tenendo conto

né del numero delle bambine che sono ancora fuori dal sistema scolastico né delle ragazze che hanno interrotto gli studi al termine della scuola dell'obbligo, che sappiamo essere tra i migranti numeri considerevoli.

In sostanza possiamo dire che il numero di circa 7.700 minori a rischio possa essere sicuramente una stima in difetto.

Grafico 1 - Alunne provenienti da Paesi a tradizione MGF iscritte nelle scuole italiane



La concentrazione del fenomeno nella scuola dell'infanzia e in quella primaria è un dato molto preoccupante, ancor di più se lo incrociamo con le informazioni che riguardano la nuova tendenza a mutilare le bimbe in un'età

sempre più giovane, per evitare che si oppongano a tale pratica. È qui che entra in gioco il ruolo strategico della scuola nella prevenzione, in quanto luogo privilegiato di scambio e incontro con le famiglie: potrebbe fornire

informazioni e sensibilizzare le famiglie stesse sul tema e sulle possibili ripercussioni di questa pratica all'interno della vita familiare e sul futuro delle bambine e ragazze.

L'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE

Come abbiamo avuto modo di vedere sino ad ora, quello delle mutilazioni genitali femminili è un fenomeno complesso, di difficile emersione e quantificazione, che racchiude elementi di ulteriore complessità legati agli aspetti multiculturali e di genere.

Solo ponendosi in quest'ottica potremo quindi pensare di affrontare in Italia la problematica attraverso quello che riteniamo essere l'unico strumento a disposizione: la prevenzione.

Gli strumenti di prevenzione delle MGF devono necessariamente tener conto della multifattorialità della tematica in termini culturali, legislativi, clinico-strumentali e psico-fisiologici. **La prevenzione, quindi, non può essere solo legata al deterrente del reato ma deve far leva sulla famiglia, affinché comprenda, attraverso adeguati interventi culturali ed educativi, la necessità di tutelare la salute psichica, sessuale e riproduttiva delle figlie e il loro diritto, nel supremo interesse del minore, a essere interpellate su una pratica che le coinvolge.**

In particolare riteniamo essere due i contesti nevralgici di contatto con le famiglie delle minori a rischio per prevenire il perpetuarsi della pratica escissoria: l'area socio-sanitaria e ancora di più il mondo della scuola, focus principale di questo capitolo.



Fonte: Fotolia

5.1 IL RUOLO DELLA SCUOLA

I numeri forniti dal MIUR (si veda capitolo 4.3) costituiscono la miglior evidenza di come la Scuola rappresenti un campo di azione fondamentale nella lotta alle MGF.

In Italia, infatti, la Scuola rappresenta un importante contesto di integrazione sociale sia per le bambine immigrate che per le loro famiglie.

Bambine e ragazze straniere tra i 5 e i 18 anni – anche le bimbe di età inferiore, se consideriamo

le istituzioni pre-scolastiche – trascorrono a scuola molte ore della loro giornata. Gli operatori scolastici, pertanto, possono svolgere un ruolo importante nel contrasto delle MGF; il contatto con le alunne, infatti, è un punto di osservazione privilegiato per individuare i possibili segnali connessi a tali pratiche. **È importante che il personale docente abbia una conoscenza della tradizione delle MGF, dei Paesi nei quali queste sono dif-**

fuse e delle motivazioni che portano molte donne a sottoporre le loro figlie a queste pratiche, della legislazione esistente in merito in Italia e negli altri Paesi.

Sapere se nell'istituto scolastico ci sono bambine o ragazze vittime o a rischio di MGF è il primo passo per attivare la rete di intervento dei servizi locali, per impedire che il rischio si concretizzi o per rimediare alle possibili conseguenze di interventi già effettuati.

5.1.1 L'IMPORTANZA DEL PROCESSO DI INTER-MEDIAZIONE E NEGOZIAZIONE

Affinché la scuola possa adempiere nel miglior modo possibile al compito di formare, sensibilizzare e informare le famiglie, deve poter disporre degli opportuni strumenti di lavoro. Infatti, l'ingresso di un numero sempre più consistente di bambine straniere richiede un maggior sforzo da parte di tutti gli operatori scolastici nel capire la diversità e la complessità dei diversi linguaggi 'culturali' relativi non solo ai bambini ma anche degli adulti che li tutelano.

È così che, ad esempio, se si vuole comprendere e superare le MGF diventa necessario pensarle come pratiche radicate all'interno della struttura familiare dove svolgono un ruolo importante nella costruzione delle identità delle bambine, poi donne, e nella definizione dei ruoli e delle reciproche competenze tra i sessi.

Per questa ragione, nella prevenzione delle MGF all'interno della scuola, diventa indispen-

sabile la creazione di figure competenti che, attraverso un'adeguata formazione, siano in grado di partecipare all'elaborazione di processi di mediazione di conflitti che si manifestano intorno al fenomeno e che contribuiscano nella prevenzione, sensibilizzando le famiglie e

La scuola è il luogo privilegiato per combattere il fenomeno delle MGF. Insegnanti e personale scolastico, adeguatamente formati, hanno un ruolo fondamentale nella prevenzione e sensibilizzazione.

le comunità ad una cultura della lotta al fenomeno MGF.

È bene inoltre ricordare che gli insegnanti hanno un ruolo fondamentale nel processo di negoziazione e prevenzione, in quanto oltre ad essere responsabili dell'apprendimento degli alunni, sono anche le persone che, nella Scuola, sono a più stretto contatto con gli allievi e meglio di tutti sono in grado di mettere a fuoco comportamenti e problematiche di ciascuno. Per questa ragione è necessa-

rio che vengano forniti loro gli strumenti adeguati per poter riconoscere i possibili comportamenti delle bambine, il timore, l'ansia o l'aspettativa di un evento importante per la loro vita o i sintomi conseguenti a una mutilazione avvenuta, così che sappiano come intervenire tempestivamente attraverso la negoziazione con le famiglie. La loro figura potrebbe fornire un grosso contributo nello sradicamento della pratica, migliorando il processo di prevenzione e di tutela del minore.

La valorizzazione di questo processo di mediazione può avvenire inizialmente con il supporto di un mediatore che diventerà "ponte" tra la cultura italiana e quella di provenienza delle bambine, semplificando il primo approccio con le famiglie e supportando gli insegnanti nel colloquio congiunto tra famiglia, insegnante e servizi sociali.



Godfrey Williams-Okorodus, "The Uhrobo Bride"



Dafe Samuel Sowho, "Isele 2"



Souleymane Ouedraogo, "Untitled"

5.2 PREVENZIONE SCOLASTICA E SOCIO-SANITARIA: GLI INTERVENTI DELLE REGIONI

Considerato il ruolo rilevante della prevenzione abbiamo ritenuto importante comprendere quale sia stato il grado di recettività delle Regioni sul tema delle mutilazioni genitali femminili e **che tipo di strategie di contrasto sono, o sono state attuate, in ambito scolastico e sanitario. Per far questo abbiamo svolto un'indagine sulla programmazione delle attività di prevenzione e sui servizi dedicati a livello regionale.**

Per ciò che concerne i dati sulle attività di prevenzione scolastica e sanitaria abbiamo contattato gli Uffici Scolastici Regionali e gli Assessorati alla Salute di tutte le Regioni italiane nel periodo compreso tra luglio e settembre 2011; per quanto riguarda i dati sul numero dei servizi sanitari dedicati, invece, sono stati riportati quelli emersi dall'indagine sui servizi offer-

ti a livello regionale a donne e bambine sottoposte a pratiche di MGF, condotta dal Ministero della Salute nel 2007²⁴.

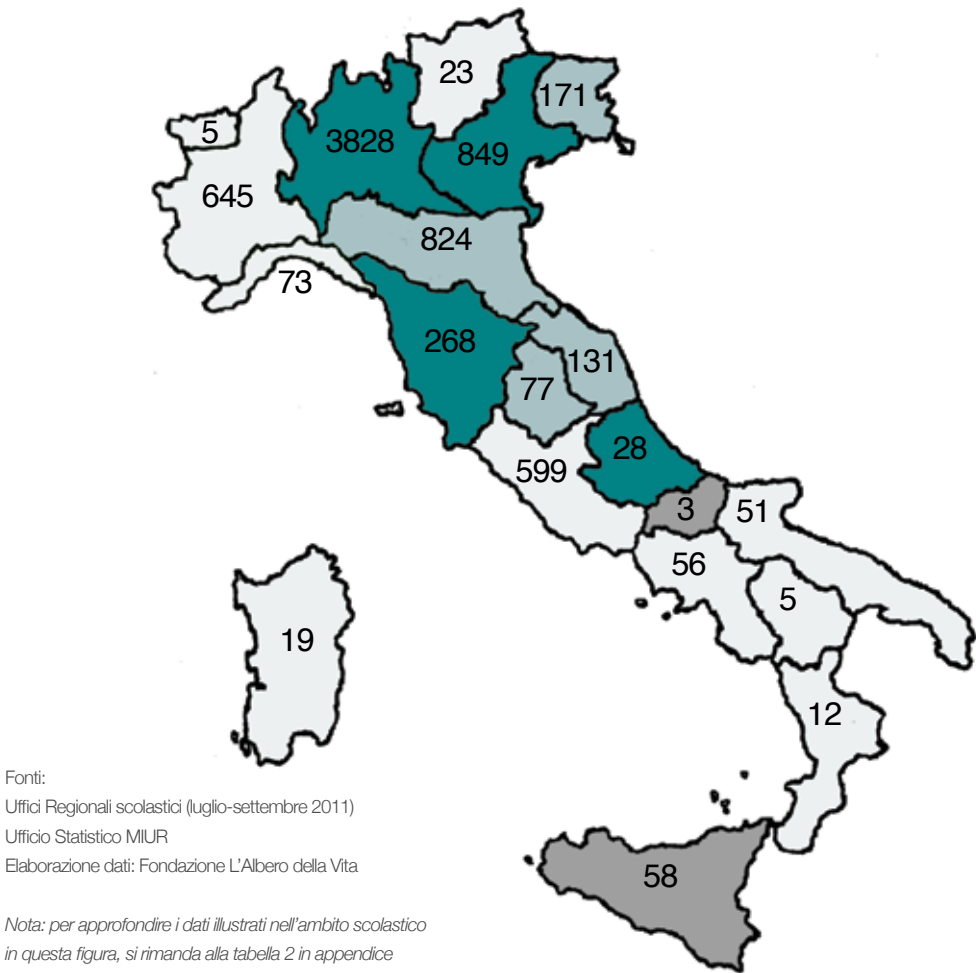
Secondo i dati raccolti nelle scuole (vedi Figura 3 e tabella 2 in appendice) le Regioni con maggiore presenza di alunne a rischio MGF risultano essere Lombardia (3.828 minori a rischio), Veneto (849 minori), Emilia Romagna (824 minori), Piemonte (645 minori) e Lazio (599 minori). In nessuna di queste esiste un piano regionale di prevenzione specifico e, come illustrato nella Figura 3, solo in Lombardia e Veneto sono stati realizzati corsi di formazione specifica sul tema rivolti anche a docenti e personale scolastico; l'Emilia Romagna ne prevede uno entro il 2011, mentre Lazio e Piemonte non ne hanno alcuno in previsione.

Considerando tutto il territorio italiano, escludendo le Regioni sopra citate, sono stati realizzati corsi di formazione specifica sulle MGF rivolti al personale scolastico anche in Toscana (268 minori e diversi progetti già realizzati e previsti) e in Abruzzo (28 minori), mentre in Friuli Venezia Giulia (171 minori) sono previsti corsi entro il 2011.

Le Figure 3 e 4 offrono, rispettivamente in ambito scolastico e sanitario, una rappresentazione della situazione nazionale e regionale in materia di prevenzione e contrasto delle MGF, mentre per ulteriori approfondimenti su ciò che concerne numeri, progetti scolastici attivati e strutture sanitarie rimandiamo alla tabella di approfondimento che si trova in appendice (Tabella 2).

(24) - La ricerca sullo stato della programmazione regionale in tema di MGF è stata realizzata dal Ministero della Salute a seguito della costituzione di un Tavolo e una Commissione per la stesura e la promozione della Linee Guida per la prevenzione, l'assistenza e la riabilitazione di donne e bambine vittime di MGF. La ricerca è stata pubblicata il 29 maggio 2007 con il titolo *"Ricognizione dei servizi offerti a livello regionale a donne e bambine sottoposte a pratiche di mutilazione genitale femminile (MGF)"*.

Fig. 3 - Minori a rischio e programmi di prevenzione e contrasto alle MGF in ambito scolastico nelle diverse regioni italiane.



- Regioni che hanno realizzato almeno 1 progetto di prevenzione in ambito scolastico e che non hanno in previsione altri interventi.
- Regioni che non hanno realizzato progetti di prevenzione in ambito scolastico ma prevedono di realizzarne (almeno 1).
- Regioni che non hanno realizzato alcun progetto in ambito scolastico, né lo prevedono.
- Regioni con dati non pervenuti

Il dato numerico all'interno delle Regioni rappresenta il numero delle minori a rischio.
(fonte dati ufficio statistico MIUR, elaborazione Fondazione L'Albero della Vita – vedi capitolo 4.3)

Corsi di formazione sulle MGF rivolti invece al personale sanitario sono stati realizzati, come illustrato in Figura 4, in Emilia Romagna, Basilicata, Calabria, Lazio, Puglia, Toscana e Provincia Autonoma di Bolzano.

Per quanto riguarda i servizi sanitari offerti, secondo i dati emersi dall'indagine condotta dal Ministero della Salute, quello dell'Emilia Romagna risulta il modello di assistenza sanitaria più diffuso sul territorio, con strutture dedicate, *counselling* e studi sull'argomento.

Altro esempio di buona prassi si riferisce alla Regione Toscana, dove è stato istituito nel 2003 il Centro di Riferimento Regionale per l'assistenza e il trattamento chirurgico delle complicanze sanitarie correlate alle MGF presso l'Azienda Sanitaria Ospedaliera Universitaria di Careggi - Firenze²⁵.

Da segnalare che attualmente la Regione Toscana è l'unica regione in Italia che dal 2004 ha un tavolo multidisciplinare regionale specifico che lavora sulla tematica MGF²⁶.

Questo Tavolo è il risultato di una mozione²⁷ che il Consiglio Regionale ha scritto nel 2004 rivolgendosi al proprio governo

locale; tale mozione conteneva delle richieste anche per il Parlamento e il Governo nazionale che riguardavano l'accelerazione delle procedure perché la legge sulle MGF, in discussione dal 1998, potesse finalmente essere approvata. La mozione ha avuto sicuramente il merito di rimettere nuovamente la questione all'attenzione del Governo e dell'opinione pubblica con il risultato dell'emanazione della legge n.7 del 2006, specifica per lo sradicamento delle mutilazioni genitali femminili.

La Toscana è attualmente l'unica Regione in Italia che dal 2004 ha un tavolo multidisciplinare regionale specifico che lavora sul tema delle mutilazioni genitali femminili.

(25) - Il centro offre assistenza sanitaria alle donne che hanno subito le mutilazioni dei genitali; promuove incontri interculturali per affrontare e risolvere le problematiche legate alle MGF; fornisce cure mediche/ginecologiche e sostegno psico-sociale alle donne immigrate; sviluppa protocolli operativi e procedure specifiche relative alle problematiche inerenti le MGF; si occupa di deinfibulazione e trattamento chirurgico delle complicanze delle MGF; consulenza e avvio ai centri specialistici per gravidanza, sterilità, problemi ginecologici, urologici e sessuologici ecc.. Tutto ciò mantenendo rapporti e collaborazione con le Associazioni, le Comunità e i leaders religiosi e coinvolgendo le famiglie e le comunità di riferimento nell'integrazione socio-sanitaria sul territorio.

(26) - Il tavolo multidisciplinare, promosso dall'Assessorato alla Salute è composto da rappresentanti delle associazioni e dei centri di riferimento, da un rappresentante della Regione Toscana e della Direzione Generale del Diritto alla Salute, da un rappresentante della Commissione Regionale per le Pari Opportunità uomo donna, e da un rappresentante nazionale della Commissione Bioetica.

(27) - http://www.mgftoscana.it/pdf/mozione_n.709%20regione_toscana%20contro_mgf

Fig. 4 - Presenza di strutture dedicate alle MGF e/o progetti di prevenzione e contrasto alle MGF in ambito sanitario nelle diverse regioni italiane.

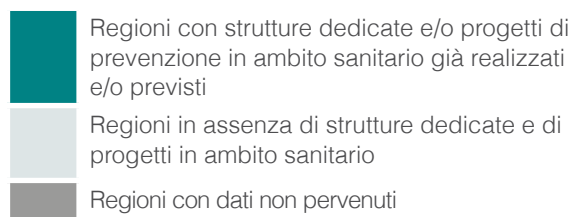
Fonti:

Assessorati alla Salute (luglio-settembre 2011) per i progetti di prevenzione;

Ricognizione del Ministero della Salute sui servizi sanitari regionali dedicati alle MGF (2007) per le strutture dedicate.

Elaborazione dati: Fondazione L'Albero della Vita

Nota: per approfondire i dati illustrati nell'ambito sanitario in questa figura, si rimanda alla tabella 2 in appendice.



Quanto illustrato prima e lo scenario sintetico delle Figure 3 e 4 fanno emergere una maggiore rilevanza data all'ambito sanitario, in questi anni, rispetto a quello scolastico, e una maggiore attenzione alla donna e alla riparazione del danno piuttosto che alla prevenzione nel contesto delle minori a rischio.

Com'è possibile osservare e come già messo in rilievo in questo capitolo, inoltre, **non tutte le Regioni si sono dotate degli opportuni strumenti di prevenzione per contrastare le MGF**, nonostante alcune siano direttamente interessate dal fenomeno ed abbiano un elevato numero di minori a rischio presenti sul loro territorio.

Va aggiunto che gli interventi sporadici limitati solo al settore sanitario o a quello scolastico, non permettono l'osservazione continua del fenomeno, nelle sue diverse età e modalità di manifestazione, nè un sostegno concreto alle famiglie. È necessario promuovere l'adozione di una strategia preventiva di azione sociale attraverso l'attuazione di una politica che protegga le minori, senza stigmatizzare le comunità di immigrati, con programmi pubblici e servizi sociali volti tanto a prevenire tali pratiche, quanto ad assistere le vittime che le hanno subite, offrendo loro sostegno psicologico e sanitario.

Le Regioni devono quindi impegnarsi nel programmare interventi che siano orientati alla formazione ed alla promozione di una rete di coordinamento composta da tutti i soggetti che intervengono nel processo di mediazione (servizi sociali, operatori scolastici e sanitari, forze di sicurezza e associazioni che operano nel settore) per prevenire e monitorare il fenomeno.

La società civile, inoltre, non può intervenire con efficacia se non è operativa una rete che metta in contatto ed in relazione, in modo sistematico e diffuso, le diverse realtà che operano in questa direzione.

CONCLUSIONI

La presenza elevata di bambine e ragazze provenienti da Paesi a tradizione MGF iscritte nelle scuole italiane riscontrata nel corso dell'indagine, rende evidente il ruolo straordinario che la Scuola potrebbe rivestire nella prevenzione di tali pratiche, soggette a punizione dalla legge italiana, soprattutto per ciò che riguarda la relazione con le famiglie ed il riconoscimento dei casi a rischio.

La prevenzione non può essere infatti legata solo al deterrente del reato, ma deve far leva su coloro che ancora considerano queste pratiche necessarie affinché possano comprendere, attraverso adeguati interventi culturali ed educativi, la necessità di tutelare la salute integrale e i diritti fondamentali delle bambine. Per questo la Scuola, insieme al contesto socio-sanitario nell'incontro soprattutto con donne e madri, può essere un'utile leva per la sensibilizzazione dei genitori e per l'individuazione di bambine potenzialmente a rischio o che hanno già subito una mutilazione.

Già a partire dalla programmazione delle azioni di prevenzione delle MGF all'interno delle Regioni va data primaria importanza al ruolo della Scuola come luogo di inclusione sociale e di incontro, caratterizzato da un'intensa presenza di immigrati di prima e seconda generazione, fornendo gli opportuni strumenti di formazione agli operatori e contribuendo a mettere in rete la scuola con le altre strutture di intervento, incluso il Terzo Settore.

Al fine di poter monitorare la situazione e riconoscere eventuali campanelli d'allarme, è necessario che tutto il personale scolastico, insegnanti in primis, possa ricevere un'adeguata formazione - peraltro prevista dalla normativa - sulla tipologia di interventi MGF, le etnie a rischio e le principali conseguenze fisiche e psicologiche sulle bambine e ragazze vittime o potenziali.

Importante risulta inoltre il ruolo della mediazione culturale che può fungere da "ponte di collegamento" tra la scuola, le famiglie delle studentesse a rischio e i servizi sociali; di primaria rilevanza anche il ruolo della rete dei servizi di riferimento sul territorio per intervenire, nel caso in cui esista il sospetto che un'allieva sia stata sottoposta ad intervento MGF o ci sia il rischio di un intervento futuro. A supporto di questo intenso lavoro, sono opportuni strumenti e azioni di monitoraggio a tutti gli operatori nella loro attività di informazione e formazione.

Infine è centrale menzionare anche il coinvolgimento di associazioni e persone esperte in materia in occasione degli incontri scuola-famiglia per affrontare le strategie di azione in caso di pericolo di MGF e comprendere a chi rivolgersi.

L'invito più ampio che facciamo in conclusione di questo Dossier è rivolto a tutti, istituzioni nazionali e regionali e operatori del settore: è opportuno non sottovalutare il fenomeno delle MGF nelle sue molteplici implicazioni, nel numero di minori a rischio coinvolte (oltre 7.500 secondo la stima proposta in questo dossier). È una problematica del nostro tempo che necessita di essere ben riconosciuta e affrontata tramite azioni di sensibilizzazione, di prevenzione continua ed omogenea per una attenta tutela delle minori coinvolte e un pieno rispetto dei loro diritti e della loro dignità.

In particolare, pur riconoscendo l'attenzione dedicata al fenomeno dalle istituzioni negli scorsi anni si segnala la necessità di adottare un approccio sempre più pragmatico al fenomeno in termini di prevenzione dello stesso tra le bambine e le ragazze considerate a rischio. In questa direzione, come ampiamente dettagliato, la scuola sia da considerarsi luogo privilegiato, all'interno del quale attivare e promuovere, in concerto con il Terzo Settore, protocolli operativi di prevenzione delle Mutilazioni Genitali Femminili finalizzati al lavoro ben organizzato e orientato di tutti i ruoli a contatto con le minori e le famiglie.

Senso di tali protocolli sia certamente anche la loro condivisione e applicabilità nazionale per dare omogeneità all'intervento sull'intero territorio italiano.

All'interno di questo scenario risultano essenziali: la preparazione delle figure necessarie nella scuola, la dotazione di strumenti e azioni di monitoraggio - per esempio la predisposizione di un Osservatorio che possa avvalersi di una banca dati trasversale alle Regioni aggiornata costantemente - e la creazione e attivazione di una rete di servizi di riferimento sul territorio (sia pubblici che del Terzo Settore) in collegamento con la scuola che permettano il compimento del processo completo di individuazione, relazione, segnalazione, consulenza e sensibilizzazione a supporto degli operatori scolastici (il corpo docente in particolare) e delle famiglie.



APPENDICE

Tab. 1 - La legislazione dei Paesi africani sulle MGF

Fonte: Linee Guida del Ministero della Salute, 2008

STATO	NORMATIVA
Benin	Dal 2003 è in vigore una legge sulla repressione delle pratiche di MGF.
Burkina Faso	La legge n. 43/96/ADP del 13 novembre 1996 ha emendato il codice penale, prevedendo all'art. 380 sanzioni per chiunque violi o tenti di violare l'integrità fisica degli organi genitali femminili e sanzioni più gravi in caso di morte.
Camerun	Non vi è una specifica legge contro le MGF, ma gli articoli 277-281 del codice penale che prevedono la reclusione fino a 20 anni per chi privi un'altra persona in maniera permanente di un arto o di un organo possono essere applicati anche nei casi di MGF.
Ciad	La legge n. 6/PR/2002 concernente la promozione della salute prevede anche la proibizione delle MGF.
Costa d'Avorio	Nel 1998 è stata approvata una legge che definisce mutilazione la violazione dei genitali femminili e prevede per queste pratiche sanzioni specifiche.
Egitto	Un decreto del Ministro della Sanità del 1996 proibisce le MGF. La motivazione recita esplicitamente che la pratica non rientra nelle tradizioni islamiche. Una sentenza del Consiglio di Stato del 1997 vieta tali pratiche anche in presenza del consenso della giovane e dei suoi genitori.
Eritrea	Un provvedimento del Governo di Asmara del 31 marzo 2007 punisce chiunque richiama, partecipa o promuove interventi di MGF.
Etiopia	La Costituzione del 1994 stabilisce che lo Stato deve proteggere le donne da pratiche e costumi nocivi che, pertanto, sono proibiti.
Ghana	La Costituzione del 1992 stabilisce che sono proibite tutte le pratiche che ledono il benessere fisico e mentale della persona e all'art. 39 rinalza stabilendo che sono abolite tutte le pratiche tradizionali dannose per la salute e il benessere della persona. Il codice penale condanna esplicitamente le MGF.
Gibuti	Nel 1995 è stato emendato il codice penale che, all'art. 333, punisce chi pratica le MGF.

Guinea	È in vigore la legge n. 2005, approvata nel febbraio 2006, sulla proibizione delle MGF. La Costituzione inoltre contiene un articolo che sostiene il diritto all'integrità fisica della persona e condanna tutte le forme di trattamento inumano.
Kenya	Il Chief Act del 1982 sancisce l'illegittimità della pratica e punisce chi ne è responsabile. Il Children Act n. 8 del 2001 contiene inoltre un'esplicita condanna delle MGF.
Mali	Legge n. 02-44 del 24 giugno 2002 sulla salute riproduttiva proibisce le MGF mentre l'ordinanza 04-019 incorpora il Protocollo di Maputo nella legge.
Mauritania	L'Ordinanza n. 2005-015 e l'art. 12 del capitolo II del codice penale proibiscono le pratiche di MGF sui minori.
Niger	La legge n. 2003-025 ha emendato il codice penale criminalizzando ogni forma di MGF.
Nigeria	Non c'è una legge federale, ma molti Stati hanno adottato leggi specifiche che proibiscono le MGF.
Repubblica Centro Africana	Nel 1996 il Presidente ha emanato una ordinanza che proibisce le MGF, con l'obiettivo di conformarsi alla Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo.
Repubblica Democratica del Congo	Non vi è una specifica legge, ma gli articoli 46-48 del codice penale possono essere utilizzati anche nei casi di MGF.
Senegal	Il codice penale, rivisto nel gennaio 1990, prevede esplicitamente, all'art. 299 che chiunque violi o tenti di violare l'integrità fisica degli organi genitali di una persona di genere femminile è soggetto alla punizione del carcere da 6 mesi a 5 anni.
Sierra Leone	Nessuna legge vieta espressamente le MGF, tuttavia esiste un'ordinanza sulla prevenzione della crudeltà verso i bambini del 1926, secondo la quale chiunque abbia in custodia un bambino e lo maltratti, lo trascuri, lo abbandoni o gli provochi inutile sofferenza fisica o danni alla salute, compresi la perdita di un organo del corpo, è soggetto a un'ammenda e/o a una pena detentiva non superiore a due anni.
Sudan	Nel 1946 è stata approvata una legge che proibiva l'infibulazione; nel 1976 la legge è stata rivista in modo meno restrittivo.
Tanzania	Nel 1998 è stato modificato il codice penale che stabilisce, all'art. 169, sanzioni per chi pratica MGF su minori di 18 anni.
Togo	Nel 1998 è stata approvata una legge che prevede sanzioni per chiunque pratichi MGF e invita il Servizio Sanitario Pubblico a fornire le cure eventualmente necessarie alle vittime.
Uganda	La Costituzione del 1995 proibisce ogni legge, cultura, costume o tradizione contrarie alla dignità della persona, al benessere o all'interesse delle donne o che ne compromettano lo status.

Tab. 2 - Situazione nazionale in materia di prevenzione e contrasto delle MGF

Fonti: Assessorati regionali alla Sanità, Uffici scolastici regionali, Ufficio statistico del MIUR, Ricognizione del Ministero della Salute sui servizi sanitari regionali dedicati alle MGF (2007) - Fonti aggregate da Fondazione L'Albero della Vita

ABRUZZO

ALUNNE A RISCHIO - INFANZIA: 10, PRIMARIA: 8, SECONDARIA I GRADO: 4, SECONDARIA II GRADO: 6
TOTALE ALUNNE A RISCHIO: 28

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: 1 (Marzo – Aprile 2009)

Corso di aggiornamento per docenti delle scuole di ogni ordine e grado e mediatori culturali con esperienza nel settore scolastico.

All'interno del corso, sono state presentate le Linee guida per operatori scolastici per la Prevenzione e il Contrasto delle Mutilazioni Genitali Femminili realizzate nell'ambito del Progetto DADA FORM - Diritti e Autonomia per le Donne Africane.
Progetti previsti: 0

AMBITO SANITARIO

Strutture dedicate: 0

BASILICATA

ALUNNE A RISCHIO - INFANZIA: 2, PRIMARIA: 2, SECONDARIA I GRADO: 1, SECONDARIA II GRADO: 0
TOTALE ALUNNE A RISCHIO: 5

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: 0

AMBITO SANITARIO

Strutture dedicate: 0

Progetti realizzati: 1 (Maggio 2011)

Seminari informativi sulle MGF

Presentazione della ricerca e del vademecum plurilingue realizzati dall'associazione Tolbà in collaborazione con l'associazione culturale pediatri di Puglia e Basilicata.

Progetti previsti: 0

CALABRIA

ALUNNE A RISCHIO - INFANZIA: 4, PRIMARIA: 3, SECONDARIA I GRADO: 3, SECONDARIA II GRADO: 2
TOTALE ALUNNE A RISCHIO: 12

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: 0, Progetti previsti: 0

AMBITO SANITARIO

Strutture dedicate: 0

Progetti previsti: 1

Corso di formazione sulle MGF rivolto al personale dei consultori regionali

CAMPANIA

ALUNNE A RISCHIO - INFANZIA: 14, PRIMARIA: 24, SECONDARIA I GRADO: 10, SECONDARIA II GRADO: 8
TOTALE ALUNNE A RISCHIO: 56

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: 0, Progetti previsti: 0

AMBITO SANITARIO

Strutture dedicate: 0

EMILIA ROMAGNA

ALUNNE A RISCHIO: INFANZIA: 206, PRIMARIA: 298, SECONDARIA I GRADO: 138, SECONDARIA II GRADO: 182
TOTALE ALUNNE A RISCHIO: 824

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: 0

Progetti previsti: 1 (2011)

Corsi di formazione sulle MGF per operatori sanitari, sociali e scolastici finanziati dalla Regione Emilia Romagna e realizzati dalle AUSL regionali e dalle Province

AMBITO SANITARIO

Strutture dedicate: 31

Progetti realizzati: 1 (2001)

Indagine regionale sulle MGF in Emilia Romagna

FRIULI VENEZIA GIULIA

ALUNNE A RISCHIO: INFANZIA: 48, PRIMARIA: 57, SECONDARIA I GRADO: 30, SECONDARIA II GRADO: 36
TOTALE ALUNNE A RISCHIO: 171

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: 0

Progetti previsti: 1 (2011)

Corsi di formazione per operatrici di scuola secondaria di primo grado realizzati dall'Unità Operativa Complessa di Patologia Ostetrica dell'IRCCS Burlo Garofalo di Trieste

AMBITO SANITARIO

Strutture dedicate: 1

LAZIO

ALUNNE A RISCHIO: INFANZIA: 148, PRIMARIA: 237, SECONDARIA I GRADO: 123, SECONDARIA II GRADO: 91
TOTALE ALUNNE A RISCHIO: 599

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: 0, Progetti previsti: 0

AMBITO SANITARIO

Strutture dedicate: 2

Progetti realizzati: 1 – maggio/luglio 2010

Corso di formazione per operatori socio sanitari realizzato dall'INMP con il contributo della Regione Lazio

LIGURIA

ALUNNE A RISCHIO: INFANZIA: 19, PRIMARIA: 31, SECONDARIA I GRADO: 12, SECONDARIA II GRADO: 11
TOTALE ALUNNE A RISCHIO: 73

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: 0, Progetti previsti: 0

AMBITO SANITARIO

Strutture dedicate: 3

LOMBARDIA

ALUNNE A RISCHIO - INFANZIA: 1128, PRIMARIA: 1524, SECONDARIA I GRADO: 697, SECONDARIA II GRADO: 479
TOTALE ALUNNE A RISCHIO: 3828

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: (biennio 2010 - 2011)

Corso per operatori scolastici e operatori sanitari e socio-sanitari, organizzato da Éupolis Lombardia – Istituto Superiore per la Ricerca, la Statistica e la Formazione

Progetti previsti: 0

AMBITO SANITARIO

Strutture dedicate: 3

MARCHE

ALUNNE A RISCHIO - INFANZIA: 35, PRIMARIA: 45, SECONDARIA I GRADO: 22, SECONDARIA II GRADO: 29
TOTALE ALUNNE A RISCHIO: 131

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: 0

Progetti previsti: 2012 (data da definire)

Corso di formazione per operatori socio sanitari organizzato dall' Osservatorio Diseguaglianze/Ars Marche

AMBITO SANITARIO

Strutture dedicate: 0

MOLISE

ALUNNE A RISCHIO - INFANZIA: 1, PRIMARIA: 0, SECONDARIA I GRADO: 2, SECONDARIA II GRADO: 0
TOTALE ALUNNE A RISCHIO: 3

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: dato non pervenuto, Progetti previsti: dato non pervenuto

AMBITO SANITARIO

Strutture dedicate: dato non pervenuto

PIEMONTE

ALUNNE A RISCHIO - INFANZIA: 178, PRIMARIA: 265, SECONDARIA I GRADO: 116, SECONDARIA II GRADO: 86
TOTALE ALUNNE A RISCHIO: 645

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: 0, Progetti previsti: 0

AMBITO SANITARIO

Strutture dedicate: 0

PUGLIA

ALUNNE A RISCHIO - INFANZIA: 14, PRIMARIA: 17, SECONDARIA I GRADO: 9, SECONDARIA II GRADO: 11
TOTALE ALUNNE A RISCHIO: 51

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: 0, Progetti previsti: 0

AMBITO SANITARIO

Strutture dedicate: 1 Progetti previsti: 1 (settembre – dicembre 2011)

Corso di formazione destinato ai dipendenti del Sistema Sanitario in servizio presso tutte le strutture sanitarie della Regione Puglia

SARDEGNA

ALUNNE A RISCHIO - INFANZIA: 6, PRIMARIA: 6, SECONDARIA I GRADO: 5, SECONDARIA II GRADO: 2
TOTALE ALUNNE A RISCHIO: 19

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: 0, Progetti previsti: 0

AMBITO SANITARIO

Strutture dedicate: 1

SICILIA

ALUNNE A RISCHIO - INFANZIA: 17, PRIMARIA: 18, SECONDARIA I GRADO: 9
SECONDARIA II GRADO: 14
TOTALE ALUNNE A RISCHIO: 58

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: dato non pervenuto, Progetti previsti: dato non pervenuto

AMBITO SANITARIO

Strutture dedicate: dato non pervenuto

TOSCANA

ALUNNE A RISCHIO - INFANZIA: 81, PRIMARIA: 100, SECONDARIA I GRADO: 43, SECONDARIA II GRADO: 44
TOTALE ALUNNE A RISCHIO: 268

AMBITO SCOLASTICO Progetti realizzati:

(ottobre - dicembre 2005)

Corsi di formazione per operatori scolastici, organizzato dall'associazione di donne Nosotras.

(gennaio - luglio 2009)

Corsi di formazione e aggiornamento per docenti di scuole primarie e secondarie e mediatori linguistico – culturali, realizzati dall'associazione di donne Nosotras nell'ambito del progetto GEMMA/ZAHRA – Rete di Tutela dei Diritti delle Donne.

Progetti previsti: 0

AMBITO SANITARIO Progetti realizzati:

(ottobre 2005 - maggio 2006)

Tre corsi rivolti agli operatori sociali organizzati dall'associazione di donne Nosotras.

Gli ultimi due moduli formativi sono stati inseriti dall'Azienda Ospedaliera Careggi e dall'Azienda Sanitaria Locale 10 Firenze nel piano di formazione e aggiornamento del proprio personale approvato dalla Regione Toscana.

(ottobre 2007- aprile 2008)

Tre corsi di formazione per il personale sanitario, organizzati dall'ufficio formazione della ASL in collaborazione con Azienda Ospedaliera Universitaria Pisa, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese e Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi. I hanno previsto la formazione di 180 persone (60 a Pisa, 60 a Siena e 60 a Firenze) fra medici, paramedici, pediatri, consulenti, assistenti sociali sanitarie,alcuni dirigenti e mediatori.

Strutture dedicate: 1

TRENTINO ALTO ADIGE

ALUNNE A RISCHIO - INFANZIA: 0, PRIMARIA: 15, SECONDARIA I GRADO: 5, SECONDARIA II GRADO: 3
TOTALE ALUNNE A RISCHIO: 23

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: 0, Progetti previsti: 0

AMBITO SANITARIO

Strutture dedicate: 0

UMBRIA

ALUNNE A RISCHIO - INFANZIA: 19, PRIMARIA: 30, SECONDARIA I GRADO: 13, SECONDARIA II GRADO: 15
TOTALE ALUNNE A RISCHIO: 77

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: 0, Progetti previsti: 1 (Anno Scolastico 2012-2013)
 Corsi di formazione per operatori scolastici (da definire)

AMBITO SANITARIO

Strutture dedicate: 0
 Progetti previsti: settembre 2011
 Ricerca promossa dalla Regione Umbria e realizzata dalla Fondazione Angelo Celli di Perugia

VALLE D'AOSTA

ALUNNE A RISCHIO - INFANZIA: 1, PRIMARIA: 1, SECONDARIA I GRADO: 1, SECONDARIA II GRADO: 2
TOTALE ALUNNE A RISCHIO: 5

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: 0, Progetti attualmente in corso: 0, Progetti previsti: 0

AMBITO SANITARIO

Strutture dedicate: 0

VENETO

ALUNNE A RISCHIO - INFANZIA: 230, PRIMARIA: 348, SECONDARIA I GRADO: 155, SECONDARIA II GRADO: 116
TOTALE ALUNNE A RISCHIO: 849

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: 1 maggio - novembre 2010

Corso di formazione sulle MGF rivolto a personale socio sanitario, associazioni di immigrati, uffici scolastici provinciali e regionali, promosso dalla Regione Veneto e realizzato dall' Osservatorio Regionale Nuove Generazioni e Famiglia.
 Progetti previsti: 0

AMBITO SANITARIO

Strutture dedicate: 0, Progetti previsti: gennaio 2011 - giugno 2012
 Attivazione di progetti di prevenzione delle MGF tramite finanziamento da parte della Regione alle ULSS (Unità Locali Socio sanitarie). Gli interventi prevedono: formazione destinata al personale sociosanitario ma anche alle forze dell'ordine, alle associazioni locali, agli operatori scolastici; è prevista inoltre assistenza diretta alle donne a rischio o che sono state sottoposte alle mutilazioni.

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: 0, Progetti previsti: 0

AMBITO SANITARIO

Strutture dedicate: 1
 Progetti in corso: maggio/dicembre 2011
 Corso di e-learning sulle MGF rivolto al personale sanitario

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

AMBITO SCOLASTICO - Progetti realizzati: 0, Progetti previsti: 0

AMBITO SANITARIO - Strutture dedicate: 0

Bibliografia

- *Demographic and Health Survey (DHS)* - (OMS/ONU- 2005)
- E.Bilotti, *La pratica della Mutilazione genitale femminile*, Mediterranean Review n.3 1997
- Giuliana Candia (a cura di), *Le mutilazioni genitali nel Lazio*, Sviluppocale Edizioni, Roma, 2009
- H. Lightfoot-Klein, *Prisoners of ritual: some contemporary developments in the History of female Genital Mutilation*, paper presentato al Secondo Simposio Internazionale sulla Circoncisione a San Francisco 30 aprile - 3 maggio 1991
- Mila Busoni e Elena Laurenzi (a cura di), *Il corpo dei simboli*, SEID Editori, Firenze 2007
Ministero della Salute, *Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie, nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare un'attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche*, Decreto del Ministero della Salute del 17/12/2008 (G.U. 25/03/2008, n.71 SO 70)
- World Health Organization (WHO), *Eliminating Female Genital Mutilation. An Interagency Statement*, 2008
- UNFPA – Rapporto sullo Stato delle Popolazioni nel Mondo (2010)
- Unicef, *Female genital Mutilation/Cutting. A statistical exploration*, 2005
- Yoder P. e altri, *Female genital Cuttings in the Demographic and Health Surveys: A critical and comparative Analysis*. DHS Comparative Report, n.7/ 2004

Sitografia

- Elena Laurenzi (a cura di), *Profilo informativo del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili*, Regione Toscana, 2003; <http://www.mgftoscana.it/>
- *Linee Guida per operatori scolastici per la Prevenzione e il Contrasto delle Mutilazioni Genitali Femminili*, Progetto DADA Form, 2009, <http://www.mgfabruzzo.it>.
- Ministero delle Pari Opportunità, *Valutazione quantitativa e qualitativa del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili in Italia*, luglio 2009.
<http://www.governo.it/backoffice/allegati/52579-5697.pdf>
- Ministero della Salute, *Ricognizione dei servizi offerti a livello regionale a donne e bambine sottoposte a pratiche di mutilazione genitale femminile (MGF)*, 2007,
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_768_allegato.pdf.
- World Health Organization (WHO), *Female genital mutilation, Fact sheet n. 241*, Febbraio 2010 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/index.html>

Si ringrazia l'Ufficio Statistico del MIUR per aver fornito i dati sulle minori provenienti dai paesi a rischio che hanno frequentato le scuole italiane nell'anno scolastico 2010/2011



www.alberodellavita.org

L'Albero della Vita è una delle più grandi organizzazioni italiane che opera per difendere e promuovere i diritti dei minori in Italia e nel mondo. Sin dalla sua nascita, nel 1997, interviene concretamente attraverso progetti ed attività volte a migliorare le condizioni di vita e di crescita dei minori, con l'obiettivo di garantirne il miglior interesse in termini ambientali, familiari, affettivi, psicologici.

La Fondazione opera attualmente in Italia in 9 Regioni e nel mondo in 5 Paesi in 3 continenti diversi.

Tutti i progetti e le attività de L'Albero della Vita sono guidati da un principio educativo, con l'obiettivo di migliorare la sfera personale, familiare e sociale dei minori. Attraverso azioni di Advocacy, la Fondazione si propone inoltre di orientare le Istituzioni affinché intervengano per migliorare la condizione dell'infanzia.

Il principio educativo che guida l'azione de L'Albero della Vita è la Pedagogia per il Terzo Millennio (PTM), metodo educativo sviluppato dal partner pedagogico Fondazione Patrizio Paoletti.



www.nosotras.it

L'associazione interculturale NOSOTRAS nasce a Firenze nel 1998, dall'incontro di un gruppo di donne italiane e straniere che si sono unite per creare un luogo di aggregazione e inter-scambio dedicato alle donne, dove progettare e realizzare azioni a favore delle donne stesse con l'obiettivo di tutelare la dignità umana nel rispetto della diversità, conquistare emancipazione e autonomia. L'associazione è impegnata nella promozione e autodeterminazione delle donne, nello studio di strategie adeguate sui processi di empowerment, idonee a sradicare discriminazioni e violenze nei confronti delle donne; nel sostenere la lotta per l'abolizione definitiva delle mutilazioni Genitali Femminili promuovendo azioni di sensibilizzazione e la prevenzione.

Nosotras lavora in rete affinché la prospettiva di genere venga applicata regolarmente alle politiche economiche e sociali sia locali che nazionali e che siano rafforzati ancor più i piani d'azione che hanno come fine la promozione delle pari opportunità uomo-donna.



**FONDAZIONE
PATRIZIO PAOLETTI**
PER LO SVILUPPO E LA COMUNICAZIONE

www.fondazionepatriziopaoletti.org

La Fondazione Patrizio Paoletti nasce ad Assisi all'alba del Terzo Millennio, da un gruppo di pedagogisti, psicologi, sociologi, e imprenditori da tempo impegnati in ambito sociale. È ente morale e di ricerca, senza fini di lucro, iscritto presso la Prefettura di Roma e all'Anagrafe Nazionale delle Ricerche del MIUR.

La Fondazione è attiva nei campi della ricerca, dell'educazione e della didattica promuovendo il benessere sociale e i diritti dell'infanzia. Opera con il metodo Pedagogia per il Terzo Millennio, frutto di molti anni di studio e di indagine dei meccanismi che determinano il comportamento umano e delle metodologie che ne permettono il cambiamento.

Attraverso i progetti educativi, di sviluppo sociale, i programmi didattici, le campagne di sensibilizzazione e l'informazione istituzionale, l'azione di Fondazione Patrizio Paoletti è costantemente rivolta alla diffusione di idee e strumenti in grado di innescare il processo educativo, sollecitando il miglioramento dell'uomo moderno e della società in cui vive.

CON IL PATROCINIO DI



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Ministro per le Pari Opportunità

