

www.npwj.org

NON C'É PACE SENZA GIUSTIZIA NO PEACE WITHOUT JUSTICE

Via di Torre Argentina 76; I-00186 Roma; Tel. +39 06 6897 9377
Rue Ducale 41 ; B-1000 Bruxelles ; Tel. +32 (0)2 5+32 2 781 0823





N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

<i>INTRODUZIONE</i>	3
<i>CHI SIAMO</i>	4
<i>IL PROGETTO EMANCIPA-MI</i>	5
<i>LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI</i>	7
<i>POLITICHE DI CONTRASTO ALLE MGF IN ITALIA</i>	9
LA LEGGE NAZIONALE	9
LE CONVENZIONI INTERNAZIONALI RATIFICATE IN ITALIA	10
LE “BEST PRACTICES” REGIONALI	10
<i>LA MAPPATURA DI COMUNITA’ IMMIGRATE NELL’AREA DI MILANO</i>	12
<i>LA LOTTA ALLE MGF NELL’AREA DI MILANO</i>	17
GLI ATTORI IMPEGNATI NELLE POLITICHE DI CONTRASTO	17
LE INIZIATIVE DI PREVENZIONE E CONTRASTO	19
IL RUOLO DELLO SPRAR E DEI CIRCUITI DI ACCOGLIENZA	19
<i>L’ESPERIENZA NEI CENTRI: I FOCUS GROUP</i>	21
INTRODUZIONE	21
OBIETTIVO DEI FOCUS GROUP	21
COMPOSIZIONE DEI GRUPPI	21
NUMERO DI INCONTRI	22
L’APPROCCIO	22
I RISULTATI	24
<i>IL RUOLO DEI MEDICI E DEGLI OPERATORI SANITARI</i>	26
<i>CONCLUSIONI</i>	29



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

INTRODUZIONE

Il rapporto stilato ha come obiettivo principale di individuare misure efficaci per diminuire ed eliminare il rischio di reiterazione delle **Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)** sulle bambine e le ragazze delle future generazioni fra le comunità migranti presenti sul territorio del **Comune di Milano**.

Il rapporto analizza il sistema delle strutture, pubbliche e private, già esistenti per l'assistenza alle donne straniere, le politiche messe in atto dall'amministrazione e dalle realtà della società civile, le azioni intraprese e i servizi offerti per la prevenzione e il contrasto alle MGF nel territorio milanese. Evidenzia inoltre, attraverso un'analisi condotta su le comunità migranti maggiormente presenti sul territorio, i fattori di rischio che devono essere tenuti in considerazione nella definizione di politiche specifiche ed efficaci contro le MGF al fine di prevenirle e, dall'altro, gli indicatori di impatto che possano realisticamente misurare l'efficacia di tali politiche sui comportamenti di individui e comunità in relazione alla pratica.

I fenomeni migratori che hanno riguardato l'Italia degli ultimi trent'anni hanno introdotto costumi, comportamenti e tradizioni precedentemente sconosciuti. Solo in tempi recenti, quindi, si è acquisita la consapevolezza della presenza del fenomeno nel nostro Paese, cioè solo quando le donne che hanno subito MGF hanno iniziato ad accedere ai servizi sanitari.

Le MGF rappresentano una delle più efferate e diffuse violazioni dei diritti umani perpetrate su milioni di donne e bambine in tutto il mondo. Costituiscono una forma di violenza di genere, oltre che una violazione del diritto alla salute e all'integrità fisica. Sono il prodotto di disparità di genere e di culture fortemente legate al patriarcato. Le MGF hanno un impatto negativo significativo sulla salute pubblica, sull'economia e sulla società e rallentano lo sviluppo sostenibile. Sono largamente diffuse in Africa, ma sono presenti anche in altre regioni del mondo (India, Indonesia, Israele, Malesia, Tailandia e Emirati Arabi Uniti). Sono inoltre diffuse in Europa e nel Nord e Sud America, soprattutto in seguito alle migrazioni. In queste aree le MGF si riflettono su questioni legate all'integrazione delle comunità migranti, al sistema dell'accoglienza e allo sviluppo delle comunità straniere all'interno delle città.

Focalizzare lo studio in una città come Milano ha permesso di operare in un territorio che già presenta un sistema di inserimento della popolazione immigrata strutturato per tentare di contrastare l'emarginazione sociale, offrendo specifici servizi ai cittadini stranieri, anche in ambito sanitario. Al contempo, il capoluogo lombardo offre l'esempio concreto di come le tendenze migratorie degli ultimi anni stiano modificando parzialmente la popolazione straniera residente, stabilitasi negli anni '90 e nella prima decade del terzo millennio, segnando un aumento delle provenienze dai Paesi in cui le MGF vengono praticate e rappresentando uno sprone per l'amministrazione ad adottare politiche concrete per il loro contrasto. Diventa, quindi, cruciale offrire percorsi che favoriscano l'emancipazione delle donne a partire dai contesti di accoglienza, affinché le comunità interessate contribuiscano a migliorare l'efficacia degli interventi istituzionali e normativi, altrimenti slegati dalla percezione dei contesti interessati.



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

CHI SIAMO

NON C'E' PACE SENZA GIUSTIZIA (NPSG) è un'organizzazione internazionale senza fini di lucro fondata nel 1993 da Emma Bonino. Creata per sostenere la creazione della Corte penale internazionale e la ratifica dello Statuto di Roma, NPSG è impegnata per la protezione e la promozione dei diritti umani, della democrazia, dello stato di diritto e della giustizia internazionale.

L'obiettivo generale del programma Genere e Diritti Umani di NPSG è quello di creare un ambiente politico, giuridico e sociale che metta in discussione le idee e le prassi legate alle MGF ed altre pratiche tradizionali dannose o discriminatorie e ne promuova l'abbandono nel contesto della promozione e della tutela dei diritti di donne e ragazze. Il programma crea le competenze strategiche per chi si occupa della tutela dei diritti delle donne e per chi opera sul campo e promuove la riforma del diritto come strumento efficace per cambiare le prassi e, di conseguenza, modificare radicalmente le norme sociali e contrastare queste pratiche.

NPSG lavora con attivisti per i diritti delle donne in tutto il mondo per lottare contro la pratica delle mutilazioni genitali femminili (MGF) e altre forme di violenza commesse contro le donne, che sono spesso affrontate come questioni culturali, invece che come violazioni dei diritti umani. Oltre alle MGF tali pratiche includono il matrimonio forzato e precoce, lo stupro coniugale, la negazione dei diritti riproduttivi, e altre violazioni dei diritti delle donne che sono conseguenze del loro status subordinato. Per queste violazioni, sono necessarie misure legislative specifiche ed efficaci per garantire la legittimità, la protezione e gli strumenti giuridici essenziali sia per i sostenitori dei diritti delle donne lavorando per cambiare le norme sociali, che per le vittime e potenziali vittime di queste forme di violenza.

NPSG, dall'anno della sua costituzione, è stata protagonista nella campagna di ratifica del Protocollo di Maputo in Africa, ha promosso la campagna "BanFGM", che ha portato all'adozione della risoluzione per un bando universale delle MGF adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 2012, è proseguita con la realizzazione di azioni nei paesi dell'Africa dell'Ovest per l'attuazione delle disposizioni della Risoluzione a livello nazionale e con azioni di advocacy a livello europeo per lo sviluppo di politiche di contrasto.

FONDAZIONE BRACCO: La Fondazione sviluppa e realizza progetti, anche internazionali, all'interno delle macro-aree "arti e cultura" e "scienza e sociale", privilegiando ricerca e innovazione. Particolare attenzione viene riservata all'universo femminile e al mondo giovanile nei vari ambiti della vita.



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

IL PROGETTO EMANCIPA-MI

Il progetto EMANCIPA-MI è stato realizzato da Non c'è Pace Senza Giustizia con i contributi del Comune di Milano, della Fondazione Bracco e di The Circle Italia onlus.

La prevalenza delle MGF negli Stati membri dell'Unione Europea è misurata con metodologie che variano da paese a paese, il che esclude una comparazione dei dati. È invece importante essere in grado di misurare con certezza la prevalenza per poter sviluppare misure politiche, legislative e finanziarie efficaci per prevenire e combattere le MGF nonché per valutare i risultati e l'impatto della loro attuazione.

L'obiettivo centrale del progetto è identificare fattori che misurino l'impatto e l'efficacia delle misure legali e di policy messe in atto, in modo da avere strumenti concreti per intervenire sui reali fattori che alimentano il problema, valorizzando esperienze che producono risultati, invece di trovare soluzioni a problemi correlati che di volta in volta emergono.

Gli obiettivi dell'analisi dunque:

(a) esaminare i fattori che influiscono sulla decisione di mutilare o non mutilare, in particolare fra le donne all'interno delle comunità migranti, e le percezioni relative alle MGF nelle diverse generazioni, in modo da analizzare quali elementi effettivamente influiscono o possono influire nel cambiarle;

(b) formulare proposte dirette ai vari livelli di governo per contribuire a rafforzare le politiche di contrasto alle MGF.

Il risultato è quindi un documento che può contribuire ad attuare un'azione di valutazione uniforme e sistematica delle politiche in atto per contrastare le MGF, elaborare proposte per la revisione delle politiche di attuazione della legge, o della legge stessa, per promuovere strumenti di policy e/o misure di accompagnamento (quali Linee guida, campagne di sensibilizzazione e informazione, corsi di formazione, ecc...) da presentare alle istituzioni competenti che abbiano dunque base scientifica.

Il progetto si è svolto attraverso le seguenti fasi:

1. Individuazione della presenza di comunità immigrate nell'area di Milano per numero e localizzazione. È stata svolta un'attività di mappatura e analisi relativa alla presenza nell'area del Comune di Milano di comunità africane provenienti da paesi in cui le MGF sono praticate, attraverso i dati forniti dal Comune e dal progetto SPRAR aggiornati al 2018. Nell'analisi sono stati presi in considerazione i dati relativi alla presenza della popolazione straniera suddivisa per paese di provenienza, classi di età, sesso; la suddivisione per nuclei di identità locale (NIL); le serie storiche dal 1999 al 2016.

2. Individuazione con istituti di ricerca, organizzazioni e strutture coinvolti nelle MGF nell'area di Milano, con un expertise nell'elaborazione di metodologie di reperimento di dati e informazioni sensibili. Questa mappatura, focalizzata sulle strutture che prevedono, di fatto, uno sportello attivo di servizio alla donna o che forniscono assistenza alle donne migranti o che hanno sviluppato attività nel campo della salute riproduttiva della donna, permette di prendere contatto con operatori che effettuano o possono effettuare, anche attraverso la distribuzione di questionari mirati, uno screening sulla prevalenza di MGF sulle donne migranti provenienti dai paesi in cui la pratica è presente e diffusa.



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

3. Identificazione e analisi di iniziative di contrasto alle MGF nell'area di Milano. Sono state individuate e analizzate le iniziative più significative che nell'ultimo decennio hanno contribuito alla lotta alle MGF. L'analisi è stata particolarmente rilevante per evitare duplicazioni nella realizzazione di attività e risultati, per capitalizzare esperienze e pratiche sviluppate e costruire sui risultati già ottenuti.

4. La realizzazione di un'indagine per valutare le competenze e le esperienze relative alle MGF del personale sanitario nell'area di Milano. L'indagine è stata coordinata dalla Fondazione Bracco e si è svolta attraverso la formulazione e l'invio al personale medico sanitario dei reparti di ginecologia e ostetricia di tutti gli ospedali di Milano e delle cliniche convenzionate e ai pediatri, di questionari per la valutazione delle esperienze, conoscenze e protocolli seguiti in presenza di MGF.

5. La realizzazione di focus groups. Sono stati individuati i gruppi di partecipanti e i centri all'interno dei quali erano ospitati. È stata successivamente sviluppata una metodologia, sono stati predisposti dei questionari per raccogliere informazioni sui partecipanti negli incontri preliminari e gli argomenti da affrontare nel corso degli incontri veri e propri. Sono state inoltre selezionate due mediatrici, una per ogni gruppo, con esperienza specifica sia su MGF che nella conduzione di focus groups.

6. La redazione del presente documento di analisi e proposte di policy formulate sulla base dei risultati del progetto. Sulla base dell'analisi desk condotta nella prima fase del progetto, della raccolta dei dati sul personale sanitario effettuata con il coordinamento della Fondazione Bracco e dei risultati dei focus group, è stato elaborato il presente documento di analisi e raccomandazioni.



NO PEACE WITHOUT JUSTICE

LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

Le Agenzie dell'ONU preposte alla promozione dei Diritti di salute riproduttiva e alla difesa dei diritti del fanciullo – Organizzazione Mondiale della Sanità, **UNICEF e UNFPA** – dichiarano che: “**la mutilazione genitale femminile** comprende tutte le procedure che includono la rimozione parziale o totale dei genitali femminili per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche”. Gli stessi soggetti denunciano che almeno 200 milioni donne in 30 Paesi hanno subito una delle forme di MGF¹. Secondo la **Risoluzione adottata dall'ONU**² il 20 dicembre 2012, le MGF costituiscono una violazione dei diritti umani e che tutti i Paesi del mondo dovrebbero intraprendere “tutte le misure necessarie, inclusa la promulgazione ed il rafforzamento di legislazioni che proibiscano le MGF, per proteggere donne e bambine da queste forme di violenza e per porre fine all'impunità”.

Nel quadro della definizione dell'ONU, esistono quattro tipi di MGF che vanno dalla **circoncisione (I tipo)**, che consiste nella resezione del prepuzio clitorideo con o senza l'escissione di parte o dell'intera clitoride, all'**escissione (II tipo)**, ovvero la resezione del prepuzio e della clitoride e la rimozione parziale o totale delle piccole labbra, alla **infibulazione** o circoncisione faraonica (**III tipo**), che consiste nella escissione parziale o totale dei genitali esterni. I due lati della vulva vengono poi cuciti con una sutura o con spine, lasciando solo un piccolo passaggio nell'estremità inferiore. Il **quarto tipo** include **varie pratiche** di manipolazione degli organi genitali femminili quali piercing, pricking, incisione della clitoride e/o delle labbra; allungamento della clitoride e/o delle labbra.

Il tipo di mutilazione varia a seconda delle etnie e delle tradizioni dei Paesi in cui viene praticata. I Paesi individuati, per i quali si hanno dati sul fenomeno delle MGF, sono Benin, Burkina Faso, Camerun, Repubblica Centrafricana, Ciad, Costa d'Avorio, Egitto, Eritrea, Etiopia, Gambia, Ghana, Gibuti, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Liberia, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Tanzania, Togo, Uganda, Yemen, Indonesia, Iraq. Sono stati rilevati casi inoltre in Israele, Malesia, Thailandia. I flussi migratori degli ultimi decenni hanno portato le MGF diventare un fenomeno mondiale, che in **Italia** e in **Europa** riguardano specialmente le comunità di migranti e le ragazze della cosiddetta “seconda e terza generazione”, che provengono dai Paesi interessati dalla pratica. Lo studio effettuato dall'**Università di Milano Bicocca** nell'ambito del progetto Daphne³ stima la presenza, al 2017, di circa 550.000 immigrate di prima generazione con mutilazioni genitali residenti nell'area EU28 (più Svizzera e Norvegia), con una presenza in **Italia tra 61.000 e 80.000 donne**.

A novembre 2018 si è chiuso lo studio EIGE⁴ avente ad oggetto le nuove stime europee sulle MGF. Per l'Italia si evidenzia che quasi una donna su quattro, delle 76.040 ragazze di età compresa tra 0 e 18 anni di prima e seconda generazione, originarie di paesi praticanti MGF, corre un alto rischio di subire

¹UNICEF, Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern, 2016;
www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf

² UN General Assembly, Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilations, A/RES/67/146: www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/146

³Progetto Daphne del Dipartimento di Sociologia e ricerca sociale dell'Università degli Studi di Milano Bicocca
<https://bnews.unimib.it/2017/09/1988-daphne-progetto-contro-le-mutilazioni-genitali-femminili>

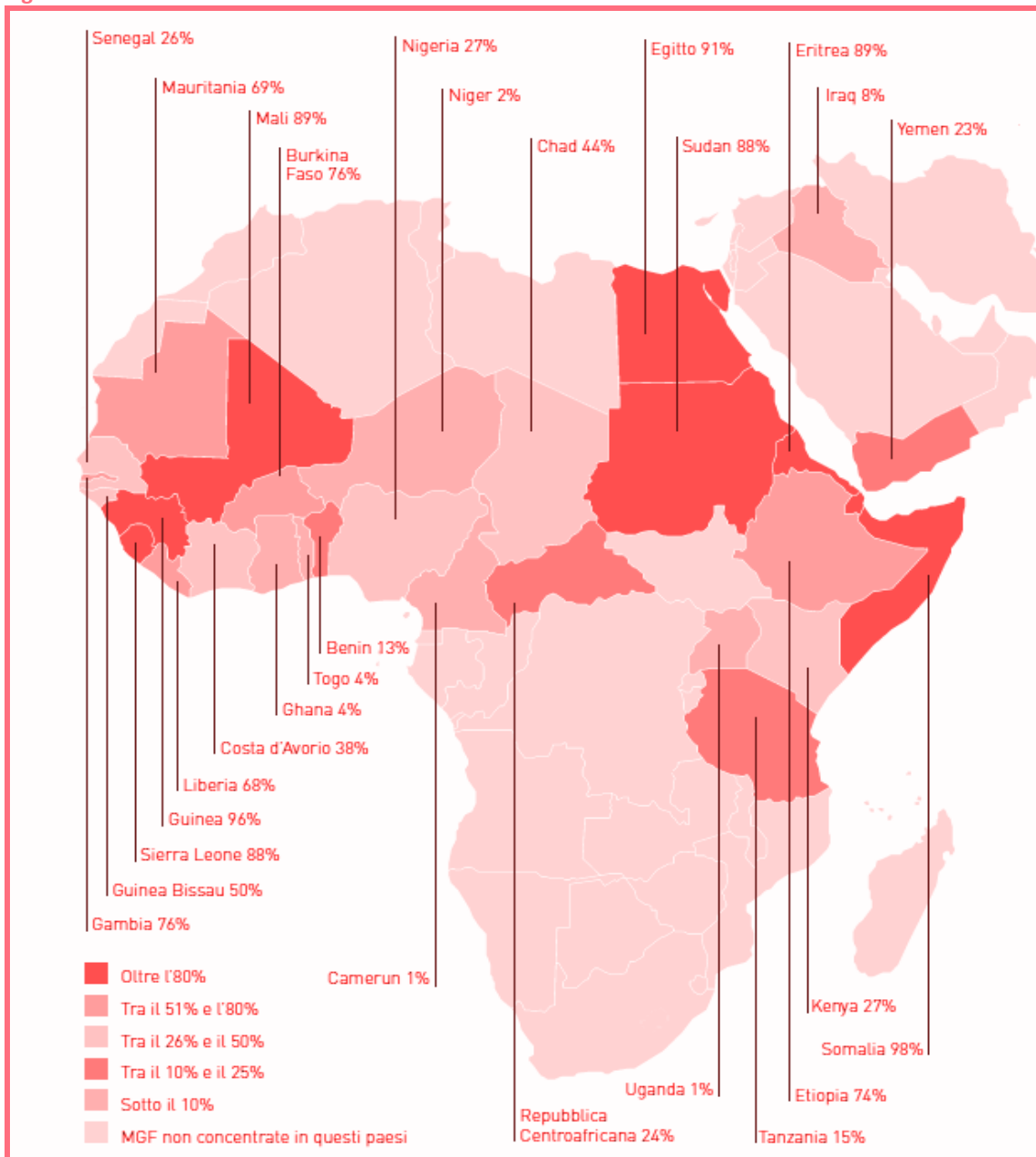
⁴European Institute for Gender Equality



NO PEACE WITHOUT JUSTICE

mutilazioni genitali (cioè il 24%, pari a 18,339); mentre quasi una su sette (il 15%, cioè 11382) corre un rischio basso. Nonostante si registri un calo del 3% del numero delle minori a rischio di MGF che vivono in Italia, le cifre sono ancora molto elevate. Sono infatti più di 18mila le bambine e le adolescenti considerate a rischio e residenti in Italia: lo studio stima che siano le bambine e le adolescenti di origine egiziana (di prima e seconda generazione) quelle che maggiormente rischiano di subire MGF (sono in tutto 11425); seguono poi quelle provenienti dal Senegal (1517), dalla Nigeria (1145), dal Burkina Faso (883), dalla Costa D'Avorio (811) e dall'Etiopia (724). È peraltro un fenomeno che investe anche il 9% delle richiedenti asilo in Italia, provenienti per lo più da Nigeria e Somalia.

Fig.1 LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI NEI PAESI D'ORIGINE





N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

POLITICHE DI CONTRASTO ALLE MGF IN ITALIA

LA LEGGE NAZIONALE

L'analisi dei dati relativi alla popolazione residente è necessaria per capire come la diffusione delle MGF in Europa e in Italia sia sottostimato. Come già riportato, lo studio effettuato dall'**Università di Milano Bicocca**, condotto nel 2017, stima che il numero di donne di prima generazione con mutilazioni genitali in Europa supera il mezzo milione, di cui circa 1/3 residente in territorio italiano. L'Italia assume quindi un ruolo cruciale nella lotta alle mutilazioni e i provvedimenti normativi nazionali, uniti alle policy mirate alla riduzione del fenomeno, visto l'alto numero di presenze, acquistano carattere sperimentale.

Prima della **legge n.7 del 2006**, "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", le MGF erano disciplinate dall'art. 583 del codice penale che identificava la fattispecie all'interno del quadro più generico delle "lesioni personali". Questa configurazione, oltre ad essere poco intellegibile per la popolazione interessata, si esauriva nella sua accezione punitiva, scorporando totalmente l'origine culturale della pratica. La conseguenza principale dell'inadeguatezza della legge era rappresentata dalla totale assenza di misure volte alla prevenzione e al contrasto delle MGF, introdotte invece nella legge 7/2006. Le misure punitive vanno a modificare gli articoli 583 e 604 del Codice penale, introducendo, con l'art. 583 bis e ter il reato di pratica di MGF ed inasprendo le sanzioni per chi le provoca, in particolare prevedendo la detenzione da 4 a 12 anni per chi pratica le mutilazioni, in assenza di esigenze terapeutiche e con lo scopo di modificare le funzioni sessuali della vittima, aumento della pena di un terzo quando la vittima è una persona minore, e possibilità di punire l'autore anche quando l'intervento è eseguito all'estero su cittadina italiana o straniera residente in Italia. Una aggravante è prevista poi per il personale medico, con la radiazione dall'albo e la sospensione dell'esercizio della professione.

L'avviso pubblico emanato un anno dopo l'adozione della legge dal Ministero delle Pari Opportunità in concerto con i Ministeri della Salute e degli Esteri ha suddiviso gli interventi in tre macro aree che riguardano l'azione mirata di progetti specifici, la sensibilizzazione dei soggetti a rischio e i corsi di formazione per le figure professionali connesse, a vario titolo, con gli aspetti di tale pratica. A dodici anni dall'adozione della legge, questi tre ambiti rappresentano una suddivisione funzionale per la verifica, da un lato, degli effetti concreti derivati dall'adozione di una norma ad hoc e, dall'altro, delle carenze relative all'attuazione delle misure volte al contrasto e all'eradicazione della pratica delle MGF.



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

LE CONVENZIONI INTERNAZIONALI RATIFICATE IN ITALIA

Dopo la legge 7/2006 l'Italia ha ratificato le seguenti convenzioni internazionali che condannano le Mutilazioni Genitali Femminili:

- √ la Dichiarazione universale dei diritti umani (UDHR)⁵;
- √ la Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW)⁶;
- √ la Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti (CAT)⁷;
- √ la Convenzione sui diritti del fanciullo (CRC)⁸;
- √ la Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU)⁹;
- √ la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea¹⁰;
- √ la Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro il maltrattamento e l'abuso sessuale (Convenzione di Lanzarote)¹¹;

Particolare rilevanza hanno anche la ratifica, con la legge 77/2013 dell'Italia alla Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (la c.d. Convenzione di Istanbul), ma soprattutto il recepimento nel 2011 della "Direttiva Qualifiche" del Parlamento europeo e del Consiglio che garantisce l'ammissibilità a beneficiare della protezione internazionale per le donne e le bambine con un fondato more di persecuzione o a rischio di subire MGF.

LE "BEST PRACTICES" REGIONALI

Nel 2011, la Commissione parlamentare per la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile, nata in seno al Ministero per le Pari Opportunità, ha emanato un secondo piano strategico per la lotta alle Mutilazioni Genitali Femminili e nel 2012 ha presentato un accordo alla Conferenza Stato Regioni. Questo provvedimento mirava a sviluppare un coordinamento nazionale e regionale per l'assistenza e l'integrazione sociale delle donne escisse e a declinare un programma concreto per la prevenzione nelle nuove generazioni. A partire dalle disposizioni nazionali, diverse Regioni italiane hanno adottato misure basate su esperienze diversificate per la gestione dei problemi fisici legati alle MGF e per la riduzione dell'utilizzo della pratica sulla popolazione più giovane.

⁵Universal Declaration of Human Rights <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html>

⁶The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women
<https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>

⁷The Convention Against Torture <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>
<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>

⁸The Convention on the Rights of the Child <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>

⁹ https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ITA.pdf

http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf

¹⁰ http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf

¹¹ https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/documenti/2013-11-18_Convenzione%20Lanzarote.pdf



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

Gli esempi più significativi di intervento si registrano in:

Lombardia, in cui Crinali Cooperativa Sociale Onlus iniziato nel 2000 ha avviato un progetto multidisciplinare istituendo, presso gli ospedali San Paolo e San Carlo Borromeo di Milano, il punto di riferimento regionale per la prevenzione, il contrasto e la cura delle MGF. Il lavoro è proseguito negli anni successivi attraverso la costruzione di una rete di servizi sul territorio e ha coinvolto sia il circuito dei consultori, sia quello preposto all'assistenza infantile e adolescenziale.

Lazio, dove il Dipartimento salute donna e bambino dell'Ospedale San Camillo - Forlanini di Roma fornisce assistenza sanitaria a donne che presentano disturbi legati alle conseguenze fisiche delle MGF attinenti alla salute riproduttiva e alla maternità. Il Reparto prende il nome di *Centro regionale per l'assistenza ed il trattamento chirurgico delle complicanze sanitarie correlate alle mutilazioni genitali femminili*. A Roma è, inoltre, presente anche l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti che comprende un servizio di presa in carico delle donne con MGF.

Piemonte, la cui amministrazione ha organizzato, tramite l'attuazione di progetti formativi, corsi rivolti agli operatori socio-sanitari e del terzo settore, corsi per la prevenzione e il contrasto delle MGF che hanno raccolto l'adesione di diverse centinaia di partecipanti.

Umbria, che ha condotto tra il 2011 e il 2013 un'indagine con donne immigrate e con operatori socio-sanitari il cui risultato ha evidenziando la necessità di istituire corsi formativi, organizzati nel corso del biennio successivo per un numero di 100 ore di formazione del personale medico frequentate da oltre 200 operatori. La creazione di un tavolo interistituzionale, composto da soggetti chiave come medici, famiglie straniere, insegnanti e decisori politici, ha portato all'istituzione del "Centro umbro di riferimento per lo studio e la prevenzione delle MGF", a cui fa capo una "rete di riferimento per le MGF" composta da operatori, esperti e istituzioni attivi nel processo di presa in carico integrata dei casi complessi.

Emilia Romagna, che meglio di tutte le altre regioni ha saputo coniugare un processo di integrazione socio culturale, affiancando progetti di ricerca e percorsi di formazione nelle scuole e negli istituti ospedalieri ad interventi di sensibilizzazione attraverso spettacoli teatrali, performance artistiche, dibattiti e seminari rivolti sia alle comunità interessate sia al grande pubblico. Ad oggi è l'unica regione ad avere un sito web dedicato alle MGF e creato dalla rete dei Consultori emiliani.

Toscana, dove l'Azienda Ospedaliero/Universitaria Careggi di Firenze, che ospita il Centro di riferimento regionale per la prevenzione e la Cura delle Complicanze delle MGF (CRR), rappresenta un'avanguardia italiana per gli interventi di de-infibulazione perché agisce considerando l'intervento chirurgico solo la fine di un processo dialogico con la paziente che comprende informazione ed educazione alla salute e alla genitorialità e dimostra come un approccio completo e interdisciplinare sia la chiave del superamento della pratica delle mutilazioni.



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

LA MAPPATURA DI COMUNITA' IMMIGRATE NELL'AREA DI MILANO

Questa ampia mappatura, condotta nei primi mesi di progetto, ha permesso oltre alla raccolta dati, allo sviluppo di una rete di *stakeholders* e al coinvolgimento dei vari attori, anche l'identificazione di una serie di criticità riscontrate nelle esperienze passate e di cui si è tenuto conto nella realizzazione delle attività previste nell'ambito del progetto. In particolare, si è deciso di lavorare all'interno dei centri di accoglienza, dal momento che in passato il trasferimento all'esterno è risultato spesso problematico, influenzando negativamente sulla regolarità della partecipazione alle attività da parte di alcune donne.

Un altro elemento molto importante è stato il *networking* fra il personale sanitario e i partecipanti all'analisi oggetto dell'azione, per venire incontro ai problemi relativi alla salute riproduttiva a cui le donne che hanno subito MGF vanno incontro e per i quali spesso non trovano un aiuto efficace per mancanza di informazione e di contatti con tutti i riferimenti assistenziali, come ginecologhe o psicologhe adeguatamente formate.

Il Comune di Milano garantisce l'accesso alle informazioni relative ai dati degli abitanti, attraverso la piattaforma interattiva "SAS Visual Analytic Viewer", offerta dal sito ufficiale dell'amministrazione. La piattaforma permette di calcolare il numero delle persone straniere residenti a Milano, distinguendo l'area geografica di provenienza, il genere e la classe d'età. I dati riportati sono relativi alla popolazione che risiede nel territorio cittadino con un regolare permesso di soggiorno e non è possibile calcolare quanti dei 96.000¹² stranieri irregolari presenti in Lombardia sostino stabilmente in suolo comunale. Secondo i dati forniti dal Comune, alla fine 2017 erano 266.862 i residenti stranieri entro i confini cittadini, di cui oltre il 40% proveniente dai Paesi asiatici, a cui si aggiungono le persone nate in territorio UE (20%), in America centro meridionale (17%) e quelle provenienti dal continente africano (22%), mentre percentuali più contenute sono relative ad altre origini (2,4%). Si può calcolare che residenti a Milano che provengono da Paesi in cui vengono praticate le MGF¹³ erano, ad inizio 2018, 47.030 (32.999 di sesso maschile e 14.031 di sesso femminile) e rappresentano circa 1/10 del totale calcolato su base nazionale¹⁴. L'Egitto rappresenta la comunità più numerosa che con 38.256 individui residenti sul territorio comunale rappresenta l'81,34% della popolazione straniera proveniente da Paesi a rischio MGF. Significativamente inferiore la presenza di altre, seppur numerose, nazionalità: Senegal (2.671, il 5,68%), Eritrea (1.559, ovvero lo 3,31% dei residenti stranieri), Nigeria (969 corrispondente allo 2,06%), Etiopia (596, 1,27%) e Somalia (569, lo 1,21%).

¹²Osservatorio regionale per l'integrazione e la multietnicità, 01/03/2017

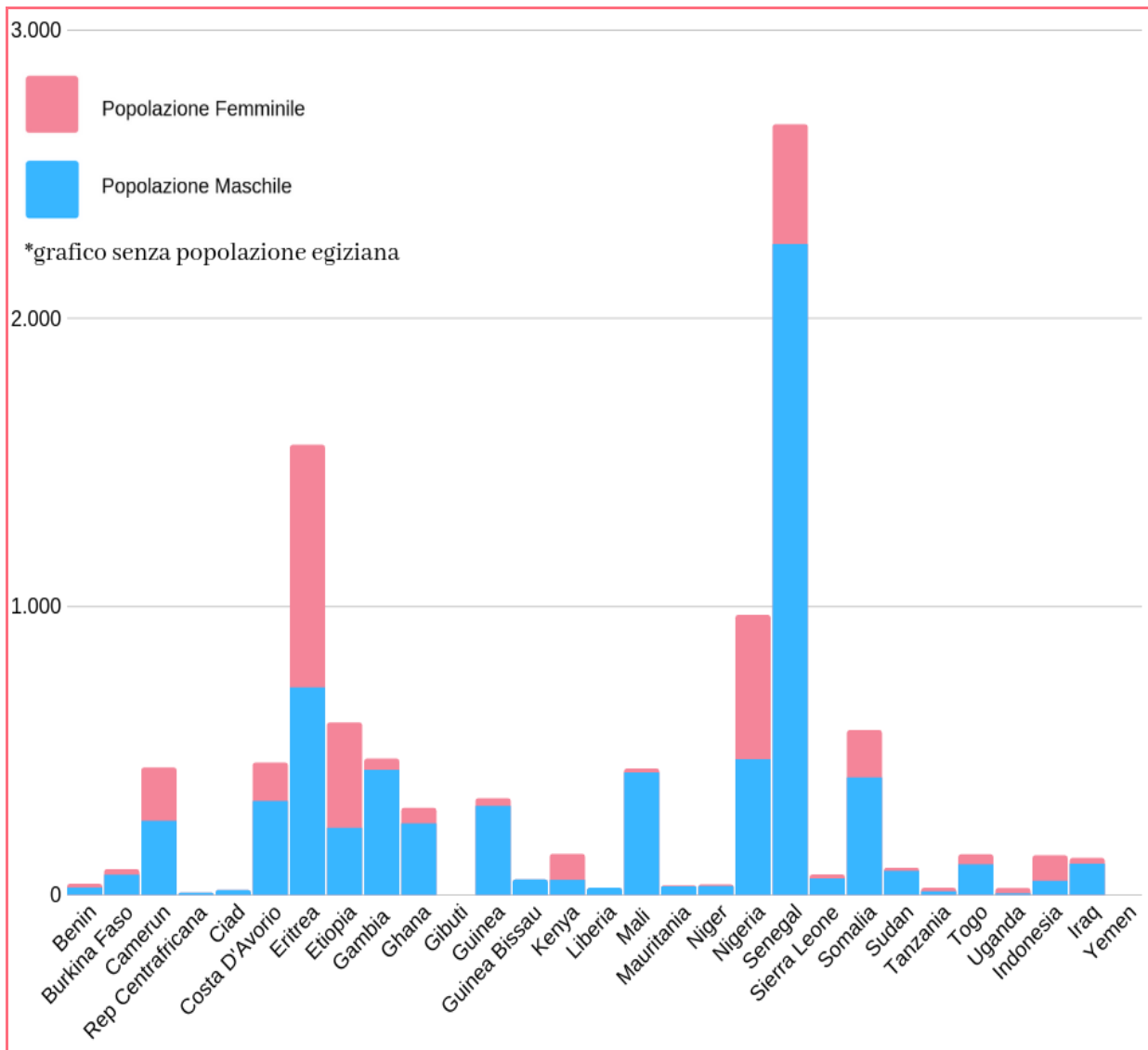
¹³https://datanalysis.comune.milano.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer_guest.jsp?appSwitcherDisabled=true&reportViewOnly=true&reportPath=/SAS%20Visual%20Analytics%20Area/Progetti/SISI/Report/Popolazione/&reportName=Popolazione%20straniera%20residente%20-%20ultimo%20anno%20disponibile

¹⁴Istituto Nazionale di Statistica, Stranieri Residenti al 1° gennaio 2017. <http://dati.istat.it>



NO PEACE WITHOUT JUSTICE

Fig.2 COMUNITA' PROVENIENTI DA PAESI MGF NELL'AREA DI MILANO



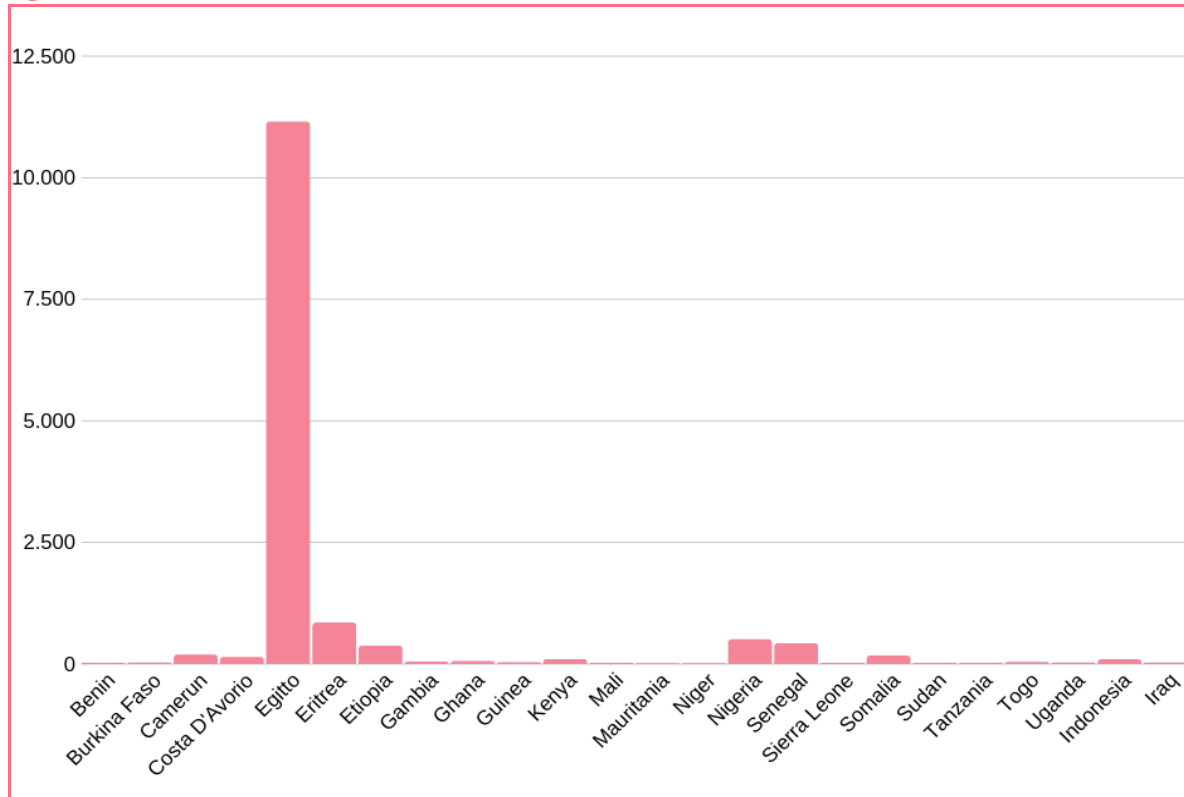
Fonte: SAS Visual Analytic Viewer



NO PEACE WITHOUT JUSTICE

Se si valutano soltanto i dati attinenti alla popolazione femminile il risultato è il seguente:

Fig. 3 POPOLAZIONE FEMMINILE PROVENIENTE DA PAESI MGF NELL'AREA DI MILANO



Fonte: SAS Visual Analytic Viewer

Come già accennato, però, i dati relativi alla residenza sono da considerarsi variabili se si tiene conto delle prospettive registrate rispetto alle tendenze migratorie dell'ultimo decennio, che segnalano un incremento della popolazione straniera proveniente dai Paesi in cui le MGF sono diffuse. Per operare questa valutazione è necessario confrontare i dati relativi ai circuiti di accoglienza di primo livello (Cas e Hotspot) e di secondo livello (SPRAR) per ipotizzare quale sarà l'incidenza delle "nuove migrazioni" sulla popolazione futura.

Nigeria, Somalia ed Eritrea sono i Paesi d'origine da cui proviene il 41% della popolazione accolta dagli enti, prefettizi e comunali, adibiti o alla custodia delle persone in attesa del riconoscimento dello status di rifugiato oppure al percorso di integrazione per gli individui in possesso del permesso umanitario. I circuiti di accoglienza diventano, quindi, un elemento strategico nella lotta alle MGF, rappresentando un canale di passaggio tra i nuovi arrivi e la futura cittadinanza, che però vedono esclusi i soggetti irregolari presenti sul territorio e stimati, in Lombardia, poco meno di 97.000¹⁵.

La recente approvazione del decreto legge n. 113/18, intitolato "Disposizioni urgenti in materia di protezione internazionale e immigrazione, sicurezza pubblica, nonché misure per la funzionalità del ministero dell'Interno e l'organizzazione e il funzionamento dell'Agenzia nazionale per l'amministrazione

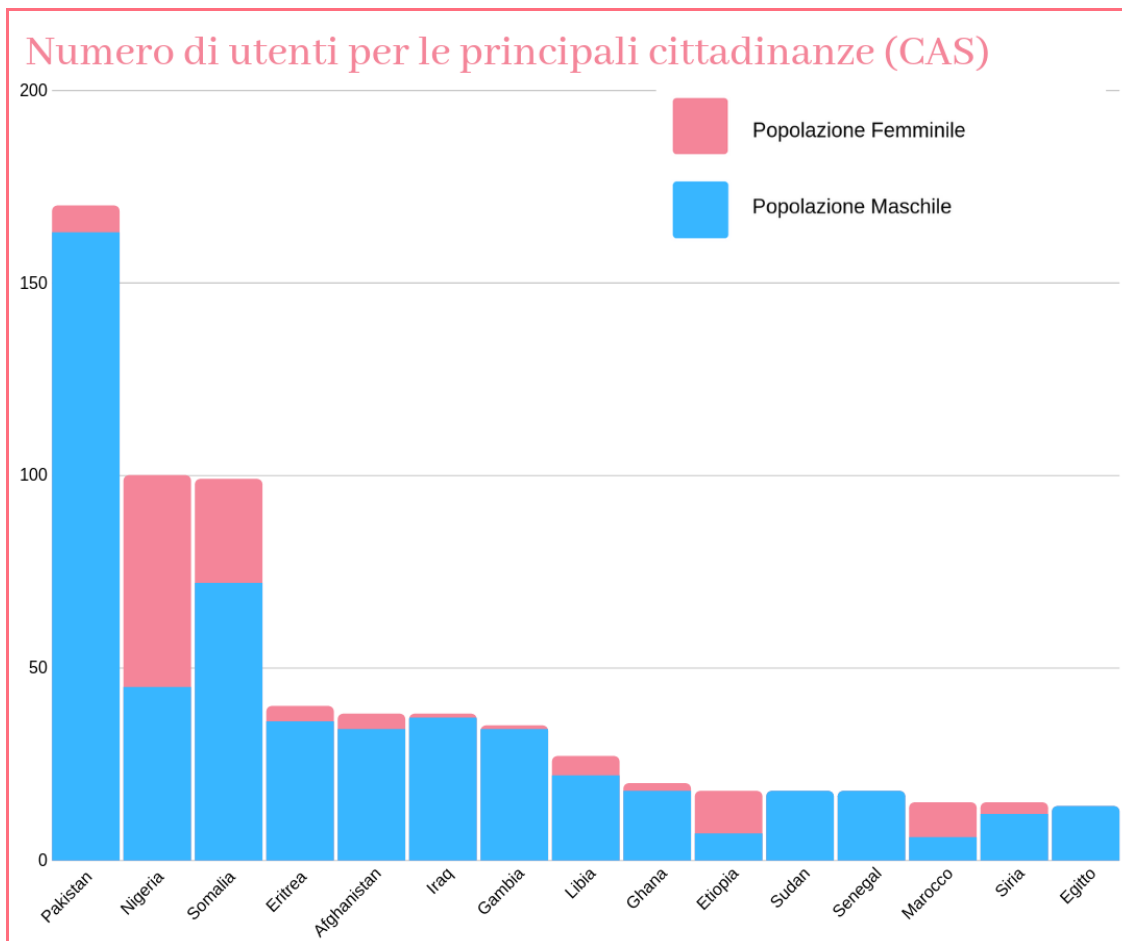
¹⁵ORIM 2016, osservatorio regionale per l'integrazione e la multietnicità



NO PEACE WITHOUT JUSTICE

e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata”, potrebbe aumentare il numero delle persone straniere regolari presenti sul suolo nazionale e, di conseguenza, nella città di Milano. Nel rapporto diffuso da OXFAM¹⁶ in occasione della giornata internazionale dei diritti dei migranti, che analizza gli effetti del c.d. “Decreto Sicurezza” stima che nei prossimi due anni il numero degli stranieri irregolari, esclusi dai circuiti di accoglienza, aumenterà di 120.000 unità, identificati nel numero di 900 dall’Assessorato al Welfare del Comune del capoluogo lombardo. Inoltre, la sostituzione del permesso umanitario renderà impossibile iscriversi all’anagrafe con la sola richiesta d’asilo. Se le previsioni appena citate si realizzassero diventerebbe oltremodo difficile per le amministrazioni identificare il numero reale delle nazionalità presenti ed agire con progetti mirati per un reale contrasto alla pratica delle Mutilazioni Genitali Femminili.

Fig. 4



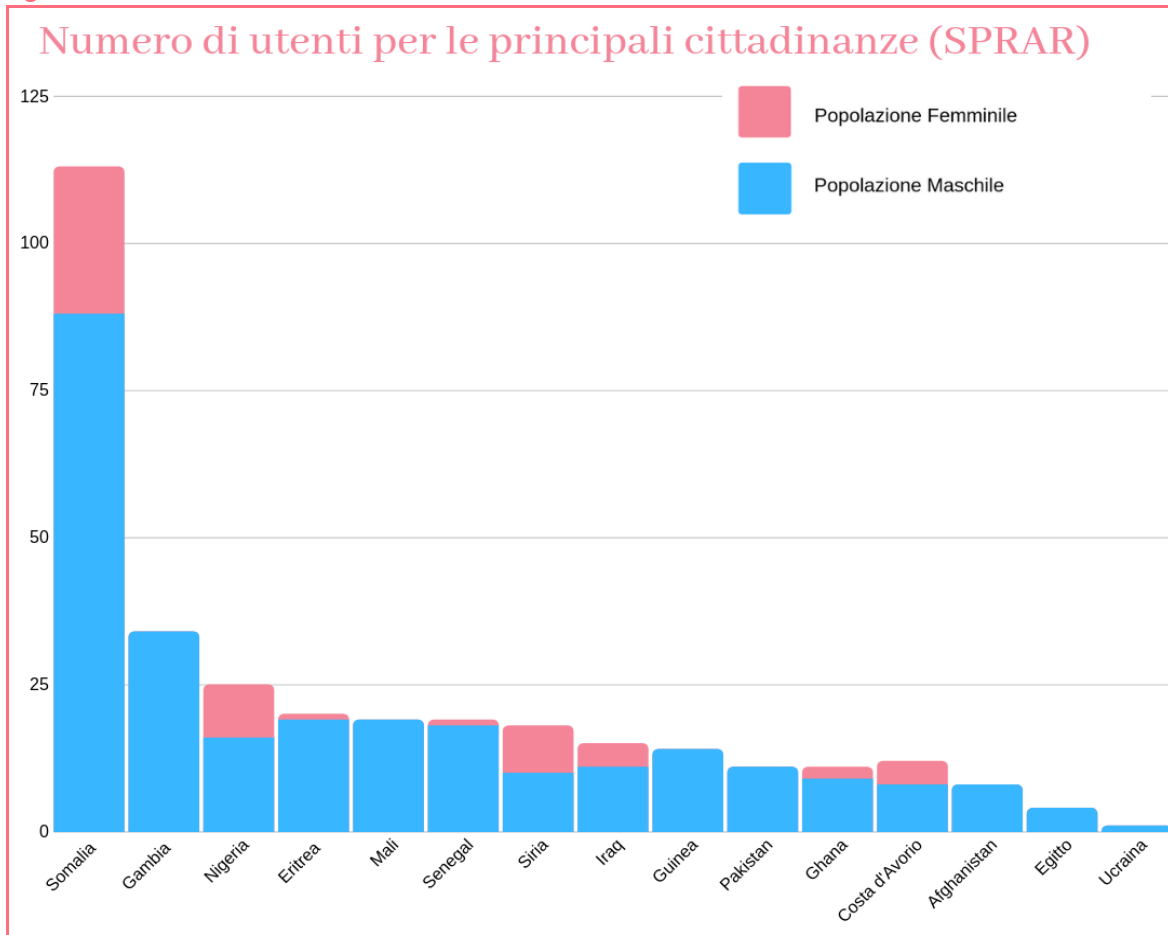
Fonte: Dati aprile 2018 ufficio statistica del Comune di Milano (ACCOMI)

¹⁶https://www.oxfamitalia.org/wp-content/uploads/2018/12/l-sommersi-e-i-salvati_MB_18dic18_FINAL.pdf



NO PEACE WITHOUT JUSTICE

Fig. 5



Fonte: Dati aprile 2018 ufficio statistica del Comune di Milano (ACCOMI)



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

LA LOTTA ALLE MGF NELL'AREA DI MILANO

GLI ATTORI IMPEGNATI NELLE POLITICHE DI CONTRASTO

Se si valuta il contesto cittadino, il Comune di Milano vanta, sul proprio territorio, una fitta rete di associazioni di volontariato, ONG, servizi medici, società civile e comunità straniere stabili ed organizzate coinvolte nel contrasto alle MGF e che raccolgono dati e informazioni sensibili ed essenziali allo sviluppo di politiche efficaci:

- il **Centro di Salute e Ascolto per le donne Migranti dell'Ospedale San Paolo**, un centro dedicato all'accoglienza e all'assistenza delle donne migranti e dei loro bambini in cui operano addette dell'Ospedale e della Cooperativa Crinali, fra cui ginecologhe, ostetriche, pediatre, ma anche psicologhe, assistenti sociali, mediatrici culturali provenienti da diversi Paesi. Viene offerto ascolto e sostegno alle donne immigrate in gravidanza, nel momento del parto e nel periodo successivo.
- Il **Centro Ascolto e Soccorso Donna dell'ospedale San Carlo**, composto da due strutture distinte: il Centro Salute e Ascolto delle donne immigrate e i loro bambini e Soccorso Donna. Il primo è un'attività ambulatoriale con un'equipe multidisciplinare che accoglie le donne immigrate in gravidanza per la cura e l'ascolto delle esigenze ostetriche, pediatriche, psicologiche e sociali. Fanno parte dell'équipe multidisciplinare una ginecologa, un'ostetrica, una pediatra, un'assistente sociale e due psicologhe a turno e una mediatrice culturale. Soccorso Donna si occupa dell'accoglienza, ascolto, supporto psicologico e sociale delle donne maltrattate e i loro bambini e in caso di necessità anche dell'invio guidato alle strutture adeguate della rete anti violenza. Anche in questo caso lo staff è composto da una psicologa, un'assistente sociale, un referente chirurgo, un referente ginecologo, un referente pediatrico, un'operatrice tecnica e una mediatrice culturale;
- la **Cooperativa Crinali**, le cui operatrici sono anche all'interno degli ospedali San Carlo e San Paolo, che ha l'obiettivo di favorire un accesso migliore alle donne straniere ai servizi materno-infantili dell'ospedale; rimuovere gli ostacoli linguistico culturali che impediscono la comunicazione, accogliere una domanda globale di assistenza in quanto le donne straniere di solito non pongono solo una domanda di salute, ma spesso formulano una richiesta di aiuto per problemi sociali complessi come la casa e il lavoro; sviluppare una metodologia di mediazione culturale.
- lo **"Spazio Donne"** dedicato alle donne migranti del Naga (Associazione Volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Cittadini Stranieri, Rom e Sinti). Le volontarie, che svolgono circa 500 colloqui l'anno e includono anche psicologhe, infermiere, mediatrici culturali, insegnanti, svolgono quotidianamente colloqui privati inerenti alle questioni relative a prevenzione, contraccezione e maternità, se opportuno inviano le utenti presso le strutture pubbliche territoriali di riferimento (consultori, ospedali, ecc.).

Sul territorio sono presenti numerose associazioni della diaspora che lavorano sul tema delle MGF:

- **AFRODISIA** - associazione culturale e di integrazione sociale¹⁷;

¹⁷ <http://afrodisia.it/about/>



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

- **ACMID** - Associazione Comunità Marocchina delle Donne in Italia¹⁸;
- **ADAS** - Associazione Donne dell’Africa Subsahariana¹⁹;
- **SINUGAL** - Associazione culturale senegalesi²⁰;
- **AMEB** - Mother and Child Care²¹;
- **AIDOS** - Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo (Milano)²²;
- **WEWORLD** Onlus - “SOSstegno donna”²³
- **Naga** (Associazione Volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Cittadini Stranieri, Rom e Sinti onlus) e Spazio donne²⁴
- **CADMI** - Casa di Accoglienza delle donne maltrattate²⁵
- **“Cerchi d’Acqua”** Coop. Soc. a.r.l. Centro Antiviolenza²⁶

A Milano sono inoltre presenti diversi sportelli che offrono informazione e assistenza alle donne migranti

- **Ospedale San Paolo**, via di Rudinì 8, Milano - Blocco D, Piano 2, Stanza 15 bis
Orari: martedì 9/ 12.30, giovedì 13.30/17, venerdì 9/ 12.30
Contatti: Barbara Grijuela, barbara.grijuela@asst-santipaolocarlo.it, tel. 02 89181040
- **Ospedale San Carlo Borromeo**, via pio II 3, milano – piano 3, Settore B
Orari: lunedì 9/12.30, martedì 13.30/17, giovedì 9/ 12.30
Contatti: Hassibi parvaneh, hassibi.parvaneh@asst-santipaolocarlo.it, tel. 02 40222486
- **Crinali Cooperativa Sociale Onlus**, Corso di porta Nuova 32 – 20121 milano, tel. 02 62690932
- **Cooperativa Sociale KANTArA**, via Angera 3, milano, tel. 02 67075398 kantara@tiscalinet.it
Orari: lunedì/venerdì 9/14, referente: Maria Castiglioni

¹⁸ <http://www.acmid-donna.it/acmid/>

¹⁹ via Giambellino 64 20146 - Milano (MI) Tel: 02/471443

²⁰ <https://www.sunugal.it/iniziative.html>

²¹ <https://amebitaly.wordpress.com>

²² <https://www.aidos.it/2018/03/23/cosa-sono-le-mgf/>

²³ <https://www.weworld.it/come-e-dove-interveniamo/a-favore-delle-donne/>

²⁴ <http://www.naga.it/index.php/spazio-donne.html>

²⁵ <http://www.cadmi.org>

²⁶ <http://cerchidacqua.org>



NO PEACE WITHOUT JUSTICE

LE INIZIATIVE DI PREVENZIONE E CONTRASTO

Milano è stata la sede di numerosi progetti di prevenzione e contrasto alle Mutilazioni Genitali Femminili. In particolare, sono stati inizialmente individuate le seguenti iniziative, repute quelle maggiormente rilevanti rispetto al progetto che si vuole realizzare:

La prima campagna **“Insieme per dire mai più”** è stata organizzata dall’**Assessorato al Welfare** del Comune nel **2010** ed era finalizzato soprattutto a porre l’attenzione e a stimolare il confronto su una pratica culturale che si è sviluppata anche in Italia a causa dell’intensificarsi dei flussi migratori.

Il **progetto UNCUT**, nato da un’idea della giornalista Emanuela Zuccalà e realizzato da Zona, indaga il tema delle MGF attraverso un documentario che racconta attraverso le immagini la battaglia che le donne di tre Paesi africani – Somaliland, Kenya ed Etiopia - conducono per l’emancipazione femminile. Attraverso immagini e audio video si crea un percorso che affronta il tema MGF a tutto tondo, attraverso l’ascolto delle parole di coloro che hanno subito mutilazioni e di coloro che le hanno praticate, con un accento particolare sulle conseguenze nefaste della pratica sulla salute della donna.

Negli ultimi anni sono stati sviluppati: il progetto **CHAT – Changing Attitude. Fostering dialogue to prevent FGM** (dal 2016 al 2018) finanziato dalla Commissione Europea e promosso in Italia da **Fondazione L’Albero della Vita**, che ha visto il coinvolgimento di altri 5 Paesi europei (Portogallo, Austria, Spagna, Paesi Bassi, Regno Unito) con tre obiettivi principali: favorire l’azione all’interno delle comunità interessate, individuando e supportando 120 “Positive Deviants”, ovvero agenti di cambiamento, persone che possano attivamente favorire un cambio di attitudine; coinvolgere le piccole e medie imprese nelle azioni di sensibilizzazione, contrasto alla violenza di genere e nel sostegno a campagne in favore della lotta alle MGF; facilitare azioni di co-sviluppo con associazioni di migranti o attori istituzionali quali ambasciate e consolati. Il progetto si è concentrato su donne somale e nigeriane di 2^o/3^o generazione impegnate in associazioni per i migranti e quindi già “socialmente attive”; il progetto **AFTER** di **Act!onAid**, chiuso nel 2018, che ha avuto come fulcro l’obiettivo di contribuire a prevenire e contrastare le mutilazioni genitali femminili attraverso l’*empowerment* e la mobilitazione di donne migranti e la sensibilizzazione delle loro comunità, oltre che attraverso l’elaborazione di proposte per le istituzioni europee, nazionali e locali per migliorare l’efficacia degli interventi.

IL RUOLO DELLO SPRAR E DEI CIRCUITI DI ACCOGLIENZA

Il Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR) è il percorso di c.d. “seconda accoglienza”, creato per sviluppare progetti di integrazione mirata e, proprio per questa finalità, si differenzia dalle strutture di “prima accoglienza” che sono invece concepite come luoghi di permanenza temporanea. È costituito dalla rete degli enti locali che per la realizzazione dei progetti accedono, nei limiti delle risorse disponibili, al Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell’asilo. Attraverso questo sistema di “accoglienza integrata”, gli enti locali accompagnano le persone aventi protezione umanitaria in un percorso di sei mesi, prorogabili per altri sei, che comprende sia la fornitura di beni essenziali (come vitto, alloggio, abbigliamento ecc.) sia altri servizi per l’inserimento sociale, decisivi per una reale integrazione delle persone (scrizione alla residenza anagrafica del comune; ottenimento del codice fiscale; iscrizione al servizio sanitario nazionale; inserimento a scuola di tutti i minori; supporto legale;



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

realizzazione di corsi di lingua italiana). Questa seconda parte del percorso diventa decisiva per permettere alle persone accolte la conoscenza e la comprensione dei diritti di cui dispongono e dei servizi a cui possono accedere. Lo SPRAR assume un ruolo chiave anche nella gestione delle mutilazioni genitali femminili. Negli ultimi anni, la stretta collaborazione tra le strutture ospedaliere e le realtà del terzo settore che offrono programmi di integrazione e di mediazione culturale ai progetti SPRAR comunali ha portato, in molte città, a fornire un percorso di aiuto e di supporto per le donne portatrici di MGF e ad avvicinare loro alle realtà mediche e sociali specializzate operanti sul territorio. Recentemente, per espressa previsione ministeriale, la versione aggiornata ad agosto 2018 del *“Manuale operativo per l’attivazione e la gestione di servizi di accoglienza integrata in favore dei richiedenti asilo e titolari della protezione internazionale e umanitaria”*²⁷ riporta un capitolo denominato *“presa in carico sanitaria di donne e/o minori con mutilazioni genitali femminili e i trattamenti necessari”* in cui si chiede la promozione sia di corsi di formazione per gli operatori sia di percorsi specifici per le donne presenti nelle strutture di accoglienza. Il documento segnala la necessità di trattare il tema delle MGF tenendo presente *“l’eventuale disagio psicologico della donna o della minorenne sottoposta a questa pratica nel proprio Paese di origine, in quanto, culturalmente ascritte tra atti di genitorialità patriarcale, finalizzati alla crescita e all’accettazione sociale delle proprie figlie e ai meccanismi matrimoniali cui rimandano”* e di fornire assistenza psicologica e culturale in ambiente protetto. Questa particolare previsione richiama nuovamente l’importanza del ruolo di una rete territoriale coesa al fine di rendere immediatamente disponibili alle donne beneficiarie tutti i percorsi per la risoluzione dei problemi, siano essi di origine sanitaria o di origine psicologica.

Nonostante Regione Lombardia, a differenza di Toscana ed Emilia Romagna, non disponga di linee guida specifiche per il contrasto alle mutilazioni genitali femminili, la realtà di Milano, composta da molteplici attori della società civile e da presidi ospedalieri specializzati nella presa in carico donne con MGF, fornisce da tempo molti dei servizi richiesti dal testo promulgato ad agosto 2018 dal Ministero dell’Interno. I progetti **CHAT** e **AFTER**, promossi sul territorio cittadino rispettivamente dalla fondazione Albero della Vita e Act!onAid, hanno però evidenziato quanto sia necessario un dialogo continuo con le diverse culture presenti nei circuiti di accoglienza per incidere non solo sulla risoluzione dei problemi di chi ha già subito tale pratica, ma soprattutto sui fattori che ne favoriscano l’abbandono per eliminare il rischio nelle nuove generazioni.

Sviluppare, durante il percorso di accoglienza, un dibattito intergenerazionale e interculturale, non solo sulle mutilazioni genitali femminili, ma più in generale sul ruolo della donna, è propedeutico all’obiettivo di integrazione che il modello SPRAR si prefigge. La variazione del contesto socio culturale rispetto al Paese d’origine, il contatto con gli aspetti dell’emancipazione c.d. “occidentali”, l’accettazione della “società ospite” sono fattori che influenzano il comportamento e le prospettive future delle donne accolte e che incidono sulla scelta della prosecuzione o dell’abbandono della pratica mutilatoria. Per questo è importante creare degli spazi protetti di dialogo e di confronto, idonei a trattare la molteplicità degli aspetti senza il rischio che le donne coinvolte si sentano giudicate o vittime, oltre che della pratica, anche degli effetti derivanti dal sensazionalismo che le MGF suscitano nell’immaginario collettivo.

²⁷ <https://www.sprar.it/wp-content/uploads/2018/08/SPRAR-Manuale-Operativo-2018-08.pdf>



NO PEACE WITHOUT JUSTICE

L'ESPERIENZA NEI CENTRI: I FOCUS GROUP

INTRODUZIONE

Secondo i dati forniti da AccoMI (l'agenzia del comune che analizza i dati sull'accoglienza) nel maggio 2018, le donne somale, la comunità di riferimento con la quale aprire il primo gruppo di lavoro, erano 51 (il numero comprende anche le minorenni): 27 inserite in Centri di Accoglienza Straordinaria e 25 nello SPRAR comunale, di cui 9 ospiti di Casa Suraya della cooperativa Farsi Prossimo (che non autorizza progetti all'interno della loro struttura e, soprattutto, erano già state coinvolte nel progetto After di Action Aid), 7 dislocate nel circuito di appartamenti e le rimanenti, bambine incluse, nello SPRAR di via Sammartini. Le altre nazionalità presenti nelle strutture e adatte al progetto erano così suddivise: Nigeria (55 CAS - 9 SPRAR), Gambia (1 CAS - 0 SPRAR), Ghana (3 CAS - 2 SPRAR), Etiopia (11 CAS - 0 SPRAR), Senegal (0 CAS - 1 SPRAR), Costa d'Avorio (0 CAS - 4 SPRAR).

Per ottenere l'autorizzazione all'ingresso nei centri e all'avvio del progetto, richiesta alla Prefettura per i CAS e al Comune per gli SPRAR, è stato presentato il calendario degli incontri che definisce il percorso da intraprendere con i gruppi per l'analisi del fenomeno MGF. Gli argomenti oggetto, le modalità e il numero delle riunioni sono stati determinati seguendo i suggerimenti e le buone pratiche delle esperienze precedenti, esaminate nella fase iniziale del progetto.

L'individuazione delle strutture idonee alle esigenze sopra descritte è stata guidata dall'Unità Politiche per l'Inclusione e l'Immigrazione del Comune di Milano che, attraverso i database interni, ha o può richiedere il numero e le provenienze delle persone all'interno del circuito di accoglienza del Comune di Milano.

Appurata l'assenza negli edifici adibiti a SPRAR di un numero significativo di persone delle nazionalità individuate, la ricerca ha coinvolto la Prefettura di Milano che ha individuato il CAS di Via Sammartini per la comunità Somala (23 presenze), quello di Via Andolfato per la comunità nigeriana (16 presenze), mentre la comunità Etiope, inizialmente individuata, era stata suddivisa in vari appartamenti siti in zone diverse di Milano attraverso il sistema di accoglienza diffusa.

OBIETTIVO DEI FOCUS GROUP

L'obiettivo primario dei focus group era di offrire alle partecipanti uno spazio per discutere i fattori *push and pull* legati alle MGF e come la migrazione in un paese occidentale influisce sulla tradizione. Le discussioni hanno consentito di esplorare la percezione rispetto al problema dei gruppi target, e di raccogliere una gamma di opinioni, idee e incongruenze che esistono all'interno delle comunità e fra diverse comunità in termini di tradizioni, credenze, esperienze e pratiche. Pertanto, è necessario reclutare intenzionalmente i partecipanti per i quali il problema è rilevante. Nel nostro caso, le partecipanti hanno chiesto espressamente che nella discussione non fossero coinvolti gli uomini.

COMPOSIZIONE DEI GRUPPI

Il gruppo nigeriano era costituito da 8 ragazze dai 21 ai 29 anni, di cui due non mutilate, appartenenti alle etnie Urhobo (5) ed Ogoni (3), che, qualche anno dopo la scuola secondaria hanno intrapreso il



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

viaggio verso la Libia (permanenza media 5 mesi) e poi verso l'Italia. Le ragazze erano tutte madri di bambine al di sotto dei 5 anni (tranne una al quarto mese di gravidanza).

Il gruppo somalo comprendeva 10 donne, di cui 9 sotto i 30 anni e 1 di età superiore ai 50 anni, che ha contribuito a mettere in luce i problemi che sorgono nel confronto tra generazioni. Due ragazze avevano subito una mutilazione di IV tipo, la più severa, e accusavano enormi difficoltà anche nei bisogni fisici primari.

È stato espressamente richiesto dalle donne che gli uomini non presenziassero alla discussione.

NUMERO DI INCONTRI

L'individuazione delle strutture idonee, la richiesta di autorizzazione e il successivo vaglio della Prefettura hanno protratto i tempi di accesso al mese di novembre 2018. A partire dal 2 ottobre sono stati organizzati incontri nelle strutture di Via Sammartini e di Via Andolfato con mediatori e partecipanti per l'illustrazione del progetto e per sottoporre ai partecipanti un questionario preliminare per la raccolta di informazioni e di interesse alla partecipazione ai gruppi di lavoro.

I focus group si sono tenuti secondo il seguente calendario:

Gruppo nigeriano:

I incontro: venerdì 16 novembre 2018. Ore 10:00/12:00

II incontro: venerdì 23 novembre 2018. Ore 10:00/12:00

III incontro: venerdì 30 novembre 2018: Ore 10:00/12:00

Gruppo somalo:

I incontro: martedì 27 novembre 2018. Ore 15:00/17:00

II incontro: venerdì 30 novembre 2018. Ore 15:00/17:00

III incontro: martedì 4 dicembre 2018. Ore 15:00/17:00

Venerdì 7 dicembre si è tenuto un incontro di chiusura con entrambi i gruppi.

Si fa notare che inizialmente gli incontri previsti erano due per gruppo, ma grazie all'interesse dei partecipanti si è potuto prevedere un ulteriore incontro per ciascuno dei gruppi, oltre a quello finale. Il terzo incontro per ciascun gruppo è stato dedicato al dialogo con medici e operatori sanitari, per discutere i problemi quotidiani che le donne che hanno subito MGF si trovano spesso ad affrontare e per aiutarle ad esporli in un ambiente meno familiare, durante le visite ginecologiche di controllo, nei corsi pre-parto o al momento del parto.

L'APPROCCIO

La scelta, in seno al progetto, di interfacciarsi con donne provenienti dalla Nigeria e dalla Somalia non è stata solo dettata da una necessità di avere un campione significativo su cui formulare un'analisi comportamentale approfondita. Benché questi due Paesi rappresentino l'origine prevalente dei migranti



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

accolti dal Comune di Milano, le peculiarità legate alla pratica delle mutilazioni genitali delle due nazionalità sono così eterogenee da garantire una trattazione ampia e differenziata del tema. La diversità delle ragioni antropologiche e sociali associate alle MGF è da ricercare nei contesti di origine, la cui valutazione è necessaria e diviene la base per l'avvio di un processo di messa in discussione della pratica.

Inoltre, le due nazionalità selezionate erano le più numerose all'interno del circuito dell'accoglienza del comune di Milano: la formazione di gruppi provenienti da altri Paesi sarebbe stata possibile solo traducendo le ragazze, residenti in centri diversi, in un luogo terzo e non si sarebbero potuti sfruttare i pro dell'organizzazione in struttura.

Altresì, la scelta del percorso tematico per approcciare incidentalmente il tema delle MGF con le comunità selezionate nei centri di accoglienza assume una fondamentale importanza. Tra gli elementi da considerare in via preliminare c'è la questione che alcuni aspetti della cultura originaria, nella fattispecie nigeriana e somala, vengono necessariamente mescolati con quelli del Paese ospitante attraverso il processo di accoglienza. Studi antropologici classificano le strategie di integrazione a seconda che ostacolano o facilitano l'interazione culturale tra le comunità: se il c.d. "modello di assimilazione" ha come priorità l'assorbimento della tradizione minoritaria da parte di quella prevalente, il "modello multiculturale" si fonda sul principio del riconoscimento di pari dignità e valore alle diversità. Entrambi gli approcci presentano elementi di rischio nell'applicazione concreta, a causa del connotato coercitivo nel primo, mentre nel secondo c'è comunque la possibilità che l'inasprirsi delle differenze porti ad un conflitto e non ad un confronto, rafforzando sempre più l'idea che la cultura di appartenenza sia meglio di quella del paese ospitante.

Gli argomenti trattati hanno riguardato:

- La cultura di provenienza, soprattutto negli aspetti che riguardano la donna, il suo ruolo all'interno della famiglia e della società, le dinamiche familiari. Gli aspetti positivi e negativi.
- L'importanza della cultura nel paese di origine e in quello di accoglienza.
- Le MGF come aspetto "negativo" della cultura di origine: in che misura costituisce davvero un elemento di identità culturale, quali sono le conseguenze negative sulla vita e sulla salute della donna.
- Il rispetto del corpo.
- Differenze tra chi è portatore/non portatore di MGF: essere i primi "*positive deviants*" per contrastare la pratica.
- Rispettare il passato, migliorando il futuro senza giudicare le scelte fatte legate alla cultura di appartenenza.
- Le leggi, i diritti e le conseguenze delle MGF.
- Ascolto e confronto con la presenza dei medici aderenti al progetto (dott.ssa Cetin - Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia Ospedale Buzzi e dott. Murina – Responsabile del Servizio di Patologia del Tratto Genitale Inferiore Ospedale Buzzi)



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

- Confronto fra esperienze personali, in modo libero.
- Presentazione degli sportelli attivi nel Comune di Milano e nella Regione Lombardia e i servizi offerti.

Gli argomenti delle sedute sono stati di volta in volta modulati dai mediatori culturali, seguendo la reattività e le risposte delle partecipanti, È stato molto importante un momento di confronto tra le partecipanti al progetto e i medici coinvolti della struttura ospedaliera “Vittore Buzzi”, per sviluppare quella connessione tra straniere e strutture sanitarie che invece è mancata nei progetti precedenti.

La scelta dell’approccio, soprattutto riguardo ad aspetti culturali delicati come le MGF, è cruciale nel definire il messaggio che si vuole trasmettere e, di conseguenza, il risultato che si vuole ottenere. Se il fine ultimo rispetto alle MGF è il progressivo abbandono della pratica, come conseguenza alla crescente emancipazione della figura femminile e non per mera imposizione, allora bisogna intervenire per creare un contesto sociale in cui il corpo della donna non rappresenti una cosa di cui una cultura può disporre. Il lavoro intrapreso con le due comunità menzionate, presenti nel centro SPRAR di via Sammartini in un numero idoneo per la creazione di focus group funzionali ad instaurare un dialogo interculturale, ha avuto come oggetto l’individuazione dei fattori culturali che ancora legano le donne alla pratica mutilatoria, l’analisi dei costi/benefici relativi ai disagi fisici e psichici derivanti dalle MGF e quali misure, dalla prospettiva delle donne migranti, possono essere attuate per ridurre il rischio della prosecuzione di tale pratica.

In Nigeria e Somalia, i due paesi presi in considerazione, le MGF sono illegali. Tuttavia la Nigeria ha promulgato una legge specifica solo nel 2015 e non sono riportate denunce, processi o condanne, mentre in Somalia le MGF sono vietate dalla Costituzione, ma gli sforzi di avere una legge ad hoc sono finora stati vani.

Spesso i viaggi che si compiono per emigrare verso un altro Paese durano molti mesi, se non addirittura anni. La percezione delle ospiti dei centri rispetto alla legislazione del proprio Paese d’origine è da considerarsi non aggiornata rispetto agli effetti che la promulgazione delle leggi che introducono il divieto o delle politiche che contrastano il fenomeno hanno avuto sulla popolazione. In questo senso, è necessario attuare un processo di condivisione continuo che porti le ospiti ad avere la possibilità di interloquire con i rappresentanti della propria comunità e con i mediatori culturali che già operano nei centri e negli ospedali di riferimento.

I RISULTATI

Dopo un primo approccio negli incontri preliminari e nel primo focus group sui temi della cultura, dei ruoli sociali e del corpo in generale, è stato possibile trattare in maniera esplicita il tema delle mutilazioni, che le partecipanti hanno più volte rapportato alla circoncisione maschile.

La discussione ha evidenziato, fra **i fattori che possono spingere le donne a portare avanti la pratica**, la paura di perdere la propria cultura di origine e la propria identità, senza essersi sufficientemente integrati nel paese ospitante. Un altro fattore è certamente la pressione indiretta da parte di altri componenti della famiglia o della comunità, che tendono ad isolare chi abbandona la pratica. Per questo motivo molte erano favorevoli alla mutilazione “simbolica”, che permette a loro avviso di recare meno danno possibile all’organo genitale e, al tempo stesso, di conservare la tradizione. Uno degli strumenti



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

usati per confutare la necessità di mutilare è stata la religione. In passato la religione è stata largamente usata a sostegno della pratica, con la credenza falsa ma molto popolare che le MGF fossero richieste dal Corano. In tempi più recenti non solo questa convinzione è stata confutata, ma la religione viene usata come argomento che nega la necessità delle MGF, sostenendo la tesi che modificare e soprattutto danneggiare il corpo va contro la volontà di Dio.

La legge è uno strumento fondamentale per contrastare la pratica. L'illegalità scoraggia sia chi si presta a mutilare (*tagliatrici*) sia i genitori, che corrono il rischio non solo di subire un processo ma anche di vedersi privati della custodia dei figli. Nella comunità somala in Italia è particolarmente difficile trovare le tagliatrici. Nella comunità nigeriana c'è ancora qualche donna che continua a praticare le mutilazioni, ma il vero rischio per le bambine è ancora rappresentato dal rientro nel Paese di origine durante le vacanze scolastiche.

Un altro strumento fondamentale è il fatto che le MGF sono uno dei motivi in base ai quali si può ottenere il diritto di asilo. Una volta ottenuto, praticare le MGF sulle bambine farebbe perdere tale diritto all'intera famiglia.

Molte donne di entrambi i gruppi hanno infine espresso apprezzamento per la possibilità di scegliere di rimanere integre, o di essere deinfibulate. Interessante notare come la donna più anziana presente nel gruppo somalo fosse maggiormente convinta della necessità di continuare a mutilare e dell'importanza che la mutilazione riveste nella vita coniugale e sociale di una donna.

I fattori di successo dei focus group sono stati la scelta delle nazionalità, che hanno fornito un'ampia panoramica su percezioni e cultura, la composizione dei gruppi, composti soprattutto da neo e future mamme che, essendo molto giovani rappresentano l'anello di congiunzione fra le generazioni più conservatrici e le nuove generazioni sulle quali avranno la responsabilità di decidere se proseguire o abbandonare la pratica; la scelta di organizzare gli incontri all'interno dei centri che, nonostante le difficoltà riscontrate nella preparazione degli incontri, ha garantito per entrambi i gruppi una costante e attiva partecipazione. Alcune volontarie si sono occupate di intrattenere i bambini durante la partecipazione agli incontri delle mamme. Tutte le ragazze che hanno aderito al progetto hanno portato a compimento il percorso e questa continuità si è riflessa in maniera positiva sia nel risultato del dibattito che nel garantire un ambiente intimo, utile soprattutto per affrontare temi così personali.



NO PEACE WITHOUT JUSTICE

IL RUOLO DEI MEDICI E DEGLI OPERATORI SANITARI

Negli ultimi dieci anni, l'incremento della popolazione straniera sul territorio italiano ha portato il personale medico e sanitario a sviluppare, ancora più che in passato, un approccio personalizzato e rispettoso della cultura della persona assistita, dotandosi di strumenti professionali nuovi ed adeguati alle esigenze di salute del cittadino straniero. Uno degli argomenti che richiede di essere affrontato con grande cautela e preparazione è sicuramente quello delle MGF, perché il personale ospedaliero e ambulatoriale rappresenta la figura professionale che è in grado sia di risolvere i problemi fisici conseguenza delle MGF, sia di intercettare le categorie a rischio di subire tale pratica. Diventa quindi dirimente riuscire a capire lo stato della preparazione dei medici e degli operatori, soprattutto dei reparti di ginecologia e ostetricia, per intervenire, ove necessario, con processi di formazione ad hoc che permettano di instaurare il rapporto di fiducia medico-paziente richiesto.

In seno al progetto Emancipa-Mi è stato realizzato un sondaggio, condotto dalla **dott.ssa Giulia Epifani e promosso in seno all'Ospedale Buzzi dalla Fondazione Bracco**, rivolto al personale sanitario che opera nelle strutture della città di Milano, con lo scopo di capire, da un lato il livello di preparazione degli operatori, dall'altro l'esperienza maturata durante l'esercizio della professione.

Il primo questionario, rivolto soprattutto al personale di reparti di ginecologia e ostetricia, ha raccolto 247 risposte, permettendo di mappare la percezione di professionisti che operano in ospedali di primo, secondo e terzo livello, centri sanitari territoriali e ambulatori privati presenti sul territorio milanese. Il primo, significativo dato è il riscontro professionale focalizzato sulle esperienze avute durante l'anno appena trascorso: l'89,5% degli operatori ha avuto contatti con meno di 5 donne portatrici di MGF, il 7,6% con un numero variabile tra 5 e 15, mentre il 2,8% ha incontrato, nel corso della propria carriera professionale più di 15 donne a cui è stata praticata la mutilazione. Il risultato varia se la domanda riguarda la loro intera carriera, con un significativo aumento rispetto alla quantità delle pazienti con MGF. La motivazione principale del contatto è la gravidanza (77,3%); seguono i problemi fisici legati al ciclo mestruale (10,1%), l'interruzione di gravidanza e infezioni alle vie urinarie (7,3%), la contraccezione (6,5%) e la de-infibulazione (4,5%). La percezione degli operatori è quasi unanime nel definire le MGF come una pratica presente in Italia e ancora praticata in contesti poco noti (le risposte affermative rappresentano il 67,2%) nonostante il divieto imposto dalla legge 7/2006. Riguardo la gravidanza, uno dei maggiori motivi per cui gli operatori riscontrano problematiche legate alle MGF, si ha una divisione netta riguardo l'informazione che si ritiene di fornire alla donna: la metà consiglierebbe l'approccio medico più opportuno solo dopo aver illustrato tutte le opzioni e le specifiche implicazioni così da avere il massimo grado di consenso informato, mentre l'altra metà proverebbe ad illustrare solo la procedura che si intende utilizzare nel caso specifico. Solo lo 0,4% proverebbe a discutere con la donna le opzioni praticabili lasciandole la libertà di decidere quale adottare, riscontro confermato anche dalle risposte alla domanda specifica che chiede chi sia la figura preposta a prendere la decisione riguardo la scelta della soluzione medica opportuna: il 76,5% ritiene debba essere il medico, il 23,5% che invece la scelta sia in capo alla donna (nessuno ha ritenuto di vagliare le altre opzioni come "il marito" o "persone della comunità di origine"). Dal sondaggio in oggetto, emergono evidenti carenze formative sul tema delle MGF e una difficoltà di approccio culturale e linguistico che certamente non agevola l'instaurarsi del rapporto di fiducia menzionato precedentemente. L'87,5% degli operatori, infatti, ritiene di avere avuto problemi di incomprensione legati alla lingua e alla cultura e il 61,9% denuncia la mancanza di corsi di aggiornamento professionale, nonostante la maggioranza degli intervistati (96,8%) sarebbe interessato ad avere informazioni sul tema per mezzo di conferenze e documentazione scritta, ma comunque



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

evidenziando la necessità di inserire la trattazione delle MGF nei corsi di studio ordinari e di specializzazione.

Il secondo questionario è stato rivolto ad un'altra figura professionale chiave, il pediatra, soprattutto rispetto all'attività di prevenzione che può svolgere grazie al diretto contatto con la c.d. popolazione a rischio. Le risposte provengono da 162 medici (81% donne, 19% uomini) di reparti di pediatria in ospedali di primo, secondo e terzo livello, ambulatori privati e di centri sanitari territoriali della città di Milano con una media di 20 anni di servizio. Risulta importante definire il luogo di lavoro perché il 70% ritiene non esista, nella struttura in cui svolge la professione, un protocollo di trattamento delle donne e delle bambine che presentano una mutilazione genitale femminile (il 28% non sa). Il dato rilevante è invece che solo il 7% degli intervistati ha avuto in carico bambine a cui è stata praticata una MGF e che l'approccio rispetto alla situazione specifica riporta, seppur non calcolato in percentuale, risposte di vario genere. Nella fattispecie, alcuni pediatri hanno ritenuto di dover parlare con i genitori sui rischi legati alle MGF, di segnalare il fatto in ospedale, ma anche di sentirsi totalmente estranei rispetto a decisioni considerate in capo ai genitori. Si è tenuto conto anche dell'effetto che la loro segnalazione ha sortito sui parenti: in molti casi, i pediatri hanno riscontrato perlopiù un atteggiamento di chiusura e di diffidenza, mentre in alcuni casi si è riusciti a destare la preoccupazione dei genitori. Si segnala, infine, che il 78% dei professionisti non conosce i Paesi in cui le MGF sono praticate, quindi le risposte che riguardano la loro percezione sul numero di pazienti visitate che avrebbero potuto essere a rischio potrebbero essere viziate da pregiudizio.

L'elemento rilevante del sondaggio, nonostante non si possa classificare le risposte in base alla struttura ospedaliera, è l'evidente disparità di preparazione degli operatori sanitari. Le linee guida, richieste dall'art.4 della legge 7/2006 e fornite dal Ministero delle Pari Opportunità e i successivi aggiornamenti, hanno permesso di aumentare il livello di consapevolezza riguardo la pratica delle MGF, ma i risultati del questionario realizzato a Milano rilevano la necessità di omologare la preparazione delle figure professionali coinvolte. Uno degli elementi che sicuramente ha influito sulla formazione del personale è il mancato stanziamento dei cinque milioni di euro annui previsti dalla legge 7/2006 per la prevenzione e il contrasto alle MGF: l'Avviso Pubblico emanato nel 2007 dal Ministero delle Pari Opportunità, a cui hanno partecipato Regioni, enti locali, strutture del servizio sanitario nazionale, associazioni e ONG ha finanziato 21 progetti per un totale di 3,5 milioni di euro; un secondo Bando di tre milioni di euro ha garantito l'avvio in tredici regioni di progetti ad hoc previsti dalla convenzione tra Ministero e gli enti regionali coinvolti. Secondo i dati del Ministero delle Pari Opportunità²⁸, dal 2006 ad oggi sono stati stanziati 6,5 milioni di euro a fronte dei 55 milioni previsti dall'art. 3 della legge del 2006 (di cui 27,5 milioni €/anno destinati al training di operatori sanitari) nonostante non si pubblica la rendicontazione che illustri nel dettaglio le azioni intraprese e le misure adottate. Come riportato dall'analisi delle politiche nazionali per la lotta alle MGF in Italia, redatto da Act!onAid a conclusione del progetto After, dal 2005 al 2016 il Ministero della Salute ha trasferito un totale di e 14.625.768,86€, ma dal 2009 al 2011 i fondi previsti dalla legge hanno subito una drastica riduzione a causa della spending review, fino ad arrivare ad un budget annuo inferiore a 180.000€²⁹. Questo ha sicuramente contribuito a non rendere sistematico il processo formativo del personale sanitario che, non potendo né contare sulla trattazione dell'argomento nei programmi universitari né di linee guida regionali omogenee, può contare solo sullo stanziamento estemporaneo di fondi a livello locale o sull'organizzazione di corsi accreditati (es. ECM, educazione continua in medicina).

²⁸ <http://www.pariopportunita.gov.it/mutilazioni-genitali-e-matrimoni-forzati/>

²⁹ Interrogazione Sen. Mattesini 9/03/2016 <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/322377.pdf>



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

Di seguito si elencano le linee guida sviluppate in materia sia a livello nazionale sia a livello europeo.

Linee Guida Italiane

- REGIONE EMILIA ROMAGNA, Progetto n. 9. Le mutilazioni genitali femminili (MGF) nella popolazione immigrata. Raccomandazioni assistenziali, 2000/01.
- DIPARTIMENTO PARI OPPORTUNITA', Mutilazioni genitali femminili: cura e prevenzione. Linee guida per operatrici e operatori sanitari, sociali ed educativi 2001.
- REGIONE TOSCANA, Profilo informativo del fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili. Conoscerle per prevenirle, Regione Toscana E Associazione Nosotras, 2006.
- MINISTERO DELLA SALUTE, Rapporto della Commissione per la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile del Ministero della salute 2007.
- DIPARTIMENTO PARI OPPORTUNITA', Linee Guida per la promozione di interventi territoriali di contrasto al fenomeno della violenza di genere, 2014.

Linee Guida Europee

- SERVIZIO PUBBLICO FEDERALE BELGA, Mutilazioni Genitali Femminili: Guida all'uso dei professionisti interessati (Mutilations Génitales Féminines : Guide à l'usage des Professions Concernées), 2011
- GOVERNO INGLESE, Linee Guida Multi-Agency: Mutilazione Genitale Femminile (Multi-Agency Practice Guidelines: Female Genital Mutilation), 2014



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

A partire dagli anni 2000 e a seguito dell'intensificarsi dei fenomeni migratori delle nazionalità tradizionalmente legate alla pratica delle MGF, anche in Europa si stanno moltiplicando gli interventi mirati a comprendere il fenomeno e a sviluppare programmi di prevenzione con l'obiettivo di gestire, in un percorso di emancipazione delle comunità interessate, le conseguenze psicofisiche che le donne portatrici devono affrontare e, al contempo, individuare i fattori che spingono a mutilare, con lo scopo di ridurre il rischio che possano continuare ad essere praticate sulle nuove generazioni.

In Italia, la legge 7/2006 ha portato lo Stato ad assumere un ruolo nella lotta alle MGF e ha contribuito, anche se in minima parte, alla costruzione di un assetto normativo che inizi a prevedere l'influenza del multiculturalismo nell'evoluzione di una società. La valutazione complessiva dell'applicazione della norma a dodici anni dalla sua entrata in vigore risulta, però, negativa, poiché ancora oggi non si riesce ad intervenire con una strategia unitaria e consolidata che tenga conto della complessità del fenomeno. La mera criminalizzazione della pratica non è sufficiente se non è accompagnata da un'azione capillare di informazione e sensibilizzazione in seno alle comunità migranti e sul territorio. La repressione penale rappresenta uno dei tre pilastri su cui si basa l'impianto della legge, che se non affiancata dall'adozione di programmi di informazione diretti agli stranieri e dalla formazione mirata degli operatori sanitari, ha dimostrato essere totalmente inefficace. Dal 2006, però, gli stanziamenti per implementare l'educazione e la prevenzione sono stati ampiamente inferiori a quelli previsti dalla norma e non hanno portato a strutturare in maniera omogenea lo sviluppo di realtà specializzate che, in un contesto di autonomia municipale e regionale, avrebbero contribuito a declinare la legge in una serie di misure a sostegno della donna e di servizi ad essa rivolti su tutto il territorio nazionale.

Quattordici anni di esperienza hanno evidenziato, da un lato, la fallacia del metodo applicativo della legge che investe il Ministero delle Pari Opportunità della promozione di politiche per il contrasto alle MGF e, dall'altro, l'efficacia degli strumenti e delle reti locali che le amministrazioni formano con le comunità interessate, con le strutture ospedaliere e con la società civile. Il ruolo attivo dei soggetti coinvolti e lo sviluppo di *best practices* a livello territoriale possono condizionare e indirizzare le politiche regionali e nazionali, può contribuire in maniera sostanziale alla definizione di misure realmente funzionali al controllo delle realtà a rischio, all'omologazione dei servizi rivolti alla donna e all'investimento di risorse mirate e definite. L'autonomia delle municipalità nella definizione dei servizi al cittadino accrescerebbe l'efficacia nel contrasto del fenomeno e, al contempo, si avrebbe un immediato riscontro sia delle misure funzionali allo scopo, sia di quelle che si rivelano essere fallimentari.

Seguendo questo principio, i livelli di azione sono molteplici ma gli effetti delle politiche possono rivelarsi trasversali. È comunque necessario rilevare che tutti gli strumenti o le attività suggerite devono avere l'obiettivo di fornire ai soggetti interessati il livello di conoscenza e di informazione dei diritti e delle facoltà che possono esercitare per raggiungere un grado di emancipazione idoneo a sviluppare, nel singolo individuo, la capacità di esercitare la propria cultura e le proprie tradizioni senza doverle necessariamente ricercare in atti lesivi per sé o per altri.



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

>> Livello comunale

Lo studio circoscritto all'area del Comune di Milano apre la possibilità di prendere in considerazione una duplice declinazione di intervento, una applicata al contesto cittadino, l'altra a quello metropolitano. L'analisi dei dati della popolazione, elaborata nei primi capitoli del presente rapporto, è solo un frammento del panorama che comprende gli abitanti complessivi dell'ex area provinciale milanese. Il costo della vita all'interno dei confini urbani aumenta la possibilità che la scelta residenziale e abitativa delle persone, soprattutto se straniere, sia orientata verso i comuni dell'hinterland, mentre la vita lavorativa resta concentrata in città. Pertanto, bisogna considerare gli interventi per il miglioramento della qualità della vita e le politiche di welfare intrapresi dal Comune di Milano come potenzialmente fruibili anche dai non residenti che, però, vivono la propria giornata all'interno del contesto cittadino. Questa dimensione allargata, se considerata in un'ottica di promozione di campagne di contrasto al fenomeno delle mutilazioni genitali, da un lato amplia il bacino di utenza dei possibili beneficiari e dall'altro costringe a considerare tutti gli strumenti di collegamento tra il centro, le periferie e i comuni limitrofi (ad esempio, autobus interurbani, metropolitane e treni) come piattaforme utili alla diffusione di eventuali campagne.

La particolare sensibilità delle amministrazioni, che in questi anni si sono susseguite al governo della città, verso i diritti delle donne, l'emancipazione della figura femminile e l'integrazione tra culture non può non essere considerata come perno su cui impostare un'azione efficace per la gestione del fenomeno delle MGF e delle problematiche ad esso connesse e la creazione di una rete di soggetti che lavori attivamente per ridurre il rischio che la pratica venga ancora considerata come opzione percorribile. Pertanto si invita a promuovere, a partire dall'Assessorato alle Pari Opportunità e dall'Assessorato al Welfare al Comune di Milano, la creazione di un coordinamento, a convocazione annuale, tra le figure più attive delle comunità straniere interessate, i direttori degli istituti CAS e SPRAR, i dirigenti delle scuole primarie, i primari dei reparti di ginecologia, ostetricia e pediatria e i rappresentanti della società civile che sostengono azioni di emancipazione femminile che abbia come scopo la programmazione di interventi di prevenzione e contrasto alle MGF. La partecipazione attiva dei soggetti elencati renderebbe possibile una serie di interventi "a costo zero", immediatamente realizzabili se inseriti all'interno delle politiche di lotta alla violenza sulle donne già in corso. La scelta politica dell'amministrazione di occuparsi delle MGF, avvalendosi di una rete altamente specializzata alla trattazione del fenomeno, basterebbe da sola alla promozione capillare di attività senza un dispendio ingente di risorse; la ramificazione degli interventi può strutturarsi soprattutto sfruttando l'autonomia dei Municipi nella realizzazione di attività mirate alle esigenze delle nazionalità della popolazione straniera presente nelle 9 aree che suddividono il contesto urbano, la cui concentrazione può essere monitorata attraverso i nuovi strumenti di accesso ai dati e alle informazioni. La suddivisione dell'operato all'interno degli ex Consigli di Zona potrebbe essere utile a sviluppare, in un grado sempre maggiore, la diffusione capillare di politiche efficaci, facendo leva sulle competenze che i municipi hanno nell'implementazione dei servizi alla famiglia e all'infanzia, che potrebbero essere la dimensione ideale per l'attuazione di reali politiche di contrasto alle mutilazioni e convincere i soggetti interessati all'abbandono della pratica. Sarebbe di grande rilevanza coinvolgere le organizzazioni della diaspora e i



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

rappresentanti delle comunità migranti nella definizione e nel miglioramento delle politiche e dei servizi, inclusa la creazione di contesti di intimità, in cui madri e figlie di diverse culture si interfacciano sugli aspetti comuni per la cura e l'educazione dei bambini. Ciò potrebbe contribuire a fare emergere le contraddizioni implicite nella tradizione mutilatoria, evidenziando come le MGF, nel nuovo contesto sociale di riferimento, non solo non sono utili all'inserimento delle giovani nella società, ma anzi costituiscono un elemento di diversità che si rivela controproducente al processo di integrazione delle future generazioni.

Il ruolo chiave che i comuni ricoprono nel percorso di accoglienza e di integrazione non può, infine, non considerare gli effetti del c.d. "decreto sicurezza", i cui effetti relativi al Titolo I "*Disposizioni in materia di rilascio di permessi di soggiorno temporanei per esigenze di carattere umanitario nonché in materia di protezione nazionale e di immigrazione*" sono ancora incerti e in via di definizione. Il primo risultato, però, è la possibile restrizione dell'esercizio dei diritti derivanti dall'iscrizione all'anagrafe comunale per i titolari di permesso di soggiorno per richiesta di asilo. Tale iscrizione costituisce, infatti, il presupposto per l'accesso all'assistenza sociale e sanitaria, nonché la partecipazione all'assegnazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica oltre a molteplici aspetti legati al lavoro. Nonostante l'ASGI (Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione) abbia illustrato e motivato le ragioni per le quali ritenere infondata la restrizione, asserendo che la variazione del permesso di soggiorno prevista dal decreto non influisca sui diritti garantiti ai rifugiati e ai richiedenti asilo³⁰, la distorta interpretazione del decreto e, comunque, la sostituzione del permesso umanitario con quello sussidiario meno accessibile provocheranno delle variazioni nella gestione dei servizi. Più in particolare, il previsto aumento di stranieri irregolari può portare all'abbandono dei servizi disponibili a chi detiene regolare tessera sanitaria collegata ad un codice fiscale e ad un più intenso utilizzo dei reparti di pronto soccorso delle strutture ospedaliere che forniscono il tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente) anche a stranieri non in possesso di carta di identità, permettendo loro di ricevere cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o essenziali, anche se continue. Si rileva pertanto la necessità di considerare i reparti ospedalieri preposti a gestire le emergenze come bacini possibili di soggetti beneficiari: nonostante possano sembrare inadeguati all'impostazione di percorsi basati sul lungo periodo, rappresentano il principale contatto medico con le persone provenienti da Paesi a tradizione escissoria di qualsiasi fascia d'età. Risulta quindi necessario che il personale ospedaliero dei reparti di pronto soccorso sia formato sia per il riconoscimento e l'individuazione della presenza di una MGF sul paziente preso in cura, sia per l'attuazione dei provvedimenti, espressi nelle molteplici linee guida emanate, che permettono alla donna di avere tutto il sostegno e i servizi idonei di cui necessita, a seconda del caso specifico. È inoltre essenziale che il personale medico sia affiancato da mediatori in grado di operare in ambito medico e ospedaliero.

Prospettata invece verso l'esterno, un'altra azione possibile a partire dalla dimensione cittadina è il coinvolgimento dei Deputati, Senatori e Consiglieri regionali eletti nella circoscrizione di Milano per lavorare affinché si recuperi l'intesa siglata nel 2012 tra Stato, Regioni e Province Autonome per

³⁰<https://www.asgi.it/asilo-e-protezione-internazionale/iscrizione-anagrafica-e-laccesso-ai-servizi-territoriali-dei-richiedenti-asilo-ai-tempi-del-salvinismo/>



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

aggiornare i criteri di ripartizione delle risorse, del monitoraggio e delle modalità attuative della legge 7/2006 e programmare nuove metodologie di intervento. Altresì, è utile sviluppare un ruolo di dialogo con le città di altre regioni che hanno da tempo adottato linee guida specifiche per il contrasto al fenomeno (es. Toscana e Emilia Romagna), per arrivare alla condivisione delle *best practices* che si sono dimostrate idonee a produrre effetti positivi nella lotta alle MGF.

>> Livello regionale

Il ruolo di Regione Lombardia e dei suoi poteri di autonomia nella gestione del Servizio Sanitario Regionale ha permesso due grandi azioni di ricerca: nel 2010 il rapporto dell'ReR (Istituto Regionale di Ricerca della Lombardia) avente ad oggetto la *"Indagine sulla presenza nel territorio lombardo di popolazione a rischio in relazione alla salute sessuale e riproduttiva e alle mutilazioni genitali femminili³¹"* e nel 2014 l'analisi commissionata dalla Direzione Generale Welfare su *"Modelli e modalità di interazione e comunicazione in una società multiculturale: l'informazione sanitaria alle comunità migranti³²"*. Entrambi i progetti avevano come obiettivo, da un lato, fornire agli operatori sanitari tutti gli strumenti idonei per la gestione del numero sempre crescente di utenti stranieri e, dall'altro, progettare strategie informative per la realizzazione di percorsi di sensibilizzazione, di informazione e di formazione del mondo sanitario, socio-sanitario e scolastico. Nonostante l'indispensabile apporto che questi trattati hanno dato nella gestione del fenomeno delle mutilazioni genitali, contribuendo in modo sostanziale ad ampliare la letteratura italiana delle linee di indirizzo sulle MGF, la diffusione disomogenea di azioni e servizi mirati al contrasto della pratica evidenzia la difficoltà di declinare le direttive in azioni pragmatiche e capillari. Anche in questo caso, il monito è quello rendere costante la volontà politica regionale, che porta a commissionare rapporti di indagine tanto mirati quanto saltuari, anche rispetto all'azione di monitoraggio delle misure concrete realmente intraprese nei territori.

In tal senso, si rileva l'utilità di intervenire affinché si costituisca un intergruppo regionale in seno all'assemblea legislativa lombarda, che metta in contatto i Consiglieri regionali con gli esponenti delle comunità straniere interessate. Non solo, il principio di rappresentanza su base territoriale può aiutare le figure istituzionali a rapportarsi con le realtà del proprio territorio e verificare concretamente lo stato dell'arte relativo ai servizi sociosanitari offerti nelle singole province lombarde, producendo un monitoraggio concreto e capillare che abbia come obiettivo l'estensione delle misure esistenti nei luoghi scoperti. Anche in questo caso, come suggerito nella dimensione cittadina, il dialogo si può istituire tra più amministrazioni regionali, soprattutto con quelle che da anni attuano politiche di prevenzione e di contrasto alle MGF.

Vista, inoltre la scarsa percezione del fenomeno di molti operatori sanitari, soprattutto dei professionisti che operano nei reparti pediatrici che rappresentano le realtà mediche più vicine all'identificazione della

³¹https://www.researchgate.net/profile/Livia_Elisa_Ortensi/publication/236109150_Maternita_contraccezione_interruzioni_volontarie_di_gravidanza/links/0046351601ee4036aa000000/Maternita-contraccezione-interruzioni-volontarie-di-gravidanza.pdf

³²http://www.polis.lombardia.it/wps/wcm/connect/55a8992e-6af8-4a4a-a9a7-b70e7111103a/2011B036occupaz_femm_maschile_REV_AM_21_02_2013_4_archivio_CMYK%2C0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=55a8992e-6af8-4a4a-a9a7-b70e7111103a



N O P E A C E W I T H O U T J U S T I C E

popolazione a rischio, si chiede di incentivare l'organizzazione di corsi ECM ad hoc per colmare le lacune dei corsi ordinari di studio che non hanno ancora inserito la trattazione dell'argomento. Anche laddove il personale sanitario abbia esperienza e conoscenza specifica, rimangono ancora forti pregiudizi nei confronti di pazienti che hanno subito MGF. Ad esempio, gran parte dei parti di donne con MGF avvengono con taglio cesareo, anche laddove non c'è evidente necessità medica. Il parto naturale può essere al contrario il momento in cui provvedere alla deinfibulazione, e il corso pre-parto con le future mamme una occasione per intraprendere il percorso che porta alla deinfibulazione stessa e al ripristino dell'organo genitale, oltre che ad un'occasione dove, attraverso il supporto di mediatori culturali, viene spiegato il funzionamento del sistema sanitario pediatrico, le vaccinazioni e in generale la cura del bambino per chi viene da una cultura differente. Sarebbe utile, a questo proposito, fare riferimento ad alcune buone pratiche di presa in carico globale delle donne che hanno subito MGF sviluppate in altri paesi, quali quella dell'Istituto Women Safe in Francia. È infine essenziale che l'approccio utilizzato dagli operatori sanitari non sia mai giudicante.

>> Livello nazionale

La diffusione a "macchia di leopardo" delle attività e dei servizi destinati al contrasto e alla prevenzione del fenomeno delle mutilazioni genitali deve essere colmata per garantire eguali diritti su tutto il territorio nazionale. Per la prima volta dal 1996 non viene istituito il Ministero delle Pari Opportunità, organo preposto dalla legge 7/2006 di promuovere iniziative di sensibilizzazione, organizzare corsi di informazione preparto per le donne infibulate, stilare appositi programmi di aggiornamento per gli insegnanti delle scuole dell'obbligo e monitorare i casi di MGF progressi attraverso l'aiuto di medici e operatori. L'indicazione espressa precedentemente di riattivare un dialogo interregionale e di ribadire la necessità di porre nuovamente il tema all'interno della conferenza Stato-Regioni può servire a colmare gli effetti di questo nuovo assetto istituzionale. Il tentativo, vista la mancanza di disposizioni nelle ultime manovre finanziarie che prevedano finanziamenti ad hoc per lo sviluppo di politiche per l'eliminazione delle MGF, può essere quello di valutare l'introduzione delle politiche di prevenzione all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per il naturale coinvolgimento delle varie amministrazioni nell'erogazione dei servizi per la riduzione del fenomeno.

Si rileva inoltre la necessità di intraprendere azioni che portino a sbloccare, o promuovere atti parlamentari analoghi, la proposta n. 235 depositata nel 2013 alla Camera dei Deputati recante ad oggetto "Disposizioni per il riconoscimento della professione di mediatore linguistico-culturale" per arrivare al riconoscimento della figura professionale del mediatore linguistico culturale, indispensabile per instaurare un dialogo costruttivo tra le culture in favore dello sviluppo del processo di integrazione.

Infine, si ritiene utile menzionare la questione relativa alla raccolta dei dati e alla misurazione della prevalenza, strumento essenziale per monitorare l'efficacia delle politiche messe in atto. È essenziale definire un sistema coordinato di raccolta, con definizioni e unità di misura comuni, adottato da tutte le istituzioni, uffici e strutture coinvolti con i migranti e rafforzarne la cooperazione in materia di raccolta dei dati. Sarebbe a questo scopo opportuno creare centri di riferimento multidisciplinari a livello locale per la raccolta dei dati e sviluppare reti tra di esse per lo scambio delle migliori pratiche ed esperienze.