

# SENATO DELLA REPUBBLICA

---

XVIII LEGISLATURA

---

**Doc. XXII-bis  
n. 6**

## COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA

**SUL FEMMINICIDIO, NONCHÉ SU OGNI FORMA DI VIOLENZA DI GENERE**

*(Istituita con deliberazione del Senato della Repubblica del 16 ottobre 2018  
e prorogata con deliberazione del Senato della Repubblica del 5 febbraio 2020)*

---

### RELAZIONE SULLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

*approvata dalla Commissione nella seduta del 27 ottobre 2021*

(Relatrice: senatrice LEONE)

---

**Comunicata alla Presidenza il 9 novembre 2021**

---

## INDICE

|  |      |    |
|--|------|----|
| PREMESSA .....   | Pag. | 3  |
| 1. Le mutilazioni genitali femminili: profili definitivi .....   | »    | 4  |
| 2. La complessità del fenomeno e la sua diffusione .....   | »    | 7  |
| 2.1 <i>Le dimensioni del fenomeno nel mondo: le stime</i> ....   | »    | 7  |
| 2.2 <i>Le stime sulle dimensioni del fenomeno in Italia</i> ....   | »    | 7  |
| 2.3 <i>Le mutilazioni genitali femminili nelle aule di giustizia</i> .....                               | »    | 11 |
| 3. Una ricostruzione storica delle origini e della diffusione delle mutilazioni genitali femminili ..... | »    | 13 |
| 4. Una lettura in chiave antropologica del fenomeno .....  | »    | 14 |
| 5. Le misure di contrasto al fenomeno delle mutilazioni genitali femminili .....                         | »    | 17 |
| 5.1 <i>Lo scenario internazionale</i> .....  | »    | 17 |
| 5.2 <i>La legislazione italiana: non solo repressione penale</i> .                                       | »    | 18 |
| 6. Le attività di prevenzione e le campagne di sensibilizzazione .....                                   | »    | 21 |
| 6.1 <i>Il ruolo delle associazioni e delle organizzazioni internazionali</i> .....                       | »    | 21 |
| 6.2 <i>Le campagne di sensibilizzazione e le iniziative svolte dai sindacati</i> .....                   | »    | 26 |
| 7. La prevenzione in ambito medico-sanitario .....   | »    | 27 |
| 8. Il ruolo della scuola .....   | »    | 27 |
| CONCLUSIONI .....  | »    | 28 |

## PREMESSA

La Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere è stata chiamata dall'articolo 2 della delibera istitutiva del 16 ottobre 2018, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 249 del 25 ottobre 2018, a svolgere compiti di controllo sulla concreta attuazione degli accordi internazionali, fra i quali la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta a Istanbul l'11 maggio 2011, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 giugno 2013, n. 77, cosiddetta Convenzione di Istanbul, e della legislazione nazionale in materia di contrasto alla violenza nei confronti delle donne. È proprio la Convenzione di Istanbul, all'articolo 38, a richiedere che siano perseguite sul piano penale, in quanto pratiche dannose, le mutilazioni genitali femminili, a prescindere dalle motivazioni che vengono addotte a sostegno di tale pratica. Oltre ad essere difese da coloro che le eseguono sulla base di ragioni di carattere culturale e tradizionale, le mutilazioni genitali sono, talvolta, giustificate anche dalle stesse donne che le subiscono, vittime non solo di questa pratica lesiva, ma anche del sistema culturale e sociale che le avalla. Le mutilazioni genitali femminili sono infatti una fra le più gravi lesioni della integrità delle donne, spesso origine di danni fisici e psichici seri e irreversibili. Nel nostro ordinamento è dal 2006, quindi già vari anni prima della Convenzione, che le mutilazioni genitali femminili sono punite penalmente.

Nonostante tale scenario normativo questa pratica non è ancora stata eradicata del tutto. Anzi le mutilazioni genitali femminili, tradizionalmente non in uso nella nostra cultura, hanno assunto particolare rilievo anche in Italia in seguito all'aumento di famiglie straniere, provenienti da Paesi dove è alta l'incidenza di queste pratiche eseguite per motivi socio-culturali. Come si preciserà più ampiamente in seguito, in molti Paesi, le mutilazioni genitali sono considerate un rituale tradizionale e obbligatorio di ingresso nella società delle donne. Coloro che non le subiscono rischiano quindi l'esclusione e l'isolamento sociale.

Negli ultimi tre decenni la mobilità internazionale di carattere migratorio ha iniziato a caratterizzarsi per un progressivo processo di femminizzazione, con la conseguenza che le donne migranti rappresentano attualmente quasi la metà della popolazione in movimento verso Paesi differenti da quello di origine. Anche in Italia le donne rappresentano la metà della complessiva popolazione straniera presente. Tale circostanza ha comportato, fra le altre, anche un significativo incremento delle relazioni fra le utenti migranti e gli operatori e le operatrici dei servizi – sanitari ed educativi principalmente – finalizzate a soddisfare bisogni di salute, alcuni dei quali sconosciuti nel nostro Paese. Fra questi devono essere senz'altro annoverate le condizioni delle donne portatrici di mutilazioni genitali, giunte all'at-

tenzione dell'Italia, come accennato, proprio in conseguenza dell'ingresso di donne da Paesi dove la pratica è diffusa.

La Commissione di inchiesta ha ritenuto, quindi, necessario approfondire il tema delle mutilazioni genitali femminili, analizzando e valutando la congruità del sistema legislativo vigente, che si connota, come meglio si dirà in seguito, per una scarsa perseguibilità sul piano penale di queste condotte. Tale approfondimento è stato reso possibile attraverso uno specifico ciclo di audizioni e l'acquisizione del contributo di vari soggetti che, a diverso titolo, si occupano di tale problematica: dai rappresentanti delle istituzioni e del mondo dell'associazionismo e del volontariato ad esperti in medicina, antropologia e sociologia.

Con la presente Relazione la Commissione si propone, pertanto, non solo di offrire, attraverso l'analisi del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili, sia sotto il profilo medico-clinico, sia sul piano storico, antropologico e socio-culturale, un quadro ricognitivo delle evidenze emerse, ma anche di fornire indicazioni sulle azioni da porre in essere per assicurare un più incisivo contrasto del fenomeno, attraverso interventi di prevenzione che vedano il coinvolgimento degli operatori e delle operatrici scolastici e sanitari e di tutte le altre istituzioni competenti, e soprattutto una più piena tutela delle donne e in particolare delle bambine e delle adolescenti che hanno subito (o rischiano di subire) questa pratica.

## **1. Le mutilazioni genitali femminili: profili definitivi**

L'espressione « mutilazioni genitali femminili » è stata coniata nel corso della terza Conferenza del Comitato inter-africano sulle pratiche tradizionali rilevanti per la salute di donne e bambine, svoltasi ad Addis Abeba nel 1990. Questa definizione, motivata dalla esigenza di qualificare in modo netto e senza ambiguità una forma di violenza che si sostanzia nell'amputazione di una parte fisica del corpo femminile nelle popolazioni di alcuni Stati africani, ha destato, tuttavia, fin dall'inizio, alcune critiche per la sua ritenuta intrinseca connotazione negativa, di colpevolizzazione e criminalizzazione dei gruppi etnici interessati dalla pratica. Nel tempo, peraltro, la terminologia utilizzata per definire queste procedure ha subito molteplici correzioni in base alle diverse caratteristiche dell'intervento, all'etnia interessata dal fenomeno o all'area geografica considerata. Attualmente, come si preciserà in maniera più esaustiva in seguito, per indicare queste pratiche a livello internazionale si sta progressivamente facendo ricorso a nuove espressioni, ritenute più neutre e meglio comprensibili e accettabili da parte dei gruppi sociali coinvolti.

Nel 1996 l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha fornito una definizione di mutilazioni genitali femminili intendendo con questa espressione « tutte le pratiche che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili o altri danni agli organi genitali femminili, compiuti per motivazioni culturali o altre motivazioni non terapeutiche ». Sempre l'Organizzazione mondiale della sanità ha ritenuto di distinguere più specificatamente quattro tipi di mutilazione: la parziale o totale rimozione del clitoride o del suo prepuzio (clitoridectomia); la parziale o

totale rimozione del clitoride e delle piccole labbra, con o senza l'escissione delle grandi labbra (escissione); il restringimento della vagina tramite apposizione delle labbra minori o maggiori precedentemente tagliate, con o senza escissione del clitoride (infibulazione) ed infine tutte le altre procedure di manipolazione dei genitali femminili – che interessano donne di ogni parte del mondo, e non solo quelle migranti – a fini non terapeutici (ad esempio *pricking*, *piercing*, incisione, raschiatura e cauterizzazione).

La classificazione delle quattro tipologie dettate dall'OMS ha svolto, e svolge ancora oggi, un ruolo importante soprattutto nei termini di una comunicazione e una sensibilizzazione sociale ad ampio raggio.

Nel corso degli anni, come accennato, si è fatta strada una riflessione critica riguardo alla opportunità di utilizzare il termine « mutilazione », ritenuto fortemente negativo e stigmatizzante. Alcune ricerche antropologiche hanno infatti sottolineato il potenziale etnocentrismo insito nei termini che si utilizzano per riferirsi a pratiche appartenenti a culture diverse, che per le popolazioni locali interessate non sono percepite come un atto dannoso, ma come la prosecuzione di una tradizione in grado di garantire loro un inserimento adeguato nella società. Si sono così progressivamente andate affermando due distinte e contrapposte posizioni – ambedue comunque accomunate dalla volontà di condannare queste pratiche – sulla scelta terminologica per qualificarle. Da un lato, gli approcci più femministi e più militanti, attivamente coinvolti nella promozione di interventi di contrasto alle mutilazioni genitali, hanno insistito e insistono sulla necessità di inscrivere nella terminologia utilizzata il giudizio negativo nei confronti della pratica, utilizzando anche il linguaggio al fine di sradicarla ed impedendo ogni tentativo di normalizzazione o naturalizzazione di questa grave forma di violenza. D'altro lato, gli approcci più critici sul piano interculturale hanno sottolineato i rischi e l'inopportunità di un atteggiamento stigmatizzante: sia per il rifiuto che esso può suscitare in chi lo riceve sentendosi giudicata, innescando una reazione di resistenza culturale che può anche aumentare la perpetuazione della pratica sulle bambine; sia per il rispetto dovuto ai modi di pensare diversi e per la necessità di una gradualità del processo di cambiamento. Per queste ragioni, dalla fine degli anni Novanta anche nelle medesime Organizzazioni internazionali che avevano coniato e sostenuto l'utilizzo del termine « mutilazione », come anticipato, a tale termine si è affiancata anche l'espressione sostitutiva di « *Female genital cutting* » o « taglio ». Un ulteriore orientamento, illustrato nel ciclo di audizioni svolte dalla Commissione dalla professoressa Michela Fusaschi, docente di antropologia culturale e politica presso l'Università degli studi di Roma tre (seduta del 15 giugno 2021), evidenzia la possibilità di sostituire il termine « mutilazioni » con « modificazioni dei genitali femminili », in quanto espressione più ampia, accettabile da tutti, che racchiude pratiche molto diverse e non solo mutilanti, come l'allungamento delle piccole labbra o del clitoride, ma anche gli interventi di chirurgia estetica diffusi nei mondi occidentali.

A prescindere dalla definizione, le mutilazioni genitali femminili restano un atto altamente dannoso e traumatico con conseguenze che vanno

ben oltre quelle fisiche, involgendo la sfera psicologica delle bambine e delle giovani donne che le subiscono.

Innegabile è la portata lesiva di queste mutilazioni: oltre al forte dolore provocato al momento del « taglio », esse lasciano nella donna che le subisce danni permanenti sia fisici che psicologici. Le donne vittime di una qualunque delle forme di mutilazione sono costrette ad affrontare pesanti conseguenze sul piano della salute sia nel breve che nel lungo periodo.

In primo luogo il dolore acuto provocato dalla lacerazione delle carni in assenza di anestesia e la perdita di sangue durante l'operazione determina un forte *shock* e talvolta emorragie (non sono infrequenti emorragie gravi dovute alla involontaria rescissione della arteria femorale) che possono anche portare alla morte della bambina o della ragazza. Inoltre, l'utilizzo di strumenti non sterilizzati può causare infezioni e favorire la diffusione di *virus*, quali l'HIV.

Nel lungo periodo gli effetti della pratica non sono meno gravi. Il danno collaterale più frequente – è stato ricordato dal professor Aldo Morrone, direttore scientifico dell'IFO-IRCCS San Gallicano di Roma (seduta del 4 maggio 2021) – sono le fistole vaginali che determinano una ulteriore ed umiliante menomazione per la donna, in quanto provocano una costante perdita di urina. Proprio per ovviare a questo effetto collaterale molte donne si sottopongono ad interventi riparativi presso strutture a ciò preposte, non a caso, denominati « fistola *hospital* ».

Non sono poi infrequenti infezioni alla regione genitale, alle vie urinarie, problemi mestruali, dolore durante i rapporti sessuali, calcoli e altre conseguenze che possono arrivare a provocare una vera e propria disabilità fisica permanente. Fra i danni invalidanti si devono segnalare le cicatrici ipertrofiche cheloidi che determinano una riduzione dell'apertura cervico-vaginale. Una riduzione che, non solo rende particolarmente difficili e dolorose le visite ginecologiche, ma può, in alcuni casi – soprattutto quando la partoriente vive in località lontane da strutture ospedaliere nelle quali è possibile eseguire parti cesarei – influire sulla salute della gestante, a causa del rischio della morte intrauterina del feto. A ciò si aggiunga che nelle donne che hanno subito una mutilazione genitale al momento del parto sono più comuni lacerazioni perinali, emorragie sia *pre* che *post partum*, nonché la preclampsia e i rischi connessi alla ritenzione del materiale abortivo.

Accanto a queste complicanze sul piano fisico non sono da trascurare le conseguenze psicologiche. Le donne sottoposte infatti a questa pratica hanno più possibilità di sviluppare disturbi e traumi psicologici, depressione, attacchi di panico e in generale una perdita di autostima.

In molti Paesi a tradizione escissoria, nel tentativo di sottrarsi alle forti pressioni della Comunità internazionale per l'eradicazione di queste pratiche dannose, si sta negli ultimi anni registrando un progressivo ricorso all'espedito della medicalizzazione di questi interventi. Attraverso questo *escamotage* di fatto si finisce, circoscrivendone ed evidenziandone i rischi solo di natura sanitaria, per legalizzare e legittimare queste pratiche violente ed invalidanti. Le mutilazioni genitali femminili vengono in questa prospettiva assimilate alla circoncisione maschile e considerate semplicemente

come una pratica medica che se effettuata in ambito sanitario risulta priva di ogni pericolosità. È importante, quindi, ribadire la totale arbitrarietà di ogni assimilazione tra la circoncisione maschile – pratica medica utilizzata, a ben vedere, non solo per ragioni culturali e religiose e che se effettuata nel rispetto di protocolli medico-sanitari non risulta invalidante o pericolosa per colui che la subisce – e le mutilazioni genitali femminili che restano una grave forma di violenza contro le donne e una vera e propria violazione dei diritti umani. La medicalizzazione, peraltro, non elimina i rischi per la salute di lungo periodo, in quanto vengono rimossi e danneggiati tessuti sani e normali, interferendo con le funzioni naturali del corpo femminile, ma anche, soprattutto, determinando conseguenze psicologiche.

## **2. La complessità del fenomeno e la sua diffusione**

### *2.1 Le dimensioni del fenomeno nel mondo: le stime*

Le mutilazioni genitali femminili sono una pratica presente in Africa, Asia, Medio Oriente e Sud America. La maggiore incidenza del fenomeno si registra soprattutto in alcuni Paesi dell’Africa settentrionale e orientale. Per quanto concerne il continente asiatico, come si evidenzia nel *vademecum* per accogliere presso i centri antiviolenza e le case rifugio donne provenienti da Paesi ad alto rischio di mutilazioni genitali femminili, elaborato dalla associazione Differenza donna, audita nella seduta del 16 febbraio 2021, il fenomeno risulta scarsamente analizzato anche se in Asia le mutilazioni genitali sono praticate e in alcuni casi, quali l’Indonesia, addirittura prescritte per legge ed effettuate nelle scuole. Come si dirà in seguito, a bene vedere, le donne e le ragazze che hanno subito questa pratica, o sono a rischio di subirla, vivono in tutti i Paesi del mondo, anche in Italia, in Europa e nei Paesi arabi. Si tratta di un fenomeno globale, a motivo della stretta connessione con il fenomeno migratorio da Paesi a tradizione escissoria.

Secondo una stima dell’OMS, tra 100 e 140 milioni di donne e bambine in tutto il mondo hanno subito una qualche forma di mutilazione genitale. Anche se è difficile effettuare una stima delle cifre globali, è evidente l’enorme dimensione di questa violazione dei diritti umani. Ogni anno circa tre milioni di bambine sono sottoposte all’operazione nel continente africano (Africa subsahariana, Egitto e Sudan). Circa la metà di queste bambine si trova in due Paesi: Egitto ed Etiopia. La maggioranza delle bambine e delle donne che corrono il rischio di essere sottoposte a mutilazioni genitali vive in ventotto Paesi dell’Africa e del Medio Oriente. In Africa questi Stati formano un’ampia fascia che si estende dal Senegal alla Somalia. Queste pratiche, anche se mancano effettive e chiare evidenze, si riscontrano anche presso alcune popolazioni della costa yemenita del Mar Rosso, in Giordania, Oman, nei territori palestinesi occupati (Gaza) e in alcune comunità curde dell’Iraq.

### *2.2 Le stime sulle dimensioni del fenomeno in Italia*

Le mutilazioni genitali femminili sono un fenomeno presente anche nel nostro Paese, del quale però – come del resto già osservato a livello



globale – non si conoscono le effettive dimensioni, essendo disponibili unicamente delle stime.

L'esigenza di avere dati più puntuali sul fenomeno e in particolare sul numero di donne che le hanno subite e di bambine potenzialmente esposte al rischio di subirle è funzionale anche alla individuazione delle stesse politiche di prevenzione e di protezione della salute, fisica e psicologica, delle donne provenienti da Paesi a pratica escissoria. La presenza di dati affidabili consentirebbe infatti di poter modulare le politiche di contrasto anche tenendo conto della propensione al mantenimento di tali pratiche da parte delle donne, in ragione di alcune specifiche caratteristiche, quali il Paese di provenienza, la generazione di nascita e l'anzianità migratoria.

Consapevole di questa esigenza, il Dipartimento per le pari opportunità presso la Presidenza del Consiglio dei ministri ha incaricato un gruppo di lavoro tecnico, coordinato dalla professoressa Patrizia Farina della Università di Milano Bicocca, di effettuare un'indagine campionaria, i cui esiti sono stati acquisiti dalla Commissione (seduta del 16 febbraio 2021).

Si tratta di una ricerca di indubbio rilievo che si pone l'obiettivo di colmare il *gap* conoscitivo nella sfera della salute riproduttiva della collettività femminile presente in Italia nella specifica declinazione della stima della prevalenza delle mutilazioni genitali femminili, del numero di bambine a rischio e dei fattori che favoriscono l'abbandono di questa pratica. Quello delle mutilazioni genitali è, come rilevato, anche nel nostro Paese un fenomeno per lo più sommerso, poco conosciuto anche nelle aule di giustizia e sicuramente sottostimato.

Di difficile accertamento è peraltro anche l'esecuzione di queste pratiche sul territorio italiano. Secondo la dottoressa Maricetta Tirrito, presidente della associazione « Laboratorio una donna » (audizione del 15 aprile 2021) anche in assenza di dati ufficiali si deve ritenere esistente nel nostro Paese « una rete sommersa ed illegale che pratica le mutilazioni ».

Tornando alla indagine condotta dall'Università meneghina, i dati mostrano la presenza, al 1° gennaio 2018, di oltre ottantasettemila donne escisse, di cui oltre settemila minori di età (*Tabella 1*).

**Tabella 1** - Stima delle residenti con MGF in Italia al 1° gennaio 2018\*

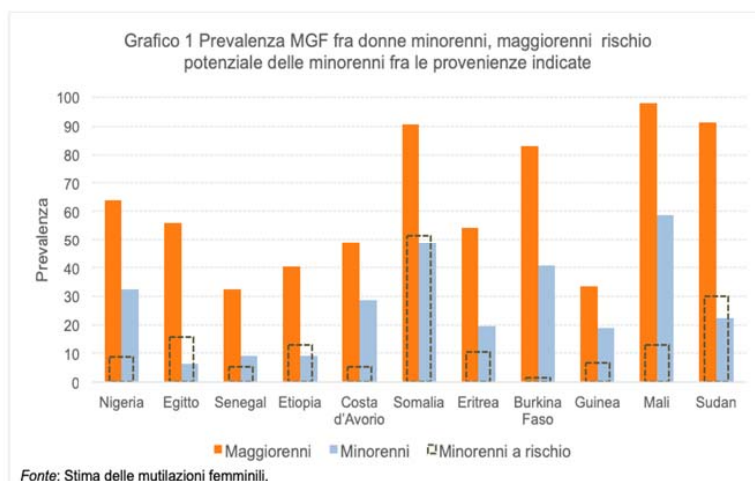
| Provenienza       | Totale        | Di cui:       |              |
|-------------------|---------------|---------------|--------------|
|                   |               | Maggiorenni   | Minorenni    |
| Nigeria           | 28.037        | 24.392        | 3.645        |
| Egitto            | 19.403        | 18.354        | 1.049        |
| Senegal           | 8.007         | 7.170         | 837          |
| Etiopia           | 6.806         | 6.670         | 136          |
| Costa d'Avorio    | 6.137         | 5.529         | 608          |
| Somalia           | 4.752         | 4.635         | 117          |
| Eritrea           | 3.810         | 3.731         | 79           |
| Burkina Faso      | 3.531         | 2.894         | 637          |
| Guinea            | 1.129         | 998           | 131          |
| Mali              | 805           | 648           | 157          |
| Sudan             | 685           | 644           | 41           |
| Altre provenienze | 4.498         | 4.335         | 163          |
| <b>Totale</b>     | <b>87.600</b> | <b>80.000</b> | <b>7.600</b> |
| * variante media  |               |               |              |

**Fonte:** Indagine mutilazioni femminili, Università Milano Bicocca e Dipartimento pari opportunità 2019

Le stime mostrano, altresì, una elevata incidenza del fenomeno tra le donne del Mali, della Somalia, del Sudan e del Burkina Faso. Confrontando



i dati fra maggiorenni e minorenni si rileva come le mutilazioni siano una pratica che interessa prevalentemente le donne maggiori di età. Basso è anche il rischio potenziale per le minorenni di subire tale pratica. Le più esposte al rischio di subire una mutilazione genitale sono le giovani somale e sudanesi (*Grafico 1*).



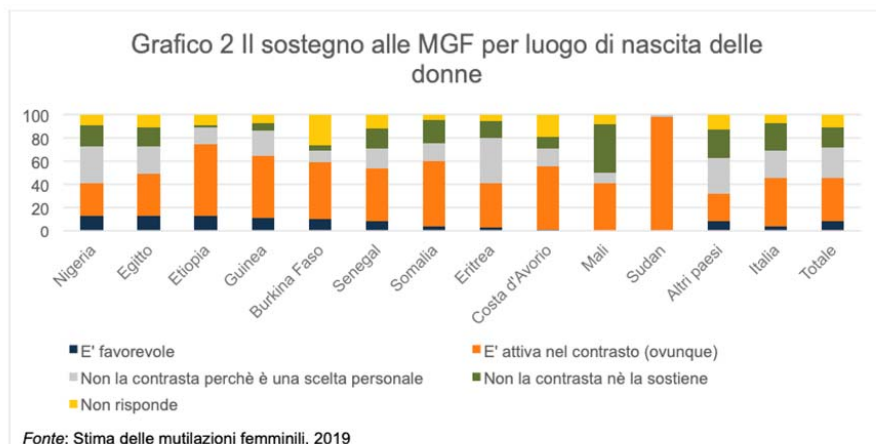
Le stime proposte e i rischi potenziali di subire la mutilazione appaiono strettamente connessi alla persistenza anche nella migrazione di norme sociali che giustificano queste pratiche. Solo il 9 per cento delle donne intervistate si è dichiarata favorevole alle mutilazioni. Nella quasi totalità (circa il 97 per cento) si tratta di donne che hanno subito una mutilazione genitale. Confortante è il dato relativo alle donne attivamente impegnate nel contrasto di queste pratiche in Italia o nel proprio Paese (37,5 per cento). Circa il 25 per cento delle donne, tuttavia, pur non credendo nella pratica ritiene di non doversi opporre ad essa, in ragione di un principio di libera scelta (*Tabella 2*).

**Tabella 2 - Opinione e atteggiamento nei confronti delle mutilazioni (%)**

| Opinione   | %     |
|--|-------|
| È favorevole perciò non contrasta la pratica                                     | 9,4   |
| È attiva nel contrasto (ovunque)   | 37,5  |
| Non crede nella pratica ma non la contrasta perché è una libera scelta personale | 24,7  |
| È indifferente, non la contrasta né la sostiene                                  | 17,6  |
| Non risponde   | 10,9  |
| Totale   | 100,0 |

Fonte: Stima delle mutilazioni femminili, 2019

Il massimo favore nei confronti della pratica, comunque non superiore al 13 per cento nella stima 2019, si registra fra le donne maggiormente interessate dal fenomeno: burkinabé, egiziane, nigeriane confermano come la dimensione identitaria della pratica rimanga per loro importante (*Grafico 2*). Fanno eccezione il gruppo somalo, per oltre il 55 per cento dei casi attivo nel contrasto alla pratica, e quello etiope poiché a fronte di una proporzione di favorevoli relativamente elevata (12,3 per cento) mostrano anche alti livelli di attivismo contro la pratica (55 per cento).



Quasi la metà delle donne con figlie non mutilate è attiva nel contrastarle, mentre il 25 per cento che ha figlie mutilate le sostiene. Proprio dove si mostra il consenso più elevato si registra anche la maggiore numerosità di figlie che, pur essendo nate in Italia, hanno subito una qualche forma di mutilazione genitale. Va peraltro sottolineato come fra queste (meno del 4 per cento) poco più di 3 quarti sia stata sottoposta in realtà a pratiche poco invasive come la manipolazione, la goccia di sangue <sup>(1)</sup> o il taglio senza asportazione dei tessuti.

Con riguardo alla possibile medicalizzazione della pratica, essa è considerata dalle donne coinvolte nella indagine una possibile risposta ai rischi collegati all'intervento. In Italia ben due terzi fra le favorevoli si sono dichiarate disponibili a sottoporre le proprie figlie a questi interventi in condizioni di sicurezza.

Nel complesso, l'indagine mostra un'opposizione alla pratica superiore al 70 per cento, con valori massimi raggiunti da chi non ha subito o pensa di non aver subito la pratica (92 per cento), a testimonianza di una progressiva diminuzione dell'incidenza col passaggio intergenerazionale. È plausibile – si precisa sempre nella indagine condotta dall'Università di Milano – « che le donne non mutilate siano cresciute in un ambiente familiare che non ha riconosciuto la mutilazione come pratica culturale e ciò si è esteso alle figlie e ha un effetto protettivo nei confronti della terza generazione femminile ». Un ruolo importante sul piano della prevenzione è svolto dal livello di alfabetizzazione: quanto più alto è il grado di istruzione raggiunto, tanto meno intenso è il favore nei confronti di queste pratiche (l'86 per cento delle laureate è contraria alle mutilazioni genitali femminili).

<sup>(1)</sup> Si tratta della cosiddetta « sunna rituale » una pratica tradizionale che si è diffusa nella Somalia del nord per sostituire l'infibulazione, proibita dal nuovo clero islamico. Un analogo rito simbolico, consistente in una puntura d'ago sottile sulla mucosa esterna che ricopre il clitoride dopo breve e temporanea anestesia locale con crema anestetica in modo da far sgorgare poche gocce di sangue, da effettuarsi in sostituzione delle mutilazioni genitali, è stato peraltro promosso nell'ambito delle attività svolte dal Centro di riferimento per la prevenzione e la cura delle complicanze delle mutilazioni genitali femminili dell'ospedale Careggi di Firenze.

**Tabella 3 - Motivi che giustificano la pratica mutilatoria (% , scelta multipla)**

|   | %    |
|---|------|
| Tradizioni culturali                                    | 22,5 |
| Accettazione sociale                                    | 13,2 |
| Migliori prospettive matrimoniali                       | 10,7 |
| Preservare verginità/prevenire rapporti prematrimoniali | 13,0 |
| Trasmette disciplina e valori culturali a ragazze       | 10,8 |
| Maggiore piacere sessuale maschile                      | 8,3  |
| Approvazione religiosa                                  | 8,5  |
| Pulizia/igiene  | 9,6  |
| Nessun motivo   | 25,5 |

Fonte: Stima delle mutilazioni femminili, 2019

Fra le donne intervistate i motivi maggiormente indicati a sostegno delle pratiche mutilatorie riguardano la dimensione sociale ovvero l'adeguamento alle proprie tradizioni e norme sociali. Altrettanto rilevanti sono i motivi attinenti all'« adeguato comportamento » delle donne che favorisce la « sposabilità » delle ragazze e in generale l'approvazione nella società di riferimento. Preservare la verginità, essere pronte per il matrimonio perché « adeguate » sono motivazioni che rientrano in una generale sfera del controllo delle donne. Le donne favorevoli alla pratica adducono principalmente motivi culturali (45 per cento).

In conclusione, l'indagine conferma come la pratica sia strettamente connessa alla dimensione socio-culturale delle comunità di provenienza con la conseguenza che per poter efficacemente eradicare il fenomeno non si possa prescindere da iniziative condivise dalle comunità di appartenenza, per « rompere » queste norme sociali, attenuando il timore di una possibile emarginazione per le donne che non si sottopongono a queste pratiche.

### *2.3 Le mutilazioni genitali femminili nelle aule di giustizia*

Pur essendo il fenomeno accertato nel nostro Paese, tuttavia, le pratiche escissorie risultano scarsamente rilevate nei repertori giurisprudenziali.

Come mostrano i dati rilevati dal Ministero della giustizia e acquisiti dalla Commissione, dal 2015 al 2019 i procedimenti penali contenenti il reato di mutilazioni genitali femminili di cui all'articolo 583-*bis* del codice penale (*si veda* § 5.2) non sono stati mai più di cinque. Ed ancora, se si considerano le modalità di definizione nei tribunali italiani – la sezione dei giudici per le indagini preliminari e per l'udienza preliminare (sezione GIP/GUP) – i dati sono tutt'altro che confortanti: i procedimenti definiti e contenenti tale delitto si sono conclusi prevalentemente con un decreto di archiviazione. Prendendo in considerazione le modalità di definizione dei procedimenti nei tribunali italiani – sezione dibattimento – si osserva come solo nel 2019 si sia giunti a sentenze di condanna (2 su 2 definiti), mentre negli altri casi il procedimento si sia comunque concluso con una sentenza assolutoria.

Con riguardo all'articolo 583-*ter* del codice penale, che prevede qualora responsabile del fatto sia un esercente una professione sanitaria, in caso di condanna, la applicazione della pena accessoria della interdizione dalla professione da tre a dieci anni, i dati ministeriali mostrano come nel periodo 2015-2019 non risultino essere stati iscritti procedimenti, mentre per quanto riguarda le definizioni è stato individuato un solo procedimento per il 2015 definito presso la sezione GIP/GUP.

**Tab. 1 - Numero di procedimenti penali iscritti e definiti presso i Tribunali ordinari - sezione gip/gup e dibattimento - contenenti il reato di cui all'art.583 bis c.p. Anni 2015<sup>(a)</sup>-2019**

| Anni                | Sezione Gip/Gup |          | Sezione Dibattimento |          |
|---------------------|-----------------|----------|----------------------|----------|
|                     | Iscritti        | Definiti | Iscritti             | Definiti |
| 2015 <sup>(a)</sup> | 1               | 1        | 1                    | 1        |
| 2016                | 0               | 0        | 1                    | 1        |
| 2017                | 4               | 1        | 0                    | 0        |
| 2018                | 3               | 5        | 3                    | 1        |
| 2019                | 4               | 4        | 4                    | 2        |

(a) Non sono inclusi i dati del Tribunale di Roma e di Milano; la percentuale di copertura è pari al 92% dei procedimenti trattati per il gip/gup e pari al 90% per il dibattimento.

(b) Non è corretto sommare i procedimenti della sezione gip/gup con quelli del dibattimento (cfr. nota metodologica).

Fonte: Ministero della Giustizia - Direzione Generale di Statistica e Analisi Organizzativa

**Tab. 2 - Modalità di definizione nei Tribunali italiani - sezione gip/gup - dei procedimenti contenenti il reato di cui all'art.583 bis c.p. Anni 2015<sup>(a)</sup>-2019**

| Modalità di definizione                          | 2015 <sup>(a)</sup> | 2016     | 2017     | 2018     | 2019     |
|--|---------------------|----------|----------|----------|----------|
| Decreti di archiviazione diversi da prescrizione | 1                   | 0        | 1        | 2        | 3        |
| Decreti che dispongono il giudizio               | 0                   | 0        | 0        | 2        | 1        |
| Definizioni promiscue                            | 0                   | 0        | 0        | 1        | 0        |
| <b>Totale definiti</b>                           | <b>1</b>            | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>5</b> | <b>4</b> |

(a) Non sono inclusi i dati del Tribunale di Roma e di Milano; la percentuale di copertura è pari al 92% dei procedimenti trattati dagli uffici giudiziari.

Fonte: Ministero della Giustizia - Direzione Generale di Statistica e Analisi Organizzativa

**Tab. 3 - Modalità di definizione nei Tribunali italiani - sezione dibattimento - dei procedimenti contenenti il reato di cui all'art.583 bis c.p. Anni 2015<sup>(a)</sup>-2019**

| Modalità di definizione                       | 2015 <sup>(a)</sup> | 2016     | 2017     | 2018     | 2019     |
|---|---------------------|----------|----------|----------|----------|
| Condanna                                      | 0                   | 0        | 0        | 0        | 2        |
| Non doversi procedere per prescrizione        | 0                   | 0        | 0        | 1        | 0        |
| Non doversi procedere diverso da prescrizione | 0                   | 1        | 0        | 0        | 0        |
| Altre sentenze                                | 1                   | 0        | 0        | 0        | 0        |
| <b>Totale definiti</b>                        | <b>1</b>            | <b>1</b> | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> |

(a) Non sono inclusi i dati del Tribunale di Roma e di Milano; la percentuale di copertura è pari al 90% dei procedimenti trattati dagli uffici giudiziari.

Fonte: Ministero della Giustizia - Direzione Generale di Statistica e Analisi Organizzativa

La scarsa rilevanza nelle aule giudiziarie del reato in questione sembra, da un lato, doversi ricondurre alla circostanza per la quale le mutilazioni genitali femminili vengono praticate all'estero nel corso di viaggi per lo più estivi o nei periodi di vacanza nei Paesi di origine, con la conseguente difficoltà di emersione *ex post* della effettuazione di tale pratica, e, dall'altro, come è stato sottolineato dalla presidente della associazione Differenza donna, ad evidenti « resistenze » applicative da parte della magistratura stessa, in quanto alla condanna consegue la perdita della potestà genitoriale. Bisogna infatti ricordare che i genitori che sottopongono

le bambine a queste pratiche non agiscono con la consapevolezza di porre in essere una condotta lesiva, ma « per il bene » delle stesse. È importante inoltre evidenziare come in sede giurisprudenziale in molti casi non sembri essere stata pienamente colta la connotazione di genere di questo reato, con la conseguenza che solo la madre è stata dichiarata decaduta dalla potestà genitoriale, in quanto l'unica formalmente presente al momento della effettuazione della mutilazione genitale.

### **3. Una ricostruzione storica delle origini e della diffusione delle mutilazioni genitali femminili**

Le mutilazioni dei genitali femminili hanno un'origine difficile da rintracciare. Non vi sono, infatti, testimonianze certe che indichino come e quando la pratica sia nata e in che modo si sia diffusa.

Se non è semplice ricostruire l'origine delle mutilazioni genitali femminili, data la varietà delle loro forme e la diffusione, non mancano, però, ipotesi, che cercano di accreditarne una determinata filiazione.

Secondo alcuni, l'escissione risale all'antico Egitto, come attesterebbe la denominazione di « circoncisione faraonica ». Lo storico greco Erodoto (V secolo a.C.) racconta che le mutilazioni genitali femminili erano praticate, molto prima della sua epoca, da Fenici, Ittiti, Egizi, Etiopi. Strabone (I secolo a.C.), Sorano d'Efeso (II secolo d.C.) ed Ezio di Amida (V-VI secolo 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 durante la loro assenza. Al medesimo trattamento venivano sottoposte le schiave per evitare che restassero incinte pregiudicando la loro efficienza sul lavoro. Una pratica diversa, ma non meno umiliante, è stata riservata, successivamente, nel periodo delle crociate, alle spose dei crociati in partenza per la Terrasanta, con la cintura di castità.

Come accennato, tali ricostruzioni storiche non consentono di comprendere la successiva diffusione delle mutilazioni in una così vasta area territoriale, concentrata in particolare nel continente africano. Un'unica cosa è certa: questa pratica, che vede come vittime le donne, esisteva da prima della diffusione delle grandi religioni monoteistiche e di essa non vi è, a ben vedere, espressa traccia all'interno dei testi sacri. Le mutilazioni genitali femminili si sono, quindi, andate ad inserire in contesti già evangelizzati.

Si tratta infatti di usanze indigene, profondamente radicate nelle società locali e quindi antecedenti, come già detto, alla penetrazione dell'Islam nell'Africa subsahariana e centro-orientale, iniziata a partire dal 1050. Sul finire del XV secolo, lo storiografo italiano Pietro Bembo, nella sua *Istoria Venetiana*, fornisce una prima « ufficiale » descrizione dell'escissione dei genitali femminili, usanza diffusa tra gli abitanti delle zone intorno al Mar Rosso al fine di garantire la purezza delle donne fino al matrimonio.

È pertanto necessario ribadire l'infondatezza della teoria per la quale sia stato l'Islam a introdurre in Africa le mutilazioni dei genitali femminili



e a legittimare questa pratica. L'assenza di una diretta connessione tra queste pratiche e la religione islamica è confermata dal fatto che, da un lato, in alcuni territori a cultura musulmana, quali l'Arabia Saudita o la Repubblica islamica dell'Iran, le mutilazioni genitali femminili non sono praticate e, dall'altro, nel Corno d'Africa e in Africa centrale – dove l'incidenza di questa pratica sulla popolazione femminile è superiore al 90 per cento – le mutilazioni sono praticate su donne di religione cristiana o di altre religioni minori. Queste pratiche quindi non trovano la loro motivazione in precetti religiosi, ma in antichissime consuetudini che ebbero origine proprio nel Corno d'Africa e si diffusero lungo il corso del Nilo a Nord e a Est.

Le mutilazioni genitali femminili rappresentano una pratica diffusa anche al di fuori del continente africano: si pensi all'introcisione, una forma estrema di mutilazione, che consiste in una dilatazione traumatica della vagina e che si effettua in genere in preparazione della prima notte di nozze, diffusa presso le popolazioni indigene del Sud America e ad alcune forme di escissione praticate in Europa e in Nord America nell'era moderna.

Un primo caso riportato in Europa dalla letteratura medica risale al 1825, quando la prestigiosa rivista medica *Lancet* segnalò che nel 1822 il chirurgo tedesco Graefe aveva curato con la clitoridectomia un caso di eccessiva masturbazione e ninfomania. Nel XIX secolo, la pratica delle escissioni clitoridee si diffuse anche in Germania, Francia e Inghilterra come cura per alcune deviazioni sessuali. Il ricorso a queste pratiche suscitò tuttavia aspre polemiche presso le società medico-scientifiche europee, portando nel 1867 in Inghilterra alla sospensione dalla Società ostetrica di Londra il dottor Isaac Baker Brown, sostenitore di questa terapia, con la conseguente progressiva scomparsa di questa pratica in Europa.

Da questa breve analisi emerge con chiarezza come le varie forme di mutilazioni genitali femminili siano, a prescindere dal contesto geografico, accomunate dall'essere uno strumento di dominio sulle donne, un mezzo per controllarne la libertà sessuale.

#### **4. Una lettura in chiave antropologica del fenomeno**

Al di là delle origini storiche della pratica il profondo radicamento delle mutilazioni genitali è dovuto a un complesso gruppo di fattori che, pur variando a seconda del luogo della pratica, presentano un tratto comune: il carattere di norma sociale.

La Commissione ha ritenuto necessario approfondire il tema anche attraverso una lettura in chiave antropologica di queste pratiche.

A ben vedere, infatti, anche quando si affronta un tema delicato come quello delle mutilazioni genitali, è importante tenere presente che un approccio basato sull'affermazione della propria cultura come imperativo culturale civile e democratico a discapito di tradizioni altre può portare a giudizi e comportamenti inappropriati, tali da pregiudicare l'efficacia di ogni politica di contrasto. È da preferire, invece, un approccio fondato sulla conoscenza del significato delle tradizioni e sul confronto con le differenze culturali e rituali. Un approccio che, attraverso gli strumenti della media-

zione culturale, può trasformarsi in uno strumento di prevenzione, assistenza e sostegno per le donne che hanno subito o rischiano di subire un abuso contro la propria libertà, autodeterminazione e dignità, così da evitare anche ogni possibile rischio di rivittimizzazione.

Le analisi antropologiche classiche considerano le modificazioni genitali femminili come riti di iniziazione, in particolare riti di passaggio e transizione dall'infanzia all'età adulta in molti Paesi non europei. Le prime etnografie propongono descrizioni accurate di come si svolgevano i riti, indicandone le modalità collettive, evidenziando l'età della donna che vi veniva sottoposta e sottolineando metodi, strumenti e caratteristiche delle o degli operatrici-operatori. Le modificazioni sono « tecniche del corpo », attraverso le quali le diverse società rimodellano la figura umana naturale per marcare l'appartenenza sociale delle persone. Il taglio irreversibile è in questa chiave un segno sul corpo in grado di trasformare l'individuo in un membro accettato in una determinata comunità religiosa o etnica. Rimuovere ciò che è socialmente considerato impuro, antiestetico e problematico, all'interno di cosmologie diverse, aiuta gli individui a percepire sé stessi come donne e uomini socialmente riconosciuti dalle prerogative uniche.

Progressivamente è stato rilevato, a livello scientifico-anthropologico, che i significati culturali delle modificazioni genitali sono molteplici e sono destinati a cambiare nel tempo e nello spazio. Sono stati così spiegati i significati simbolici delle mutilazioni genitali: dalla conservazione della verginità delle ragazze all'aumento della fertilità, alla gestione del piacere, alla pulizia degli organi genitali o al rispetto per il matrimonio.

L'antropologia, seguendo una visione emica, cioè una visione che riporta il punto di vista locale, si è così focalizzata sul fatto che un corpo decostruito fisicamente ne costruisce uno simbolicamente rilevante per quella società. Ciò ha portato al riconoscimento che non è solo l'età adulta, ma anche il genere stesso ad essere socialmente istituito con la mutilazione genitale. In questo senso le mutilazioni genitali sono riti dalla forte valenza performativa, ragione per la quale usualmente queste pratiche vengono compiuti quando la bambina-ragazza è in grado di ricordare l'operazione.

La prospettiva antropologica contemporanea – i cui influssi si possono percepire anche sul piano definitorio (come ricordato in ambito internazionale il termine mutilazioni genitali femminili sta lasciando spazio ad espressioni, quali « taglio » o « escissione », meno negativamente connotati) – tende ad evidenziare la complessità del fenomeno, prendendo in considerazione altre e nuove forme di modificazione degli organi sessuali in assenza di qualsiasi ragione medica terapeutica, come gli interventi di chirurgia estetica genitali (espressi peraltro nei *media* e nel discorso pubblico con l'utilizzo di termini accattivanti quali « vagina di *design* », « *barbie*plastica » o « ringiovanimento vaginale ») ed evidenziando come siano diffuse definizioni razziste, colonialiste e sessiste. Secondo questa prospettiva, quindi, la produzione selettiva di conoscenza ha rafforzato negli anni la polarizzazione sociale e politica fra pratiche etichettate come consuetudinarie e barbariche ed altre invece ritenute moderne ed espressione di libertà. Una contrapposizione che si intreccia con questioni di razzismo, neocolonialismo ed etnocentrismo. L'utilizzo di espressioni quali



barbarie o pratiche tradizionali dannose acuisce, secondo questa prospettiva, le distanze, alimentando interventi repressivi che possono rischiare non soltanto di incentivare l'esecuzione in clandestinità degli interventi, ma anche, di fatto, di connotare negativamente le culture di appartenenza delle donne mutilate con una conseguente rivittimizzazione delle stesse.

Le mutilazioni genitali femminili presentano delle caratteristiche proprie rispetto a tutte le altre forme di violenza di genere. Prima fra tutte la diversa modalità di esecuzione. A differenza delle altre forme di violenza di genere o domestica, dove sono maggiormente gli uomini a esercitare in modo diretto la violenza su donne e bambine, le mutilazioni genitali femminili sono, di norma, effettuate da donne, spesso da esperte (praticanti tradizionali), su richiesta delle familiari (madri, nonne, zie, parenti anziane), dunque all'interno di una genealogia femminile in cui l'autorevolezza spetta alle più anziane. Coloro che commissionano l'intervento e assistono o facilitano la sua esecuzione sono le persone destinate, anche dopo la pratica, a crescere ed educare la bambina nel corso del resto della vita.

Nonostante decenni di campagne per scoraggiare la pratica, essa persiste e resiste per il forte valore simbolico che la contraddistingue, iscrivendosi in un processo di costruzione identitaria di cui fa parte il rispetto delle norme sociali che, per quanto dolorose, sono percepite non infrequentemente dalle donne che le subiscono come intrinsecamente buone. Il dolore che le accompagna è considerato una prova da superare per dimostrare la propria forza, necessaria per condurre la vita adulta. Il fatto che, nonostante il dolore e la sofferenza, le generazioni più anziane – comprese le madri – siano passate attraverso tale pratica costituisce, nella percezione collettiva, un elemento di garanzia della positività della pratica stessa. È questo il motivo per cui le mutilazioni genitali sono radicate anche nelle seconde generazioni emigrate, quasi come un'opposizione alla cultura prevaricante ospitante.

Le ragioni che giustificano la continuazione della pratica, anche in emigrazione, sono sociali, sessuali, ma anche estetiche. Più in generale le mutilazioni sessuali sono strettamente legate alla natura delle relazioni uomo-donna, influenzate a livello sovraindividuale dai ruoli di genere che caratterizzano una data società e dal valore che quest'ultima attribuisce ad essi e all'essere uomo o donna. Occorre però tenere presente che – come hanno evidenziato anche le rappresentanti della Associazione italiana donne per lo sviluppo (AIDOS) audite dalla Commissione nella seduta del 16 febbraio 2021 – le donne con mutilazione possono approvare la pratica in quanto le norme sociali sono profondamente radicate in ogni società e l'appartenenza è fondamentale per il riconoscimento sociale, ma anche individuale, del senso di sé. Per questo non è strano che siano le donne a praticarle o a riconoscerle come necessarie; inoltre si inseriscono in complesse relazioni tra i generi e rapporti di potere, anche questi presenti in tutte le realtà socio-culturali. A spiegare la persistenza di queste forme

di modificazione degli organi sessuali, dunque, è il fatto che sono una norma sociale.

## **5. Le misure di contrasto al fenomeno delle mutilazioni genitali femminili**

### *5.1 Lo scenario internazionale*

Nel corso degli anni è profondamente mutato, a livello internazionale, l'approccio alle mutilazioni genitali femminili.

Queste pratiche sono state, in un primo momento, considerate principalmente in un'ottica di salute pubblica. Pratiche da contrastare, quindi, unicamente per le loro conseguenze negative sulla salute delle donne e delle bambine. Un divieto alla effettuazione di tale pratica legato al diritto alla salute è evidente già nelle convenzioni universali sui diritti umani delle Nazioni Unite, nella parte in cui vietano l'esecuzione di trattamenti o punizioni crudeli, disumani o degradanti. Tra le prime iniziative delle Nazioni Unite con specifico riguardo alle mutilazioni genitali femminili è necessario far riferimento all'invito, nel 1958, da parte del Consiglio economico e sociale all'OMS a compiere un'analisi approfondita circa la sussistenza di usanze rituali che sottoponessero le donne ad operazioni brutali e non necessarie. Non a caso, nel corso degli anni Sessanta, l'OMS fu quindi la prima agenzia specializzata delle Nazioni Unite ad affrontare le mutilazioni genitali femminili. I primi atti formali furono le raccomandazioni contenute nel *report* del « Seminario sulle pratiche tradizionali che colpiscono la salute delle donne e dei bambini » organizzato dall'OMS a Khartoum nel 1979.

Nel 1984, a seguito dell'incontro tra le organizzazioni di donne africane a Dakar, fu istituito il Comitato inter-africano contro le pratiche tradizionali dannose (IAC). Si tratta di un'organizzazione non governativa – con uno stato consultivo presso le Nazioni Unite e di osservatore in seno all'Unione africana – che ha come obiettivi fondamentali la prevenzione e l'eliminazione delle pratiche tradizionali che colpiscono la salute, lo sviluppo umano, i diritti delle donne e delle bambine, nonché la difesa di chi ha subito le conseguenze mediche della pratica. Un approccio di carattere medico-sanitario è ancora rinvenibile nella Convenzione sui diritti del fanciullo del 1989 che all'articolo 24 obbliga espressamente gli Stati parte ad adottare misure efficaci « atte ad abolire le pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute dei minori ».

È solo con gli anni Novanta che la campagna globale di contrasto alle mutilazioni genitali femminili si è progressivamente distaccata dalla cornice della salute pubblica, in favore di un approccio improntato sul rispetto dei diritti umani. È con la Conferenza di Vienna sui diritti umani del 1993 che per la prima volta le mutilazioni genitali femminili vengono considerate una violazione dei diritti umani. Le mutilazioni genitali femminili in questa chiave non solo costituiscono una lesione del diritto all'integrità fisica e psichica e più in generale del diritto alla salute delle donne che la subiscono, ma riflettono anche una radicata disuguaglianza tra i sessi e rappresentano quindi una forma di estrema discriminazione contro le

donne, oggetto di protezione – fra le altre – da parte della Convenzione sull’eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti della donna, adottata a New York il 18 dicembre 1979, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 14 marzo 1985, n. 132.

Anche nelle convenzioni di diritto internazionale regionale non mancano previsioni per il contrasto di questa pratica. Per quanto riguarda l’Europa, questo obbligo si evince già dalla Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell’uomo e delle libertà fondamentali (CEDU) firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 4 agosto 1955, n. 848, in particolare dall’articolo 3, che tutela il diritto all’integrità fisica. Ma è sicuramente con la Convenzione di Istanbul che si afferma una netta condanna di queste pratiche. Come ricordato in premessa, proprio l’articolo 38 della Convenzione proibisce esplicitamente le mutilazioni genitali femminili.

In Africa – il continente nel quale la pratica, come detto, è molto diffusa – il divieto di mutilazioni genitali femminili si rinviene, da un lato, nella Carta africana dei diritti dell’uomo e dei popoli del 27 giugno 1981 (la cosiddetta Carta di Banjul) che, analogamente alle Convenzioni sui diritti umani dell’ONU, tutela in maniera completa i diritti umani e, dall’altro, nella Carta africana dei diritti e del benessere del bambino dell’11 luglio 1990 che obbliga gli Stati a garantire l’integrità fisica del bambino e la sua salute, vietando ogni forma di discriminazione di genere, nonché ogni pratica sociale e culturale dannosa per il bambino. Ancora, il Protocollo per la protezione dei diritti delle donne in Africa dell’11 luglio 2003 all’articolo 5 richiede esplicitamente agli Stati di proibire e punire ogni forma di mutilazione genitale femminile e di adottare misure per la protezione e l’assistenza alle vittime.

Al di là delle previsioni contenute in accordi ed atti internazionali un’importante attività di contrasto è stata portata avanti anche sul piano politico, nell’ambito di conferenze internazionali, come la quarta Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo che si è svolta a Il Cairo nel 1994 o la Conferenza mondiale sulle donne tenutasi a Pechino nel 1995. Nel 2012 le mutilazioni genitali femminili sono state condannate per la prima volta dall’Assemblea generale dell’ONU. Come è stato ricordato anche dalla dottoressa Pace, presidente di UNICEF Italia, nel corso della sua audizione in Commissione (seduta del 4 maggio 2021), nel 2015 le mutilazioni genitali femminili sono state inserite nell’Agenda 2030 delle Nazioni Unite con l’obiettivo di porvi fine entro il 2030 congiuntamente alla eliminazione dei matrimoni e delle gravidanze precoci. Un obiettivo ambizioso tenuto conto anche delle conseguenze negative della pandemia da Covid-19. L’interruzione dei programmi di prevenzione e di contrasto alle violenze di genere e dei servizi per le donne e le ragazze ha determinato e, in prospettiva, è destinato a determinare un ulteriore rallentamento nei progressi sul campo della riduzione del fenomeno.

### *5.2 La legislazione italiana: non solo repressione penale*

In Italia, con la legge 9 gennaio 2006, n. 7, è stata introdotta una specifica disciplina per la prevenzione e il divieto delle pratiche di

mutilazioni genitali femminili. Tale legge, come emerge anche dal titolo, oltre ad interventi volti a reprimere sul piano penale queste pratiche, prevede una serie di misure di prevenzione delle stesse. Per quanto riguarda il profilo penale la legge n. 7 del 2006 ha introdotto nel codice penale, all'articolo 583-*bis*, un'autonoma fattispecie di reato – il delitto di pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili – che punisce con la reclusione da quattro a dodici anni chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili (clitoridectomia, escissione, infibulazione ed altre analoghe pratiche). Quando la mutilazione è di natura diversa dalle precedenti ed è volta a menomare le funzioni sessuali della donna, la pena è la reclusione da tre a sette anni; una specifica aggravante (pena aumentata di un terzo) è prevista quando le pratiche sono commesse a danno di un minore ovvero il fatto sia commesso a fini di lucro.

Il medesimo articolo – previa richiesta del Ministro della giustizia – stabilisce la punibilità delle mutilazioni genitali femminili nel caso in cui l'illecito sia commesso all'estero da cittadino italiano (o da straniero residente in Italia) o in danno di cittadino italiano (o di straniero residente in Italia). È quindi per legge applicabile il principio di extraterritorialità, che rende punibili queste pratiche anche se commesse al di fuori del Paese.

La legge ha, inoltre, previsto pesanti pene accessorie (al nuovo articolo 583-*ter* del codice penale) nei confronti dei medici condannati per mutilazioni genitali: interdizione dall'esercizio della professione per un periodo da tre a dieci anni; comunicazione della sentenza di condanna all'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Sempre sul piano della repressione, attraverso l'inserimento dell'articolo 25-*quater*.1 nel decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, in materia di responsabilità amministrativa delle persone giuridiche derivante da reato, la legge n. 7 del 2006 ha disposto specifiche sanzioni interdittive e pecuniarie a carico degli enti nella cui struttura è commesso il delitto di cui all'articolo 583-*bis* del codice penale.

Come è stato già rilevato, la nuova fattispecie di reato, nella sua quindicennale vigenza, ha trovato scarsa applicazione nelle aule giudiziarie (*si veda* § 2.3).

Oltre all'aspetto repressivo, la legge n. 7 del 2006 ha previsto una serie di ulteriori misure di prevenzione del fenomeno e di sostegno per le vittime: campagne informative e di sensibilizzazione delle popolazioni in cui tali pratiche sono più diffuse, in collaborazione con i centri di assistenza sanitaria, organizzazioni di volontariato e organizzazioni *no profit*; corsi di formazione per il personale sanitario, nonché l'istituzione di un numero verde presso il Ministero dell'interno volto sia a ricevere segnalazioni che a fornire informazioni e assistenza ai soggetti coinvolti nella pratica delle mutilazioni genitali femminili.

Nel 2007, in attuazione della legge, il Ministero della salute ha emanato le 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 una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche. Le Linee guida sono uno strumento per le regioni affinché si possano attivare sul

territorio tutte le iniziative volte alla formazione del personale sanitario per la prevenzione della diffusione delle mutilazioni genitali, attraverso indicazioni di carattere socio-antropologico riguardo queste pratiche, sulle motivazioni psicologiche, economiche, sociali e culturali, nonché informazioni sugli strumenti giuridici disponibili per contrastarle. Inoltre le Linee guida sono rivolte anche a operatori socio-sanitari e operatori socio-culturali che operano con le comunità di immigrati, perché possano affrontare correttamente queste problematiche nell'esercizio della loro professione, per assistere e riabilitare le donne che ne sono state vittime e per prevenirne il ricorso. Il sistema vigente, tuttavia, non è esente da criticità: a ben vedere, infatti, non tutte le regioni hanno effettivamente attivato iniziative per combattere il fenomeno delle mutilazioni genitali e per rendere operative azioni di prevenzione e, a tutt'oggi, non esiste una visione generale di come è affrontato il problema nei vari territori né una mappatura organica dei risultati ottenuti con la formazione prevista. A ciò si aggiunga che le Linee guida non sono mai state aggiornate.

La legge n. 7 del 2006 ha conferito al Dipartimento per le pari opportunità presso la Presidenza del Consiglio dei ministri il ruolo di promozione e coordinamento delle attività svolte dai Ministeri competenti dirette alla prevenzione, all'assistenza delle vittime e all'eliminazione delle pratiche di mutilazione genitale femminile. All'indomani dell'approvazione della legge, presso il Dipartimento delle pari opportunità, è stata quindi istituita la Commissione per la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile, che ha approvato due piani di azione, nel 2007 e nel 2011, con lo stanziamento di fondi dedicati. Nel 2012 è stata siglata tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di prevenzione e contrasto delle mutilazioni genitali femminili, un'intesa per l'individuazione dei criteri di ripartizione delle risorse, delle finalità e delle modalità attuative, nonché per il monitoraggio del sistema di interventi da sviluppare sul territorio nazionale al fine di prevenire e contrastare il fenomeno. Negli anni successivi si è assistito ad una progressiva riduzione degli stanziamenti destinati al contrasto del fenomeno, cui si è accompagnata una scarsa trasparenza in merito agli interventi e ai progetti oggetto di finanziamento.

Concludendo questa breve disamina legislativa occorre osservare come, al di là della legge n. 7 del 2006, un'altra importante risorsa giuridica sia rappresentata dalle disposizioni del codice civile a tutela dei minori, in particolare degli articoli 330 e 333, che prevedono l'allontanamento del minore dalla famiglia e la sospensione della custodia parentale del genitore il cui comportamento minacci il benessere del minore, nonché interventi preventivi in caso di comportamento pregiudizievole dei genitori. Infine è opportuno sottolineare come le mutilazioni genitali femminili, configurando una forma di violenza contro le donne, assumono rilevanza anche ai fini del rilascio del permesso di soggiorno speciale previsto dall'articolo 18-bis del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e



norme sulla condizione dello straniero, di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286.

## 6. Le attività di prevenzione e le campagne di sensibilizzazione

La mera repressione penale di per sé rappresenta uno strumento limitato nella politica di contrasto alle mutilazioni genitali – come è del resto è confermato dallo scarso numero di casi nei quali è stato contestato il reato di cui all'articolo 583-*bis* del codice penale – se non accompagnata da interventi finalizzati ad informare e sensibilizzare sui rischi connessi alla esecuzione di queste pratiche. Occorre che tali interventi si sostanzino nella realizzazione di un integrato sistema informativo. Un sistema che può consentire di individuare le bambine a rischio: intercettando le donne mutilate (soprattutto le madri che hanno il contatto maggiore con i servizi sanitari, in genere per i profili legati alla salute riproduttiva) si può avviare un processo di presa in carico in grado di accompagnarle in un percorso di sostegno e di abbandono della pratica nei confronti delle figlie.

### 6.1 Il ruolo delle associazioni e delle organizzazioni internazionali

Un indubbio rilievo è riconosciuto, sul piano della prevenzione, alle organizzazioni e alle associazioni che operano nel campo della migrazione. Queste hanno promosso e continuano a portare avanti iniziative volte a favorire l'abbandono della pratica, forti di una esperienza spesso maturata nei Paesi di origine. Gli interventi di contrasto si caratterizzano, in generale, per l'approccio cosiddetto di *empowerment* e di scelta consapevole, attraverso azioni informative sulle conseguenze sanitarie, su riti di passaggio alternativi e sulla possibilità di cambiamento delle norme sociali. L'attenzione delle associazioni e delle organizzazioni coinvolge anche le seconde generazioni che rappresentano un'importante fonte di rinnovamento per le comunità emigrate.

Proprio per l'importante ruolo svolto dalle associazioni la Commissione ha ritenuto necessario ascoltare le rappresentanti di alcune associazioni, fra le quali Differenza donna, AIDOS, ActionAid Italia, Amref Health Africa-Italia, *Save the children*, Nosotras, Laboratorio una donna ed infine UNICEF Italia (sedute del 16 febbraio 2021, 25 marzo 2021, 15 aprile 2021, 4 maggio 2021).

In questo paragrafo si intende quindi dare conto delle questioni poste e di alcune delle iniziative che queste associazioni e organizzazioni hanno portato avanti proprio per il contrasto del fenomeno.

La dottoressa Chiara Spampinati, esperta di genere (*gender expert*) dei progetti europei ed internazionali della associazione Differenza donna, nella sua audizione in Commissione, ha sottolineato come per troppi anni il dibattito pubblico sulle mutilazioni genitali femminili abbia avuto una impostazione settoriale e il tema sia stato affrontato secondo un approccio « maschile », che non è stato in grado di inquadrare questa pratica fra i reati di genere. Le mutilazioni genitali si inseriscono così in sistemi patriarcali fortemente discriminatori, nei quali questa pratica costituisce un ulteriore strumento di controllo della libertà e del corpo delle donne. Con specifico

riguardo alle iniziative di contrasto l'associazione Differenza donna, nella lunga esperienza di assistenza in favore di donne vittime di violenza, violenza alla quale ricondurre anche la pratica delle mutilazioni genitali, ha elaborato un vero e proprio manuale rivolto alle operatrici di centri antiviolenza e case rifugio. Le operatrici e attiviste che operano nei centri antiviolenza e nelle case rifugio di Differenza donna, già dal 2018, ricevono una specifica formazione sull'accoglienza, l'ospitalità e anche l'accompagnamento alle donne migranti vittime di mutilazioni genitali femminili. Il manuale ricordato ha proprio l'obiettivo di « esportare » anche negli altri centri antiviolenza e nelle altre case rifugio questa specifica formazione. L'associazione, come è stato sottolineato, poi, anche dalla sua presidente, dottoressa Elisa Ercoli, sempre nel corso dell'audizione in Commissione, ha partecipato al progetto europeo « *The before project: best practices to empower women against female genital mutilation operating for rights and legal efficacy* » per promuovere un profondo cambiamento politico e culturale e per rafforzare il ruolo delle donne nella lotta contro le mutilazioni genitali femminili. Tutte le attività progettuali mirano a potenziare l'efficacia dei sistemi di emersione e di risposta al fenomeno da parte delle istituzioni e della società civile con una strategia condivisa a livello politico, legale e sociale attraverso: l'ottimizzazione di leggi, raccomandazioni, buone pratiche e attività di sostegno (*advocacy*) presso le istituzioni nazionali ed europee; la protezione e la cura alle bambine e alle madri che sono fuggite dai Paesi d'origine per salvarle dalla mutilazione; la formazione e lo sviluppo delle capacità (*capacity building*) di professionisti chiave, operatori e operatrici di strutture ospedaliere, centri antiviolenza, centri di accoglienza e primo soccorso, uffici immigrazione, commissioni territoriali; la sensibilizzazione dei portatori d'interessi (*stakeholders*) e della società civile ed infine il coinvolgimento delle comunità migranti e della diaspora per sensibilizzare sui traumi psico-fisici causati dalla pratica. Sempre le rappresentanti di Differenza donna hanno posto in evidenza come il sistema attuale, tuttavia, presenti alcune criticità – in parte, in precedenza, già ricordate – alle quali occorre con urgenza porre rimedio. Il problema involge i meccanismi di finanziamento previsti dalla legge n. 7 del 2006, i quali hanno subito negli anni forti contrazioni. Si tratta di risorse essenziali « per garantire la prevenzione, la formazione continua ai presidi sanitari e una loro mappatura, affinché sia veramente assicurata la possibilità a tutte le donne che hanno subito mutilazioni genitali femminili di essere accompagnate ... nell'accesso alla salute ». Altrettanto necessario è un intervento sulla stessa legge n. 7 del 2006 finalizzato a correggerne il tratto marcatamente penalistico. È importante introdurre misure ed interventi più stringenti sul piano della prevenzione. In proposito sempre la dottoressa Ercoli ha sottolineato criticamente come non vi sia « alcun intervento da parte dell'Italia per mettere a conoscenza le donne e gli uomini provenienti dai Paesi a rischio dei diritti e dei doveri previsti all'interno del nostro Paese. Ciò inibisce ogni possibilità di dialogo e di confronto con donne che invece potrebbero sviluppare una consapevolezza e un *empowerment*, sino a voler sottrarre le proprie figlie a questa pratica ».



Un significativo ruolo nel contrasto a questa pratica è stato svolto sin dagli inizi degli anni Ottanta anche dalla associazione AIDOS che, con un approccio di genere e interculturale, con particolare attenzione alla comunicazione, ha affrontato il fenomeno sul campo sia nei Paesi a tradizione escissoria, sia in Europa sia in Italia, attraverso attività di formazione, informazione e sensibilizzazione. Come ha evidenziato la dottoressa Fiorletta, responsabile della comunicazione di AIDOS, nel corso dell'audizione in Commissione « una modalità di perpetuare violenza nei confronti delle donne che convivono con le mutilazioni genitali femminili, stigmatizzarle, quando non addirittura razzializzarle, è come se ne parla, molto spesso c'è scarsa conoscenza e modalità estremamente giudicanti, poco sensibili che rischiano di non aiutare chi lavora per il contrasto alla pratica »; ad esempio « definirle una barbarie, primitive, un'emergenza » – espressioni che mettono chi ci convive in una posizione di subalternità e che non vengono utilizzate comunemente per le altre forme di violenza di genere anche gravi – significa in qualche modo conservare uno sguardo « coloniale » al problema che può ostacolare l'efficacia di politiche e buone pratiche. È importante quindi un « lavoro di comunicazione sensibile » che renda più facile, seguendo un approccio interculturale, entrare in contatto con le donne che le hanno subite e che insegnino a chi con esse si confronta a parlarne con cognizione di causa.

Un approccio basato su interventi multisettoriali, finalizzati a produrre un cambiamento nelle norme sociali basate su credenze tradizionali radicate, su dinamiche di potere e di gestione delle risorse squilibrate tra uomini e donne che sono alla origine di queste pratiche, è portato avanti anche da *Save the children*. La dottoressa Chiara Damen, *international advocacy e policy coordinator* di *Save the children*, ha dato conto alla Commissione degli interventi che la propria organizzazione ha realizzato in alcuni Paesi a tradizione escissoria e in particolare in Etiopia. In tale Paese, nonostante il forte impegno del Governo locale per il contrasto ai matrimoni precoci e alle mutilazioni genitali, esistono ancora aree, soprattutto quelle più rurali, nelle quali queste pratiche tradizionali dannose sono ancora fortemente radicate. Proprio in queste aree *Save the children* sta portando avanti progetti basati su un approccio integrato che comprende attività nelle scuole sia di educazione pre-primaria che primaria e interventi di protezione e promozione dei diritti delle bambine, anche attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori della comunità, inclusi gli uomini e i *leader* religiosi locali. Come hanno sottolineato i rappresentanti dell'organizzazione, proprio le collaborazioni (*partnership*) strategiche sviluppate con le organizzazioni religiose, quelle della società civile, le alte strutture a livello comunitario, nonché con le iniziative guidate dai giovani e con il Governo nazionale stesso sono state fondamentali per mobilitare la comunità verso un cambiamento. Dall'esperienza sul campo emerge come le ragazze più scolarizzate siano più consapevoli dei rischi per la salute derivanti da queste pratiche e quindi più contrarie a sottoporvisi. Rafforzare i programmi antimutilazioni genitali femminili nelle scuole è fondamentale per creare degli spazi sicuri di apprendimento e discussione sulle diverse forme di pratiche tradizionali dannose attraverso l'uso di materiali o linguaggio a

misura di bambino (*child friendly*). Altrettanto importante è lo sviluppo di piani specifici di azione nazionali adeguatamente finanziati e dotati di meccanismi di responsabilità (*accountability*).

Anche la cooperativa sociale *Be free* (il cui contributo scritto è stato acquisito agli atti della Commissione) con il progetto « Corpi consapevoli: MGF e integrazione nello Stato di diritto » ha mostrato un significativo impegno nel contrasto al fenomeno delle mutilazioni genitali, in una prospettiva interculturale tesa, attraverso incontri con le migranti, a costruire un dialogo tra donne africane e donne italiane, superando ogni « universalismo culturale ». Come è chiarito nelle finalità del progetto sulle donne che vivono l'esperienza delle mutilazioni genitali agisce un « duplice marchio »: quello imposto dalla loro cultura di appartenenza e quello delle donne occidentali che in nome dell'emancipazione femminile stigmatizzano le donne africane e asiatiche come « alterità » e subalternità da educare e civilizzare, ignorando troppo spesso che anche l'Occidente ha sviluppato forme massicce di assoggettamento che si manifestano nella violenza domestica, nella mercificazione del corpo femminile e nelle operazioni di chirurgia estetica genitale. Il progetto ha, da un lato, utilizzato le interviste come strumento di riappropriazione della parola delle migranti e come pratica di sospensione del giudizio per chi si posiziona come interlocutrice e dall'altro si è sostanzialmente in una analisi di carattere testuale, realizzata con la metodologia dell'analisi emozionale del testo (AET), di tre annate (2004-2007) di nove riviste scientifiche e di cinque quotidiani nazionali. L'analisi emozionale consente di evidenziare i repertori collusivi presenti in un testo, al fine di definire i modelli culturali che organizzano emozionalmente il testo stesso. Dall'analisi delle riviste e dei quotidiani è emerso proprio come, nella narrazione delle mutilazioni genitali, i concetti prevalenti siano quelli che sottolineano lo « scontro di civiltà »: la barbarie e l'arretratezza degli altri popoli e delle altre culture contrapposte alla cultura occidentale, ritenuta adeguata sul piano della tutela dei diritti delle donne.

Un attivo ruolo nel contrasto alle mutilazioni genitali è stato (ed è ancora oggi) svolto da ActionAid. È opportuno in proposito ricordare il progetto europeo « *Against FGM through empowerment and rejection* (AFTER) », avviato nel 2016. Si tratta di un progetto fondato su alcune assi ben precise: l'*empowerment* di donne e ragazze provenienti da Paesi a rischio e la loro mobilitazione contro la pratica, attraverso percorsi guidati da « *community trainers* », ossia donne provenienti da Paesi a tradizione escissoria identificate e formate anche attraverso lo scambio con esperte di ActionAid; la sensibilizzazione rivolta a uomini provenienti da Paesi in cui si praticano le mutilazioni genitali; il monitoraggio delle politiche nazionali e regionali e l'*advocacy* verso le istituzioni ed infine l'avvio di campagne di sensibilizzazione rivolte al grande pubblico. L'associazione è attualmente coinvolta nel progetto CHAIN (2020-2022). Questo progetto, come ha puntualmente ricordato la dottoressa Scaricabarozzi, responsabile unità *gender and economic justice* di ActionAid, ha come obiettivo principale l'elaborazione partecipata di una catena di intervento che delinei procedure *standard* a livello locale per l'attuazione di interventi volti a prevenire le pratiche lesive dei diritti delle donne, fra cui le mutilazioni genitali

femminili e i matrimoni precoci e forzati; a riconoscere potenziali casi e a prendere in carico e accompagnare vittime e potenziali vittime verso servizi rilevanti che prevedano interventi di supporto informati, consapevoli e sensibili alle differenze culturali. Tale obiettivo è stato perseguito – anche in questo caso – promuovendo il protagonismo di donne e ragazze in tutto il processo e il coinvolgimento di tutti gli attori pubblici e privati rilevanti nel territorio, al fine di garantire una responsabilità collettiva per l'implementazione e la sostenibilità della catena di intervento.

È connotato da un profondo radicamento nel territorio africano il lavoro della organizzazione non governativa (ONG) Amref Health Africa-Italia. Una ONG, con sede a Nairobi, che da oltre vent'anni si occupa del contrasto alle mutilazioni genitali, attraverso non solo programmi, ma anche iniziative di *advocacy* a livello globale, di sensibilizzazione e di comunicazione. La dottoressa Magni, *head of institutional strategic partnership* di Amref Health Africa-Italia, nel dare conto delle attività svolte sul territorio italiano ha evidenziato la presenza di alcune criticità nel sistema legate ad un approccio al problema di carattere quasi prettamente sanitario, al quale sarebbe, invece, da preferire un approccio di tipo multisettoriale.

Un lavoro ultradecennale sul tema delle mutilazioni genitali è portato avanti anche dalla associazione interculturale di donne migranti e italiane, Nosotras. Questa organizzazione non lucrativa di utilità sociale (*onlus*) è peraltro antenna territoriale e nazionale dell'*Inter African Committee on traditional practices*, una rete di una trentina di organizzazioni nazionali e internazionali che si occupano di fare *lobby* e di gestire sui territori le pratiche di sostegno al contrasto delle mutilazioni genitali femminili. A livello italiano l'associazione è stata particolarmente attiva in alcune regioni attraverso progetti di formazione rivolti ad operatori sociali e socio-sanitari finanziati dalle leggi regionali. Anche la dottoressa Isabella Mancini, presidente dell'associazione Nosotras, ha posto in luce le criticità dell'attuale sistema, legate al mancato finanziamento della legge n. 7 del 2006 e alla assenza di centri regionali dedicati al fenomeno (non solo per l'assistenza alle vittime, ma anche per la formazione e l'informazione per tutti coloro che si trovano a doversi interfacciare con questo fenomeno). Come ha sottolineato sempre la dottoressa Mancini, il fenomeno migratorio può contribuire ad interrompere la prosecuzione della pratica solo « se si punta su una effettiva sensibilizzazione delle persone interessate al problema, in particolare vanno sensibilizzati e formati gli operatori sanitari, che sono i primi ad intercettare le donne mutilate, nello specifico le partorienti ».

Indiscutibile nella lotta alle mutilazioni genitali femminili è il ruolo svolto dall'UNICEF, *partner*, insieme al Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione, del programma « Accelerare il cambiamento », il più ampio a livello mondiale per l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili. Come ha sottolineato la dottoressa Pace, presidente di UNICEF Italia, trattandosi di un fenomeno appartenente al retaggio culturale di intere popolazioni, l'abbandono di tale pratica può avvenire solo attraverso interventi sul campo volti a promuovere un cambiamento sociale che passi attraverso la presa di coscienza della inutilità e dei danni di tali pratiche,

che non comportano i benefici che invece si propongono di garantire alle donne.

### *6.2 Le campagne di sensibilizzazione e le iniziative svolte dai sindacati*

Il contrasto alle mutilazioni genitali femminili rappresenta un tema di interesse anche per le principali sigle sindacali. La Commissione ha, a tal proposito, audito le rappresentanti di UGL, CGIL, CISL e UIL (seduta dell'8 aprile 2021). Tutti i sindacati ascoltati, nell'ambito delle più ampie politiche di contrasto al fenomeno della violenza contro le donne – un fenomeno che, a ben vedere, non è estraneo al mondo del lavoro – portano avanti importanti campagne informative e di sensibilizzazione anche sul tema delle mutilazioni, finalizzate a richiamare l'attenzione dei lavoratori, delle lavoratrici e più in generale della società civile sull'importanza della formazione e dell'educazione quali strumenti di prevenzione del fenomeno. Tali campagne informative – hanno sottolineato le rappresentanti di CGIL, CISL e UIL nel corso dell'audizione e nel documento unificato consegnato alla Commissione – devono inserirsi in un approccio olistico al problema, che impone di sostenere azioni anche sul piano del Servizio sanitario nazionale in favore delle vittime per ovviare alle conseguenze fisiche e psicologiche che questa forma di violenza comporta. È stata inoltre rilevata – in particolare dalle rappresentanti dell'UGL – l'esigenza di assicurare una piena attuazione alla legge n. 7 del 2006, garantendo adeguate risorse e destinando tali fondi al finanziamento di campagne informative e di sensibilizzazione, in attività di formazione rivolte alle figure professionali coinvolte nella prevenzione e nell'assistenza alle donne e alle bambine già sottoposte a tali pratiche, nonché infine all'assistenza e al sostegno delle donne rifugiate che hanno subito queste pratiche.

Nel già ricordato documento unificato i sindacati hanno evidenziato l'importanza di prevedere, nell'ambito del nuovo Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2021-2023, un approccio sempre più integrato e adeguato nei confronti di tutte le donne, anche disabili e migranti, spesso vittime di una violenza multipla dovuta alla loro specifica condizione. Le donne ed i minori stranieri, infatti, sono potenzialmente più esposti a forme di violenza legate alle loro tradizioni culturali e familiari. Per il sindacato l'informazione e l'educazione sono importanti strumenti di prevenzione ed emersione del fenomeno. Occorre, in questo contesto, mettere a punto percorsi di sensibilizzazione per tutti gli ordini di educazione e istruzione, estendere le Linee guida sulla formazione a tutti gli operatori e le operatrici che lavorano con i minori, ma soprattutto garantire l'accesso delle donne migranti alle campagne informative e ai servizi per la loro presa in carico, attraverso l'utilizzo della loro lingua di appartenenza e con l'ausilio anche delle mediatrici culturali. Questi percorsi devono essere accompagnati da ulteriori interventi in grado di alleviare la condizione di « mutilate permanenti » delle vittime, quale ad esempio il favorire una qualche forma di riconoscimento a livello sociale del loro *status* di persone invalide.

Secondo le associazioni sindacali, infine, è importante intervenire sul quadro normativo vigente al fine di favorire ed incoraggiare le azioni di

denuncia da parte delle vittime. In proposito occorrono politiche coordinate e trasversali che garantiscano un'attenzione particolare alle donne migranti, incluse quelle senza documenti, rifugiate e richiedenti asilo, attraverso il divieto di espulsione ed il riconoscimento di un titolo autonomo di soggiorno per le vittime di violenza. Determinante è anche in questo caso la formazione non solo delle figure professionali che operano con le comunità di migranti provenienti dai Paesi con tradizioni escissorie, ma anche degli operatori della scuola (insegnanti, responsabili della formazione e dell'educazione alla salute)

## **7. La prevenzione in ambito medico-sanitario**

Come già precedentemente ricordato in attuazione dell'articolo 4 della legge n. 7 del 2006, il Ministero della salute ha emanato le Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie e ad altre figure che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi a tradizione escissoria, per realizzare un'attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche. Più in generale il ruolo dei servizi sanitari (pediatri, ginecologi) e socio-sanitari (i consultori familiari) è quello della immediata presa in carico della bambina/ragazza, per affrontare gli eventuali danni fisici e le conseguenze psicologiche che l'intervento mutilatorio può comportare a breve, medio e lungo termine. In questa prima fase è innegabile l'importanza di attivare una collaborazione con i genitori al fine di rendere più semplice e meno traumatica la situazione per la bambina/ragazza, che non deve mai essere trattata – come è emerso in più occasioni nel corso dell'attività conoscitiva svolta dalla Commissione – con pietà, da mutilata o come vittima della barbarie familiare. La formazione dei professionisti della salute che si relazionano con le donne e con le bambine immigrate è quindi una delle azioni prioritarie per la tutela della loro salute, in materia di comunicazione, prevenzione, assistenza e riabilitazione delle stesse, già sottoposte a pratiche di mutilazione genitale femminile. È ugualmente determinante anche la formazione dedicata alle figure professionali (mediatori e mediatrici culturali, assistenti sociali, volontariato) che operano con le comunità di immigrati provenienti dai Paesi con tradizioni escissorie.

## **8. Il ruolo della scuola**

Infine, anche il mondo della scuola può giocare un ruolo molto importante nella prevenzione delle mutilazioni genitali femminili. Occorre quindi che – come evidenziato anche dalle rappresentanti dei sindacati – gli insegnanti, i responsabili della formazione e dell'educazione alla salute abbiano una conoscenza della tradizione delle mutilazioni genitali femminili, dei Paesi nei quali è diffusa e delle motivazioni che portano molte donne a sottoporre le loro figlie a queste pratiche, nonché della legislazione esistente in merito in Italia e negli altri Paesi. Anche quando non vi è una forma di comunicazione esplicita su questi temi tra alunne e insegnanti, il linguaggio del corpo può infatti aiutare a comprendere situazioni di disagio



o di difficoltà, situazioni di ansia, di irrequietezza in concomitanza ad esempio della programmazione di un viaggio nel Paese dei genitori. Come già sottolineato, con riguardo alla presa in carico da parte dei servizi sanitari, anche in questi casi non si può prescindere dal coinvolgimento dei genitori, i quali dovrebbero quanto meno essere messi a parte della rilevanza penale in Italia delle pratiche escissorie e dei pericoli per la salute femminile che queste comportano.

Gli insegnanti non sono solo i responsabili dei processi di apprendimento degli alunni, ma sono anche le persone che, nella scuola, sono a più stretto contatto con gli allievi e meglio di tutti sono in grado di individuare precocemente eventuali problematiche. I docenti devono essere adeguatamente formati così da essere in grado di intercettare i possibili comportamenti « spia » che possano far preludere « un evento particolare per la vita » delle loro alunne, ovvero far cogliere quegli eventuali cambiamenti dei comportamenti conseguenti a una mutilazione già avvenuta altrove (una prolungata assenza dalla scuola o dai centri abitualmente frequentati con evidenti cambiamenti di comportamento riscontrati dopo il rientro, la richiesta di essere esonerata dalle lezioni di educazione fisica senza certificazione del proprio medico generico). L'intervento dei docenti deve essere in ogni caso accompagnato dal tempestivo coinvolgimento degli organismi scolastici competenti e più in generale dei servizi attivi del territorio.

#### CONCLUSIONI

Questa pratica radicata, dall'origine lontana, nasce e si sviluppa in contesti di disparità di genere. Le mutilazioni genitali non si sostanziano infatti unicamente in un'azione corporale, ma rappresentano un'azione sociale e mentale che determina una strutturazione dell'ordine collettivo e una dicotomia tra dominanti – gli uomini – e dominate – le donne. Proprio questa circostanza consente di comprendere le ragioni della sopravvivenza nel corso degli anni di tali pratiche violente. Le mutilazioni genitali rispondono a schemi di pensiero assimilati dagli agenti sociali, vissuti e decodificati in forma normale e naturale non solo dagli uomini che la impongono, ma anche e soprattutto da molte donne che le difendono costruendo delle neutralizzazioni giustificatorie (dall'essere un mezzo di abbellimento del corpo ovvero uno strumento per salvaguardare anche a fini matrimoniali la purezza della donna) difficili da scardinare, normalizzando e naturalizzando la violenza. Le mutilazioni genitali si inseriscono quindi in un sistema paradossale nel quale le stesse vittime giustificano queste pratiche, in quanto obbligate da un dominio maschile che attraverso la costruzione di un ordine sociale ineguale legittima le escissioni.

Diffuse in varie aree del mondo le mutilazioni genitali sono una pratica ancora oggi presente – per quanto in progressivo declino – anche in Europa e in Italia a seguito del fenomeno migratorio. È dal 2006 che il nostro ordinamento si è dotato di una disciplina specifica per il contrasto di queste pratiche attraverso l'introduzione, da un lato, di una fattispecie di reato *ad hoc* e, dall'altro, con la previsione di ulteriori misure, dalla

formazione specifica del personale all'avvio di campagne informative, finalizzate a prevenire le pratiche di mutilazione genitale.

L'attività conoscitiva svolta dalla Commissione ha però posto in luce la presenza di alcune criticità nella risposta istituzionale nel nostro Paese al fenomeno delle mutilazioni genitali.

In primo luogo talune carenze sono ravvisabili proprio con riguardo alla applicazione concreta delle misure preventive predisposte dalla legge n. 7 del 2006. La progressiva riduzione delle risorse a ciò destinate, accompagnata da carenze sul piano della *governance*, ha di fatto pregiudicato la piena efficacia delle politiche di informazione e prevenzione per permettere alle giovani generazioni di origine non occidentale di conoscere le gravi conseguenze che le mutilazioni genitali determinano sulle donne che le subiscono, così da poter annullare definitivamente questa spirale intergenerazionale. È essenziale quindi potenziare nuovamente queste politiche favorendo il coinvolgimento delle comunità di appartenenza delle donne che hanno subito questa pratica e inserendo espressamente le mutilazioni genitali femminili tra le forme di violenza contro le donne contemplate dal Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne.

Occorre in questo processo evitare in ogni modo che le mutilazioni genitali femminili possano trasformarsi in uno dei tanti temi ad alto rischio di stigma sociale verso la popolazione migrante. Ciò infatti finirebbe per relegare di nuovo il fenomeno nell'ombra, compromettendo la possibilità per donne e ragazze di accedere ai servizi di supporto.

È fondamentale invece affrontare il tema secondo un approccio di genere. Occorre costruire un dialogo interculturale che parta dalla conoscenza delle differenze culturali e che coinvolga le donne e le ragazze affinché riconoscano la violenza e diventino agenti attive di cambiamento presso le loro comunità di appartenenza nel contrasto di questa grave violazione dei diritti umani delle bambine, delle ragazze e delle donne. L'approccio interculturale richiede che siano adottate tecniche di comunicazione appropriate che non utilizzino termini o concetti impropri o classificatori, che possano far sentire a disagio la donna sopravvissuta a queste pratiche o che rischia di subirle. Il multiculturalismo non deve però – è importante sottolinearlo – in nessun caso spingersi fino alla giustificazione o alla minimizzazione di queste gravi forme di violenza in ragione di un frainteso senso di libertà culturale.

Altrettanto importante in quest'attività di prevenzione – come strategia complessiva di contrasto – è il coinvolgimento degli uomini e in particolare dei *leader* religiosi. In questo contesto è particolarmente rilevante curare il percorso di presa in carico delle donne che hanno subito questa pratica, un percorso di accompagnamento che deve spingere queste donne a discostarsi dalla accettazione della pratica stessa, così da impedire che le loro figlie possano a loro volta esservi sottoposte. In questo quadro, risulta di primaria importanza portare avanti iniziative volte alla alfabetizzazione delle donne con figli provenienti da Paesi a tradizione escissoria. Una alfabetizzazione che deve sostanziarsi nella conoscenza non solo della lingua, ma anche e soprattutto dei diritti che l'ordinamento riconosce e



garantisce alle donne. Ancora, occorre investire nella formazione del personale medico e socio-sanitario che entra in contatto con le donne vittime di mutilazione e di quello del mondo educativo. È innegabile infatti che in Italia sono ancora poche le strutture nelle quali operano ginecologi e ostetriche con una specifica formazione in tema di mutilazioni genitali. Sempre con riguardo al mondo sanitario appare auspicabile un aggiornamento delle Linee guida varate dal Ministero della salute all'indomani della entrata in vigore della legge n. 7 del 2006. Infine, per una efficace azione di prevenzione, attraverso la precoce emersione del rischio, è necessario investire nella formazione e nell'aggiornamento anche dei medici di base e dei pediatri.

Serve una strategia coraggiosa, continuativa nel tempo e che si sostanzi anche in programmi e progetti per il contrasto di queste pratiche da realizzare nei Paesi di origine. È innegabile infatti che la quasi totalità degli interventi escissori sono compiuti durante viaggi o periodi di soggiorno nel Paese di provenienza della donna. Devono essere sensibilizzati quindi gli operatori (soprattutto le operatrici) che la praticano e nel contempo dovrebbero essere finanziati e sostenuti « programmi di riconversione lavorativa » per queste figure, tali da trasformare queste donne da mutilatrici di professione in operatrici sanitarie a supporto della maternità e della gravidanza.

Le mutilazioni genitali, così come altre pratiche lesive, devono rientrare in una strategia più ampia contro tutte le forme di violenza di genere: ogni forma di violenza è grave e lede il diritto delle donne di autodeterminarsi. L'approccio seguito deve fondarsi su percorsi di *empowerment* e autonomia. La risposta più adeguata non può essere semplificata né ridotta a questione di natura medico-sanitaria. L'approccio alla medicalizzazione non può sostituire quello culturale rivolto all'educazione e all'*empowerment* delle donne e delle comunità coinvolte. Trattare le mutilazioni genitali femminili come problema a sé stante rischia di aumentare le probabilità di stigmatizzare le comunità praticanti e chiudere quindi ogni possibilità di dialogo, e allo stesso tempo di fare apparire più tollerabili altre forme di violenza, come quella domestica o le molestie sul luogo di lavoro. La strategia del Governo, i piani di azione nazionale contro la violenza e la Strategia nazionale per la parità di genere devono partire quindi da tale presupposto.

Oltre agli interventi di prevenzione e di contrasto a queste pratiche, è essenziale implementare le misure a sostegno delle donne che hanno già subito le mutilazioni genitali. In tale contesto appare quanto mai importante valorizzare, anche nei procedimenti per la richiesta di protezione internazionale presso le Commissioni territoriali, l'aver subito questa forma di violenza quale motivo per il riconoscimento della protezione stessa. Con specifico riguardo alle donne migranti poi è necessario implementare le forme di assistenza sia in gravidanza che nel parto, prevedendo a tal fine anche la figura di una mediatrice culturale che possa favorire non solo l'emersione della violenza, ma anche accompagnare sul piano clinico la sopravvissuta. Sempre con riguardo alle donne migranti merita una riflessione la attuale disciplina relativa al rilascio del permesso di soggiorno.

Molte delle donne che provengono da Paesi a tradizione escissoria si trovano infatti sul territorio italiano legalmente grazie a permessi di soggiorno per motivi familiari. Un permesso di soggiorno, quindi, che vincola ancora di più al marito e al suo potere la donna sopravvissuta alle mutilazioni genitali, la quale, a sua volta, è evidentemente privata in prospettiva di ogni capacità di contrattazione nel sottrarre le proprie figlie alla pratica.

È evidente che una politica di contrasto e prevenzione seria del fenomeno non può prescindere dallo stanziamento di adeguate risorse. Come già in più occasioni rilevato, nel corso degli ultimi anni il Parlamento ha autorizzato una spesa di gran lunga inferiore a quanto previsto dalla legge n. 7 del 2006. A ciò si aggiunga l'esigenza di ovviare alle difficoltà di tracciamento delle risorse e di identificazione della loro destinazione d'uso, nonché alla poca trasparenza in merito al coordinamento in capo al Dipartimento per le pari opportunità delle attività svolte dai Ministeri competenti dirette alla prevenzione, all'assistenza alle vittime e all'eliminazione delle pratiche di mutilazione genitale femminile, ai sensi dell'articolo 2 della citata legge n. 7 del 2006. Fondi certi sono essenziali per il mantenimento della rete di servizi offerti dalle organizzazioni e dalla società civile, in collaborazione con gli enti territoriali, ma anche per poter portare avanti una politica di contrasto di livello nazionale.

Infine, manca in Italia un sistema di rilevazione dei dati relativi alle mutilazioni genitali. È evidente che le rilevazioni effettuate dal Ministero della giustizia sono poco attendibili in quanto il fenomeno solo in casi estremi giunge nelle aule di giustizia. Si tratta di una pratica, invece, ben più facilmente rilevabile in ambito sanitario. Comprendere pienamente le dimensioni del fenomeno è essenziale per l'individuazione delle più efficaci linee di intervento. Un sistema di periodica rilevazione e analisi statistica del fenomeno potrebbe contribuire a farne emergere le eventuali evoluzioni facilitando anche la costruzione di modelli di rischio. L'Italia incorre nel solito problema della non continuità e capacità di strutturazione di analisi del fenomeno al fine di costruire informazioni e conoscenze adeguate a risposte efficaci. Già nel 2018 l'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere (*European Institute for Gender Equality*) rimproverava all'Italia di non fornire un quadro rappresentativo della diffusione delle mutilazioni genitali femminili nel nostro Paese. Occorre pertanto prevedere un sistema di rilevazione periodica, omogenea e scientificamente accurata anche di questa grave forma di violenza nei confronti delle donne. A tal fine si ribadisce, in conclusione, l'auspicio di una rapida approvazione dell'atto Camera n. 2805, già approvato all'unanimità dal Senato, che prevede per l'appunto un organico sistema di rilevazione statistica del fenomeno della violenza di genere in tutte le sue forme.

