

LINEE GUIDA PER IL RICONOSCIMENTO PRECOCE DELLE VITTIME DI **MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI O ALTRE PRATICHE DANNOSE**

Per operatori dei **CPSA**
(Centri di Primo Soccorso e Accoglienza),
CDA (Centri di Accoglienza) e dei **CARA**
(Centri di Accoglienza per Richiedenti Asilo)

A cura di

Associazione Parsec Ricerca e Interventi Sociali; Coop. Soc. Parsec;
Università di Milano-Bicocca; A.O. San Camillo Forlanini; Nosotras Onlus
e Associazione Trama di Terre



Coordinamento del progetto:

Federica Dolente – Associazione Parsec Ricerca e Interventi Sociali
In collaborazione con Parsec Coop. Soc.

Coordinamento redazionale:

Giorgia Serughetti – Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università di Milano-Bicocca

Hanno collaborato alla pubblicazione:

Maria Augusta Angelucci – Psicologa A.O. S. Camillo Forlanini

Tiziana Dal Pra – Trama di Terre

Sara Demurtas – Associazione Nosotras

Patrizia Farina – Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università di Milano-Bicocca

Isabella Mancini – Associazione Nosotras

Giovanna Scassellati Sforzolini – Medico Ginecologa A.O. S. Camillo Forlanini

Progetto grafico e impaginazione:

raffaelemirarchi.com

INDICE

OBIETTIVI E IMPIEGO DELLE LINEE GUIDA	p. 7
--	------

LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI p. 8

Cosa sono le Mutilazioni Genitali Femminili?	p. 9
Quanti tipi di Mutilazione Genitale Femminile?	p. 10
Perché si praticano le Mutilazioni Genitali Femminili?	p. 10
Diffusione della pratica nel mondo e in Italia	p. 11
La legislazione italiana	p. 14
Le conseguenze sociali e sanitarie delle MGF	p. 15

I MATRIMONI FORZATI p. 19

Cos'è il matrimonio forzato?	p. 19
La legislazione italiana	p. 20

PRATICHE TRADIZIONALI DANNOSE p. 22

Breve glossario informativo	p. 22
-----------------------------	-------

CONSIGLI PER OPERATORI E OPERATRICI

p. 24

L'accoglienza di donne potenziali vittime di MGF	p. 25
L'accoglienza di donne potenziali vittime di matrimoni forzati	p. 27
Donne in gravidanza dopo un matrimonio forzato	p. 27

COME IDENTIFICARE LE VITTIME DI MGF

p. 28

Le donne portatrici di MGF	p. 28
Le bambine a rischio	p. 30
I matrimoni precoci o forzati	p. 31

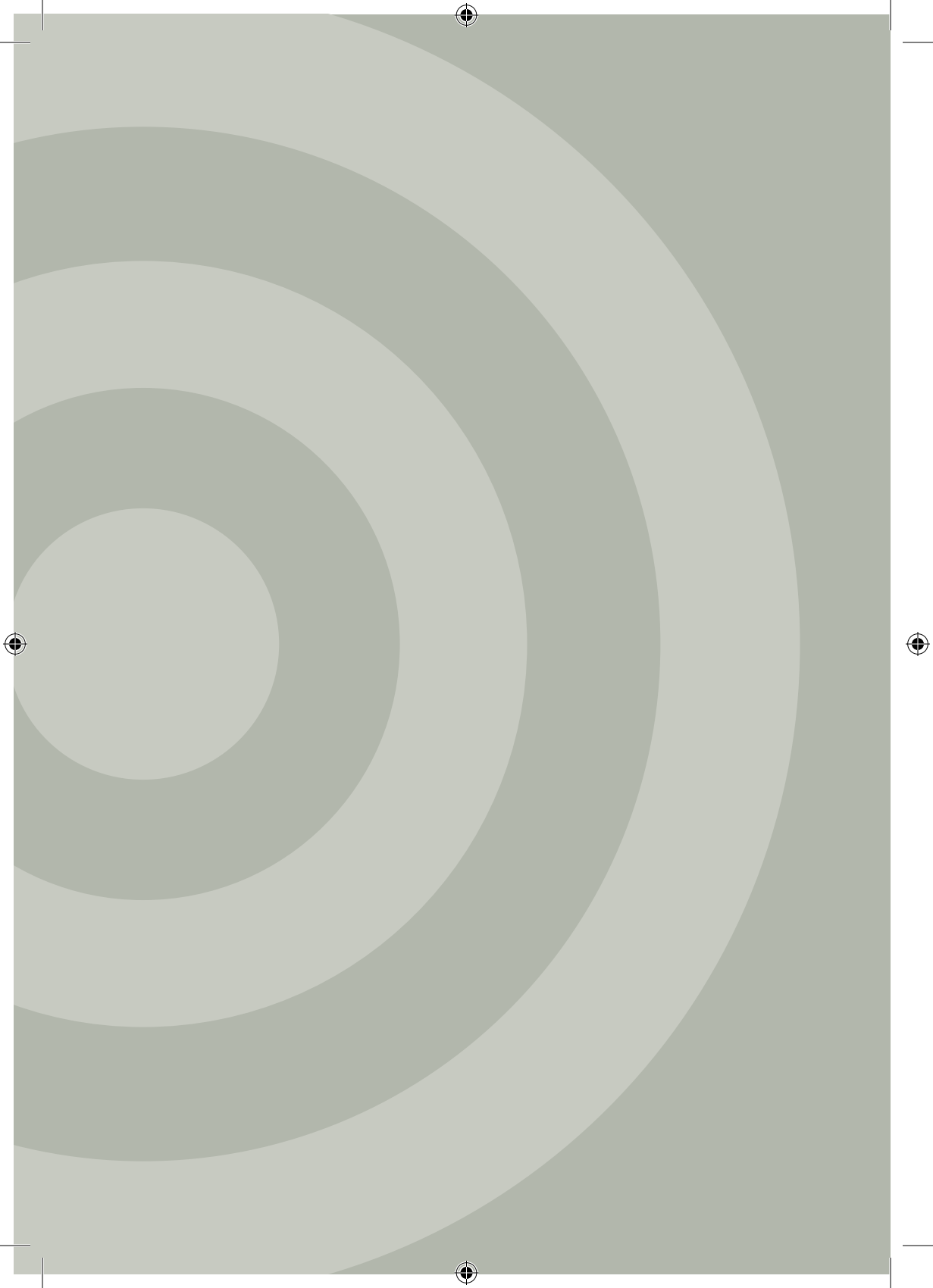
MGF E MATRIMONI FORZATI COME MOTIVI PER IL RICONOSCIMENTO DELLA PROTEZIONE INTERNAZIONALE

p. 34

La Convenzione di Ginevra e i documenti dell'UNHCR	p. 34
La Direttiva Qualifiche	p. 36

INDICAZIONI PER IL REFERRAL

p. 38



OBIETTIVI E IMPIEGO DELLE LINEE GUIDA

L'obiettivo generale delle presenti Linee guida consiste nel **fornire delle indicazioni** agli operatori dei **CPSA (Centri di primo soccorso e accoglienza)** **CDA (Centri di accoglienza)** e dei **CARA (Centri di accoglienza per richiedenti asilo)** impegnati nell'accoglienza dei e delle richiedenti asilo.

In particolare, attraverso le seguenti Linee guida s'intendono fornire **informazioni pratiche ed essenziali** sul modo in cui ci si debba comportare di fronte a presunte vittime di MGF, matrimoni forzati o altre pratiche dannose, e su come promuovere il loro accesso a risorse adeguate e sicure, nonché alla protezione internazionale per ragioni legate alla violenza subita.

Le mutilazioni genitali femminili e i matrimoni forzati sono infatti forme di violenza contro le donne basate sul genere che possono – se riferibili alla donna richiedente asilo – costituire atti di persecuzione ai sensi della **Convenzione di Ginevra delle Nazioni Unite** sullo statuto dei rifugiati del 1951, e della **Direttiva Qualifiche dell'Unione Europea**.

La **Convenzione del Consiglio d'Europa** sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (**Convenzione di Istanbul**) impegna le Parti a garantire che la violenza contro le donne basata sul genere, incluse le mutilazioni genitali femminili e il matrimonio forzato, possa essere riconosciuta come una **forma di persecuzione** ai sensi dell'articolo 1, lett. A, co. 2 della Convenzione relativa allo status dei rifugiati del 1951 e come una **forma di grave pregiudizio** che dia luogo a una protezione sussidiaria.

LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

Le Agenzie dell'ONU preposte alla promozione dei Diritti di salute riproduttiva – Organizzazione Mondiale della Sanità, **UNICEF e UNFPA** – dichiarano che:

“**la mutilazione genitale femminile** comprende tutte le procedure che includono la rimozione parziale o totale dei genitali femminili per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche”.

Attraverso le mutilazioni sessuali, la comunità mostra alle bambine e alle donne che il loro corpo non appartiene a loro. Le stesse sono dunque riconosciute internazionalmente come **una grave violazione dei diritti umani delle donne e delle ragazze, al pari delle torture**, le cui vittime necessitano di essere curate nella loro specificità, attraverso un approccio personalizzato.

Le mutilazioni genitali femminili sono annoverate dalla **Convenzione del Consiglio d'Europa** sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (**Convenzione di Istanbul**) tra le forme di violenza contro le donne basata sul genere, definita come una manifestazione dei rapporti di forza storicamente diseguali tra i sessi, che hanno portato alla dominazione sulle donne e alla discriminazione nei loro confronti da parte degli uomini e impedito la loro piena emancipazione, nonché come uno dei meccanismi sociali cruciali per mezzo dei quali le donne sono costrette in una posizione subordinata rispetto agli uomini.

Cosa sono le Mutilazioni Genitali Femminili?

Mutilazione Genitale Femminile è il termine che nel 1995 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha adottato per indicare tutte le procedure che comportano la rimozione parziale o totale, o altre lesioni arrecate ai genitali femminili esterni, per motivi culturali o altri motivi non terapeutici.

Esistono diversi termini per indicare le MGF:

- CF** Circoncisione Femminile
- MGF** Mutilazione Genitale Femminile (OMS, UNFPA, UNICEF)
- IGF** Incisione Genitale Femminile (UNFPA, USAID)
- MGF** Mutilazione Genitale Femminile/Incisione (UNICEF)
- E** Escissione
- EGF** Escissione Genitale Femminile

La parola “**mutilazione**”, descrittiva della pratica, rafforza la connotazione negativa legata alla violazione dei diritti delle donne e delle giovani. È accettata e compresa nella comunità internazionale e dalle associazioni di donne africane, ma è un termine che può creare disagio in chi invece crede, in buona fede, nella correttezza di queste pratiche finalizzate alla crescita e all'accettazione sociale delle proprie figlie così come deve fare un “buon genitore”.



Nel presente manuale sarà tuttavia adottato il termine **Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)**, coerentemente con i livelli di consapevolezza raggiunti da molte donne dei Paesi in cui queste pratiche sono diffuse, avendo nello stesso tempo rispetto per chi ancora vive secondo la tradizione.

Quanti tipi di Mutilazione Genitale Femminile?

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito una precisa classificazione dei diversi tipi di MGF.

Tipo I. Clitoridectomia:

rimozione parziale o totale del clitoride e/o del prepuzio clitorideo.

Tipo II. Escissione:

rimozione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra con o senza asportazione delle grandi labbra.

Tipo III. Infibulazione:

Restringimento dell'orifizio vaginale con chiusura ermetica coprente creata tagliando e avvicinando le piccole e/o le grandi labbra, con o senza escissione del clitoride.

Tipo IV. Altri:

Altri interventi dannosi sui genitali esterni a fini non terapeutici (puntura-pricking, piercing, incisione, cauterizzazione).

Perché si praticano le Mutilazioni Genitali Femminili?

Esistono molte ragioni che vengono addotte per la perpetuazione della pratica: **un insieme di miti, convinzioni, codici di condotta e valori**, che alcuni collegano a dettami religiosi, altri ad istituti tradizionali tramandati nel corso dei secoli.

Le MGF, tra le comunità che le praticano, sono considerate una tradizione molto antica da perpetuare.

In contesti di immigrazione **l'osservanza della tradizione** è un mezzo di difesa e conservazione dell'identità e dell'appartenenza di gruppo, e l'interpretazione e l'applicazione delle MGF possono diventare anche più severe.

Esistono **diversi tipi di giustificazioni**, che cambiano da paese a paese, per le comunità che praticano le MGF:

- Cultura e tradizione
- Richiesta della religione
- Onore della famiglia
- Assicurano la rispettabilità
- Igiene (pulizia)
- Purificazione
- Proteggono la verginità
- Aumentano le opportunità di matrimonio

Allo stesso modo esistono alcune **false credenze** legate alla riproduzione di queste pratiche, secondo le quali esse:

- Aumentano la fertilità
- Facilitano il parto
- Prevedono la promiscuità
- Aumentano il piacere sessuale del marito
- Prevedono parti di feto morto
- Curano certe malattie e disturbi

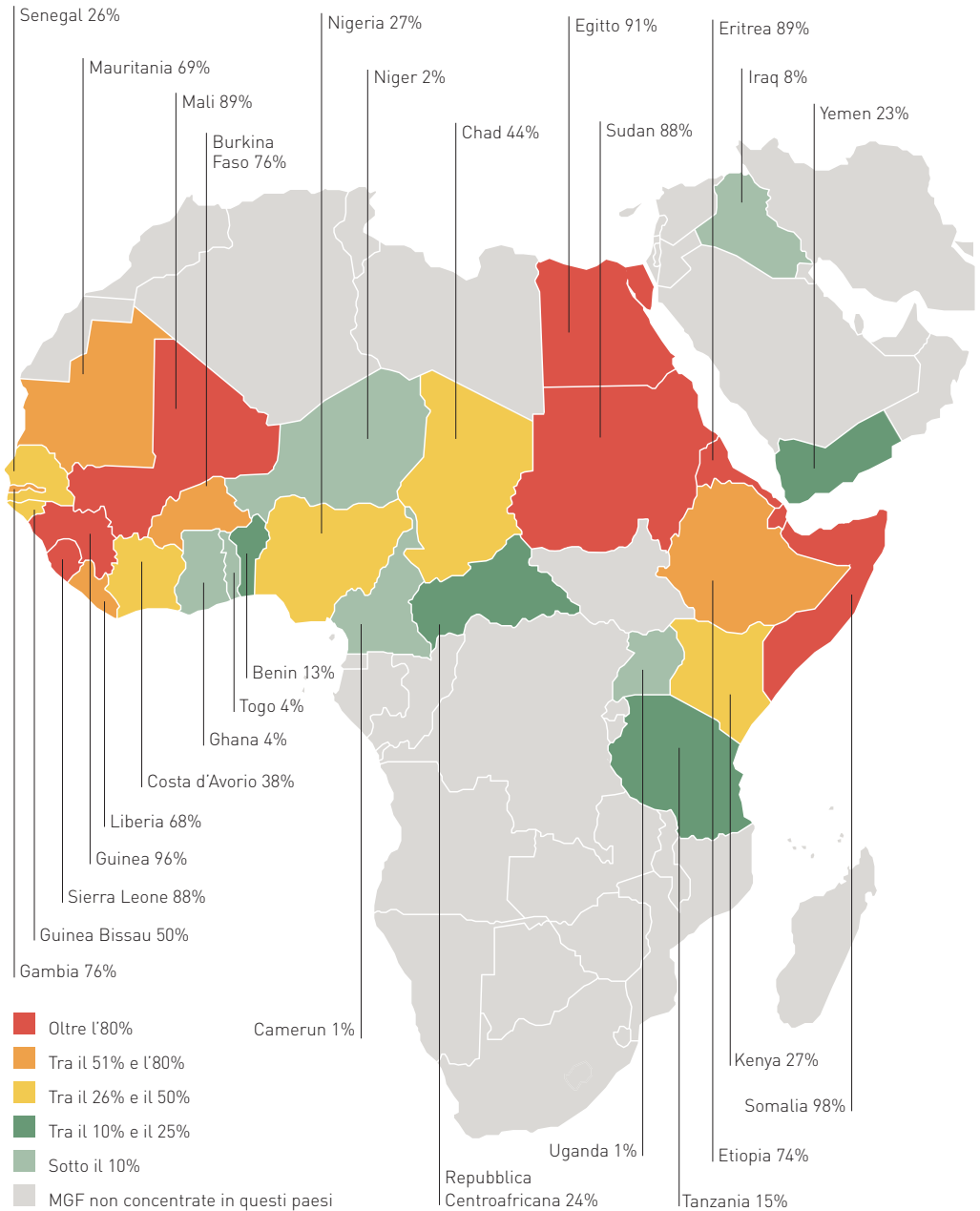
Diffusione della pratica nel mondo e in Italia

In Italia si stima in un intervallo **tra 60.000 e 81.000** il numero di donne attualmente presenti che sono state sottoposte durante l'infanzia a una forma di mutilazione genitale. Il gruppo maggiormente colpito è quello **nigeriano** che, insieme a quello **egiziano**, costituisce oltre la metà del collettivo stimato.

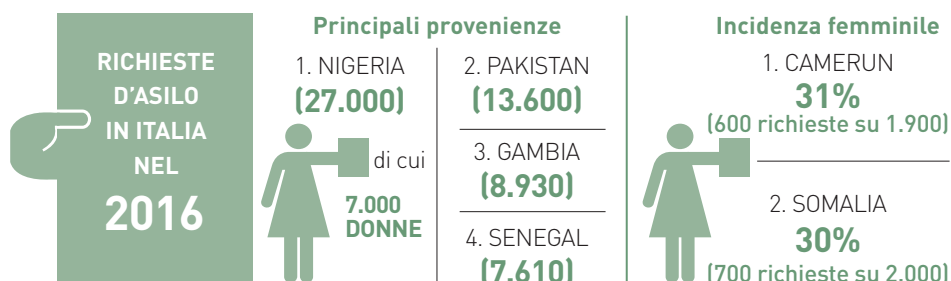
La presenza di un così elevato numero di ultra-quindicenni mutilate – di cui una cospicua parte nell'ambito di flussi di tipo umanitario – segnala la necessità di implementare sia azioni di assistenza che di prevenzione. Queste cifre non comprendono infatti le bambine a rischio di essere sottoposte a mutilazioni genitali¹.



MGF per paese tra le donne d'età 15-49 anni



Data la presenza numericamente consistente di persone provenienti da paesi a rischio MGF all'interno della popolazione di richiedenti asilo e rifugiati, in Italia e nell'Unione Europea – tra questi la **Nigeria (dove le MGF hanno una prevalenza stimata del 27% tra le donne d'età 15-49 anni)**, ma una prevalenza che raggiunge il 70-80% in alcuni stati), l'**Eritrea (89%)**, la **Somalia (98%)**, il **Gambia (76%)**, la **Guinea (96%)**, la **Costa d'Avorio (38%)**, il **Sudan (88%)**, il **Senegal (26%)**, il **Mali (89%)**² – è ragionevole supporre che le sopravvissute alla pratica (survivors) rappresentino una larga proporzione delle donne che chiedono protezione.



L'Italia ha visto negli ultimi anni un numero crescente di arrivi via mare, stimati in **181.500 persone nel 2016**, e ha conosciuto un forte aumento di nuove richieste di asilo: nel 2016 è stato il terzo paese destinatario nell'UE, con **123.000 nuove domande**, rispetto alle 83.200 presentate nel 2015. Tra i paesi d'origine, il primo è la **Nigeria, con circa 27.000 richieste**. Gli altri quattro principali paesi di origine dei richiedenti asilo sono il **Pakistan (13.660)**, il **Gambia (8.930)**, il **Senegal (7.610)** e la **Costa d'Avorio**.

La **Nigeria** conta la presenza femminile più numerosa, con **più di 7.000 richiedenti asilo donne**. Nonostante ciò, l'incidenza femminile più alta tra i richiedenti asilo si registra per il **Camerun** e la **Somalia**, dove le donne costituiscono rispettivamente il **31% (600 su circa 1.900)** e il **30% (700 su 2.000)**. Questo dato appare ancora più significativo se si considera che il Camerun e la Somalia non compaiono tra le prime 10 nazionalità dei richiedenti asilo. Infine, è importante segnalare il caso degli **eritrei** che hanno presentato **circa 7.400 richieste di asilo nel 2016**, un numero che è decuplicato rispetto alle poco meno di 700 domande del 2015³. L'Eritrea è il secondo paese per numerosità delle richieste di asilo presentate da donne, con un'incidenza sul totale pari a poco più del **27% (2.000 domande)**.

Non sono noti tuttavia i dati sul numero di donne e ragazze che chiedono asilo per aver subito o temere di subire MGF, e che lo ottengono grazie a questa motivazione.

La legislazione italiana

A partire dagli anni Novanta i governi, sia delle aree geografiche in cui la pratica è diffusa sia delle aree in cui la pratica rientra perché effettuata dalla popolazione immigrata, hanno iniziato ad intervenire nella lotta alle MGF con strumenti giuridici.

La maggior parte dei paesi, europei e extraeuropei, puniscono le MGF nella fattispecie di reati diversi, come quelli di lesioni aggravate, abusi e maltrattamenti nei confronti dei minori. L'Italia, invece, nel 2006 si è dotata di una legge specifica contro le MGF, la **legge 9 gennaio 2006 n. 7 “Disposizioni concernenti la prevenzione ed il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”**.

Questa normativa vuole impedire che le MGF vengano compiute in Italia e punire coloro che violeranno la legge praticandole:



Tutti coloro che provocano volontariamente o spingono qualcun altro a fare una **MGF** rischiano il **carcere da 4 a 12 anni**.

La pena è applicata a tutti i tipi di MGF (clitoridectomia, escissione, infibulazione).

Se si danneggiano le **funzioni sessuali** con una lesione dei genitali femminili di tipo diverso da quelle sopra citate, provocando un danno al corpo o alla mente la pena sarà tra **3 e 7 anni**.

Se la mutilazione o il danno è fatto a una **minorenne**, o è praticata a **fini di lucro**, cioè per trarre un guadagno dalla pratica, le pene sopra menzionate **aumentano di un terzo**.

Tutto questo è valido se commesso anche fuori dall'Italia da un cittadino Italiano o uno straniero che ha la residenza in Italia oppure viene commesso all'estero contro una cittadina Italiana o una straniera residente in Italia.

Le **pene contro i medici** che praticano una MGF prevedono una **sospensione dall'esercizio della professione che va da 3 a 10 anni**.

Le conseguenze sociali e sanitarie delle MGF

Le mutilazioni genitali femminili danneggiano gravemente la **salute psicofisica delle bambine e delle donne**, anche per l'uso di strumenti infetti e in genere per le scarse condizioni igienico-sanitarie in cui vengono effettuate.

Le donne con MGF hanno problemi durante le **mestruazioni** a causa della parziale o totale occlusione dell'orifizio vaginale, dovuto alla formazione di cicatrici e cheloidi secondari che insorgono per la lenta e incompleta cicatrizzazione della ferita associata a flogosi e a infezioni post operatorie.

Queste donne sono spesso affette da endometriti, vaginiti e cistiti ricorrenti. Le infezioni e i calcoli urinari sono molto frequenti e possono compromettere la funzionalità renale. Frequenti sono anche le fistole.

■ *La cura ginecologica delle donne con MGF*

In presenza di MGF la visita ginecologica appare **complessa e spesso percepita come invasiva**, specie nelle donne infibulate. Va quindi spiegato bene in che cosa consiste e come viene svolta. Si deve procedere solo dopo aver ottenuto, come da prassi, il consenso della donna, e qualora la paziente lo richieda, la visita si deve interrompere, specie se trattasi di prima visita ginecologica.

Tale visita può essere difficile, dolorosa, talvolta addirittura impossibile da effettuare; l'operatore, nell'effettuarla dovrà procedere con delicatezza, dimostrando **conoscenza e rispetto della cultura di appartenenza della donna e della pratica stessa**. Se questa provoca dolore eccessivo non dovrà insistere nell'effettuare la visita. Bisogna sempre assicurarsi che la donna abbia ben compreso quanto le viene comunicato.

Nella pratica clinica in ambito ostetrico-ginecologico si segnalano sentimenti di vergogna e imbarazzo che inducono le donne infibulate a rifiutare le visite ginecologiche al momento del parto. Spesso tale comportamento è conseguenza anche dell'atteggiamento di curiosità e sorpresa dell'operatore sanitario che le segue nelle varie fasi della vita riproduttiva.

È raccomandabile che il colloquio con la donna avvenga in presenza di un **interprete o mediatrice culturale**. In ogni caso dovrà tener conto delle possibili implicazioni **etiche, psicologiche e terapeutiche** e deve essere costantemente improntato al rispetto del principio della **tutela dell'autonomia della persona e del beneficio terapeutico**.

Tutti i programmi di screening per la prevenzione del cancro del collo e del corpo dell'utero e del seno dovrebbero prevedere specifiche strategie atte a coinvolgere le donne appartenenti a comunità di tradizione escissoria.

■ **La deinfibulazione**

È fondamentale offrire alla donna con MGF di tipo III la possibilità di accedere alla deinfibulazione presso una struttura sanitaria appropriata e competente, coinvolgendo anche il partner.

La deinfibulazione riduce le infezioni urinarie, i dolori mestruali, e i dolori nei rapporti sessuali. Facilita le visite ginecologiche e diminuisce l'incidenza di taglio cesareo al momento del parto.

La deinfibulazione non è un intervento complesso, è **eseguibile in regime di day surgery e quindi programmabile**, ma può richiedere per la donna un forte sostegno psicologico e culturale prima dell'intervento. Dopo aver fornito tutte le necessarie informazioni, anche tramite una **mediatrice linguistico-culturale** possibilmente della stessa etnia, è necessario accertarsi dell'avenuta comprensione, prima di acquisire il necessario consenso informato che la donna deve sottoscrivere prima dell'intervento.

Sarebbe opportuno che la donna deinfibulata in gravidanza venisse seguita nei vari controlli prenatali dalla stessa équipe di personale sanitario che ha praticato la deinfibulazione, per creare un ambiente confidenziale ed essere aiutata in caso di decisione di eseguire una episiotomia per facilitare il parto.

■ **MGF e gravidanza**

Nelle donne infibulate in gravidanza, oltre alla difficoltà di effettuare controlli ginecologici in quanto è impossibile introdurre lo speculum, si possono sviluppare infezioni urinarie e vaginali tali da compromettere la gravidanza stessa.

Durante il parto il tessuto reso anelastico dalla cicatrice può impedire la dilatazione del canale da parto e causare gravi problemi sia per la madre che per il neonato.

L'assistenza alla gravidanza e al parto dovrebbe effettuarsi con particolari accorgimenti per le donne con MGF, anche in considerazione del fatto che più facilmente si incontreranno complicanze. **Particolare importanza assume la prima visita** che sarebbe opportuno effettuare non appena accertato lo stato gravidico.

Durante i controlli in gravidanza di paziente infibulata, va sempre valutata con lei la possibilità di effettuare il parto per via vaginale tenendo conto dell'apertura

della vulva e di altre possibili complicazioni, informandola inoltre che il ricorso alla deinfibulazione in corso di travaglio comporta maggiori problemi poiché non tutti gli operatori hanno competenze in questo ambito.

Informazioni accurate e complete sulla visita ginecologica possono portare la donna a decidere di effettuare altre indagini diagnostiche ginecologiche di prevenzione e controllo, o in preparazione al parto (es. esecuzione del Pap test, ecografia pelvica addominale e/o transvaginale, ecc.).

Dal punto di vista informativo-educativo, in caso di feto o neonato di sesso femminile, durante i controlli i medici devono **informare e sensibilizzare la coppia sulla legge italiana che vieta la pratica delle MGF** a tutela della salute della madre e della bambina. In Italia è vietato per legge effettuare la reinfibulazione, ma è doveroso riparare le eventuali lacerazioni perineali.

■ **Aspetti psicologici**

Gli effetti psicologici delle MGF sono difficili da valutare dal momento che il vissuto delle bambine sottoposte alla pratica può variare in base al contesto e all'età.

Le mutilazioni genitali femminili possono **indebolire l'equilibrio psicologico** e causare traumi che pregiudicano l'equilibrio esistenziale delle ragazze, invalidando le loro relazioni affettive durante tutto l'arco della vita.

I motivi che mantengono viva questa pratica derivano da logiche patriarcali il cui comune denominatore consiste nella **mutilazione non solo del corpo ma anche della psiche della ragazza** che continua ad avere un ruolo sociale subalterno, di dipendenza psicologica, perpetuando così le disparità nelle relazioni di genere.

L'età relativamente elevata in cui le bambine vengono sottoposte alla pratica escissoria, l'assenza della preparazione e spiegazione, aumentano il **sentimento di rancore verso i genitori** che le hanno ingannate e tradite, in particolare verso le madri che non sono riuscite a proteggerle, insieme a sentimenti di vergogna, imbarazzo, umiliazione, disistima, coscienza della menomazione/mutilazione: non sono intera, mi manca qualcosa.

Alla percezione svalorizzante dell'essere donna si aggiunge la **paura del mestruo, della sessualità, del matrimonio, talvolta accentuata dalla diffusione del modello di donna occidentale**. Inoltre, si possono manifestare: repressione di emozioni come rabbia e dolore; paura degli estranei, di essere toccata, degli oggetti taglienti, delle operazioni, dei medici; sogni simbolici ricorrenti e incubi; fattori propri di una risposta emozionale classificabile nella sintomatologia descritta nel Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD - DSM4).

La pratica escissoria nel suo vissuto traumatico può esprimersi anche attraverso il corpo e nella letteratura scientifica internazionale è stato evidenziato che le donne sottoposte a mutilazioni hanno una maggiore incidenza di **disturbi psicosomatici** rispetto alle donne non escisse. La ferita genera un trauma che modifica il rapporto con il proprio corpo provocando disturbi nella sfera sessuale, e in genere nella vita relazionale privata e sociale.

Nel contesto migratorio la pratica delle MGF aumenta la frattura tra il perpetuarsi delle tradizioni e la loro trasformazione. Nei paesi di accoglienza la pratica delle MGF pone le donne migranti provenienti dalle zone a rischio di pratica escissoria di fronte a una situazione di **conflitto tra l'adesione alle pratiche proprie della cultura d'origine ed il rispetto delle norme in vigore nel paese di accoglienza**. Il loro vissuto emozionale si colloca in una zona di confine che è di per sé già culturalmente conflittuale, sebbene sia allo stesso tempo ricca di opportunità per modificare le pratiche tradizionali dannose.

Per la donna migrante la mutilazione può essere vissuta in maniera ambivalente: da un lato come un fatto normale proprio della sua identità culturale, importante per mantenere l'adesione alle proprie tradizioni, dall'altro come la spinta a manifestare una netta opposizione perché viene percepita come violazione del diritto all'integrità psicofisica e all'autodeterminazione.

Nelle giovani la coscienza della menomazione viene accentuata dal confronto con le coetanee dei paesi di accoglienza e rinforza il **sentimento di rabbia legato al sentirsi diversa**, generando così a catena sentimenti di ansia, fobie, senso di tradimento e perdita di fiducia nei confronti della propria madre. Una mancanza di autostima che nel lungo periodo può dare origine a nevrosi fobiche, attacchi di panico, e sintomatologie psicosomatiche invalidanti tutta la sfera della salute riproduttiva e della vita sessuale.

Per il trattamento di queste sintomatologie la **psicoterapia etno-sistemico-narrativa** può dare buoni risultati.

¹ Le stime sono state effettuate dall'équipe di ricerca guidata da Patrizia Farina nell'ambito del progetto Daphne MGF-Prev coordinato dall'Università di Milano-Bicocca.

² UNICEF Female Genital Mutilation/Cutting: What might the future hold?, 2013.
<http://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-cutting-whatmight-the-future-hold-.html>

³ Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

I MATRIMONI FORZATI

Cos'è il matrimonio forzato?

Per matrimonio forzato, secondo la definizione della **Convenzione di Istanbul**, si intende “**l’atto intenzionale di costringere un adulto/a o un bambino/a a contrarre matrimonio... il fatto di attirare intenzionalmente con l’inganno un/una adulto/a o un bambino/a sul territorio di una Parte o di uno Stato diverso da quello in cui risiede, allo scopo di costringerlo a contrarre matrimonio**” (art. 37).



Le vittime di matrimoni forzati hanno in maggioranza dai **13 ai 30 anni** sia nel paese d'origine che in Italia



Violenze domestiche subite: **fisiche sessuali verbali segregazione pressione mentale e sociale limitazioni nella vita quotidiana**

Il matrimonio forzato è una pratica che va oltre le frontiere di religione e di appartenenza culturale e anche oltre le barriere di classe o di casta, colpendo in ugual modo donne giovani o giovanissime. L'età delle vittime va **nella maggioranza dei casi dai 13 ai 30 anni**. Quello che ragazze e giovani donne possono subire, sia nei paesi d'origine sia sul territorio italiano, si manifesta in forma di **violenza domestica**: violenza fisica e sessuale ma anche violenze verbali, segregazione, pressione mentale e sociale a cominciare dal ricatto affettivo; limitazioni nella vita quotidiana che colpiscono la libertà di movimento o di abbigliamento, le scelte nel campo dell'istruzione e del lavoro.

Le vittime **sono soggette ad abusi** da parte dei familiari, dei parenti d'origine o acquisiti, dei fidanzati imposti. La pressione può venire inoltre tanto dalla famiglia d'origine quanto dall'intera "comunità" a cui la famiglia sente di appartenere e di dovere dare conto, in Italia o all'estero. Si tratta perlopiù di sottili condizionamenti che implicano una coercizione emotiva e sociale che le fa vivere **in allarme e con un costante senso di colpa**. È su di loro infatti che poggia interamente "l'onore" della famiglia e a volte quello dell'intera comunità. Talora queste donne vengono fatte sposare per procura o dietro corresponsione di una dote, in uno scambio denaro/proprietà. Vi sono giovani e giovanissime costrette a sposare uomini molto più grandi o comunque non adatti, con lo scopo di elevare lo status sociale della famiglia o talvolta per sbarazzarsi di ragazze giudicate ribelli. **Tutto in nome dell'onore familiare**, che può arrivare fino a giustificare la commissione di delitti contro chi non accetta queste imposizioni.

Non esistono in Italia statistiche ufficiali che evidenzino le proporzioni del problema. Anche dove si raccolgono i dati relativi alla violenza domestica o agli abusi sulle minori, i casi di matrimonio forzato o di altre pratiche dannose o discriminatorie sono raramente individuati e comunque non vengono classificati in una categoria specifica. Eppure molte di queste vicende si presentano nell'ambito di problematiche che coinvolgono agenzie sia educative che sanitarie.

La legislazione italiana

La legislazione italiana non contiene riferimenti espliciti al "matrimonio forzato". Tuttavia, consente di affrontare questo reato attraverso altri strumenti giuridici, in particolare la previsione del **reato di maltrattamenti in famiglia (art. 572 del Codice Penale)**.

Va ricordato però che l'Italia ha ratificato la **Convenzione di Istanbul il 27 giugno 2013 (Legge n. 77)**. L'articolo 42 della Convenzione di Istanbul si intitola **Giustificazione inaccettabile dei reati, compresi quelli commessi in nome del cosiddetto "onore"** e così recita:

“

...qualsiasi atto di violenza che rientra nel campo di applicazione della presente Convenzione, la cultura, gli usi e costumi, la religione, le tradizioni o il cosiddetto "onore" **non possano essere adottati come scusa per giustificare tali atti**. Rientrano in tale ambito, in particolare, le accuse secondo le quali la vittima avrebbe trasgredito norme o costumi culturali, religiosi, sociali o tradizionali riguardanti un comportamento appropriato...

”

È importante richiamare anche **l'articolo 5 della Convenzione**, rispetto ai doveri dello Stato italiano di intervenire in casi di matrimoni forzati o di pratiche dannose e discriminatorie commesse in nome del cosiddetto "onore", in quanto tutti gli organismi dovranno garantire standard professionali e procedure che vedano come prioritaria la assoluta sicurezza e riservatezza delle donne e delle loro identità anagrafiche; favoriscano la loro volontà riguardo alla decisione di avviare o meno pratiche per vie legali in sede civile o penale; garantiscano il rispetto della parità di genere e di assoluta imparzialità e non discriminazione sulla base dell'origine etnica o di altri elementi afferenti alla loro provenienza.

PRATICHE TRADIZIONALI

DANNOSE

La malattia, presso alcune comunità viene concepita come il risultato della rottura di un equilibrio interno all'individuo, o tra esso e l'ambiente in cui vive, reale o immaginario. E da sempre la medicina tradizionale riempie lo spazio della prevenzione e cura delle malattie.

Le Pratiche Tradizionali sono modi abituali di agire di una persona, di gruppo o di una comunità, fondati sulla tradizione. Numerose di queste sono **inutili e nocive per la salute**.

Breve glossario informativo⁴

Ablazione dell'ugola: Numerose sono le motivazioni che giustificano la pratica, dalla cura dell'affaticamento nell'adulto a quella preventiva di malattie neonatali. Viene fatta a qualsiasi età.

Matrimonio e maternità precoci: Le motivazioni che giustificano i matrimoni precoci, prima dei diciotto anni, sono numerose e differenziate da Paese a Paese, da cultura a cultura.

Alimentazione forzata: Una alimentazione forzata che serve a far acquisire alla donna peso che corrisponde a bellezza e benessere. Tra le conseguenze segnalate stress e diabete.

Tabù alimentari: Vengono imposti alcuni alimenti o vietati altri per credenze popolari. Ad esempio può essere proposto il latte cagliato per avere gravidanze ravvicinate, non vengono date uova perché altrimenti i bambini diventeranno dei ladri etc;

Estrazione dei denti di latte e degli alveoli: Si pratica come protezione nei confronti del bambino e della famiglia soprattutto per prevenire la povertà.

Toccamenti col fuoco: Pratica effettuata soprattutto su bambini, consiste nel picchiare la fronte, stomaco, petto e schiena con un ferro arroventato dal fuoco. La pratica viene fatta per prevenire la diarrea, la malnutrizione ma anche l'asma. Le conseguenze possono essere infezioni o la formazione di cheloidi.

Sanguinamenti: Pratica che consiste nella scarnificazione con materiali tradizionali come corna di animali, punteruoli. Può essere effettuata come pratica di identificazione tribale o per curare cefalee, lombalgie, vertigini. Le conseguenze possono essere anche gravi come emorragia, anemie, infezioni.

Svezzamento precoce: Interruzione dell'allattamento in modo precoce effettuato per evitare che la nuova nata abbia in futuro gravidanze prima del matrimonio. La pratica può avere gravi conseguenze fino al decesso del neonato.

Tatuaggio: Marcatura di parti del corpo con materie coloranti della pelle: è effettuato per motivazioni estetiche o di identità culturale ma può avere come conseguenza infezioni e febbri.

Dalle pratiche tradizionali dannose vanno distinte le pratiche tradizionali benefiche (PTB). In tutte le comunità esistono pratiche, come quelle appena descritte, che sono negative, e altre invece che sono positive. Tra queste alcune comuni come la promozione della coesione sociale, della solidarietà, dello sviluppo e, in senso ampio, del benessere della società.

Tra le **pratiche positive** si individuano, nella tradizione di numerosi Paesi africani, le seguenti:

- ▶ **Allattamento materno**
- ▶ **Trasporto del bambino sulla schiena**
- ▶ **Pratica di 40 gg di riposo (o Quarantena) dopo il parto**

⁴ Queste definizioni sono state elaborate grazie alla collaborazione di Nosotras Onlus con l'organizzazione non governativa nigerina Coniprat, impegnata nello sradicamento delle pratiche rituali dannose alla salute delle donne, delle bambine e dell'infanzia in genere. Il Coniprat cerca di agire anche sul quadro legislativo nazionale, dialogando con le autorità e le istituzioni locali.

CONSIGLI PER OPERATORI E OPERATRICI

Si raccomanda che operatori e operatrici dei centri di prima accoglienza per richiedenti asilo:

- ▶ **sappiano conoscere e valutare i fattori di rischio** rispetto alle pratiche di MGF e ai matrimoni forzati nei paesi di provenienza di donne e bambine che arrivano in Italia;
- ▶ **sappiano fornire informazioni in merito al diritto** per le vittime di presentare una richiesta di asilo basata sul genere, perché la violenza contro le donne è riconosciuta come una forma di persecuzione;
- ▶ **sappiano che esistono**, nel rispetto del principio del **non-refoulement**, misure perché le donne vittime di violenza, indipendentemente dal loro status, non siano rinviate verso un paese dove la loro vita potrebbe essere esposta al rischio di torture o di trattamenti inumani e degradanti (**art. 61 della Convenzione di Istanbul**).

Alle donne deve essere garantito un regolare e tempestivo accesso alla informazione e formazione sui loro diritti in una lingua a loro comprensibile.

Gli operatori e gli operatrici devono essere consapevoli che aver subito o temere di subire una mutilazione genitale femminile o un matrimonio forzato può costituire una ragione per il riconoscimento della protezione internazionale (Vedi: *MGF e matrimoni forzati come motivi per il riconoscimento della protezione internazionale*).

L'accoglienza di donne potenziali vittime di MGF

Ogni bambina, ogni donna, al di là di ogni tradizione e convenzione, è portatrice di un diritto alla salute e all'integrità della propria persona.

Conoscere le tradizioni e le pratiche tipiche di altre culture è un elemento fondamentale per la costruzione di una relazione paritaria tra operatori/trici e ospiti delle strutture, tenendo sempre presenti quelli che sono i **principi universali di tutela dei diritti umani delle donne, dei bambini e delle bambine**.

Conoscere queste tradizioni nella loro giusta dimensione, evitare stigmatizzazioni e/o criminalizzazioni aiuta a predisporre il terreno per un dialogo che veda accolte le donne che di queste pratiche sono state vittime.

È importante che anche gli operatori/trici dell'accoglienza per donne richiedenti asilo siano preparati ad affrontare queste problematiche, informati sull'esistenza di queste tradizioni e sappiano offrire alle donne portatrici di MGF l'assistenza necessaria.

Il colloquio deve tener conto delle possibili **implicazioni etiche, psicologiche e terapeutiche**, dovrebbe avvalersi della mediazione culturale e deve essere costantemente improntato al rispetto del principio di autonomia della persona e a quello del suo beneficio.

Nella conduzione di un colloquio con donne che possono essere state oggetto di MGF occorre tenere un atteggiamento di equilibrio senza pregiudizio e giudizio né del fenomeno né della cultura di provenienza, senza dare per scontato che tutte le donne, anche quelle di Paesi a più alta percentuale di MGF, siano state sottoposte alla pratica.

Partendo dalla conoscenza del fenomeno si deve inoltre pensare che molte possono non essere consapevoli delle mutilazioni avvenute sul proprio corpo (soprattutto quelle di primo tipo).

Tenendo conto del fatto che **la sessualità rimane un tabù in numerose comunità**, l'approccio di verifica del benessere e della salute riproduttiva della donna può fornire degli elementi per capire se essa sia stata oggetto di MGF.

In questa fase di primo colloquio, dunque, si raccomanda di:

- ▶ **individuare gli elementi di provenienza** della donna sia geografici che di appartenenza tribale e culturale;
- ▶ **comprendere se la donna ha una minima formazione** scolastica e di conoscenza primaria del suo corpo.

Una volta compresi questi due elementi affrontare con la donna il discorso sulle **possibili pratiche tradizionali** presenti nella sua cultura e legate ai riti di passaggio e/o purificazione. Questo permetterà di capire con quale **terminologia** la donna identifica il fenomeno e quindi relazionarsi con lei per poter individuare quale tipo di pratica le è stata effettuata. Una volta instaurata una **relazione di fiducia e confidenza** si può procedere con domande più specifiche concernenti, ad esempio, la regolarità del ciclo mestruale, i possibili dolori durante il ciclo e/o durante i rapporti sessuali, come si sono svolte eventuali gravidanze e parti.

Al fine di migliorare la capacità di individuare potenziali vittime di MGF, si raccomanda l'utilizzo della Scheda di valutazione del rischio allegata al presente manuale (Vedi: *Come identificare le vittime di MGF*).

● **Cose da fare:**

- ▶ **Informare la donna** sui propri diritti e sull'andamento del colloquio che si va a realizzare;
- ▶ **Utilizzare un linguaggio semplice**, chiaro, senza uso di aggettivi che possano indicare giudizio rispetto alla cultura di provenienza della donna;
- ▶ **Svolgere il colloquio in un luogo protetto** e con personale femminile (inclusa la mediatrice linguistico-culturale, formata sull'argomento).

● **Cose da non fare:**

- ▶ **dare per scontato** cosa siano le MGF e che le si consideri una pratica negativa;
- ▶ **utilizzare un linguaggio aggressivo e/o stigmatizzante;**

- ▶ **svolgere il colloquio in più persone**, o senza la presenza di una donna;
- ▶ **rivolgersi a un uomo** per la mediazione.

L'accoglienza di donne potenziali vittime di matrimoni forzati

Tutti i colloqui con la donna devono avvenire in **forma riservata rispettando la massima confidenzialità**. Per il colloquio è fondamentale **non avvalersi mai dei parenti, di amici o di mediatori appartenenti alla comunità di riferimento** come interpreti perché questo impedirebbe alla donna di esprimersi liberamente sulla situazione di violenza subita e le impedirebbe di chiedere direttamente aiuto.

Il colloquio deve tenersi sempre in un luogo che sia da lei **percepito come sicuro**. Nel colloquio devono essere presi in considerazione e valutati tutti i fattori di rischio.

Alla donna devono essere spiegate, sinteticamente e con chiarezza, le **possibilità di aiuto di cui si può avvalere, e le soluzioni possibili dal punto di vista legale**.

Donne in gravidanza dopo un matrimonio forzato

Nel caso in cui la donna abbia scelto di tenere un bambino nato come conseguenza del matrimonio indesiderato, al percorso di protezione si affianca quello di **accompagnamento alla maternità**. La solitudine, i sensi di colpa, la nostalgia di una "comunità familiare", anche se violenta e irrispettosa, potrebbero avere effetti devastanti per la salute psicofisica della donna.

Occorre tenere in considerazione che, **fino al compimento di sei mesi di età da parte del minore, è necessario adottare misure di sicurezza stringenti**: infatti è questo il limite temporale in cui il padre potrebbe avere interesse a rintracciare e riconoscere il minore al fine di ottenere la regolarizzazione sul territorio italiano se entrato irregolarmente.

Al fine di migliorare la capacità di individuare potenziali vittime di matrimoni forzati, si raccomanda l'utilizzo della Scheda di valutazione del rischio allegata al presente manuale (Vedi: *Come identificare le vittime di matrimoni forzati*)

COME IDENTIFICARE LE VITTIME DI MGF

Per la valutazione del rischio di MGF si è predisposta una scheda capace di differenziare le donne portatrici di mutilazione e le giovani a rischio di mutilazione. Questa differenziazione è fondamentalmente organizzata sulla base dell'età anagrafica in congiunzione all'età prevalente alla mutilazione nel paese di origine.

La scheda non ha la pretesa di fornire un'indicazione certa sulle condizioni di donne e bambine, ma di indicare la possibilità più o meno intensa che ci si debba confrontare con una donna o una bambina portatrice di mutilazione. Inoltre, la identificazione di una età al rischio di mutilazione consente sia di "trattare" le minori secondo i bisogni specifici di chi ha subito una mutilazione, sia e soprattutto di agire sul contesto familiare per prevenirla.

Le donne portatrici di MGF

Il set di indicatori necessari alla determinazione di un punteggio di probabilità di relazionarsi con una **donna portatrice di MGF – posto da 1 a 6 ed eventualmente riclassificabile in alto, medio, basso** - si avvale di informazioni reperite nei paesi di provenienza e riferibili:

- ▶ Alla prevalenza stimata come rapporto fra il numero di donne portatrici di MGF di **età 15-49** anni e il numero di donne della stessa fascia di età (%).
- ▶ All'evoluzione nel tempo del fenomeno. L'indicatore di riferimento distinto in tre modalità (calo forte, discreto, debole) è stato generato confrontando la prevalenza MGF nei paesi di origine delle generazioni meno giovani (45-49 anni) con quella delle più giovani (15-19 anni), età comunque posteriore al potenziale intervento mutilatorio. Questo indicatore ha la funzione di rinforzare o attenuare il valore di rischio attribuito. Se la tendenza è fortemente in declino e le donne hanno **meno di 30 anni** allora è possibile che la prevalenza sia ridotta di un quarto (**forte calo**), **fra il 10-20% (discreto)**, o **sia irrilevante (nessuno)**. L'esito combinato delle informazioni è riportato nella scheda sottostante.

Prevalenza MGF fra le donne di età 15-49 per paese di origine, individuazione del rischio

PROVENIENZA	MGF (%)	TENDENZA AL CALO	RISCHIO	
Somalia	98	NESSUNA	6	ALTO
Guinea	97	NESSUNA		
Djibuti	93	NESSUNA		
Sierra Leone	90	DISCRETA		
Mali	89	NESSUNA	5	
Egitto	87	DISCRETA		
Sudan	87	DISCRETA		
Eritrea	83	DISCRETA		
Nigeria* Stati: Imo, Ebonyl, Osun, Oyo	70-80			
Senegal* Aree del sud	70-80			
Burkina Faso	76	FORTE		
Gambia	75	NESSUNA	4	MEDIO ALTO
Senegal* Etnie: Madingue, Soninke	70			
Etiopia	74	DISCRETA		
Ghana* Aree: Regioni del nord	75			
Curdi irakeni	70	FORTE		
Mauritania	69	DISCRETA		
Liberia	50	FORTE	3	
Benin* Etnie: Bariba, Peul,; Area Borgou	50	FORTE		
Senegal* Etnie: Diola, Poular	40-50			
Guinea-Bissau	45	NESSUNA		
Nigeria* Stati: Edo (Benin City); Lagos, Ondo, Delta; Kano; Kwara, Enugu	30-50			
Nigeria* Etnie: Ekoi, Igbo, Yoruba	30-50			
Chad	44	DISCRETA		
Costa d'Avorio	38	DISCRETA		
Nigeria	25	FORTE	2	MEDIO BASSO
Senegal	25	DISCRETA		
Repubblica centrafricana	24	FORTE		
Kenya	21	FORTE		
Yemen	19	DISCRETA		
Tanzania	15	FORTE		
Benin	9		1	
Iraq	8			
Togo	5			
Ghana	4	NON SIGNIFICATIVO		
Niger	4			
Cameroon	1			
Uganda	1			

L* definisce le specificità, altrimenti il dato è nazionale




Alcuni paesi appaiono più volte per l'importanza dell'etnia o dell'area di provenienza (spesso coincidenti)

Le bambine a rischio

Poche nazionalità, ma molte delle quali con elevata prevalenza, mutilano le figlie prima del compimento del quinto anno d'età, non di rado nel primo anno. Per contro sono molto poco frequenti mutilazioni in età successiva ai 10 anni, a parte per le donne provenienti dalla Repubblica centrafricana e in parte dall'Egitto. In effetti la gran parte delle bambine viene mutilata entro i 9 anni, ciò che consente a operatori e operatrici che lavorano nell'accoglienza e nella cura di donne migranti e richiedenti asilo di mettere in atto interventi di informazione e di prevenzione.

Conoscendo l'età escissoria prevalente al paese di origine è possibile agire nei confronti delle bambine e soprattutto nei confronti dei genitori a fini preventivi.

Proporzione di donne mutilate per classi d'età alla mutilazione e provenienza

 Molto precoce <5		 Precoce <9*		 Tardiva 10-14	
Yemen	100%	Burkina Faso	91%	Rep. Centrafricana	52%
Mali	89%	Somalia	88%	Sierra Leone	37%
Ghana	83%	Etiopia	86%	Kenya	30%
Nigeria	82%	Djibouti	84%	Egitto	29%
Mauritiana	81%	Benin	84%	Tanzania	21%
Niger	76%	Costa d'Avorio	83%		
Senegal	74%	Gambia	83%		
		Niger	83%		
		Guinea	82%		
		Sudan	74%		
		Egitto	71%		
		Chad	71%		
		Togo	68%		
		Tanzania	68%		
		Eritrea	68%		
		Iraq	67%		
		Guinea-Bissau	62%		
		Kenya	52%		

*Sono escluse le nazionalità che mutilano in più del 74% dei casi prima dei 5 anni (colonna a sinistra)

I matrimoni precoci e forzati

La valutazione del rischio di matrimoni forzati consente procedure meno quantificabili di quelle relative alle MGF e non può quindi essere circoscritta alla mera ricostruzione di un punteggio. Mancano statistiche ufficiali nei paesi d'origine, e le motivazioni che spingono i genitori al matrimonio delle proprie figlie implicano uno sguardo più articolato e statisticamente meno trattabile.

Possiamo usare tuttavia come riferimento **i dati sul matrimonio precoce forniti dalle Nazioni Unite**, quale indicatore di popolazioni nelle quali può essere presente anche la pratica del matrimonio forzato.

In questo modo si può costruire una sorta di "allerta" in relazione all'età della bambina/giovane in ingresso, a chi eventualmente la accompagna, alla propensione ai matrimoni precoci e ai tassi di fecondità accertati nel paese di provenienza nonché alle condizioni di vita delle zone da cui proviene (calamità, conflitto, altro).

Anche in questa circostanza viene definito un **livello di allerta** di maggiore o minore importanza in relazione alla combinazione di queste caratteristiche.

La graduatoria certificata dalle Nazioni Unite (UNFPA) rivela che le **spose bambine** in alcuni paesi **superano il**

20% 

e che una **percentuale** tra

2/3 e **3/4**

è coniugata entro i

18 anni,

un'età comunque precoce.

Un indicatore di supporto alla costituzione della famiglia precoce è costituito dai tassi di fecondità delle giovani fra 15 e i 19 anni. Questo indicatore di supporto indica come prevedibile che nei paesi interessati da consistenti contingenti di matrimoni delle bambine il tasso di fecondità è decisamente elevato, ma anche che la maternità precoce è frequente fra i coniugati entro i 18 anni.

Rischio di matrimoni precoci per paese e classi d'età



PAESE / UNITÀ DI MISURA	Matrimoni ad età <15 anni	Matrimoni entro i 18 anni	Madri entro i 19 anni	RISCHIO
Repubblica centrafricana	29	68	229	Molto alto: almeno il 20% delle bambine
Chad	29	68	203	
Niger	28	76	206	
Guinea	21	52	146	
India	18	47	28	Alto: 10-20% delle bambine
Bangladesh	18	59	113	
Nigeria	17	43	122	
Etiopia	16	41	71	
Mali	14	34	71	
Mauritania	14	34	71	
Sierra Leone	13	39	125	
Eritrea	13	41	76	
Cameroon	13	38	119	
Madagascar	12	41	76	
Benin	11	26	94	
Uganda	10	40	140	
Costa d'Avorio	10	33	129	
Burkina Faso	10	52	132	
Yemen	9	32	80	Basso: 6-9% delle bambine
Senegal	9	32	80	
Malawi	9	46	136	
Liberia	9	36	149	
Gambia	9	30	88	
Somalia	8	45		
Afghanistan	8	35	78	
Tanzania	7	37	95	
Sudan	7	33	87	
Guinea-Bissau	7	22	106	
Togo	6	22	106	
Iraq	5	24	82	Molto basso: 1-5% delle bambine
Ghana	5	21	65	
Kenya	4	23	96	
Syria	3	13	54	
Pakistan	3	21	44	
Egitto	2	17	56	
Djibouti	2	5	21	

I paesi di provenienza presi in considerazione sono diversi nelle due schede di valutazione del rischio perché, pur essendo entrambe pratiche dannose, MGF e matrimoni precoci non sono correlati.

Inoltre, l'elenco dei paesi non comprende solo le nazionalità che attualmente compongono la popolazione dei richiedenti asilo, perché alle nazionalità prevalenti oggi potrebbero aggiungersene altre per le quali il fenomeno è particolarmente rilevante.

Fonti statistiche

DHS Program Demographic and Health Survey: <https://dhsprogram.com/>

Unicef: <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-cutting-country-profiles/>

UNFPA: <http://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard>

Girls not brides: <https://www.girlsnotbrides.org/where-does-it-happen/>

Ministero interno: <http://www.interno.gov.it/sala-stampa/dati-e-statistiche/sbarchi-e-accoglienza-dei-migranti-tutti-i-dati>

MGF E MATRIMONI FORZATI COME MOTIVI PER IL RICONOSCIMENTO DELLA PROTEZIONE INTERNAZIONALE

La Convenzione di Ginevra e i documenti dell'UNHCR

La definizione di rifugiato prevista dall'art. 1, lett. A, co. 2 della Convenzione di Ginevra e dal successivo Protocollo del 1967 prevede che sia considerato rifugiato colui (o colei) che "temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova al di fuori del Paese di cui è cittadino e non può o non vuole, a causa di questo timore, avvalersi della protezione di questo Paese, ovvero che, non avendo la cittadinanza e trovandosi fuori dal Paese in cui aveva residenza abituale a seguito di tali avvenimenti non può o non vuole tornarvi per il timore di cui sopra".

Al fine di fornire una guida interpretativa per l'applicazione dell'articolo 1A(2) della Convenzione del 1951 e del Protocollo del 1967, l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) ha emesso nel corso degli anni una serie di Linee guida e Note orientative in materia di protezione internazionale che costituiscono strumenti essenziali per governi, professionisti legali, decision-maker e magistratura.

Di particolare rilievo per il riconoscimento della protezione internazionale alle vittime di MGF e di matrimoni forzati sono i documenti seguenti:

- ▶ **Linee Guida sulla Protezione Internazionale No. 1:** La persecuzione di genere nel contesto dell'articolo 1a(2) della Convenzione del 1951 e/o del Protocollo del 1967 relativi allo status dei rifugiati (maggio 2002).
- ▶ **Linee Guida No. 2: "Appartenenza ad un determinato gruppo sociale"** ai sensi dell'Art. 1(A)2 della Convenzione del 1951 e/o al relativo Protocollo del 1967 sullo status dei rifugiati (maggio 2002).

- ▶ **Linee Guida No. 9: Domande di riconoscimento dello status di rifugiato** fondate sull'orientamento sessuale e/o l'identità di genere nell'ambito dell'articolo 1A(2) della Convenzione del 1951 e/o del suo Protocollo del 1967 relativi allo status dei rifugiati (ottobre 2012).
- ▶ **Nota orientativa sulle domande d'asilo** riguardanti la mutilazione genitale femminile (maggio 2009).

L'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) definisce **"persecuzione di genere"** ogni forma di persecuzione in cui il genere assume un ruolo di considerazione rilevante nell'ambito della determinazione dello status di rifugiato. Questa può derivare da leggi, politiche e attività statali che discriminano le donne e violano i loro diritti umani, ma anche dall'azione di soggetti non statali, nell'incapacità dello Stato di prevenire o vietare efficacemente tali comportamenti⁵.

Le donne, che spesso devono affrontare persecuzioni legate al loro sesso o genere, possono inoltre costituire un "determinato gruppo sociale" ai fini del riconoscimento dello status di rifugiato. **"Un determinato gruppo sociale", chiarisce l'UNHCR, "è un gruppo di persone che condividono una caratteristica comune diversa da quella del rischio di essere perseguitati, o che sono percepiti come un gruppo dalla società.** Frequentemente la caratteristica in questione sarà una caratteristica innata, immutabile, o altrimenti d'importanza fondamentale per l'identità, la coscienza o l'esercizio dei diritti umani di una persona. Questa definizione comprende sia caratteristiche storiche, che pertanto non possono essere cambiate, sia altre caratteristiche che, anche se non sono immutabili, sono talmente strettamente legate all'identità della persona o sono espressione di diritti umani fondamentali che non dovrebbe essere richiesto il requisito di immutabilità. Ne discende pertanto che il genere può essere propriamente considerato come una categoria che individua un gruppo sociale, essendo le donne un chiaro esempio di un sottoinsieme sociale definito da caratteristiche innate ed immutabili, e venendo spesso trattate in modo diverso dagli uomini."⁶

Con specifico riferimento alle mutilazioni genitali femminili, afferma l'UNHCR che "una ragazza o una donna che chiede asilo poiché è stata obbligata a sottoporsi, o è probabile che sarà soggetta, a MGF può avere titolo allo status di rifugiato ai sensi della **Convenzione relativa allo Status dei Rifugiati del 1951.** In determinate circostanze, anche un genitore può affermare un fondato timore di persecuzione nell'ambito della definizione di rifugiato contenuta nella Convenzione del 1951, in connessione con l'esposizione della figlia al rischio di MGF"⁷.

Infine, le Linee guida sull'orientamento sessuale e l'identità di genere si riferiscono al matrimonio forzato come a una violazione della Convenzione ONU sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (1979) che stabilisce all'art.16 l'obbligo per gli Stati Parte di garantire "lo stesso diritto di scegliere liberamente il proprio congiunto e di contrarre matrimonio soltanto con libero e pieno consenso".

La Direttiva Qualifiche

Nell'ambito del diritto europeo sull'asilo la Direttiva Qualifiche stabilisce che sono ammissibili alla protezione internazionale le donne che hanno il timore fondato di essere perseguitate o che sono esposte al rischio di subire MGF. Questa norma tutela anche i genitori che temono di essere perseguitati o corrono il rischio effettivo di subire un grave danno perché si rifiutano di sottoporre la propria figlia alle MGF.

La Direttiva Qualifiche rifiuta⁹ offre maggiore protezione a quante temono di essere sottoposte a MGF riconoscendo esplicitamente che gli aspetti connessi al sesso del richiedente vanno tenuti in debita considerazione, nella misura in cui sono correlati al suo timore fondato di subire persecuzioni. La direttiva precisa che sono collegati al sesso del richiedente aspetti, quali l'identità di genere e l'orientamento sessuale, che possono essere legati a determinate tradizioni giuridiche e consuetudini che comportano ad esempio le mutilazioni genitali.

L'art. 7 ("Atti di persecuzione") del Decreto Legislativo del 19 novembre 2007, n. 251, che recepisce la direttiva 2004/83/CE (modificato ai sensi del Decreto legislativo n. 18 del 21 febbraio 2014, che recepisce la direttiva 2011/95/UE) prevede che lo status di rifugiato possa essere riconosciuto a persone che dimostrino di essere state (o di avere fondato timore di essere) vittime di atti di violenza fisica o psichica, compresa la violenza sessuale (comma 2, lettera a) o di atti specificamente diretti contro un genere sessuale o contro l'infanzia (comma 2, lettera f).

L'art. 8 dello stesso decreto specifica cosa si deve intendere per persecuzione per motivi di appartenenza a un "particolare gruppo sociale", definendo quest'ultimo come "quello costituito da membri che condividono una caratteristica innata o una storia comune, che non può essere mutata oppure condividono una caratteristica o una fede che è così fondamentale per l'identità o la coscienza che una persona non dovrebbe essere costretta a rinunciarvi, ovvero quello che possiede un'identità distinta

nel Paese di origine, perché vi è percepito come diverso dalla società circostante”, e specificando che “ai fini della determinazione dell’appartenenza a un determinato gruppo sociale o dell’individuazione delle caratteristiche proprie di tale gruppo, si tiene debito conto delle considerazioni di genere, compresa l’identità di genere”.

Si vedano inoltre la Direttiva Accoglienza (Direttiva 2013/33/UE) e la Direttiva Procedure (Direttiva 2013/32/UE) che includono disposizioni specifiche per rispondere alle esigenze particolari delle richiedenti asilo adulte e minori di sesso femminile in condizione di vulnerabilità. Tali disposizioni sono rilevanti per coloro che sono state sottoposte o sono a rischio di subire MGF e matrimoni forzati.

⁵ Linee Guida sulla Protezione Internazionale No. 1: La persecuzione di genere nel contesto dell’articolo 1a(2) della Convenzione del 1951 e/o del Protocollo del 1967 relativi allo status dei rifugiati (maggio 2002).

⁶ Linee Guida sulla Protezione Internazionale No. 2: “Appartenenza ad un determinato gruppo sociale” ai sensi dell’Art. 1(A)2 della Convenzione del 1951 e/o al relativo Protocollo del 1967 sullo status dei rifugiati (maggio 2002).⁷ Nota orientativa sulle domande d’asilo riguardanti la mutilazione genitale femminile (maggio 2009).

⁸ Direttiva 2004/83/CE del Consiglio recante norme minime sull’attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta.

⁹ Direttiva 2011/95/UE recante norme sull’attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di beneficiario di protezione internazionale, su uno status uniforme per i rifugiati o per le persone aventi titolo a beneficiare della protezione sussidiaria, nonché sul contenuto della protezione riconosciuta.

INDICAZIONI PER IL REFERRAL

L'identificazione delle vittime di MGF o matrimoni forzati è essenziale per garantire l'accesso ai diritti e per il loro successivo referral a servizi competenti o specializzati. Tramite questo meccanismo, **le vittime ricevono assistenza e sono pienamente informate sulle proprie opzioni future**, e indirizzate ad una o più organizzazioni che forniscono tutto il sostegno necessario.

Per le bambine e le giovani donne identificate come vittime di violenze basate sul genere, inclusi i matrimoni forzati, **i riferimenti principali sul territorio sono i centri antiviolenza, e i servizi che operano all'interno delle reti antiviolenza locali**. Al fine di ottenere un prima risposta ai bisogni, informazioni utili e orientamento verso i centri antiviolenza territoriali e i servizi socio-sanitari pubblici e privati, si può chiamare il **numero nazionale di pubblica utilità 1522**¹⁰.

Le donne vittime di MGF, identificate sulla base dei criteri di cui sopra, devono essere opportunamente inviate, tenendo conto del livello d'urgenza segnalato dai medici dei centri d'accoglienza, presso strutture sanitarie del SSN con competenze specialistiche adeguate per una presa in carico terapeutica appropriata.

Tali strutture sanitarie possono avvalersi del supporto di associazioni e altre istituzioni operanti sul territorio, che abbiano competenza ed esperienza nel campo dei servizi dedicati ai migranti, nell'intervento a sostegno di donne vittime di violenza di genere ed anche nel campo dei programmi di protezione per le vittime della tratta.

La **Legge 7 del 9 gennaio 2006** recante "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile"¹¹ ha previsto una ricognizione sui servizi offerti a livello regionale a donne e bambine sottoposte a pratiche di mutilazione genitale femminili. La lista che segue pur non essendo esaustiva presenta alcuni ospedali e strutture sanitarie che a tutt'oggi forniscono un supporto sanitario e psicologico specializzato, e varie associazioni che offrono supporto sociale, mediazione linguistico-culturale, e orientamento verso le strutture sanitarie specializzate¹².

● PIEMONTE

Ospedale Sant'Anna di Torino, Corso Spezia 60, Torino. Accesso diretto al Centro S VS (soccorso violenza sessuale) o tramite prenotazione, tel. 011 3131869

Due consultori dedicati alle MGF: Lungo Dora Savona 24, Torino, tel. 011 2403681; via Maddalene 35A, Torino, tel. 011 284738

● LOMBARDIA

Ospedale San Paolo, via di Rudini 8, Milano - Blocco D, Piano 2, Stanza 15 bis Orari: martedì 9/ 12.30, giovedì 13.30/17, venerdì 9/ 12.30. Contatti: tel. 02 89181040

Ospedale San Carlo Borromeo, via Pio II 3, Milano – Piano 3, Settore B. Contatti: tel. 02 40222486

Criminali Cooperativa Sociale Onlus, Corso di Porta Nuova 32 – 20121 Milano, tel. 02 62690932

Cooperativa Sociale KANTA RA, Via Angera 3, Milano, tel. 02 67075398 kantara@tiscalinet.it

● FRIULI VENEZIA GIULIA

IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo di Trieste via dell'Istria 65, tel. 040 378 5111

● EMILIA ROMAGNA

Azienda USL di Bologna, UO Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Maggiore, Servizio di counselling finalizzato alla de-infibulazione Contatti: tel. 051 3172465

Azienda USL Bologna. Centro per la salute delle donne straniere e loro bambini, Via Antonio Zanolini 2, Bologna

Azienda USL di Modena ha formato le operatrici su accoglienza, supporto e prevenzione delle MGF nei seguenti servizi:

Consultorio familiare e spazio donne immigrate, via Don G. Minzoni 121, Modena

Consultorio familiare e Spazio Giovani, Viale Molza 3, Modena

● TOSCANA

Centro di Riferimento Regionale per la prevenzione e cura delle complicanze legate alle MGF Presso Dipartimento ad Attività Integrata (DAI) materno-infantile, Careggi, Largo Brambilla 3, Firenze

NOSOTRAS Onlus, via Faenza 103, Firenze, mgf@nosotras.it

● UMBRIA

Centro umbro di riferimento per lo studio e la prevenzione delle MGF c/o

Fondazione Angelo Celli, strada Ponte d'Oddi, 13 Perugia. Contatti: tel. 075 41508, mgff@antropologiamedica.it

● LAZIO

Centro regionale per l'assistenza ed il trattamento chirurgico delle complicanze sanitarie correlate alle mutilazioni genitali femminili. Dipartimento salute donna e bambino dell'Ospedale San Camillo - Forlanini Circonvallazione Gianicolense 87, Roma, tel. 06 58704617/4641/3677, gscassellati@scamilloforlanini.rm.it

INMP - Istituto Nazionale salute, Migrazioni e Povertà Via di S. Gallicano 25, Roma, tel. 06 5855 8505

● ABRUZZO

Associazione Focolare Maria Regina onlus, Piazza Don Silvio De Annuntiis, Scerne di Pineto (TE), tel. 085 9461127, focolare@ibambini.it, www.mgfabruzzo.it

● BASILICATA

Associazione Tolbà medici volontari per lavoratori stranieri, Recinto I D'Addozio 1, Matera, tel. 083 5333522, <http://www.associazionetolba.org>

● SICILIA

INMPS Sicilia, c/o Ospedale Civico – Benfratelli. Ambulatorio ginecologia, ostetricia e per le mutilazioni genitali femminili. Servizio offerto dalla UOC di Ginecologia e Ostetricia dell'ARNAS, P.zza Nicola Leotta, 4, Palermo. Servizio disponibile dal lunedì al venerdì per appuntamento. Tel. ambulatori: 091.6664715 - 091.6664683

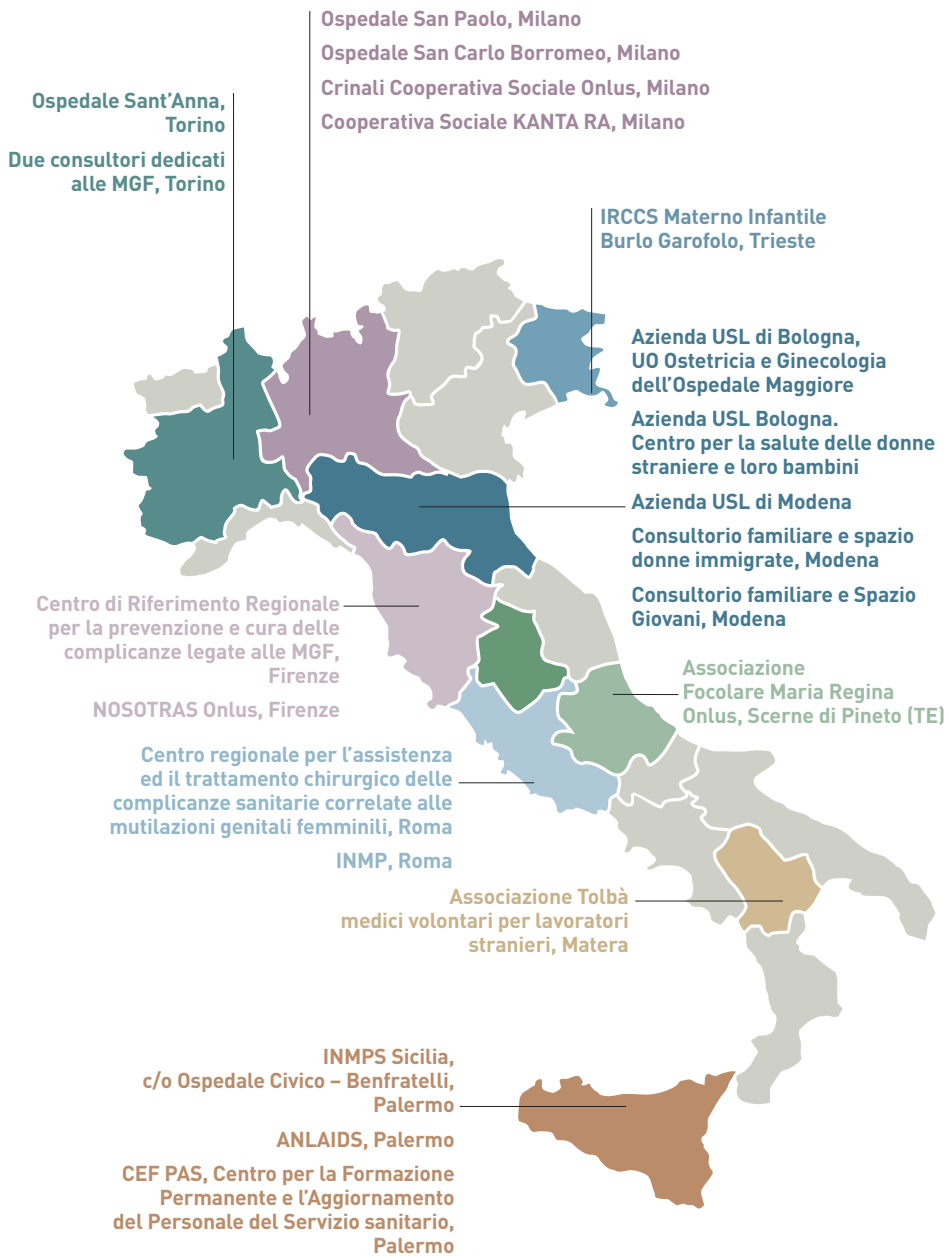
ANLAIDS, Largo Giuliana 2, Palermo, anlaids.sicilia@alice.it

CEF PAS, Centro per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del Personale del Servizio sanitario, Via G. Mulè 1, Caltanissetta, www.cefpas.it, Contatti: tel. 093 4505870

¹⁰ Il servizio multilingue mediante il numero telefonico 1522 è attivo 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno, dà una prima risposta immediata alle vittime e contribuisce all'emersione delle richieste di aiuto favorite dalla garanzia dell'anonimato. Gli operatori forniscono alle vittime un sostegno psicologico e giuridico, nonché l'indicazione di strutture pubbliche e private presenti sul territorio a cui rivolgersi.

¹¹ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf

¹² La lista è stata ripresa da http://www.aidos.it/wp-content/uploads/2017/02/COUNTRY-INFO-PAGES_ITALY_ITALIAN-FINAL.pdf





P 2017







Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità



**ASSOCIAZIONE
PARSEC**
ricerca e interventi sociali



Parsec
COOPERATIVA SOCIALE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MILANO
BICOCCA



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI**

NO

ASSOCIAZIONE
ONLUS
**NOS
OTRAS**



trama di terre
ASSOCIAZIONE INTERCULTURALE E DI
DONNE ITALIANE E MIGRANTI - ONLUS