



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 66

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
sul femminicidio, nonché su ogni forma di
violenza di genere

AUDIZIONE DI RAPPRESENTANTI DELL'ASSOCIAZIONE
DIFFERENZA DONNA E DELL'ASSOCIAZIONE
ITALIANA DONNE PER LO SVILUPPO (AIDOS)

74^a seduta: martedì 16 febbraio 2021

Presidenza della Presidente VALENTE

I N D I C E**Audizione di rappresentanti dell'associazione Differenza Donna
e dell'Associazione italiana donne per lo sviluppo (AIDOS)**

PRESIDENTE	Pag. 3, 13, 15	<i>ERCOLI</i>	Pag. 4, 7
RIZZOTTI (<i>FIBP-UDC</i>)	14, 15	<i>FARINA</i>	10, 14
RUFA (<i>L-SP-PSd'Az</i>)	13	<i>FIORLETTA</i>	9, 15
		<i>PANUNZI</i>	9, 12, 13
		<i>SPAMPINATI</i>	4

Sigle dei Gruppi parlamentari: Europeisti-MAIE-Centro Democratico: Eu-MAIE-CD; Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-IDEA e CAMBIAMO: Misto-IeC; Misto-Liberi e Uguali: Misto-LeU; Misto+Europa - Azione: Misto+Eu-Az.

Intervengono, in videoconferenza, la dottoressa Elisa Ercoli, presidente dell'associazione Differenza Donna, la dottoressa Chiara Spampinati, gender expert progetti europei ed internazionali dell'associazione Differenza Donna, la dottoressa Maria Grazia Panunzi, presidente dell'Associazione italiana donne per lo sviluppo (AIDOS), la dottoressa Serena Fiorletta, responsabile della comunicazione di AIDOS, e la professoressa Patrizia Farina, docente di demografia all'Università di Milano Bicocca.

I lavori hanno inizio alle ore 16,05.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata attraverso il Resoconto sommario e il Resoconto stenografico, nonché, ai sensi dell'articolo 13, comma 4, del Regolamento interno, attraverso l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

Avverto inoltre che le audite e i commissari avranno la possibilità di chiedere in qualsiasi momento la chiusura della trasmissione audio-video e la segretazione dell'audizione o di parte di essa, qualora ritengano di riferire alla Commissione fatti o circostanze che non debbano essere divulgati.

Preciso che, ai sensi del Regolamento interno, sarà la Commissione a decidere su un'eventuale richiesta in tal senso.

Poiché non vi sono obiezioni, così resta stabilito.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di rappresentanti dell'associazione Differenza Donna e dell'Associazione italiana donne per lo sviluppo (AIDOS)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione di rappresentanti dell'associazione Differenza Donna e dell'Associazione italiana donne per lo sviluppo (AIDOS).

Sono oggi presenti la dottoressa Elisa Ercoli, presidente dell'associazione Differenza Donna, la dottoressa Chiara Spampinati, *gender expert* dell'associazione Differenza Donna-progetti europei internazionali, in particolare su mutilazioni genitali femminili, la dottoressa Maria Grazia Panunzi, presidente dell'Associazione italiana donne per lo sviluppo (AIDOS), la dottoressa Serena Fiorletta, antropologa e responsabile comunicazione AIDOS, e la professoressa Patrizia Farina, docente di demografia all'Università di Milano Bicocca.

Conoscendo abbastanza bene tanto il lavoro dell'associazione AIDOS che dell'associazione Differenza Donna, posso affermare che hanno svolto un lavoro davvero prezioso entrambe: Differenza Donna rispetto a un progetto che ha gestito negli ultimi anni, mentre AIDOS – per sua *mission* essenziale – sul terreno delle mutilazioni genitali femminili, che è una delle forme di violenza forse più atroci che continua anche a perpetrarsi nel nostro Paese. Come Commissione d'inchiesta abbiamo deciso di accendere un faro anche su questa forma di violenza, in maniera autonoma, cercando di costruire – se possibile – una riflessione in merito. Quanto ci racconterete costituirà per noi il punto di partenza rispetto a questa ulteriore indagine. Voi ci conoscete e sapete che, come Commissione d'inchiesta, svolgiamo già tante indagini su altri filoni, ma vorremmo portare l'attenzione anche su questo fronte, partendo dal vostro contributo. Le vostre audizioni saranno per noi la base di partenza anche per valutare eventuali ulteriori audizioni, acquisizione di atti, ricerche, indagini. Lo dico in premessa per significarvi quanto davvero sia prezioso per noi ciò che ci riferirete. Lo diciamo con profonda stima e ammirazione per il lavoro che avete svolto e che svolgete quotidianamente e del quale io, come Presidente di Commissione, e gli altri commissari siamo venuti a conoscenza.

Vi ringrazio dunque in anticipo per la disponibilità, espressa in così breve tempo, a raccontarci la vostra esperienza.

ERCOLI. Nel ringraziarvi per l'occasione, rivolgo un saluto alle compagne collegate insieme a noi e al presidente Valente, a cui vogliamo comunicare quanto sia prezioso che la Commissione femminicidio si occupi anche delle mutilazioni genitali.

Come associazione Differenza Donna, abbiamo sempre considerato le forme di violenza contro le donne come un sistema complessivo che organizza la disparità di potere in diverse forme, quindi anche nelle mutilazioni genitali femminili. Per questa ragione, accogliendo da sempre donne migranti, abbiamo iniziato sempre di più ad occuparci di mutilazioni genitali. In questi trent'anni di attività, in cui si sono rivolte a noi più di 25.000 donne e più di 65.000 tra ragazze e bambine, abbiamo visto che molte sono quelle che hanno subito questa pratica.

Passo la parola alla dottoressa Spampinati per la relazione, riservandomi di aggiungere in chiusura le nostre raccomandazioni, che sono state attualizzate rispetto a quelle che avevamo prodotto all'interno del progetto europeo *Before*.

SPAMPINATI. L'Organizzazione mondiale della sanità definisce le mutilazioni genitali femminili come forme di rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre modificazioni indotte agli organi femminili, eseguite per ragioni culturali o altre ragioni comunque non terapeutiche. Per l'OMS le mutilazioni si dividono in quattro tipologie.

Per la nostra esperienza, come ha anticipato Elisa Ercoli, in questi trent'anni di attività Differenza Donna si è trovata ad accogliere e ospitare donne che avevano subito, oltre ad altre forme di violenza e discrimina-

zioni multiple, anche le mutilazioni genitali. La nostra esperienza ci conferma che le donne che hanno subito mutilazioni genitali femminili (MGF) non sono state semplicemente sottoposte a questa pratica dannosa ma, in quanto discriminate dai sistemi patriarcali che controllano la libertà e il corpo delle donne e delle bambine, in quanto sottomesse e maltrattate dai singoli uomini a cui sono legate, hanno subito anche questo tipo di violenza. Ad avviso di Differenza Donna, per troppo tempo il discorso pubblico sulle mutilazioni genitali femminili ha avuto un'impostazione settoriale e le esperte e gli esperti hanno avuto un'impostazione maschile e assolutamente non femminista, sicuramente non un approccio di genere.

Per noi le donne non si caratterizzano per la violenza che hanno subito. Tutte coloro che escono da situazioni di violenza e che, per farlo, richiedono il sostegno ai centri antiviolenza sono parte del grande gruppo di donne del mondo. In questo grande gruppo, ognuna è parte della società in cui cresce, com'è parte anche del gruppo di donne che hanno subito lo stesso tipo di violenza, ma ognuna è anche e soprattutto singola e irripetibile: un essere umano con proprie caratteristiche soggettive.

Per questo motivo, anche all'interno del progetto europeo *Before*, abbiamo cercato il più possibile di rafforzare le reti, tentando di creare un approccio di genere, di accoglienza e di ospitalità che non fosse standardizzato, proprio per la complessità della situazione a cui molte donne sono costrette, non solo per le MGF.

Le operatrici e attiviste che lavorano all'interno dei centri antiviolenza e delle case rifugio di Differenza Donna dal 2018 ricevono una formazione specifica sull'accoglienza, l'ospitalità e anche l'accompagnamento alle donne migranti vittime di MGF, proprio perché abbiamo compreso prima di tutto quanto questa pratica purtroppo sia ancora radicata nelle comunità di appartenenza. La maggior parte delle donne che giungono nel nostro territorio provengono dai Paesi cosiddetti a rischio MGF, in cui tra l'altro se ne riscontrano percentuali elevate. Pensiamo alla Nigeria, al Sudan, alla Costa d'Avorio, al Senegal, alla Somalia, dove addirittura si arriva al 98 per cento di prevalenza di mutilazioni genitali.

Secondo i dati Unicef, che erano anche quelli di riferimento per il progetto europeo *Before*, più di 200 milioni di donne e ragazze in tutto il mondo hanno subito mutilazioni genitali e 8.000 ragazze rischiano di essere mutilate ogni giorno. Nella metà dei Paesi che adottano questa pratica, la maggior parte di esse è sottoposta a mutilazioni prima dei cinque anni di età. Nel 2018, per quanto riguarda l'Italia, si stimava che tra le 60.000 e le 81.000 donne presenti nel nostro territorio fossero state sottoposte alla pratica.

Possiamo anche affermare, facendo un'analisi rispetto ai dati delle donne che richiedono asilo e protezione in Italia attraverso le commissioni territoriali per la protezione internazionale, che la maggior parte delle donne che richiedono protezione sono state sottoposte a questa pratica, anche se ad oggi non esistono ancora dati specifici e disaggregati per quan-

tificare il numero di donne e ragazze che chiedono protezione internazionale in Italia in quanto vittime di MGF.

Sulla base delle nostre analisi, dei progetti e del lavoro che costantemente svolgiamo, pensiamo che in generale tutto il sistema di accoglienza e di valutazione dell'asilo dovrebbe agire con particolare attenzione rispetto al tema delle mutilazioni genitali, considerando anche che dai dati dell'UNHCR circa 16.000 donne e ragazze potrebbero aver subito MGF già al loro arrivo in Europa.

Differenza Donna da molti anni non solo supporta e sostiene le donne in uscita dalla violenza che hanno subito anche le MGF, ma tramite il progetto *Before* ha iniziato anche a supportare le donne nella richiesta di protezione internazionale presso la commissione territoriale per aver subito le MGF, facendo prevalere il riconoscimento di questa violenza da parte del nostro Stato.

Ovviamente crediamo che bisognerebbe avere una cura e un'attenzione in moltissimi luoghi, partendo sicuramente dagli ospedali e dai presidi sanitari. Le donne vittime di mutilazioni genitali femminili si presentano nei nostri presidi sanitari. Sappiamo che le MGF hanno delle conseguenze a medio e lungo termine anche sulla gravidanza e sul parto; quindi, in presenza di donne con mutilazioni, bisognerebbe sicuramente predisporre accorgimenti maggiori per l'assistenza sia in gravidanza che al parto, prevedendo anche la figura di una mediatrice culturale che possa facilitare non solo l'emersione della violenza ma anche l'accompagnamento clinico. Bisognerebbe avere un'attenzione maggiore perché – come dicevamo all'inizio – le donne migranti subiscono discriminazioni multiple, quindi si potrebbero recare nei nostri presidi sanitari non da sole ma accompagnate dai mariti, dai compagni, da altri accompagnatori. Se pensiamo che molte donne migranti sono anche vittime di tratta, di sfruttamento sessuale, di sfruttamento lavorativo, di violenza di genere e di maltrattamento, capiamo che sottovalutare l'accesso nei presidi sanitari, anche in presenza delle MGF, è un errore che non ci possiamo più permettere, perché invece potrebbe essere un ottimo *input* di emersione e anche di prevenzione.

Per noi ovviamente le MGF costituiscono un atto altamente drammatico. Come dicevo prima, hanno delle gravissime conseguenze sulla salute fisica, psichica, sessuale delle bambine e delle future donne che le subiscono. Non sono lontane da noi e dalle nostre vite. È vero, sicuramente negli ultimi anni i Paesi d'origine, come ad esempio quelli africani, stanno varando leggi per l'abbandono della pratica e hanno avviato campagne informative per sensibilizzare le comunità; questo però non significa che la pratica sia stata abbandonata, anzi sappiamo che comunque è molto radicata. I bambini che vivono nei nostri territori, di seconda e di terza generazione, fanno rientro nei Paesi d'origine dove sicuramente la pratica avviene molto di più rispetto al territorio italiano, anche se sappiamo che, per quanto in percentuale molto minore, ci sono dei casi avvenuti anche all'interno del nostro territorio.

Sicuramente formare e sensibilizzare le insegnanti delle scuole elementari e delle scuole medie, i pediatri, i medici di famiglia, iniziare a prevenire e

a stabilire un dialogo potrebbe favorire la presa di consapevolezza. Sappiamo molto bene che nei contesti di immigrazione questa pratica purtroppo si traduce anche nel mantenimento di un'identità; tuttavia, per quanto l'identità sia sicuramente fondamentale, nei contesti di immigrazione spesso e volentieri questa pratica diventa ancor più severa rispetto a quello che dovrebbe essere, complicando ulteriormente questa violenza.

ERCOLI. Differenza Donna riscontra le maggiori criticità rispetto alla rete collegata ai finanziamenti disposti dalla legge 9 gennaio 2006, n. 7. Dovete sapere che i finanziamenti partivano con 2 milioni e mezzo di stanziamenti, invece nel 2018 sono scesi a 174.000 euro per tutta l'Italia; nel 2020 il Ministero della sanità ha disposto un'integrazione per arrivare a 500.000 euro. Nelle ricerche che abbiamo fatto rispetto alla mappatura dei presidi sanitari, questo significa che non ci sono dei riferimenti certi e che questi ultimi, non essendo sostenuti da finanziamenti stabili, possono variare ed essere instabili. Pertanto, le associazioni che hanno cura di sostenere le donne che hanno avuto mutilazioni genitali femminili per accompagnarle nell'accesso alla salute incontrano tantissime difficoltà perché questi presidi sanitari non sono stabili.

Posso riferire che, gestendo il numero verde 1522 da luglio 2020, soltanto questo mese abbiamo fatto inserire tra le rilevazioni le mutilazioni genitali femminili come forme di violenza contro le donne. Il 1522 però ha come obiettivo quello di accompagnare la donna sul suo territorio per trovare dei riferimenti territoriali. Per le donne che hanno subito mutilazioni genitali femminili, indirizzarle nel loro territorio è molto faticoso perché, se già i centri antiviolenza non hanno una copertura totale del territorio nazionale, i presidi sanitari specializzati in mutilazioni genitali femminili sono ancor meno, con la differenza che i presidi sanitari sono delle istituzioni, mentre i centri antiviolenza si sono inseriti più di recente – come sappiamo – nei piani nazionali antiviolenza.

La nostra raccomandazione è assolutamente quella di rendere più capiente lo stanziamento dei fondi della legge n. 7 del 2006 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 – come si diceva prima – nell'accesso alla salute.

Per quanto riguarda la prevenzione, ci sentiamo di dire che la legge n. 7 del 2006 si è basata esclusivamente sull'approccio penale e non ha previsto alcun investimento sulla prevenzione. Pertanto, anche sapendo quali sono i Paesi a rischio di mutilazioni genitali femminili, non c'è 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. Noi non siamo minimamente entrate in contatto con loro.

Inoltre, molte delle donne che provengono da questi Paesi hanno permessi di soggiorno per motivi familiari: significa che il loro permesso di soggiorno è totalmente dipendente da quello del marito; questa dipendenza significa anche sottostare ancora di più al potere del marito e quindi non avere alcuna capacità di contrattazione nel sottrarre le proprie figlie alla pratica delle mutilazioni genitali femminili.

A questo proposito abbiamo avviato delle profonde riflessioni con i magistrati che hanno applicato la legge n. 7 del 2006. Sappiamo che dal 2006 la legge è stata applicata all'incirca cinque volte, quindi pochissimo. Ricordiamo che questa legge è fortemente sbilanciata dal punto di vista penale – come dicevamo prima – e prevede la decadenza della potestà genitoriale. Addirittura, in uno di questi cinque casi, che ha avuto molto clamore sulla stampa (il caso di Torino), solo la madre ha avuto la decadenza della potestà genitoriale e non il padre, perché non era presente. Questa legge quindi viene applicata anche non avendo una conoscenza – come diceva la collega in precedenza – di quella disparità di potere in cui alle donne viene lasciato di essere loro presenti in quel momento; ma quella madre che ha accompagnato quella figlia a realizzare la pratica della mutilazione genitale è anch'essa una donna mutilata, per questo dovremmo cercare di capire quanto previsto anche nella Convenzione di Istanbul, cioè che la violenza è una questione di disparità di potere. Dovremmo cercare di capire cosa fare con questa legge n. 7 del 2006, perché i giudici ci dicono che non la vogliono applicare dal momento che, molto spesso, una bambina che ha già subito mutilazioni genitali femminili si vedrebbe sottrarre entrambi i genitori, con una decadenza che noi riteniamo giustissima rispetto alla violazione, ma che pensiamo non possa arrivare soltanto con un approccio penalistico ma debba essere anticipata da una prevenzione e dalla possibilità di sottrarsi a questa disparità di potere.

Nelle ultime linee guida rivolte agli operatori e scritte dagli altri soggetti che vediamo qui presenti (dell'Università Bicocca, di AIDOS, ma anche di Nosotras e dell'ospedale San Camillo), si faceva riferimento al fatto che i centri anti violenza sono un luogo di accoglienza delle donne che hanno subito mutilazioni genitali femminili. Noi pensiamo che ciò sia giusto – come abbiamo detto – e abbiamo realizzato un progetto, con il sostegno finanziario di UNHCR, per iniziare a formare le operatrici dei centri anti violenza di tutta Italia, ma tale progetto era legato a un finanziamento *spot*. In realtà, la separazione delle mutilazioni genitali femminili dalle altre forme di violenza di genere ha tradizionalmente portato le operatrici dei centri anti violenza a non avere questa specializzazione; pochissime hanno una specificità di accompagnamento delle donne in uscita dalle mutilazioni genitali femminili. Quindi, anche ritenendo molto utile allargare l'accoglienza alle donne con mutilazioni genitali femminili nei centri anti violenza, riteniamo che si debba sostenere economicamente una formazione del personale della rete territoriale, di cui fanno parte certamente i centri anti violenza, ma anche le Forze dell'ordine, la magistratura e le scuole, per permettere alla rete di organizzarsi sulla base della

conoscenza del tipo di violenza che si va ad affrontare, così come abbiamo fatto negli anni con i maltrattamenti.

Un'ultima raccomandazione riguarda l'alfabetizzazione. Le donne che provengono da Paesi a rischio di mutilazioni genitali femminili spesso non parlano la lingua italiana anche a distanza di tanti anni di presenza nel nostro territorio; questo significa che hanno maggiore difficoltà nell'accesso alla salute e nell'evoluzione culturale rispetto al proprio *empowerment*, quindi alla possibilità di difendere e sostenere le figlie sottraendole a questa pratica. Su questo aspetto dovremmo fare un importante ragionamento.

PANUNZI. La collega Ercoli ha già dato tantissimi spunti di riflessione e dal suo intervento si comprende come la violenza di genere così specifica delle mutilazioni genitali femminili sia una questione che abbraccia la formazione, gli aspetti legali, i fondi, le reti, i centri.

Lascerei alla dottoressa Fiorletta il compito di darci delle indicazioni. È molto importante, nel contesto che stiamo affrontando, il modo in cui si comunica e come si parla di questo fenomeno, per evitare di continuare a stigmatizzare le sopravvissute alle mutilazioni; successivamente lascerei la parola alla professoressa Farina dell'Università di Milano Bicocca per illustrarci l'ultima ricerca svolta per il Dipartimento per le pari opportunità, che riguarda l'Italia; infine terminerò io con alcune raccomandazioni.

FIORLETTA. Mi fa molto piacere partecipare all'audizione odierna, anche insieme a Differenza Donna, che immaginavo avrebbe fatto una premessa che ci avrebbe messo tutte d'accordo nell'esposizione del fenomeno. Non ripeto quindi cosa siano le mutilazioni genitali femminili (MGF) per l'Organizzazione mondiale della sanità e quali siano i numeri a livello internazionale. Vorrei invece sottolineare quanto sia necessario conoscere la complessità di questa pratica, in un'ottica di prevenzione, così come di contrasto: indispensabile è una maggiore conoscenza di questo fenomeno sociale e culturale di cui molto spesso si sa poco e si sa male.

Se è necessario sicuramente un approccio di genere (ed è l'approccio che indubbiamente noi sappiamo dare, giorno per giorno, nel lavoro che svolgiamo), è altresì importante, quando si parla di MGF, avere un approccio interculturale. Vorrei ricordare che le mutilazioni genitali femminili sono una norma sociale e quindi – come diceva la collega che mi ha preceduto – senza dubbio hanno fortemente a che fare con l'identità non solo sociale e culturale ma anche individuale, così come sono una forma di violenza di genere. La violenza di genere può assumere varie forme a seconda del contesto socio-culturale in cui si verifica: se il nostro è un Paese con un altissimo tasso di femminicidi, le MGF sono una declinazione culturale, un'altra forma di violenza. Dico questo perché molto spesso, quando facciamo formazione e informazione, ci rendiamo conto che una modalità di perpetuare violenza nei confronti delle donne che convivono con le MGF, rivittimizzarle, quando non addirittura razzializzarle, è il modo in cui se ne parla, ovvero molto spesso ci sono modalità estremamente giudicanti come «barbarie», una violenza inaudita e tutta una serie di termini che invece non vengono usati

quando parliamo della violenza domestica o del femminicidio. Dobbiamo quindi imparare a parlarne con un approccio non giudicante nei confronti delle donne e delle realtà da cui provengono, che ci permetta di entrare in contatto con le donne che ci convivono; se conosciamo la lingua delle donne che convivono con le MGF, dobbiamo usare lo stesso termine che utilizzano loro e iniziare a fare un lavoro di comunicazione che renda – ripeto – un approccio interculturale e anche un po' decoloniale della nostra modalità di rapportarci a una violenza di genere e forme di violenza che non sono per noi facilmente conoscibili nell'immediato. Questo lo facciamo nel programma congiunto UNFPA-Unicef-AIDOS che prevede una parte sulla comunicazione, facendo formazione e informazione, ma soprattutto lasciando la parola a tutte quelle donne che convivono con le MGF e che vogliono, per prime, esercitare la propria *agency* e quindi rendersi voce viva e pulsante di questo fenomeno.

Vanno sfatati altri miti che accompagnano le MGF, ossia che sarebbero solo una pratica africana, una pratica islamica e via discorrendo. Se non impariamo ad approfondire questo fenomeno e a parlarne in un modo diverso, la prevenzione, la cura, il sostegno a queste donne rischia di diventare estremamente problematico, quando non fallimentare.

FARINA. Vi ringrazio per avermi invitato, perché è molto importante che si possa diffondere il documento che abbiamo scritto. Si tratta di un rapporto di ricerca commissionato dalla Presidenza del Consiglio dei ministri al Dipartimento per le pari opportunità, che ha reso un'immagine un po' più solida della presenza del fenomeno in Italia.

In particolare, con dei modelli statistici che sono nel rapporto e sui quali certamente non mi spendo, si è stimato che siano tra le 87.000 e le 90.000 le donne residenti in Italia che hanno subito una mutilazione. Meno del 10 per cento è minorenni. Accanto a questo numero, abbastanza consistente se valutato rispetto alle nazionalità che sono coinvolte e non rispetto alla migrazione in generale (in quel caso diventerebbe un numero abbastanza contenuto), si registrano circa 6.000 bambine a rischio di essere mutilate.

La stima è il frutto di due componenti: da un lato, c'è la propensione delle famiglie nei confronti della pratica; dall'altro, dipende anche dalla consistenza del flusso migratorio. Voglio dire che a questo numero, per esempio, concorre – in valore assoluto – il fatto che dalla Nigeria, dall'Egitto, dal Senegal, dall'Etiopia arrivi un gran numero di donne che portano dal proprio Paese la mutilazione. È una situazione sulla quale non possiamo agire; non possiamo agire rispetto al fatto che ormai sono mutilate, ma su questo tornerò più avanti.

A parte i numeri, l'indagine si sofferma molto sull'opinione e sull'atteggiamento nei confronti delle mutilazioni. La buona notizia è che, rispetto a un'indagine precedente sempre condotta da noi, ma era un progetto europeo, il favore nei confronti della pratica scende, rimanendo però intorno al 9, 9,4 per cento.

Un'ulteriore buona notizia deriva nel fatto che almeno un terzo delle donne che sono state intervistate – circa 2.300 donne intervistate – sono

attive nel contrastare questa pratica sia nel Paese d'origine, sia in Italia. Tuttavia, rimane una proporzione molto elevata, intorno al 40 per cento, di donne che, pur non credendo nella pratica, ritengono che non sia cosa che le riguardi e che comunque stia alla libertà personale. Su questo dovremmo costruire delle vere e proprie alleanze. È vero che ci sono diverse realtà e che non possiamo considerare tutte le provenienze nello stesso modo, però è consistente la percentuale di chi dice che non fanno la pratica e non le riguarda.

Un altro elemento cruciale che emerge dalla ricerca concerne la relazione fra *empowerment*, nel senso lato del termine, e favore verso la pratica. Utilizzando l'istruzione come uno degli indicatori di *empowerment* delle donne, si nota per esempio che, tanto più alto è il livello di istruzione, tanto minore è il favore nei confronti della pratica e viceversa, come ha evidenziato chi mi ha preceduto.

Inoltre, soprattutto ai fini delle azioni da mettere in campo, un altro elemento molto importante è il fatto che si evince che l'esperienza personale è decisiva, cioè le donne non mutilate a loro volta hanno un rifiuto della pratica superiore al 90 per cento. Chi non ha fatto questa esperienza sulla propria pelle non è disponibile a farla vivere alle proprie figlie; questo vuol dire che per ogni bambina che saremo capaci di sottrarre alla mutilazione, avremo iniziato un circolo virtuoso, perché da quella bambina e per le generazioni successive le mutilazioni non avranno cittadinanza.

Aggiungo solo una riflessione di natura qualitativa. Attraverso queste indagini abbiamo indagato i motivi per cui la pratica è ritenuta importante e di nuovo sono emerse le risultanze evidenziate prima del mio intervento: il mantenimento delle tradizioni culturali, ma anche l'asservimento a una norma sociale (sentita soprattutto in emigrazione, nella percezione che la comunità ha di questi fenomeni) e, accanto a questi, l'integrità dei valori femminili: preservare la verginità, prevenire i rapporti prematrimoniali, trasmettere la disciplina e i valori culturali alle giovani donne e così via. Questi sono i principali motivi per cui la pratica è importante; fra questi ci sono anche i motivi religiosi, ma non sono maggioritari.

Vorrei sottolineare che, se l'indagine rileva dei dati, utilizzando tali informazioni dovremmo arrivare ad azioni positive nei confronti di questo fenomeno. L'indagine non è stata fatta per speculare sulla mutilazione, ma perché diventi uno strumento che si possa utilizzare, che aiuti a mettere in campo delle azioni che devono essere diverse.

In primo luogo, occorre monitorare le donne portatrici di mutilazioni, alle quali devono essere assicurati i diritti della salute sessuale e riproduttiva; dobbiamo anche monitorare – con ancora più vigore, con un'azione *ex ante* – le bambine a rischio per contrastare il fenomeno. La nostra indagine dimostra chiaramente che le generazioni più giovani, le minorenni, rispetto alle loro madri o comunque alle donne di età superiore, hanno una propensione a sottoporsi a questa pratica di gran lunga inferiore. Quindi il processo è in atto, ma bisogna insistere.

Com'è stato detto, partendo da queste informazioni dovremmo, come si fa nelle valutazioni di rischio per la violenza domestica o la violenza di ge-

nere, provare a costruire dei modelli di rischio delle bambine in funzione delle loro madri e dei loro padri. Occorre quindi costruire un sistema informativo a partire dalle madri e dalle donne che hanno il contatto maggiore con i servizi sanitari (per esempio, al parto o alle visite ginecologiche); se sono mutilate, devono essere prese in carico affinché possano essere accompagnate in un percorso di abbandono della pratica delle MGF, salvaguardando invece quelle che, non essendo mutilate, possono uscire dall'osservazione di un sistema informativo o di monitoraggio che potrebbe essere messo in atto perché, in generale e quasi nella totalità dei casi, le donne che non hanno subito una mutilazione non la imporranno alle loro figlie.

L'indagine quindi non è fine a sé stessa. Si tratta di informazioni che possiamo recuperare periodicamente, attraverso un finanziamento che necessariamente deve arrivare, perché le indagini costano veramente tantissimo. Pensate a cosa vuol dire mobilitare 70 intervistatrici per 2.300 interviste su tutto il territorio nazionale; noi abbiamo sfruttato il finanziamento del Dipartimento per le pari opportunità. Bisognerebbe allora immaginare di costruire un sistema (attraverso l'Istat o chiunque sia in grado di farlo) che periodicamente possa fare un'indagine con cui registrare le evoluzioni del fenomeno e magari costruire dei modelli di rischio che possono tornare molto utili. Questa è la difesa a spada tratta del bisogno di dati, del bisogno di sapere, anche in modo esteso, su campioni che non sono i piccoli numeri con cui tutte noi siamo in contatto, per cercare di immaginare politiche di grande spessore.

PANUNZI. Vi ringrazio dell'invito perché abbiamo raccolto tantissimo materiale su cui riflettere, che vi abbiamo trasmesso, a partire dalla definizione delle mutilazioni. Soprattutto sono emerse delle problematiche che ci spingono a proporre delle raccomandazioni alla politica, che interrogiamo in questo senso.

Abbiamo compreso che la formazione è fondamentale, perché è anche un momento di prevenzione, a partire dal sistema sanitario, quindi anche dai ginecologi che hanno in carico una donna incinta mutilata. Comincia in quel momento un dialogo con la donna, per evitare che faccia questa scelta per la propria figlia. Oltre alla formazione del sistema sanitario vi è quella del sistema educativo, perché queste bambine vanno a scuola e queste sono problematiche che riguardano non solamente la parte sanitaria.

Abbiamo fatto riferimento anche ad altre forme di violenza di genere, come la tratta, e alle donne rifugiate. Anche in quel caso, il sistema di accoglienza ha bisogno di essere formato su questo tema perché, tra le altre cose, le mutilazioni genitali femminili sono un requisito per poter presentare la domanda di *status* di rifugiato, sempre in ottemperanza a una legislazione internazionale.

Per noi quindi è fondamentale l'aspetto della formazione, com'è fondamentale la prevenzione basata sull'informazione. Richiamo quanto detto dalla dottoressa Fiorletta sulla modalità di comunicare questa pratica. È importante anche quanto diceva la dottoressa Ercoli in merito alla legge 9 gennaio 2006, n. 7, sulle mutilazioni, che all'inizio prevedeva un ingente

finanziamento triennale che in seguito si è assottigliato, per cui i programmi d'informazione sono venuti meno.

Sarebbe altresì interessante avere un sistema di raccolta dati omogeneo, perché in tanti contesti si possono ricavare informazioni che poi potranno essere rielaborate dalla ricerca. Occorre intanto mettere in piedi un sistema di raccolta dati nelle strutture sanitarie o in altri tipi di struttura, compreso il sistema di accoglienza presente in Italia.

Volendo declinare ulteriori raccomandazioni, richiamerei la necessità di garantire fondi certi, sia per mantenere in piedi la rete di servizi offerti dalle organizzazioni e dalla società civile, anche in collaborazione con gli enti territoriali, sia per portare avanti un discorso complessivo in Italia. Si potrebbero anche creare centri di eccellenza di riferimento; in Italia ne esistono già di molto validi, per cui sarebbe interessante collegarli tra loro, ma soprattutto promuoverli anche in altre Regioni dove non sono esistenti.

AIDOS lavora su questo tema da quarant'anni, ma mai direttamente sul campo; abbiamo sempre lavorato con associazioni *partner* che avevano un contatto sul territorio. Continuiamo a farlo, anche se a livello mondiale l'impatto del Covid-19 anche su questa pratica è diventato molto pesante. Ci sarà un rallentamento di finanziamenti, per cui diversi milioni di bambine rischiano nuovamente di essere mutilate e nei prossimi dieci anni circa dieci milioni di ragazze potrebbero essere date in sposa in matrimoni precoci. Questo per dire che gli effetti di una pandemia così devastante non si avvertono solo in Italia ma anche in altri Paesi e noi dobbiamo sempre tenere d'occhio i Paesi *partner*, perché l'Italia si occupa anche di cooperazione internazionale. Pertanto, anche se questa non è materia d'indagine della Commissione, noi ci muoviamo sempre in una visione olistica. La pandemia, che ha ridotto i servizi sanitari per dedicarli al Covid-19, ha poi un impatto su altre forme in cui si estrinseca la violenza di genere.

Esprimo, in conclusione, la disponibilità alla Commissione per eventuali altri incontri o per approfondimenti e vi ringrazio per l'invito.

PRESIDENTE. Ringrazio entrambe le associazioni per il lavoro svolto. Noi ovviamente esamineremo i contributi che ci avete mandato e predisporremo, se del caso, ulteriori approfondimenti anche con altri soggetti o con altre audizioni. Ci manterremo comunque in contatto con voi anche per l'esito dei nostri lavori.

RUFA (L-SP-PSd'Az). Vorrei chiedere quale collegamento vi è con le associazioni italiane che operano in Africa, soprattutto quelle dei medici, e le varie strutture che collaborano in quel territorio? Parlo di Africa perché è da lì che purtroppo arriva la maggior parte delle donne mutilate. Vorrei sapere se ci sono accordi o modalità di collaborazione.

Vi ringrazio per il lavoro fantastico che state svolgendo.

PANUNZI. AIDOS lavora con diversi Paesi africani e con *partner* locali, quindi con associazioni come la nostra che realizzano progetti. In Africa c'è un rilevante attivismo su questo tema e ci sono tante associa-

zioni di attiviste e femministe che si occupano di contrastare questa pratica. Esistono leggi e protocolli internazionali a livello africano e in tanti Paesi queste pratiche sono vietate. Purtroppo però non è detto che il divieto per legge diventi anche un impedimento concreto alla pratica, che addirittura avviene in modo clandestino, quindi anche in modo più insicuro per la vita delle bambine. Manteniamo quindi un dialogo costante nel portare avanti determinate attività.

Ultimamente ci siamo concentrati molto sulla formazione dei *media* di alcuni Paesi africani, realizzando degli audiodocumentari o dei videodocumentari in cui ai partecipanti e alle partecipanti venivano fatte raccontare storie. In uno di questi *workshop* realizzati con ragazze e ragazzi europei e africani sono stati prodotti degli audiodocumentari; uno di questi racconta la storia di una ragazza che si è opposta alle mutilazioni, la prima in un villaggio del Kenya, e che per questo ha rotto con la famiglia, recuperando in seguito il rapporto con la madre; comunque è stata la prima a dire di no e lo ha raccontato in un audiodocumentario che ha ricevuto un premio nel festival del cinema africano FESPACO (*Festival Panafricain du Cinéma de Ouagadougou*).

Il nostro lavoro quindi è cercare di sostenere le associazioni anche con attività di rafforzamento.

RIZZOTTI (*FIBP-UDC*). Conosciamo gli altissimi numeri delle mutilazioni genitali femminili nel nostro Paese; sappiamo anche che purtroppo ci sono molti medici compiacenti, che magari lavorano in ospedale garantendo il ricovero se qualcosa non va bene. Sappiamo altresì che molto spesso le bambine vengono portate, con la scusa di una vacanza, nei Paesi d'origine per essere sottoposte a questa drammatica mutilazione perché comunque è richiesta per il matrimonio; in alcuni Paesi africani infatti è una pratica vincolante come condizione per avere un marito.

Vorrei sapere se avete contezza (o com'è possibile ricavare il dato) del numero di bambine o di donne che devono ricorrere alle cure di un ospedale o di un pronto soccorso in seguito alla mutilazione; questo sarebbe molto importante. Eventualmente ci potreste suggerire il modo per poterlo sapere?

FARINA. Posso aggiungere una considerazione dal punto di vista dell'indagine. In primo luogo, non c'è evidenza che i medici italiani esercitino questa pratica; anzi, abbiamo contezza di un medico somalo che in Toscana opera la deinfibulazione. Di questo siamo molto sicuri. I medici italiani non si schiererebbero mai a favore di una mutilazione.

RIZZOTTI (*FIBP-UDC*). C'è stato uno scandalo qualche anno fa.

FARINA. Possiamo anche ragionare sul fatto che potrebbe esserci un caso, per esempio a Forlì, non di un medico ma di una praticona che può averlo fatto, ma nella sostanza non c'è evidenza di questo fenomeno.

Lei solleva però una questione che non è italiana – mi sento di escluderlo – ma è invece patrimonio dei Paesi d'origine. Come ho detto all'i-

nizio, il fenomeno è in declino ovunque nel mondo; dobbiamo dirlo finalmente, perché dopo trent'anni di lavoro di tutte le associazioni, comprese quelle presenti oggi, i dati mondiali stanno evidenziando che le giovani generazioni sono meno propense, sia in Italia che nei loro Paesi.

Tuttavia la norma sociale può essere così forte da superare la paura di far del male a queste bambine. Allora si ricorre, qualche volta, in alcuni Paesi in particolare, per esempio in Egitto, alla medicalizzazione dell'operazione, cioè alla medicalizzazione della mutilazione, fornendo una salvaguardia dal punto di vista fisico. Si noti che in Egitto la pratica è vietata, ma è sempre presente ed è fatta sia dalle cristiane copto-ortodosse che dalle donne musulmane, senza distinzione alcuna. Quello che è certo è che la norma sociale è così forte che arrivano all'idea di medicalizzare, cioè di non fare del male alle bambine, ma comunque di mutilarle. Di questo sicuramente si ha contezza.

Per il resto credo che siano casi aneddotici o assolutamente non significativi in Italia. Dato che mi occupo di numeri, mi sento di poterle rispondere così.

FIORLETTA. Confermiamo.

RIZZOTTI (FIBP-UDC). Rispetto ai ricoveri ospedalieri, chiedevo se c'è una specifica cartella o diagnosi, per avere dati anche da questo punto di vista.

FIORLETTA. Non ci sono cartelle su questo, perché in Italia le bambine non vengono mutilate, come diceva adesso la dottoressa Farina. Ci può essere stato un caso su migliaia, che oltretutto non afferisce all'ambito medico. Se mai afferisce all'ambito medico, vi sarebbe un ordine dal quale si verrebbe radiati, come avviene anche per altri motivi; ma non c'è contezza del fenomeno, come diceva la dottoressa Farina. La pratica avviene la maggior parte delle volte in giovanissima età e quindi, appunto, nei Paesi d'origine. Non c'è un ricorso ai nostri pronto soccorso per una cosa del genere. Molto spesso, sebbene nei numeri ridotti che abbiamo in Italia (perché non stiamo parlando di numeri mostruosamente ampi), la mutilazione viene fatta casomai in questi famosi viaggi, durante l'estate. Questo è il motivo per cui non c'è un afflusso nei nostri pronto soccorso a seguito di questo fenomeno.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti gli intervenuti per l'approfondimento. Dichiaro conclusa l'audizione.

I lavori terminano alle ore 17,05.

