



**ISTITUTO PIEPOLI S.p.A.**  
*Innovazione nelle Ricerche di Marketing*



*Ministero  
per le Pari Opportunità*

# **VALUTAZIONE QUANTITATIVA E QUALITATIVA DEL FENOMENO DELLE MUTILAZIONI GENITALI IN ITALIA**

**Ricerca 117-01-2009**

*Luglio 2009*

*"Gli dei dell'antico Egitto erano dotati di una natura bisessuale. Gli umani avrebbero ereditato questa bisessualità, dimostrata dal prepuzio nell'uomo e dal clitoride nella donna. Eliminandoli, uomo e donna avrebbero recuperato la loro vera natura."*

- Mito dell'Antico Egitto -



# PREMESSA E OBIETTIVI

# PREMESSA E OBIETTIVI

- ⊙ La presente ricerca si situa all'interno del dibattito in corso sulla diffusione della pratica delle mutilazioni genitali femminili in Italia.
- ⊙ Lo scopo principale dell'indagine è quello di pervenire ad una stima attendibile delle donne presenti in Italia che potrebbero aver subito una qualche forma di mutilazione genitale (in Italia o nel proprio Paese di origine) cercando di quantificare anche il numero di bambine e/o ragazze interessate da questa pratica.

Per raggiungere questo obiettivo la ricerca ha adottato due differenti approcci metodologici:

- ⊙ Uno quantitativo, con l'intento di coprire l'aspetto più numerico del fenomeno mediante ricerca di desk sui dati statistici disponibili e alcuni colloqui con operatori informati al fine di pervenire a stime numeriche orientative, ma il più possibile vicine alla realtà
- ⊙ Uno motivazionale, mediante colloqui individuali in profondità effettuati da psicologi al fine di non tralasciare l'aspetto qualitativo rappresentato dalle preziose informazioni che numerosi testimoni privilegiati (medici, mediatori culturali, esponenti di associazioni femminili, ecc.) possiedono in quanto direttamente a contatto con le conseguenze fisiche e/o psicologiche della pratica delle mutilazioni genitali.



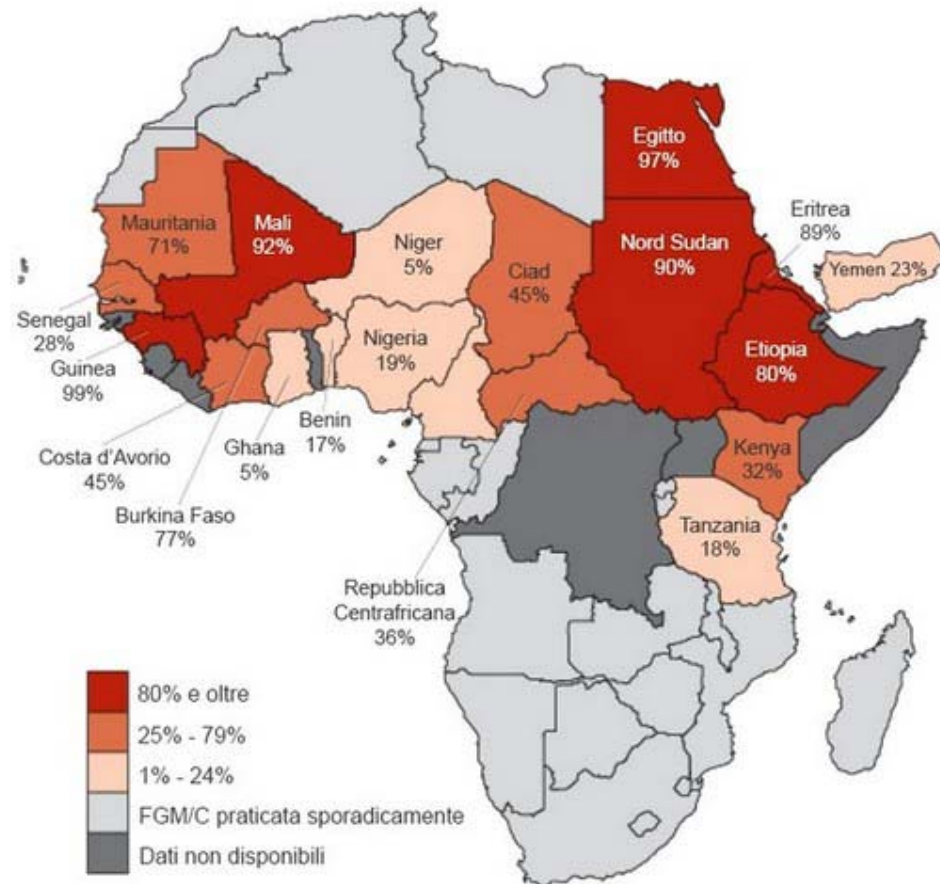
# LE STIME QUANTITATIVE DEL FENOMENO

# MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI: LA DIFFUSIONE/1

⊕ Secondo i dati più aggiornati di fonte **OMS** (Organizzazione Mondiale della Sanità), sono tra **100 e 140 milioni** le bambine, ragazze e donne nel mondo che hanno subito una forma di mutilazione genitale femminile (MGF).

⊕ L'**Africa** è di gran lunga il continente in cui il fenomeno delle MGF è più diffuso, con **91,5 milioni** di ragazze di età superiore a 9 anni vittime di questa pratica, e circa **3 milioni** di altre ragazze che ogni anno si aggiungono al totale.

Figura 1. Diffusione MGF



Fonte: OMS/ONU

# MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI: LA DIFFUSIONE/2

Come si può vedere nella mappa (*cf.* Figura 1):

- ⊕ La pratica delle MGF è documentata e monitorata in **26 paesi africani** e nello **Yemen**. In altri Stati (**India, Indonesia, Iraq, Malesia, Emirati Arabi Uniti e Israele**) si ha la certezza che vi siano casi di MGF ma mancano indagini statistiche attendibili e il fenomeno sembra del tutto marginale.
- ⊕ In 7 Stati (**Egitto, Eritrea, Gibuti, Guinea, Mali, Sierra Leone e Somalia**) e nel Nord del **Sudan** il fenomeno tocca praticamente la quasi totalità della popolazione femminile (saremmo oltre l'80%), con punte massime nelle aree rurali e più basse nelle aree urbane ad alta densità, come ad esempio il Cairo. In altri 4 paesi (**Burkina Faso, Etiopia, Gambia, Mauritania**) la diffusione è maggioritaria ma non così estesa. In altri 5 (**Ciad, Costa d'Avorio, Guinea Bissau, Kenya e Liberia**) il tasso di prevalenza è considerato medio - tra il 30 e il 40% della popolazione femminile, mentre nei restanti paesi la diffusione delle MGF varia dal 5 al 19%.

Anche il **tipo di intervento mutilatorio** imposto varia a seconda del gruppo etnico di appartenenza. Il 90% delle MGF praticate è di tipo **escissorio** (con taglio e/o rimozione di parti dell'apparato genitale della donna), mentre un decimo dei casi si riferisce all'azione specifica della **infibulazione**, che ha come scopo il restringimento dell'orifizio vaginale e può a sua volta essere associato anche a un'escissione.

# L'INCIDENZA DEL FENOMENO NEI 26 PAESI AFRICANI A TRADIZIONE ESCISSORIA

PAESE	INCIDENZA MGF	PAESE	INCIDENZA MGF
Guinea	<b>99</b>	Liberia	<b>50</b>
Egitto	<b>97</b>	Ciad	<b>45</b>
Gibuti	<b>95</b>	Costa d'Avorio	<b>45</b>
Somalia	<b>94</b>	Rep. Centrafricana	<b>36</b>
Mali	<b>92</b>	Kenia	<b>32</b>
Sudan	<b>90</b>	Senegal	<b>30</b>
Eritrea	<b>89</b>	Nigeria	<b>19</b>
Etiopia	<b>80</b>	Tanzania	<b>18</b>
Burkina Faso	<b>77</b>	Benin	<b>17</b>
Gambia	<b>75</b>	Togo	<b>15</b>
Sierra Leone	<b>75</b>	Camerun	<b>14</b>
Mauritania	<b>71</b>	Ghana	<b>12</b>
Guinea Bissau	<b>50</b>	Uganda	<b>5</b>

Fonte: © afrol News Afrol Archives , UN agencies, Amnesty, DHS



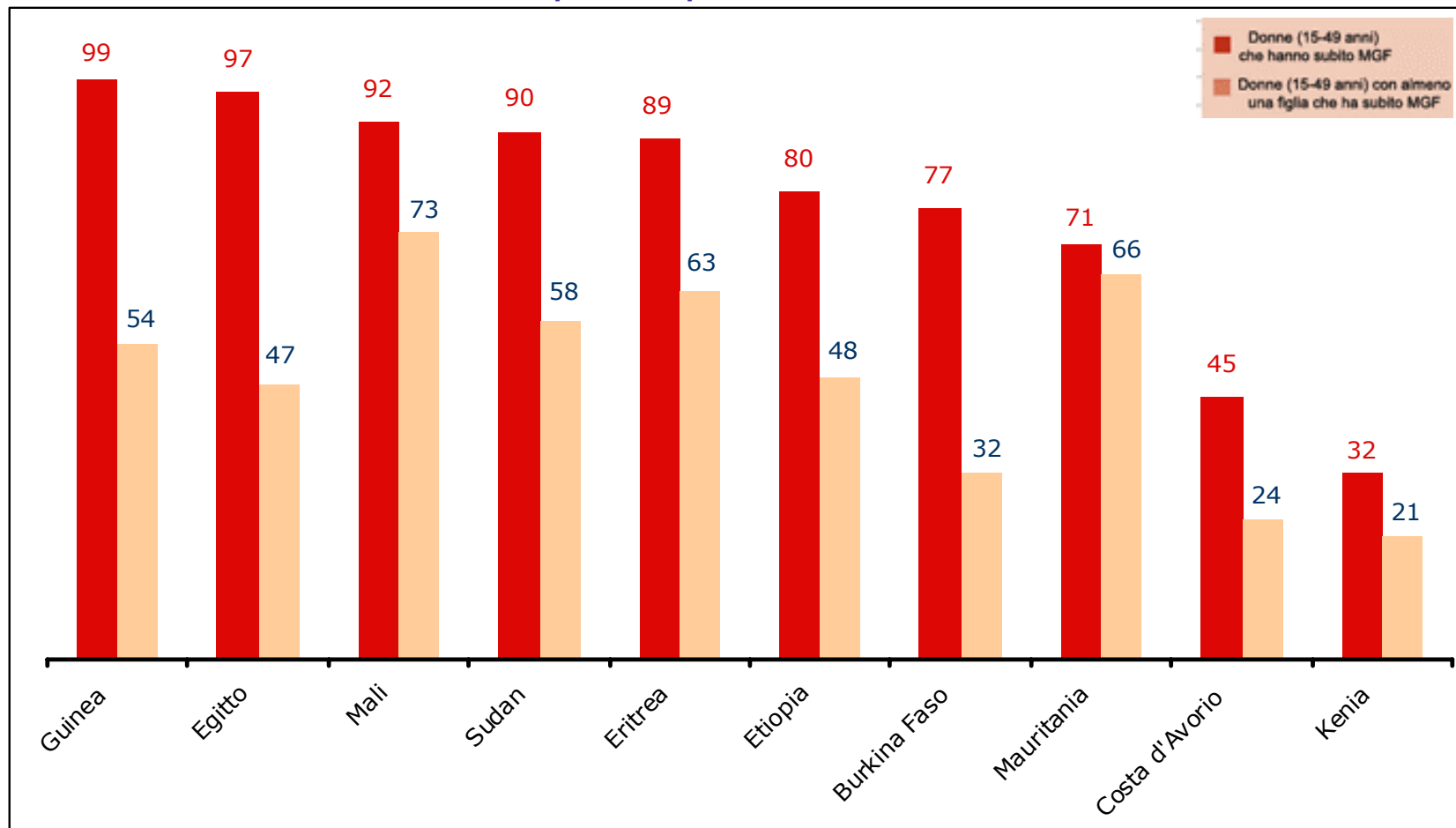
# MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI: ETA E GENERAZIONI

- ⊕ Le mutilazioni genitali sono generalmente praticate su soggetti molto giovani, in media ragazze che non hanno ancora compiuto 15 anni. In alcune comunità l'escissione può essere praticata anche su donne più adulte, alla vigilia del matrimonio o all'inizio della prima gravidanza, e persino su donne **che hanno appena partorito**. Queste modalità sono pertinenti alla cultura di appartenenza, e tendono a rimanere piuttosto **stabili nel tempo**.
- ⊕ Laddove è possibile confrontare indagini condotte in periodi di tempo differenti, appare spesso che le ragazze più giovani **tendono a sottrarsi** alla pratica con maggiore efficacia rispetto a quanto siano riuscite a fare le loro coetanee in epoche precedenti. Inoltre (*cfr. Figura 2.*), cresce in molti Paesi lo scarto tra la percentuale di donne che hanno subito le mutilazioni genitali e quelle che a loro volta sottopongono le proprie figlie a questa pratica.
- ⊕ Dal grafico che segue risulta come mediamente lo scarto tra madri e figlie vittime del fenomeno ci dica che le figlie sono mediamente circa il 30% in meno rispetto alle madri (per l'esattezza il 28,6% in meno), con lo scarto massimo proprio in Egitto, uno dei paesi con i tassi più alti di incidenza del fenomeno.



# PRATICA DELLE MGF TRA LE GENERAZIONI - MADRI E FIGLIE -

Figura 2. Correlazione tra due generazioni  
rispetto alla pratica delle MGF



Fonte: OMS/ONU



# LA SITUAZIONE NUMERICA IN ITALIA

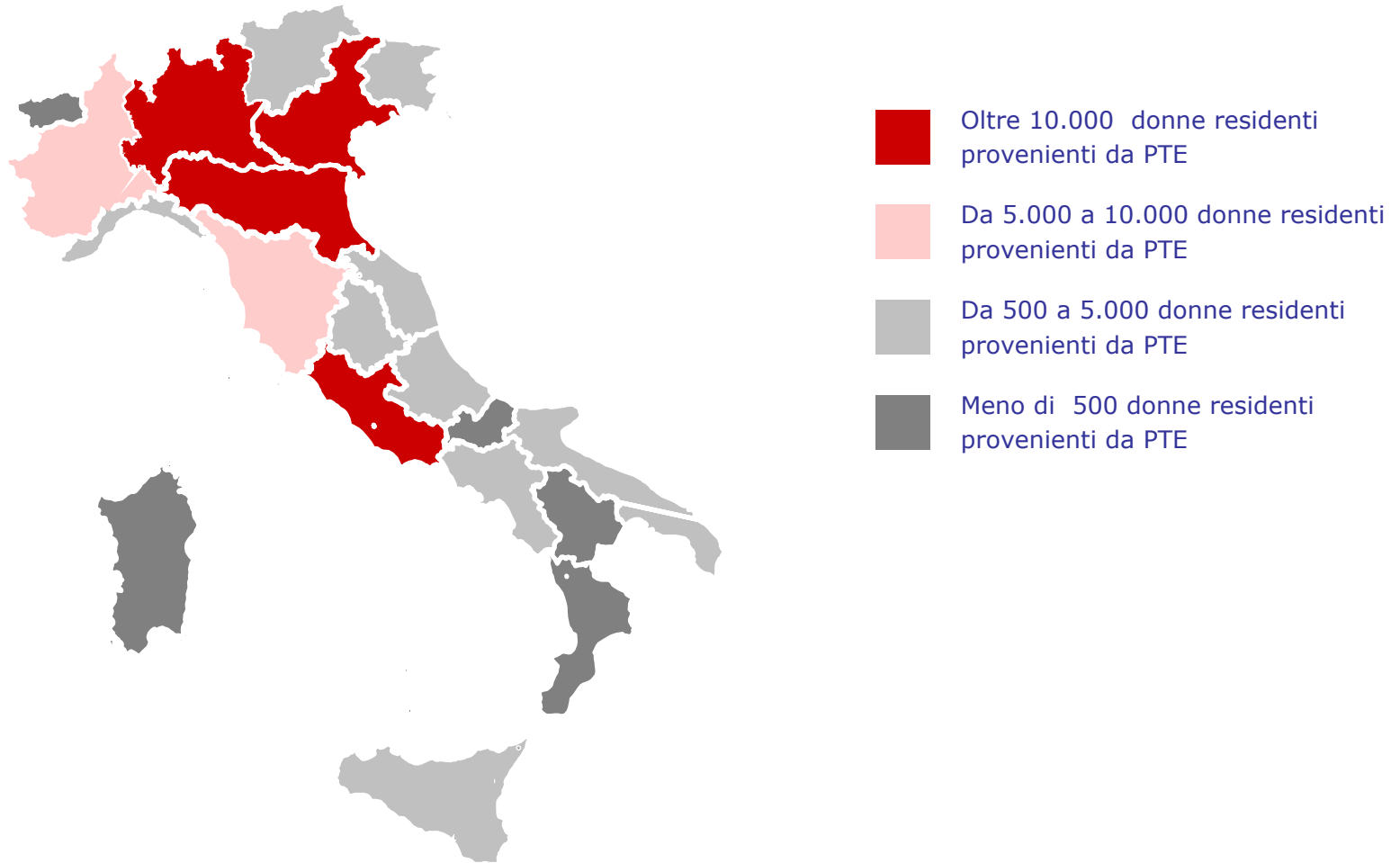
- ⊕ I grandi dati di riferimento per quanto riguarda il nostro Paese sono i seguenti:
- Numero degli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia: i dati ufficiali risalgono al 2008 e ci parlano di 3.400.000 individui; oggi, a livello di metà del 2009 e considerando anche gli irregolari (\*) si può dire che gli stranieri soggiornanti in Italia siano complessivamente almeno circa 4 milioni.
  - I provenienti dai paesi africani sono circa 1 milione, di cui circa 350 mila donne.
  - Tenuto conto delle informazioni di contesto raccolte si è deciso di assumere come target per la costruzione della stime le donne regolarmente presenti in Italia e provenienti dai 26 Paesi africani in cui le MGF costituiscono una pratica culturale e tribale diffusa.
  - **Le donne provenienti dai paesi africani che abbiamo definito a “tradizione escissoria” sono circa 110 mila.**
  - **Le donne di età inferiore ai 17 anni, potenziali vittime attuali o future del fenomeno sono circa 4.600.**

*\*: Come è noto, circa la numerosità dei cosiddetti irregolari in Italia (cioè soggiornanti senza permesso regolare), i dati sono mancanti o poco attendibili. L'unica stima che vede concordi più fonti è quella di 1 irregolare ogni 5 regolari, quindi al numero dei regolari andrebbe aggiunto tendenzialmente un 20% in più di irregolari.*



# DONNE AFRICANE: PRESENZE/1

- ⊕ Riportiamo i dati delle presenze di donne provenienti da paesi a tradizione escissoria (PTE) residenti in Italia.



Fonte: Istat – Statistiche sulle anagrafi comunali - Dati al 1° gennaio 2008

# DONNE AFRICANE: PRESENZE/2

- ⊕ Queste 6 regioni raccolgono insieme l'85% delle donne residenti in Italia e che provengono da paesi a tradizione escissoria. Le stime successive sono comunque frutto di calcoli effettuati su base regionale al di là della presenza di donne.

<b>Prime 6 regioni per donne residenti provenienti da PTE</b>	<b>% sul totale</b>	<b>Donne residenti provenienti da PTE (VA)</b>	<b>% di bambine &lt; 17 anni sul totale donne per regione</b>
Lombardia	35%	38.970	3,9%
Veneto	14%	15.340	4,3%
Emilia Romagna	13%	14.150	5,4%
Lazio	10%	11.312	3,0%
Piemonte	8%	8.662	3,8%
Toscana	5%	5.082	4,5%
Altre Regioni	15%	16.486	4,6%
<b>Totale Italia</b>	<b>100%</b>	<b>110.000</b>	<b>4,2%</b>

# STIME ITALIA: I RISULTATI

## DATO REALE

DONNE PROVENIENTI DA  
PAESI A TRADIZIONE  
ESCISSORIA  
RESIDENTI IN ITALIA

**110 MILA CIRCA**



## DI CUI

BAMBINE < 17 ANNI  
RESIDENTI IN ITALIA

**4,6 MILA CIRCA**

**LIVELLO MEDIO DI  
INCIDENZA DEL  
FENOMENO MGF SULLA  
POP. FEMMINILE  
RESIDENTE IN ITALIA**

**30%**

**20%**

## DATO STIMATO

STIMA DONNE  
VITTIME DI MGF  
RESIDENTI IN ITALIA

**35 MILA CIRCA**

BAMBINE < 17 ANNI  
VITTIME POTENZIALI DI MGF  
RESIDENTI IN ITALIA

**1.100 CIRCA**

Nota: stime effettuate su dati Istat riguardanti residenti e permessi di soggiorno al 1° gennaio 2008



# LE STIME DEL FENOMENO IN ITALIA: DONNE

- ① Le due grandi domande a cui abbiamo cercato con la ricerca di dare una risposta sono:
  - Quante sono le donne soggiornanti in Italia vittime della pratica delle mutilazioni genitali per lo più subito nel paese d'origine?
  - Quante sono le bambine e le giovani che potrebbero essere vittime della stessa pratica in Italia o nel paese d'origine oggi, con riferimento ai prossimi anni?
- ① Sul primo quesito, il dato di riferimento è costituito dall'incidenza media del fenomeno nei paesi d'origine, che si collocherebbe secondo i nostri calcoli, con una media ponderata che tiene conto della numerosità delle presenze provenienti da ciascuno dei 26 Paesi, sul 46%. Certamente le donne che si sono trasferite in Italia provenienti da quei Paesi presentano un tasso di incidenza che, anche sulla base dei colloqui effettuati, possiamo considerare molto più limitato. Una stima attendibile può essere intorno al 30%. Il che significa che tra le 110 mila donne provenienti da quei Paesi africani in cui viene praticata la mutilazione genitale, quelle che probabilmente hanno subito questa pratica sono circa 35 mila. Possiamo parlare di **circa 35 mila donne africane soggiornanti in Italia che hanno subito questa pratica**, per lo più nel Paese di origine.

***SU 110 MILA DONNE AFRICANE SOGGIORNANTI IN ITALIA E PROVENIENTI DAI PAESI CHE ABBIAMO DEFINITO "A TRADIZIONE ESCISSORIA", SI PUÒ STIMARE CHE CIRCA 35 MILA ABBIANO SUBITO QUESTA PRATICA, O PRIMA DI VENIRE IN ITALIA O DURANTE IL SOGGIORNO TORNANDO NEI PAESI DI ORIGINE, O IN ITALIA STESSA.***

# LE STIME DEL FENOMENO IN ITALIA: GIOVANI E BAMBINE

- ⊕ Molto diverso è il discorso per le bambine e le giovani da 0 a 17 anni, tra cui il tasso di penetrazione del fenomeno è sicuramente molto più limitato. Usando lo stesso scarto medio registrato nei Paesi d'origine, si può dire che tra le figlie il fenomeno sia presente in un 30% di casi in meno rispetto alle madri.
- ⊕ Considerando le circa 4.600 bambine e giovani di meno di 17 anni provenienti dai Paesi che abbiamo indicato come target di riferimento, **le vittime potenziali** di questa pratica oggi sono circa il **22%**: il che significa che le possibili vittime nei prossimi anni di questa pratica tra le bambine e giovani africane residenti in Italia sono **circa 1.000**.

**ABBIAMO DUNQUE CIRCA 1.000 BAMBINE E GIOVANI SOGGIORNANTI IN ITALIA E PROVENIENTI DAI PAESI AFRICANI "A RISCHIO" CHE HANNO SUBITO CHE NEI PROSSIMI ANNI POTREBBERO SUBIRE QUESTA PRATICA - TORNANDO NEI PAESI DI ORIGINE PER BREVI PERIODI DI VACANZE, OPPURE IN ITALIA STESSA.**



# SCHEDE REGIONALI

*Le stime nelle prime  
6 regioni per presenze di donne provenienti  
da Paesi a tradizione escissoria*

# SCHEDE REGIONALI

<b>Prime 6 regioni per donne residenti provenienti da PTE</b>	Donne residenti provenienti da PTE (VA)	Donne vittime di MGF provenienti da PTE (VA)	Bambine < 17 anni potenziali vittime di MGF
Lombardia	38.970	13.640	378
Veneto	15.340	4.602	129
Emilia Romagna	14.150	4.245	148
Lazio	11.312	3.959	89
Piemonte	8.662	2.599	67
Toscana	5.082	1.525	49
Altre Regioni	16.486	4.322	140
<b>Totale Italia</b>	<b>110.000</b>	<b>35.000</b>	<b>1.000</b>

# LE FONTI

# FONTI

⊕ Le fonti di dati prese in esame per la costruzione delle stime sono state:

## – ISTAT

- Cittadini stranieri residenti per regione, provincia, area geografica e paesi di cittadinanza, al 1° gennaio 2008
- Permessi di soggiorno dei cittadini extracomunitari per provincia e sesso, per area geografica e principali paesi di cittadinanza, al 1° gennaio 2008  
(Elaborazioni su dati Ministero dell'Interno)

## – Ministero della salute

- Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche - ( art. 4 – Legge n. 7 del 2006)

## – OMS/ONU

- *Demographic and health survey, 2005*, DHS (Ricerca su demografia e salute)

# LE EVIDENZE QUALITATIVE DELLA RICERCA

# IL CAMPIONE QUALITATIVO

La selezione dei rispondenti è avvenuta sulla base dell'elenco di Associazioni ed Enti beneficiari di sovvenzioni finalizzate allo studio o al contrasto delle MGF indicato nell'Avviso Pubblico N°1(G.U. del 13 agosto 2007), sul contatto con relatori e organizzatori di Convegni sul tema delle MGF e in base ad altre segnalazioni attendibili.

Le figure coinvolte nella ricerca sono state:

- Ⓐ Professionisti in centri d'eccellenza per la ricerca e l'intervento sulla MGF (ginecologi, psicologi, mediatori culturali)

Ospedale San Paolo Centro Salute Donne Immigrate - Milano; Ospedale Aiuto materno - Palermo; Ospedale Universitario Policlinico Paolo Giaccone - Palermo; Ospedale San Gallicano - Roma; Ospedale San Camillo - Roma

- Ⓐ Operatori e figure dirigenziali in organizzazioni dedicate all'assistenza sanitaria giuridica e di servizio agli immigrati, a livello pubblico e privato (reparti ospedalieri, consultori familiari, associazioni e cooperative sociali)

Consultorio Familiare Enrico Parisi - Palermo; Consultorio Familiare Distr.Sanitario 113 - Palermo; Cooperativa Kantara - Milano; Centro Astalli - Palermo; Cooperativa Integra - Roma

- Ⓐ Ricercatori operanti in centri di primo livello

Istituto Superiore di Sanità; Centro Nazionale delle Ricerche; Fondazione ISMU - Milano

- Ⓐ Figure politiche competenti sul tema della salute immigrata e attive nelle iniziative volte alla conoscenza e al contenimento delle MGF in Italia.

# NOTE PER LA LETTURA DEI RISULTATI

- ⊕ La lettura dei risultati **non ha messo in luce particolari differenze di ordine territoriale** (anche in considerazione dell'eccellenza a livello nazionale dei centri considerati);
- ⊕ **La variabilità nelle caratteristiche delle persone immigrate accolte nei diversi centri è molto alta:** sono molto diverse le percentuali di incidenza relative alle etnie e alle condizioni di irregolarità. Considerata la natura qualitativa del campione (25 casi) tale variabilità non permette di trarre conclusioni significative in relazione a questi 2 aspetti (provenienza e status);
- ⊕ Nel quadro delle donne provenienti da PTE, a fronte di una maggiore rappresentatività presso le strutture e di una maggiore conoscenza dei loro sistemi culturali, le persone intervistate si sono riferite quasi esclusivamente alla **popolazione femminile immigrata dall'Africa**. Questo focus è stato adottato anche nell'illustrazione dei risultati.



# IL PANORAMA ATTUALE IN ITALIA



# IL PANORAMA ATTUALE

- ⊕ Il tema della MGF **ha assunto un rilievo fino a pochi anni fa sconosciuto**: la prevenzione della diffusione di pratiche di mutilazione in territori d'adozione come l'Italia è un valore importante e condiviso tra operatori e ricercatori, in considerazione dei rischi sanitari e psicologici per le giovani donne che le subiscono;
- ⊕ **L'impulso dato dalle Nazioni Unite e dall'OMS** è stato recepito dai centri di ricerca e di salute che accolgono le donne immigrate e l'attività conoscitiva e divulgativa è sempre più solida (costruzione di statistiche affidabili, formazione degli operatori, convegni, ecc.);
- ⊕ A seguito di tale impulso, attraverso una più profonda conoscenza delle MGF e una maggiore consapevolezza delle problematiche legate alla prevenzione, si giunge sovente a criticare l'approccio alla prevenzione seguito nel passato prossimo dalle organizzazioni internazionali: **le grandi campagne di comunicazione sul problema rischiano di avere l'effetto indesiderato** di maggiore attaccamento alla pratica e di chiusura da parte delle donne che l'hanno subita;
- ⊕ Riconosciuto da molti tra gli attori coinvolti è **il rischio tangibile di compiere una seconda violenza su queste persone**, presentandole al pubblico occidentale come vittime sfortunate di una barbarie, ancora una volta figlie di una cultura di seconda scelta;
- ⊕ Fondamentale **attivare canali per l'incontro e la mediazione.**



# L'ATTIVITA' DEI CENTRI

Attualmente, in Italia

- ⊕ Un impegno importante va nella **formazione** degli operatori a diretto contatto con donne, figure che non sempre hanno facilità a conoscerne e comprenderne il punto di vista in relazione al tema della MGF, e il progressivo aumento dei mediatori culturali impegnati nell'accoglienza
- ⊕ Le **ricerche statistiche** sono sempre più numerose e tendono spesso a sovrapporsi (es. gli stessi ricercatori coinvolti in diverse linee di ricerca; gli stessi enti coinvolti attraverso più canali). Normalmente le rilevazioni sono molto complesse e gli esiti non sono ancora definitivi
- ⊕ Si moltiplicano i **convegni** in un'ottica di progressiva estensione della consapevolezza almeno tra gli operatori. C'è chi esprime la preoccupazione che assumano un tono autoreferenziale e che non riescano a intercettare le mediatrici culturali provenienti dal PTE



# IL PANORAMA ATTUALE IN ITALIA

Le attività recenti sul tema delle MGF hanno portato a concepire

**come prioritario il lavoro sul campo, attraverso la mediazione**

*"i corsi da noi tenuti si sono proposti l'obiettivo di formare personale referenziato, idoneo a interagire con le comunità e iniziare, una volta all'interno, una campagna di informazione e sensibilizzazione sul tema"*

**piuttosto che con campagne di denuncia e stigmatizzazione**

*"In Italia con la campagna sulla MGF come una cosa orrenda le donne rischiano di essere punite 2 volte, per la mutilazione fisica e per essere oggetto di scherno o comunque di discussione"*



***"è un fenomeno che non deve essere affrontato nelle alte sfere, non con grosse campagne ma sul territorio, tra le donne" dirigente organizzazione***



# **LA PRESENZA FEMMINILE IN ITALIA: FOCUS SULLE DONNE AFRICANE**

**(la popolazione di riferimento MGF per gli attori intervistati sul tema MGF)**

# LE DONNE AFRICANE IN ITALIA: SANITA'

- ⊕ La popolazione immigrata ha raggiunto un impatto del 4% sulle strutture sanitarie pubbliche e i ricercatori contattati sottolineano la necessità di procedere alla **riorganizzazione dei servizi** in un'ottica di accoglienza multietnica (comprensione e rispetto, diversificazione orari, traduzione linguistica,...);
- ⊕ Le urgenze riguardanti la salute degli immigrati sono la diffusione dell'**AIDS**, in fase di contenimento, e della **tubercolosi**, comunque monitorata;
- ⊕ Secondo i dati più recenti (da SDO, 2007), la popolazione femminile nello specifico si rivolge alle strutture sanitarie innanzitutto per il **parto** e per l'**IVG**. In terzo luogo per le donne provenienti da paesi a forte pressione migratoria, il motivo di ricovero o day hospital sono le **infiammazioni all'apparato genito-urinario (16,8%)** rispetto alle quali le MGF possono avere un peso ma non necessariamente esserne l'unica causa;
- ⊕ I ricercatori confermano che **non esiste un dato statistico certo sulla diffusione del fenomeno delle MGF in Italia**: i protocolli impiegati per le elaborazioni statistiche riguardano solo parte dei contatti pazienti-strutture (solo ricoveri, solo strutture pubbliche) e non contemplano la registrazione del dato. Inoltre le MGF tendono a non venire dichiarate e non sempre sono riconoscibili dai medici;
- ⊕ Le donne africane, così come altre donne con culture molto distanti da quella occidentale, tendono a non seguire i percorsi di follow up e ad abbandonare le terapie: quindi **i contatti sono puntuali e difficilmente continuativi**.



# LE DONNE AFRICANE IN ITALIA: DIRITTO E SOCIETÀ

- ⊕ Nell'assistenza agli immigrati dall'Africa e da altre aree a tradizione escissoria, **la lingua così come la reciproca comprensione culturale è un elemento fortemente ostacolante**, più di quanto non lo sia per altri segmenti di popolazione immigrata (es. Europa dell'Est, America Latina);
- ⊕ **La consapevolezza di diritti e doveri, in generale il funzionamento dell'ordinamento giuridico italiano è estremamente rara** per le persone provenienti dai paesi a tradizione escissoria;
- ⊕ La legge che ha posto il **divieto sulle pratiche di MGF è molto difficile da comprendere** da parte di coloro che le concepiscono in termini tradizionali e acritici;
- ⊕ **L'ultima normativa sulla sicurezza**, che favorisce la denuncia da parte dei medici degli immigrati irregolari, ha portato, secondo alcuni ricercatori, a un'effettiva **riduzione dei contatti con le strutture di sanità pubblica**.



# LE DONNE AFRICANE IN ITALIA: CULTURA

- ⊕ La moralità delle donne africane pretende un atteggiamento spesso di **introversione** ad affrontare un tema privato come quello della MGF, laddove non esistano specifiche problematiche da risolvere, è allo stato dei fatti estremamente difficile;
- ⊕ Le donne africane sono state socializzate in **culture caratterizzate da reti sociali estremamente solide**, anche con componenti rituali, che tendono a venire ricreate nel territorio di immigrazione. In questo senso differiscono profondamente da altre realtà immigrate (come per esempio quelle dei paesi dell'Est Europa in primo luogo) caratterizzate da una notevole frammentazione e un diffuso individualismo;
- ⊕ Insieme ai tratti somatici, tatuaggi, scarificazioni e alla lingua, **le MGF segnano stabilmente l'appartenenza a un gruppo**: al gruppo delle donne, al gruppo degli Africani, al gruppo di quella specifica area, portatore di quella specifica tradizione.



# LE DONNE AFRICANE IN ITALIA: LE MINORI

Nell'esperienza degli operatori intervistati, presso i centri in cui svolgono la professione

- ⊕ Le ragazzine più giovani (<17 anni), nella totalità dei casi accompagnate usufruiscono spesso di **assistenza pediatrica**, non ginecologica, il che rende molto difficile identificare le MGF;
- ⊕ Le ragazze più grandi (>17 anni) raramente sole, al massimo con un'amica coetanea si rivolgono alle strutture di assistenza e orientamento per esigenze informative relative a **corsi di studio e opportunità formative, centri sanitari a cui rivolgersi** oppure, in caso di centri medici, problematiche relative essenzialmente **contraccezione e HPV**;
- ⊕ **Il contatto, diretto o indiretto, con minori che hanno subito MGF è rarissimo**





# LE MGF PER LE DONNE AFRICANE IN ITALIA

le MGF non impattano in modo significativo né univoco sulle strutture del sistema sanitario nazionale

*"riferendomi ai numeri io le MGF non le vedo", "dipende molto dalla provenienza",  
"da noi vengono le più evolute, i casi più devastanti non li vediamo",  
"non vengono volentieri in ospedale e le cose sono peggiorate  
con la legge che ha reso la clandestinità un reato"*

le MGF riguardano la sfera intima dell'identità femminile delle donne africane e la sfera intima della loro identità culturale

*"un segno di appartenenza a cui non si vuole rinunciare"  
"in Somalia non esiste il senso dello Stato, essere infibulate vuol dire essere somale"*

il contatto delle minori africane con le strutture di assistenza è piuttosto raro e non necessariamente per assistenza ginecologica

*"sotto i 16 anni vengono per l'influenza, le malattie esantematiche,.."*

***"Le MGF sono un fenomeno sommerso"*** ricercatrice

# **LA MUTILAZIONE GENITALE FEMMINILE: LE PROBLEMATICHE SPECIFICHE RISCONTRATE IN ITALIA**

# LE MGF NEI PAESI DI ORIGINE

- ⊙ Nei paesi d'origine la pratica della mutilazione non è omogeneamente diffusa e, com'è noto, presenta livelli di invasività molto diversi  
*"ci sono aree in cui gli interventi sono assolutamente devastanti, in altre la pratica la sunna che benché problematica non ha le stesse conseguenze"*
- ⊙ In particolare le mediatrici culturali si riferiscono a una sensibile riduzione delle pratiche nelle aree urbane di maggiori dimensioni parallela a una concentrazione delle pratiche nelle aree rurali, peraltro spesso non raggiunte dalle campagne di comunicazione contro le MGF  
*"in Etiopia chi vive nelle grandi città normalmente ha abbandonato la pratica, rimane nei villaggi, soprattutto ai confini con la Somalia e questo vale anche per altri paesi: nelle grandi città la cultura è cambiata"*
- ⊙ Anche i medici che hanno operato nelle aree di provenienza testimoniano un diverso livello di diffusione e gravità delle pratiche nei centri urbani rispetto alle aree rurali laddove sono entrati in contatto con situazioni molto problematiche dal punto di vista igienico-sanitario e con quadri clinici gravi in conseguenza delle pratiche di MGF  
*"fistole vagino-rettali o vagino vescicali, infezioni contratte durante la pratica con oggetti non sterili, quindi portatrici di vari tipi di epatiti, HIV, sterilità"*



# LE MGF IN ITALIA

- ⊙ Dal punto di vista delle **complicazioni derivanti dalle MGF** le situazioni che più spesso si riscontrano in Italia riguardano la **de-infibulazione a parto e le infiammazioni all'apparato genito-urinario**
  
- ⊙ Dal punto di vista della **richiesta di MGF** in Italia ci si riferisce a due situazioni tipiche:
  - La volontà di essere **infibulate nuovamente**, dopo la de-infibulazione per il parto

*"in alcuni casi alcune donne in seguito alla diagnostica impossibilità da avere figli si sono fatte de-infibulare e successivamente, a parto avvenuto, vogliono essere re-infibulate ma da noi è vietato sono tornate nel loro paese di origine per essere sottoposte nuovamente all'intervento di MGF"*
  
  - La volontà di **sottoporre a MGF le proprie figlie**

*"la mamma è responsabile dell'educazione della figlia e attraverso la MGF la preserva e ottiene anche un controllo sulle malattie sessualmente trasmissibili"*



# LE MGF DAI PAESI DI ORIGINE ALL'ITALIA

## NEL PAESE DI ORIGINE

disomogeneità della  
diffusione per area etnica

e tra aree urbane, più  
evolute, e quelle rurali

gravi conseguenze fisiche

## IN ITALIA

disomogeneità per etnia

selezione delle donne più  
evolute, dalle città

situazioni di gravità  
moderata

***“Le conseguenze nel Gibuti sono molto gravi:  
non sono donne che vengono qui, però” medico***



# LE MGF: GLI EFFETTI SOCIALI

Dall'esperienza diretta di medici, antropologi e mediatori

- ⊙ Dal punto di vista **antropologico**, secondo una prospettiva inserita nella **cultura d'origine** la MGF
  - costituisce il **diritto di accesso alla comunità delle donne**, al proprio ruolo sociale e alla trasmissione dei saperi
    - "per diventare donne con diritto di parola, sempre in un contesto di donne..."*
    - "il gruppo non la riterrà degna di farne parte, verrà esclusa da ogni conversazione e non sarà informata sui temi dell'allattamento e della gravidanza"*
  - garantisce in relazione **al matrimonio, l'accettazione da parte dell'uomo**
    - "un uomo che aveva studiato in Occidente, anche con un dottorato, quando ha saputo che la donna non era infibulata l'ha lasciata. Il ruolo dell'uomo è altrettanto importante"*
  - preserva **la relazione con la parentela** rimasta al paese d'origine
    - "la nonna in visita trova la bambina ancora aperta: - questa bambina deve essere chiusa!-"*



# LA MGF: GLI EFFETTI SANITARI

- ⊙ Secondo il punto di vista **medico**, in una prospettiva **occidentale** la MGF
  - può avere effetto sulla **sfera della sessualità** e nei rapporti (I/II tipo)  
*"è molto difficile parlare delle conseguenze sul versante sessuale; con le mediatrici egiziane le donne dicono che si sopperisce con altro (che non sia la stimolazione clitoridea)"*
  - costituisce **un limite importante al parto**, fisico e psicologico (III tipo)  
*"le gravidanze non sono possibili nei casi in cui la MGF è molto evidente (infibulazione) e questo crea una ripercussione psicologica, uno stato di apprensione e ansia"*
  - **complica le infiammazioni e il decorso delle patologie** e rischia di ridurre la salute riproduttiva della donna (II/III tipo e altre tipologie)  
*"il II tipo comporta vaginiti, infezioni all'apparato genitale-urinario"*  
*"forme anche gravi di devastazione, in ultima analisi è una barbarie che dà predisposizione alle infiammazioni e ha influenze negative sulla fertilità"*

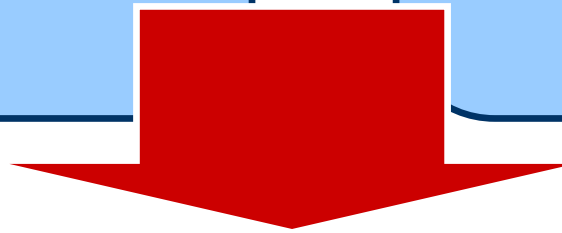
# GLI EFFETTI DELLE MGF

prospettiva antropologica  
(cultura d'origine)

la MGF è il superamento  
di un limite sociale

prospettiva medica  
(cultura ospitante)

la MGF è un limite  
individuale



*“gli occidentali studiano il fenomeno in superficie perché non si rendono conto che chi non si fa mutilare si sente sola, emarginata”* mediatrice culturale



# L'ABBANDONO DELLE MGF: IL PASSAGGIO GENERAZIONALE

- ⊕ Considerata la normalità che assume per le donne africane originarie da PTE la mutilazione genitale, sottoporre le proprie figlie alla medesima pratica è un **comportamento inerziale**  
*"non abbiamo visto minorenni ma nonostante questo siamo a conoscenza del fatto che molte pazienti, secondo la loro spontanea testimonianza, hanno fatto infibulare le loro figlie"*
- ⊕ La minoranza delle donne immigrate che non hanno intenzione di perpetuare la tradizione si trova a doversi confrontare con **le resistenze familiari** e con gli effetti psicologici della messa in discussione del proprio ruolo di madre  
*"si sentono magari dire -che razza di madre sei?-"*
- ⊕ Alcuni operatori, tuttavia, si riferiscono a una **percepibile tendenza all'abbandono della pratica presso le donne immigrate di 2° e 3° generazione** cioè delle donne appartenenti ai gruppi di immigrazione meno recente, che più a lungo sono state a contatto con la cultura ospitante (es. Somalia, Eritrea)  
*"il contatto con la cultura ospite porta le donne e le ragazze di seconda e terza generazione a decidere con percentuale sempre più alta di non far mutilare le bambine così come, per quanto riguarda loro stesse richiedere la deinfibulazione"*

# L'ABBANDONO DELLE MGF: I DIVIETI NORMATIVI

- ⊕ **In Italia** le pratiche di MGF sono vietate, un fatto non immediatamente comprensibile alle persone immigrate e che rischia di accompagnarsi ad attività illecite sommerse
  - "non era stata spiegata la legge, loro non l'avevano capita e non sapevano che qui non è possibile, loro la fanno per tradizione, se trovano qualcuno della comunità che dice che la fa, la fanno" , "so di una a Torino e una a Verona, so che è tuttora in corso il processo"*
  
- ⊕ I recenti divieti **nei Paesi africani** coinvolti nella prevenzione
  - sono considerati dagli operatori più facilmente aggirabili di quelli Italiani (si citano i casi di Egitto ed Eritrea)
  - non sempre sono noti alle donne immigrate e potenzialmente costituiscono un'efficace argomentazione contro la pratica delle MGF, presso le donne stesse o presso i loro familiari
    - "se sanno che nel loro paese è stato vietato capita di sentire dalle donne risposte tipo - ne parlerò con mio marito, ne parlerò con mia suocera-"*
  
- ⊕ A fronte del divieto nel nostro territorio, la volontà delle donne immigrate di sottoporre a MGF le proprie figlie impone il **ritorno nel paese di origine dall'Italia** spesso nel corso delle vacanze scolastiche
  - "una maestra l'ha capito perché la bambina era diversa, aveva cambiato atteggiamento, modo di muoversi e ha denunciato i genitori"*
  
- ⊕ Alcuni operatori, pur riconoscendo la possibilità di una lenta opera di dissuasione alla pratica, criticano il meccanismo normativo italiano, espressione del modello di società esclusiva che proponiamo agli immigrati.



# L'ABBANDONO DELLE MGF

Il contatto prolungato con la cultura ospitante permette la maturazione della decisione di non sottoporre le figlie a MGF

Le pressioni derivanti dal retaggio culturale e dalla rete familiare sono fortissime: minano in profondità la maturazione della decisione di abbandono

I divieti, aldilà dell'attività clandestina, hanno un potenziale deterrente importante sulle donne immigrate ma devono essere trasmessi, resi noti e comprensibili



***“le devo far riflettere perché producano un cambiamento nelle figlie ma non devo intaccare la loro identità...mettere in crisi queste donne è una cosa crudele...non stigmatizzare, non colpevolizzare”*** formatrice per la mediazione

# **IL CONTENIMENTO E LA RIDUZIONE DEL FENOMENO SUL TERRITORIO ITALIANO: STRATEGIE E AZIONI SUGGERITE**

# STRATEGIE E AZIONI

Dal confronto con i testimoni privilegiati emergono due direttrici strategiche:

- ⊙ A. La penetrazione nelle comunità volta a facilitare l'apertura delle donne africane sul tema e a divulgare informazioni sui rischi fisici e psicologici che le MGF comportano, attraverso
  - La formazione degli operatori direttamente impegnati nell'accoglienza
    - "tramite l'ausilio di assistenti sociali e psicologi mettere le donne in una condizione di apertura e dialogo così da offrire loro tutto il nostro aiuto"*
    - "informazione costante per mettere le donne africane a conoscenza dei rischi fisici e psichici che le MGF possono avere su di loro e sulle loro figlie"*
  - La diffusione della cultura del rispetto
    - "se nello scambio informativo la pratica della MGF viene presentata come un atto di menomazione che viola il diritto all'integrità fisica e psichica, l'atteggiamento di risposta delle donne africane è di chiusura e negazione; se viene valutata come una semplice modificazione queste accettano più facilmente di parlarne"*
  - Il coinvolgimento di mediatori culturali
    - "una fitta rete di mediatori culturali preferibilmente della stessa etnia al fine di creare un clima di maggiore apertura e consapevolezza dei rischi"*
    - "più che spot e comunicazione a vasta scala ha senso fare un lavoro sotterraneo continuo e sul campo con i mediatori che incontrino le famiglie immigrate, non solo per la MGF"*
  - Il coinvolgimento di figure influenti all'interno della comunità immigrata
    - "entrare in contatto con rappresentanti referenziati, le ambasciate, gli esponenti politici, della stessa etnia, all'interno delle comità extracomunitarie...per creare un clima di maggiore fiducia, che possano chiedere aiuto se dovessero temere ritorsioni"*
    - "per esempio gli imam"*



# STRATEGIE E AZIONI

## B. Lo sviluppo di una rete cooperativa per il controllo e il contenimento del fenomeno

- Stimolare la capacità di informazione e orientamento verso i centri specializzati  
*"attraverso la collaborazione tra ospedali (ginecologia e pediatria), consultori familiari e centri per immigrati al fine di informarli dell'esistenza di centri sanitari a cui si possono rivolgere in caso di necessità"*  
*"le donne immigrate non hanno coscienza del proprio corpo"*
- Costruire banche dati affidabili, anche favorendo la collaborazione tra organizzazioni pubbliche e private  
*"bisognerebbe istituire un registro medico su base regionale in cui, anche anonimamente, vengano segnalati tutti i casi di donne con MGF presenti in territorio", "che si crei un apposito codice nelle SDO che rilevi questo tipo di evento", "esistono centri privati di altissimo livello che non hanno i medesimi standard per la raccolta dati. Stiamo sviluppando un progetto proprio ora ma non tutte le Regioni aderiscono"*
- Favorire la collaborazione tra centri d'eccellenza  
*"mettere in rete i centri come quello del dottor Abdukair nell'Ospedale Careggi di Firenze con altri come quello del Dottor Morrone a Roma"*
- Coinvolgere il personale delle strutture scolastiche nella formazione e nella segnalazione  
*"fornire attraverso le scuole una maggiore consapevolezza, educazione sessuale e attività di monitoraggio"*  
*"le scuole devono assumere un ruolo importante"*
- Includere il tema delle MGF nel quadro più generale della lotta alla violenza di genere  
*"uno stesso protocollo dovrebbe riguardare le MGF, lo Sportello salute Donna, il pronto Soccorso, per proteggere il diritto alla salute, i diritti"*



# **IL CONTENIMENTO E LA RIDUZIONE DEL FENOMENO SUL TERRITORIO ITALIANO: CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE**

# LE CONDIZIONI IN ITALIA

Dal confronto con gli attori direttamente coinvolti nell'affrontare ed arginare il fenomeno delle MGF in Italia si evince che gli **ostacoli più solidi** all'abbandono sono:

- ⊕ Il significato attribuito alla pratica della mutilazioni nella cultura di origine e **gli effetti sulla vita di relazione delle donne**: il prestigio acquisito attraverso la mutilazione e il valore dell'appartenenza al gruppo dei pari per chi l'ha subita contro la marginalizzazione di chi non l'ha subita;
- ⊕ **L'invisibilità del fenomeno presso le strutture mediche**: i protocolli utilizzati presso le strutture pubbliche in caso di ricovero e day hospital non registrano formalmente il dato e le strutture sussidiarie spesso non hanno protocolli compatibili con quelli del SSN;
- ⊕ La **concentrazione sulle donne immigrate dai PTE africani**.

Al contrario, **aspetti facilitanti** sono:

- ⊕ La selezione per **l'emigrazione dai PTE delle donne più emancipate** dalla cultura tradizionale;
- ⊕ La progressiva estensione e **la crescita professionale dell'attività di mediazione culturale** con personale sempre più affidabile e preparato;
- ⊕ **La solidità delle comunità africane in Italia e l'influenza potenziale** che possono avere sulle donne nell'abbandono della pratica;
- ⊕ **La stabilizzazione delle presenze immigrate** in Italia e il conseguente progressivo abbandono delle pratiche da parte delle donne più giovani, a fronte di una **progressiva integrazione nella cultura del paese ospitante**;
- ⊕ **Il divieto alla pratica delle mutilazioni in Italia e la diffusione del divieto in diversi paesi a tradizione escissoria**, argomentazione che pare avere una significativa forza persuasiva.







# **ISTITUTO PIEPOLI S.p.A.**

*Innovazione nelle Ricerche di Marketing*



As listed in the ESOMAR Directory, this company complies with the ICC/ESOMAR International Code of Marketing and Social Research Practice

