

Vademecum

per accogliere presso i Centri Anti Violenza
e le Case Rifugio donne provenienti da paesi
ad alto rischio di MGF



This Vademecum was partially funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020)

Vademecum per accogliere presso i Centri Anti Violenza e le Case Rifugio donne provenienti da paesi ad alto rischio di MGF



Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale 4.0 Internazionale

Manuale prodotto nell'ambito dei seguenti Progetti:

"FAI-6: First and Accessible Information on the health and protection system for FGM survivors, in 6 languages. A pilot project to enhance the Italian identification, referral and response mechanism for FGM survivors or women and girls escaping from FGM risks", realizzato da Differenza Donna grazie al co-finanziamento di UNHCR Italia.

"BEFORE: Best practices to Empower women against Female genital mutilation, Operating for Rights and legal Efficacy", realizzato da Differenza Donna in partenariato con "Non c'è Pace senza Giustizia", "CAMS, Women Safe - ISG, La Palabre, grazie al co-finanziamento dell'Unione Europea.

Gli enti finanziatori non hanno responsabilità per i contenuti della presente pubblicazione, che è a cura del Comitato di Redazione di Differenza Donna, composto da (in ordine alfabetico):

- Ilaria Boiano, avvocatessa di Differenza Donna, per la redazione del Capitolo 3;
- Loredana De Rosa, già responsabile del Centro Provinciale Antiviolenza gestito da Differenza Donna e coordinatrice dell'Equipe di Formazione di Differenza Donna, per la redazione e supervisione di tutto il documento;
- Vanessa Doddi, esperta di comunicazione, per l'editing grafico;
- Elisa Ercoli, presidente di Differenza Donna, per l'introduzione e la supervisione di tutto il documento;
- Migena Lahi, responsabile del Centro Antitratta "Prendere il Volo", per la revisione dei contenuti;
- Daniela Palladino, corresponsabile per l'editing grafico;
- Valentina Pescetti, esperta per l'alfabetizzazione ai diritti delle donne, per la redazione e supervisione di tutto il documento;
- Cristiana Scoppa, esperta di MGF, per la redazione di parte dei capitoli 1, 2 e 3 e per la bibliografia;
- Chiara Spampinati, già responsabile del Centro Antitratta "Prendere il Volo", per la redazione e supervisione di tutto il documento.

Si ringrazia UNHCR Italia per la collaborazione.

Indice

pag. 02	ACRONIMI
pag. 03	INTRODUZIONE
pag. 05	INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA DEL VADEMECUM
pag. 06	Capitolo 1 Offrire un'accoglienza adeguata alle donne provenienti da paesi ad alto rischio MGF
pag. 06	1.1. Cosa sono le MGF
pag. 10	1.2. Quali strumenti abbiamo per contrastare le MGF e per proteggere bambine, ragazze e donne?
pag. 13	1.3. Approfondimento: questioni culturali da considerare per accogliere nei CAV e co-costruire consapevolezza
pag. 18	1.4. Raccomandazioni
pag. 20	Capitolo 2 Accompagnare l'accesso della donna/ragazza/bambina alla fruizione del diritto alla salute
pag. 20	2.1. MGF e salute
pag. 22	2.2. Quali sono i servizi per garantire il diritto alla salute per le bambine, le ragazze e le donne con/a rischio MGF?
pag. 23	2.3. Il ruolo dei CAV: percorsi di <i>empowerment</i> delle donne sopravvissute/a rischio MGF e accompagnamento medico-sanitario
pag. 28	2.4. Approfondimento: il valore di una visita medica
pag. 29	2.5. Raccomandazioni
pag. 30	Capitolo 3 Accompagnare l'accesso della donna/ragazza/bambina alla fruizione del diritto, alla tutela legale e alla protezione internazionale
pag. 30	3.1. Strumenti legali e di protezione internazionale per tutelare le vittime e le potenziali vittime, prevenire e contrastare le MGF
pag. 37	3.2. Cosa possono fare i CAV? Percorsi di empowerment e accompagnamento legale per donne sopravvissute/a rischio MGF
pag. 40	3.3. Approfondimento: Informazioni utili sulle procedure per le domande d'asilo riguardanti le MGF
pag. 42	3.4. Raccomandazioni
pag. 43	Bibliografia e sitografia
pag. 44	Allegati: schede utili da staccare, fotocopiare, usare in percorsi di alfabetizzazione ai diritti ed empowerment per donne/ragazze provenienti da paesi a rischio di MGF
pag. 45	Scheda 1: Mappa dei paesi a rischio MGF nel mondo
pag. 46	Scheda 2: Il nostro corpo
pag. 47	Scheda 3: La vagina e la visita ginecologica
pag. 48	Scheda 4: Immagini delle diverse tipologie di MGF

ACRONIMI

FGM: Female Genital Mutilations - Mutilazioni dei Genitali Femminili

MGF: Mutilazioni dei Genitali Femminili

MGF/E: Mutilazioni dei Genitali Femminili/Escissione

CAV: Centri Anti Violenza

COL: Centro di Orientamento al Lavoro

CPR: Centro di Permanenza per il rimpatrio

CR: Case Rifugio

CT: Commissione Territoriale per il riconoscimento della Protezione Internazionale

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

RF: Raccolta Fatti

SSN: Servizio Sanitario Nazionale

UNHCR: United Nations High Commission for Refugees

WHO: World Health Organization

INTRODUZIONE

Questo manuale è stato prodotto nell'ambito del Progetto "FAI-6: Informazioni immediate e accessibili sulla salute riproduttiva e sul sistema di protezione per le donne sopravvissute alle mutilazioni genitali femminili, tradotto in sei lingue. Un progetto pilota per migliorare il meccanismo italiano di identificazione, referral e risposta dedicato alle donne e bambine sopravvissute o a rischio di Mutilazioni Genitali Femminili"; rappresenta il primo testo – in assoluto a livello europeo – dedicato alle operatrici di CAV e Case Rifugio.

Da molti anni Differenza Donna ospita e accoglie donne che hanno subito MGF, sopravvissute a maltrattamenti o gravi sfruttamenti perché coinvolte nella prostituzione forzata o in altri tipi di sfruttamento.

La nostra esperienza ci conferma che le donne che hanno subito le MGF non sono "semplicemente" state sottoposte a questa pratica dannosa ma, in quanto discriminate da sistemi patriarcali che controllano la libertà e il corpo delle donne, in quanto sottomesse e maltrattate dai singoli uomini a cui sono legate, hanno subito anche questo tipo di violenza.

Per troppo tempo il discorso pubblico sulle MGF ha avuto un'impostazione settoriale e, le esperte/gli esperti di MGF, un'impostazione maschile non femminista.

Le donne non si caratterizzano per la violenza che hanno subito.

Tutte coloro che escono da situazioni di violenza e, per farlo, chiedono il sostegno dei CAV, sono parte del grande gruppo "donne del mondo". In questo grande gruppo, ognuna è parte della società in cui cresce, come è anche parte 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. Le operatrici che lavorano nei CAV e CR sono molto consapevoli di ciò, così come lo sono della necessità di unire i loro saperi circa le caratteristiche comuni della violenza di genere – di cui le MGF sono parte – e il riconoscimento della specificità, dei bisogni e dei desideri di ognuna.

Pensiamo sia arrivato il tempo in cui mettere a servizio l'esperienza e le potenzialità dei CAV e delle CR per offrire un'accoglienza adeguata alle donne, alle ragazze e alle bambine che hanno subito o rischiano di subire MGF, come specifica forma di violenza maschile contro le donne.

Abbiamo quindi voluto realizzare questo Vademecum per diffonderlo tra le CR e i CAV attivi in Italia, convinte che questi siano lo strumento strategico del femminismo internazionale – di cui Differenza Donna è parte – per il cambiamento culturale e il contrasto alla violenza di genere.

Nella nostra esperienza storica romana, CAV e CR sono co-presenti nella stessa struttura, per vari principi politici: non abbiamo e non vogliamo un indirizzo segreto; pensiamo, infatti, che non siano le donne, le/i bambine/i a doversi nascondere, bensì che gli uomini violenti non debbano potersi avvicinare; pensiamo che simbolicamente e realmente le donne non debbano mettersi in un luogo chiuso, subendo ancora una volta gli effetti dell'isolamento e della segregazione agiti dal maltrattante, bensì debbano vivere in luoghi aperti, relazionati a un territorio in grado di cambiare atteggiamento e difendere i diritti umani, godendo di relazioni circolari e paritarie; crediamo che i luoghi chiusi comportino quelle disfunzioni delle relazioni che impediscono un cambiamento di prospettiva, la possibilità di partecipare attivamente e sentirsi soggetto di diritto, la possibilità di scoprire percorsi non previsti, non

abituale, nemmeno immaginabili per chi è stata costretta alla sottomissione, percorsi che invece sono indispensabili per liberarsi dal patriarcato.

Nei CAV così impostati abbiamo incontrato e incontriamo donne provenienti da tutto il mondo. Nelle nostre relazioni le differenze culturali sono sempre state accolte e valorizzate, sapendo che il legame tra donne costituisce, in tutto il mondo, il nostro "sapere differente". Per noi la violenza maschile contro le donne, che si declina in diverse forme a seconda del contesto socio-culturale specifico, è identica nelle sue dinamiche di relazione di potere degli uomini sulle donne, come singoli e come sistema.

È per questo che la nostra lotta – qui in Italia – si riconosce con quella della rete globale delle donne contro la violenza. Non avrebbe senso, del resto, agire in modo isolato contro una violenza diffusa a livello globale.

La lotta al patriarcato ci coinvolge tutte, nessuna esclusa, qualunque sia il nostro livello di istruzione, il continente in cui viviamo, il nostro livello economico e sociale. Anzi, ogni esperienza diversa aggiunge un tassello in più alla nostra capacità di lettura della violenza maschile, ci sprona a unirci e a scambiarsi buone pratiche per contrastarla. È per noi fondamentale, in questo senso, l'incontro con le mille realtà di donne che, migrate in Europa o nel loro contesto di origine, si oppongono, da decenni, alle MGF.

A partire da questa analisi - donne come un unico popolo in tutto il mondo, reti internazionali di donne, violenza come abuso di potere degli uomini contro le donne – Differenza Donna ha costruito relazioni di scambio, mutuo apprendimento e collaborazione con gruppi di donne del Sud del mondo, diventando ONG e proponendo progetti di sviluppo a partire dalla critica della società italiana in cui viviamo. Solo in seguito a ciò – e ascoltando le nostre sorelle del Sud del mondo – abbiamo criticato anche altri contesti culturali. È per questo che godiamo di una maggiore libertà da un approccio "colonialista-razzista" o paternalista-assistenzialista.

I nostri 30 anni di elaborazione sul maltrattamento e sulla disparità di potere nelle relazioni uomo-donna sono indispensabili ad accogliere le donne in uscita dalla violenza, e questo vale anche per una donna sopravvissuta a MGF, per proporre anche a lei percorsi di empowerment e autonomia.

Sappiamo che abbiamo bisogno di conoscere le specificità culturali delle donne che vogliamo saper accogliere in modo adeguato, ed è per questo che, da un lato, abbiamo ideato questo vademecum e, dall'altro, ci impegneremo per offrire spazi di formazione continua per noi operatrici-attiviste di CAV e CR.

La nostra operatività e la nostra esperienza di ascolto e accoglienza nei CAV rappresenta, di fatto, una grande opportunità di incontro. Oggi più che mai va utilizzata per ristabilire percorsi di accesso ai diritti fondamentali di salute, giustizia, esistenza degna per tutte, nessuna esclusa.

Accogliere e ospitare donne che hanno subito MGF ci spinge a (ri)partire da noi. Le MGF sono una pratica violenta e arcaica, posta in essere sulla base di una disparità di genere, dove il genere maschile gestisce e regola qualsiasi aspetto del genere femminile, a volte – come nel caso delle MGF, servendosi anche di donne più anziane, illudendole di gestire così un potere.

Siamo certe che anche questo manuale ci aiuti a ripartire da noi stesse, mettendoci in discussione, parlando, approfondendo, dialogando fra donne, a partire dalla nostra parte più intima, così costantemente lesa, per arrivare a toccare la relazione con le nostre madri e nonne, con le donne.

Collaborare con le attiviste e con le donne che hanno subito MGF ci dà un grande input: parlare del nostro corpo, parlarne con le più giovani, parlarne con donne provenienti da tutto il mondo, continuando a tramandare un testimone importante, il nostro raccontarci, partendo da noi stesse, per capire; e capire per poi proporre e realizzare il cambiamento che deve avvenire.

Il nostro desiderio e il nostro obiettivo è che questo manuale sia solo l'inizio, uno strumento per aumentare le capacità di risposta di tutti i CAV e le CR che in Italia si impegnano quotidianamente nella prevenzione e nel contrasto della violenza di genere, un passo in più nel percorso di liberazione di tante altre di noi.

Elisa Ercole

ELISA ERCOLI

Presidente Differenza Donna



© Giulio D'Ercole

INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA DEL VADEMECUM

Il manuale è strutturato in 3 capitoli: il primo introduce alle MGF e all'accoglienza delle donne/ragazze/bambine sopravvissute a MGF o ad alto rischio di MGF dal punto di vista – femminista – dei CAV e delle CR; il secondo e il terzo capitolo forniscono invece indicazioni pratiche su come costruire un percorso di empowerment e accompagnamento all'acquisizione del diritto alla salute, del diritto alla protezione internazionale e dei diritti legali in Italia.

Il manuale, inoltre, è arricchito da box di approfondimento ed esempi (box verdi), box di allerta (box rossi) e da una bibliografia-sitografia utile sia per ampliare la formazione, sia per accedere a dati sempre aggiornati che possono essere fondamentali per offrire un'accoglienza adeguata per le donne provenienti da paesi a rischio MGF.

Il manuale, infine, si chiude con quattro schede, che possono essere usate con le donne provenienti da paesi a rischio FGM, per facilitare i colloqui o i lavori di gruppo e quindi la consapevolezza sulle MGF, sui diritti e sui servizi che, in Italia, si possono trovare per prevenire e contrastare anche questa forma di violenza di genere.

Capitolo 1

OFFRIRE UN'ACCOGLIENZA ADEGUATA ALLE DONNE PROVENIENTI DA PAESI AD ALTO RISCHIO MGF

1.1. Cosa sono le MGF

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce le mutilazioni genitali femminili (MGF) come "forme di rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre modificazioni indotte agli organi genitali femminili, eseguite per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche". Le MGF costituiscono un atto altamente traumatico ed hanno gravi conseguenze sulla salute fisica, psichica e sessuale delle bambine e delle giovani ragazze che le subiscono. A differenza della circoncisione maschile, dove è prevista la rimozione di un lembo di pelle, nelle MGF è prevista la rimozione parziale di un organo, sano ed estremamente sensibile, la clitoride, con o senza l'ablazione delle piccole labbra.

Dove si praticano?

Le MGF sono praticate prevalentemente in Africa, Asia e Medio Oriente. I paesi con il più alto tasso di diffusione si trovano nell'Africa settentrionale e

orientale (vedi Scheda n° 1). Benché il fenomeno sia scarsamente analizzato rispetto al contesto asiatico, anche in Asia le MGF sono praticate, in alcuni casi anche prescritte per legge, come in Indonesia, dove addirittura viene effettuata nelle scuole. Si noti bene, però, che le donne e le ragazze che hanno subito MGF o sono a rischio di subire MGF vivono in tutti i paesi del mondo, anche in Italia e in Europa.

A oggi la pratica è vietata in quasi tutti i paesi africani e in moltissimi paesi di immigrazione, compresa l'Italia. In altri paesi, sebbene non esista una legge specifica che la vieti, come in Francia, è trattata – e punita – alla stregua delle lesioni personali.

Come e perché sono praticate?

Il profondo radicamento delle MGF è dovuto a un complesso gruppo di fattori che, pur variando da una cultura all'altra, da un gruppo etnico all'altro,

L'OMS ha suddiviso le MGF in 4 tipologie (vedi le illustrazioni grafiche della scheda 4):

Tipo I: rimozione parziale o totale della clitoride e/o del suo prepuzio (**clitoridectomia**);

Tipo II: rimozione parziale o totale della clitoride e delle piccole labbra, con o senza l'asportazione delle grandi labbra (**escissione**);

Tipo III: restringimento dell'orifizio vaginale con creazione di una chiusura ottenuta tagliando e riposizionando le piccole labbra e/o le grandi labbra, con o senza ablazione della clitoride (**infibulazione**);

Tipo IV: tutte le altre pratiche dannose per i genitali femminili per scopi non terapeutici, ad esempio pricking (dall'inglese pizzicare, compressione della clitoride e delle piccole labbra), piercing, incisione, raschiatura e cauterizzazione (WHO, 2008).



presentano un tratto comune: *la costruzione identitaria e di genere*.

Le MGF sono praticate a prescindere dalla religione, per esempio in culture di religione animista, islamica, a matrice cristiana, cattolica o protestante. **Non ci sono dettami religiosi, né testi sacri che le prescrivono: di fatto le MGF rispondono a esigenze culturali di controllo del corpo, della sessualità e del dolore delle donne.**

Diversamente da altre forme di violenza di genere, dove sono gli uomini a esercitare direttamente la violenza su donne e bambine, le MGF sono spesso effettuate da donne esperte (praticanti tradizionali) su richiesta delle familiari (madri, nonne, zie, parenti anziane), dunque all'interno di una genealogia femminile in cui l'autorevolezza spetta alle più anziane. Coloro che commissionano l'intervento e assistono/facilitano la sua esecuzione sono le persone che continueranno a crescere ed educare la bambina anche dopo la pratica, che la aiuteranno nel percorso di guarigione, che continueranno a consigliarla e guidarla nel corso della vita. Persone nelle quali lei ripone fiducia. Nonostante decenni di campagne per scoraggiare la pratica, essa persiste e resiste per il forte valore simbolico e pratico che la contraddistingue, così come è concettualizzato dalla narrazione che la accompagna, iscrivendosi in un processo di costruzione identitaria di cui fa parte – come sempre d'altronde – il rispetto delle tradizioni.

Le tradizioni sono percepite come intrinsecamente buone, anche se comportano dei sacrifici. Il dolore che le accompagna è considerato una prova da superare per dimostrare la propria forza, necessaria per condurre la vita adulta. Il fatto che, nonostante il dolore e la sofferenza, le generazioni più anziane – comprese le madri – siano passate attraverso la pratica, costituisce, nella percezione collettiva, un elemento di garanzia della positività della pratica.

Attraverso la pratica, inoltre, il gruppo etnico *incide* (e in alcuni casi letteralmente *cuce*)

sul corpo della donna l'appartenenza a una determinata comunità. È anche questo il motivo per cui le MGF sono radicate anche nelle seconde generazioni emigrate, quasi come un'opposizione alla cultura prevaricante ospitante. Attraverso la pratica viene suggellata e confermata l'appartenenza alla cultura d'origine.

La pratica della mutilazione cristallizza il genere femminile: si ritiene che le donne possano essere "protette" dai loro stessi eventuali desideri sessuali, e si tramandano alle nuove generazioni tali supposizioni, temendo che i desideri sessuali potrebbero spingerle tra le braccia dell'uomo sbagliato (ovvero non del legittimo sposo, spesso scelto dalla famiglia) e mettere a rischio la loro reputazione, prima e dopo il matrimonio. Tali credenze mirano a confermare che l'iniziativa e l'atto sessuale siano una prerogativa riservata solo all'uomo/marito.

Riconoscersi titolari di un diritto al piacere sessuale richiede un percorso di consapevolezza e assunzione di autonomia non dissimile da quello attraverso il quale sono passate tante donne in vari Paesi del mondo, inclusa l'Italia, educate in un contesto patriarcale che concepiva la richiesta di piacere come comportamento disdicevole per la donna in quanto tale.

Soprattutto laddove è diffusa l'infibulazione – Sudan, Somalia – la modifica dei genitali esterni è/era connessa anche con un'idea astratta di bellezza. I genitali lisci, senza le sporgenze carnose delle piccole labbra, con una clitoride contenuta, erano considerati più belli. Modificare il proprio corpo è da sempre un aspetto delle pratiche di bellezza, che da un lato riposa sull'idea delle aspettative che immaginiamo abbiano gli uomini rispetto alla bellezza femminile e che, dall'altro, nutre l'industria della cosmesi e quella della chirurgia

estetica. La pratica è inoltre volta a prevenire la masturbazione, considerata tuttora un tabù nella maggior parte del mondo, Italia inclusa.

A spiegare la persistenza delle MGF, dunque, è il fatto che esse agiscono come una norma sociale, dentro società che privilegiano il valore collettivo su quello individuale, laddove il valore collettivo è quello del controllo – maschile – del desiderio e del piacere sessuale.

Nel concreto avviene questo:

- Le famiglie decidono di sottoporre le proprie figlie alla pratica nella convinzione che *tutte* le bambine vi siano sottoposte (pur senza aver verificato questa informazione).
- Sono inoltre convinte che praticare MGF sia ciò che la comunità si aspetta da loro e che dunque non tradire questa aspettativa (presunta) sia essenziale per continuare a far parte – e a sentire di far parte - della comunità stessa.
- D'altro canto temono che, non sottoponendo le bambine alla pratica, queste potrebbero poi subire delle conseguenze negative (non riconoscimento/emarginazione dal gruppo, con conseguente rischio di non poter contare sulla rete di supporto offerta dalla comunità, dalle altre donne, e rischio di non riuscire a sposarsi).

Le MGF sono una forma gravissima di violenza di genere, che le donne stesse sono obbligate a esercitare o a imporre ad altre bambine, ragazze e donne. Le donne che praticano le MGF, sono educate e "obbligate" a perpetrare questa pratica dalla cultura che discrimina le donne in quanto tali e che controlla la sessualità delle donne. Le donne che si ribellano a quest'obbligo, infatti, devono difendere se stesse e le proprie figlie dall'ostracismo della comunità, dall'esclusione e, spesso, anche dal pericolo di essere punite gravemente, sia a livello socio-economico e culturale (non poter far sposare la propria figlia è, in molte culture, un danno gravissimo) che, anche, a livello di mera sopravvivenza (molte donne vengono minacciate di morte, picchiate, umiliate pubblicamente, obbligate all'esilio).

Quali sono le complicazioni delle MGF?

A partire dal 1980 sono state realizzate, nei Paesi a rischio e in Europa, campagne per l'abbandono delle MGF che hanno contribuito a porre in evidenza il legame che esiste tra la pratica e le gravi complicazioni o i disturbi legati al trauma, alla ferita e al processo di cicatrizzazione, alla sfera della sessualità, alla gravidanza e al parto. Tali complicazioni possono essere immediate – come il pericolo di morte – e perdurare in età adulta.

Problemi fisici	Problemi psicologici
• Cicli dolorosi • Dolore nell'urinare • Infezioni delle vie urinarie • Impossibilità o difficoltà a sottoporsi a esame vaginale • Dolore o impossibilità di avere rapporti sessuali • Cicatrici vaginali • Restrizione della vagina • Ridotto/annullato piacere sessuale • Problemi durante e dopo il parto, rischio di cesareo e di nascita prematura	• Disistima • Depressione • Ansia • Sindrome post traumatica da stress • Altri disagi psicologici

1.2 Quali strumenti abbiamo per contrastare le MGF e per proteggere bambine, ragazze e donne?

Chiunque abbia subito o rischia di subire MGF ha il diritto:

- di ricevere consulenza e assistenza legale specializzata:
 - » per richiedere misure di protezione (ordini di allontanamento e misure cautelari)
 - » per richiedere la protezione internazionale
 - » per chiedere il risarcimento dei danni
- di ricevere assistenza medico-sanitaria e psicologica
- di accedere all'accoglienza, all'ospitalità e ai percorsi di autonomia e inclusione socio-economica offerti dai centri antiviolenza presenti sul territorio

In caso di rischio di MGF in Italia, la persona a rischio o chiunque altro, se informato del fatto, può presentare denuncia alle autorità di polizia per ricevere protezione.

Tali misure valgono anche per il rischio che le MGF vengano realizzate all'estero: se la minore ha cittadinanza italiana chiedendo l'applicazione delle leggi italiane vigenti; altrimenti chiedendo la protezione internazionale.

Qui di seguito presentiamo in generale gli strumenti presenti in Italia. Per approfondimenti e indirizzi rimandiamo alla pagina

www.differenzadonna.org/fgm, che contiene una mappa nazionale dei servizi istituzionali e della società civile attiva nel contrasto alle MGF e un video-tutorial in 10 lingue per spiegare alle donne che hanno subito MGF quali sono i loro diritti in Italia e chi le può aiutare.



1.2.1 Strumenti legali:

L'UNHCR considera le MGF una forma di violenza basata sul genere che infligge grave danno, sia fisico che mentale, e costituisce persecuzione. Tutte le forme di MGF violano una serie di diritti umani delle bambine, delle ragazze e delle donne, tra cui il diritto alla non discriminazione, alla protezione dalla violenza fisica e mentale, e, nei casi più estremi, il diritto alla vita. Le MGF inoltre costituiscono tortura e trattamento crudele, inumano e degradante " (vd. Nota orientativa sulle domande d'asilo riguardanti la mutilazione genitale femminile, UNHCR, maggio 2009).

La **Convenzione di Istanbul sulla violenza contro le donne (art.38)** e il **decreto legislativo 18 agosto 2015 n. 142** di attuazione delle direttive "Accoglienza" della UE (Dir. 2013/33/UE) e "Procedure" (dir. 2013/32/UE), indicano le MGF come una forma di violenza di genere, in quanto violazione dei diritti fondamentali delle donne, e motivo di riconoscimento della protezione internazionale alle donne straniere che fuggono per aver subito MGF, per essere a rischio di MGF, per sottrarre le loro figlie a tale pratica.

Nel caso delle bambine, la protezione può essere richiesta dai genitori e/o tutori ed essere quindi estesa anche a chi effettivamente ha la tutela della bambina o della ragazza minore di 18 anni.

Possono chiedere la protezione internazionale anche le/gli attiviste/i che si battono per l'abbandono delle MGF, dimostrando di essere perseguitate/i in conseguenza del loro attivismo.

Le MGF inoltre costituiscono un reato per la legge italiana (**art. 538 del Codice Penale**) grazie alla Legge 9 gennaio 2006, n. 7, "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile".

Art. 538 del Codice Penale

“Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”

Chiunque in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili è punito con la reclusione da quattro a dodici anni. Ai fini del presente articolo, si intendono come pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione e qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo”.

Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, provoca, al fine di menomare le funzioni sessuali, lesioni agli organi genitali femminili diverse da quelle indicate al primo comma, da cui derivi una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre a sette anni. La pena è diminuita fino a due terzi se la lesione è di lieve entità.

La pena è aumentata di un terzo quando le pratiche di cui al primo e al secondo comma sono commesse a danno di un minore ovvero se il fatto è commesso per fini di lucro.

La condanna ovvero l'applicazione della pena su richiesta delle parti a norma dell'articolo 444 del codice di procedura penale per il reato di cui al presente articolo comporta, qualora il fatto sia commesso dal genitore o dal tutore, rispettivamente:

- 1) la decadenza dall'esercizio della responsabilità genitoriale;*
- 2) l'interdizione perpetua da qualsiasi ufficio attinente alla tutela, alla curatela e all'amministrazione di sostegno.*

Le disposizioni del presente articolo si applicano altresì quando il fatto è commesso all'estero da cittadino italiano o da straniero residente in Italia, ovvero in danno di cittadino italiano o di straniero residente in Italia. In tal caso, il colpevole è punito a richiesta del Ministro della giustizia.

1.2.2 Strumenti sanitari:

Per avere assistenza e cure di tipo medico-sanitario, una donna che ha subito MGF può rivolgersi presso i consultori, gli ospedali, i presidi medici di base. Questi servizi, in Italia, sono gratuiti e vengono erogati anche a una donna, una ragazza o una bambina senza permesso di soggiorno o altri documenti validi. Dal momento che le MGF sono una grave lesione e possono avere gravi conseguenze per la salute e la vita della persona che le subisce, il Sistema Sanitario Nazionale è tenuto a prestare soccorso a tutte coloro che ne hanno bisogno.

1.2.3 Strumenti di accoglienza, ospitalità ed empowerment: il ruolo dei CAV e delle Case Rifugio

Premessa

Il dibattito femminista ha preso avvio nella seconda metà degli anni '70 dai lavori di Fran Hosken che incoraggiò l'uso dell'espressione “mutilazioni genitali femminili” in luogo di “circoncisione femminile” (vedasi op. cit. in Bibliografia).

Le prime analisi femministe sulle MGF sono state rilette da parte della critica postcoloniale degli anni '90 che ha contestato anche il termine “mutilazione” per le diverse forme che la pratica assume. Tale critica ha evidenziato la parzialità e la superficialità del punto di vista del femminismo occidentale, ritenendo che molte autrici tendevano a “infantilizzare” le donne dei paesi interessati dalle MGF, costruendo un binarismo gerarchico tra donne occidentali e donne dei paesi a rischio MGF, senza considerare altre pratiche dannose e discriminanti inferte sui corpi delle donne occidentali.

Le diverse elaborazioni teoriche si sono poi spostate su un piano di negoziazione: è apparso infatti necessario da un lato ricercare strategie autonome dal “relativismo culturale” che si gioca, sempre e comunque, a detrimento delle donne delle comunità interessate

dalle pratiche discriminatorie, dall'altro è risultato imprescindibile promuovere azioni di sensibilizzazione mirate e rafforzare l'autonomia delle donne che direttamente sono coinvolte da queste pratiche.

Riteniamo che sia ormai imprescindibile, per il movimento femminista europeo, affiancare alle azioni di prevenzione anche una pratica e un'elaborazione teorica relativa all'accoglienza e all'accompagnamento per l'acquisizione di diritti, come del resto i CAV e le Case Rifugio da decenni offrono alle donne, alle ragazze e alle bambine in uscita da altre forme di violenza di genere.

Riteniamo anche fondamentale che le istituzioni – sanitarie e giuridiche – riconoscano le potenzialità di CAV e CR anche in quest'ambito e auspiachiamo la creazione di reti capaci di offrire una risposta pronta, efficace e adeguata alle diverse complicazioni che le MGF comportano.

I CAV possono attivare percorsi di contrasto alle MGF all'interno della rete multi-agenzia costruita nei territori di riferimento.

Possono infatti condurre:

- a) azioni di sensibilizzazione e di alfabetizzazione ai diritti all'interno delle comunità di appartenenza delle donne/ragazze/bambine a rischio;
- b) corsi di formazione specialistica delle operatrici del CAV;
- c) corsi di formazione specialistica di personale sanitario, A.S., FF.OO., Magistrati, Insegnanti, membri delle Commissioni Territoriali per richiedenti asilo.

I CAV, inoltre, possono offrire alle donne e alle loro figlie:

- a) informazioni dettagliate sul fenomeno, sui servizi sanitari e assistenziali disponibili, sui diritti fondamentali, sugli obblighi di garanzia derivanti dalla genitorialità nei confronti delle figlie esposte al rischio di MGF;
- b) gruppi di auto-mutuo aiuto;

c) sostegno nell'elaborazione di quanto vissuto, superando la cornice di ineluttabilità definita dalla motivazione culturale/tradizionale che sottende le MGF;

d) sostegno psicologico per le condizioni traumatiche conseguenti (e relazione sul danno);

e) sostegno nell'accesso alle cure mediche;

f) sostegno legale.

Nella costruzione del percorso di accoglienza, ospitalità e supporto è necessario assicurare che tutte le operatrici e le figure professionali coinvolte abbiano una formazione sul tema. In particolare, è necessario garantire consulenza e assistenza legale multidisciplinare (diritto di famiglia, diritto penale, diritto dell'immigrazione e protezione internazionale) e la capacità di accompagnare le donne migranti nella fruizione dei servizi.

Una donna, una ragazza o una bambina che arriva in Italia da un paese a rischio MGF ha diritto ad accedere a programmi di protezione e a una rete di servizi e prestazioni ad hoc.

Sappiamo bene, però, quali e quanti possano essere gli ostacoli, sia pratici che culturali che rendono difficile il ricorso alla giustizia delle donne in generale e, in particolare, delle donne migranti.

Immaginiamo quanto possa essere difficile accedere ai servizi sanitari e legali per una donna che non solo non conosce le leggi e i trattati internazionali e italiani, ma che può anche non conoscere la lingua italiana, il sistema di protezione, le pratiche burocratiche, che sa di rischiare tutto, compresa la vita.

Contro questo tipo di violenza di genere, quindi, non solo è imprescindibile non lasciare la donna da sola, ma è necessario agire usando anche gli strumenti di prevenzione, consapevolezza, contrasto della violenza e pratica di accoglienza che il femminismo da oltre trent'anni ha maturato nei confronti di altri tipi di violenza di genere.



I CAV possono offrire alle ragazze e alle donne che hanno subito o che sono a rischio di MGF protezione e sostegno per se stesse e/o per le proprie figlie, nei seguenti modi:

- **Percorsi di accompagnamento per la conoscenza dei diritti e dei servizi** (alfabetizzazione ai diritti ed empowerment).
- **Consulenza e assistenza legale gratuita.**
- **Accoglienza e sostegno emotivo, relazionale, psicosociale e culturale:** le operatrici formate che lavorano nei CAV possono aiutare la donna a decidere cosa fare, per il suo bene e/o per il bene di sua figlia, in modo da garantire una vita serena, libera dalla minaccia della violenza delle MGF e dai ricatti e dalle pressioni della famiglia. Se è necessario, i CAV possono aiutarla a costruire nuove relazioni sociali e a iniziare percorsi d'inserimento socio-economico che le consentano autonomia e sicurezza. Potrà parlare con donne, anche della sua stessa cultura di origine, che hanno scelto di chiedere protezione e servizi per le conseguenze delle MGF e che hanno scelto di tutelare le loro figlie da queste pratiche dannose.
- **Ospitalità in Case Rifugio per se stessa e per tutti i suoi figli e tutte le sue figlie,** se non può più stare nella sua famiglia o comunità per le pressioni per imporre le MGF a lei o a una sua figlia.

1.3 Approfondimento: questioni culturali da considerare per accogliere nei CAV e co-costruire consapevolezza

Non esiste una parola magica per far sì che si instauri la fiducia necessaria per affrontare – insieme – la violenza di genere. Ogni donna è unica, con la sua storia personale e con i suoi bisogni.

Sappiamo che la base imprescindibile per lavorare in un CAV consiste nell'essere disponibili ad un ascolto attivo, mettendo al centro sempre i bisogni e i desideri della donna che si ha davanti, nella consapevolezza dei diritti delle donne come diritti umani e degli strumenti che abbiamo maturato per goderne.

Ascoltare la donna, i suoi timori, i suoi desideri/ bisogni

Proviamo a metterci nei panni di una donna di origine africana richiedente asilo. Ragionevolmente possiamo pensare che almeno alcune di queste condizioni la riguardino:

- alle spalle ha un viaggio spesso lungo e doloroso per arrivare in Europa, dove ha subito forme di violenza (stupri, minacce, torture, ricatti) e perdite (di figli/e, parenti e/o amici/ che viaggiavano con lei) che costituiscono traumi che cerca di superare/rimuovere;
- sperava di poter raggiungere parenti e/o amici/ conoscenti in un paese diverso dall'Italia e ora, per effetto della Convenzione di Dublino¹, si

¹ In applicazione con la Convenzione di Dublino, gli Stati Europei "di arrivo" sono preposti a identificare il/la migrante, inserendolo/a all'interno di un sistema internazionale, attraverso il quale il/la migrante dovrà rimanere nel primo paese di arrivo e seguire in questo paese le procedure di regolarizzazione.

trova "intrappolata" qui perché le sue impronte sono state rilevate allo sbarco in Italia;

- la sua vita e il suo futuro dipendono dall'ottenimento dei "documenti" e dunque da decisioni prese da altri che potrebbero anche avere esito negativo;
- probabilmente ha lasciato nel paese d'origine i/le propri/e figli/e, i suoi genitori e familiari: è quindi addolorata, preoccupata, e si sente sola;
- sente il bisogno di ricostruire una rete di relazioni di amicizia/supporto, possibilmente con persone originarie del suo stesso paese, delle quali tendenzialmente si fida di più;
- ha enormi preoccupazioni circa la restituzione del debito contratto, personalmente e dalla sua famiglia, per pagare le spese di questo viaggio (la questione del debito si complica ancora di più nei casi di tratta e sfruttamento della prostituzione, cosa che avviene anche a donne che hanno subito MGF o con ragazzine che potrebbero subirle);
- è consapevole delle aspettative di familiari e parenti circa le sue rimesse: trovare un lavoro è dunque una priorità;
- non conosce l'italiano o, se lo conosce, non sa come usarlo per difendersi o fruire di servizi (molto raramente le donne provenienti da paesi che praticano le MGF hanno esperienza di welfare);
- la giungla burocratica che deve affrontare è un mondo sconosciuto e spaventoso (alcune donne non sono alfabetizzate, o non sanno scrivere con i caratteri latini. Immaginate quindi il ragionevole timore che provano a dover firmare un documento che non sanno leggere e comprendere);
- non ha consapevolezza/conoscenza dei propri diritti di donna e, prima ancora, di essere umano. Attenzione: anche la percezione di sé come soggetto individuale titolare di diritti è connotata dalle condizioni politiche e culturali

in cui ognuno/a cresce;

- potrebbe avere problemi di salute, contratti durante il viaggio, o altre forme di sofferenza anche di origine psicosomatica (insonnia, gastrite, colite, problemi alla pelle, mal di testa); potrebbe essere incinta (per es. a causa delle violenze subite), non sapere che fare né quali sono – anche in questo caso – i suoi diritti; se non ha avuto precedenti gravidanze, potrebbe aver bisogno di un sostegno per mettere a fuoco le sue necessità fisiche, psicologiche, relazionali, economico-sociali e culturali;
- la conoscenza del suo corpo, e in particolare di tutto ciò che è connesso alla sfera ginecologica, potrebbe essere scarsa o comunque inibita da tabù, non abitudine a parlarne tra donne, senso di privacy e/o da una terminologia specifica sconosciuta.

Facilita senz'altro la conversazione con una donna che potrebbe aver subito le MGF, soprattutto all'inizio del colloquio, mostrare di conoscere e usare la parola che nella sua lingua d'origine indica la pratica. Di seguito riportiamo alcune espressioni usate e il loro significato culturale, che "giustifica" la pratica di MGF nascondendone il dolore e la violazione del diritto di ogni essere umano di decidere del proprio corpo, come del resto succede per tutte le altre forme di violenza di genere (si pensi per esempio al termine "matrimonio riparatore" che si usava in Italia, per indicare che chi aveva stuprato una ragazza poteva eludere il processo per stupro se sposava la ragazza).

Non negare le differenze: permettere la loro emersione per incontrarsi

Il fatto di assimilare tutti i diversi paesi africani a un'unica appartenenza, quella "africana", di dire "Africa" come se dicessimo "Inghilterra" o "Germania", dando per scontata un'omogeneità della popolazione, è una pratica – sbagliata – molto diffusa, e potrebbe non facilitare la relazione.

TABELLA 1 - Tratta da: C. Scoppa (a cura di), Al fianco delle donne africane verso l'abbandono delle mutilazioni dei genitali femminili/escissione. Conoscere per prevenire, AIDOS, 2009

Paese	Lingua	Espressione usata per identificare le MGF/E	Significato dell'espressione usata
Burkina Faso	Blissa	Bangu	La parola significa rispetto , ovvero ciò che a indicare cosa le donne ottengono attraverso la pratica.
	Moré	Marwala	La parola significa letteralmente piccione , animale che in Burkina Faso porta bene.
Egitto	Arabo	Tahara	Dalla parola araba "tahar" che significa pulire o purificare .
		Khitan	Circoncisione , usato sia per la circoncisione maschile che per quella femminile.
Etiopia	Amarico	Megrez	Circoncisione/taglio
	Harrari	Absum	Nome rituale
Eritrea	Tigrino	Mekhnishab	Circoncisione/taglio
Guinea	Malinké	Kileg/Digitongu	Abluzione o pulizia Entrambe le parole possono essere usate per descrivere la pratica.
Mali	Bambara	Bolokoli	Letteralmente significa lavarsi le mani . Non è chiaro se il termine è usato per dire che la circoncisione implica pulizia o se si riferisce all'operatrice che si lava le mani dopo l'operazione.
	Bambara	Negekorosigui	Letteralmente: siede su un coltello . Ha connotazioni politiche, non è usato nel gergo quotidiano.
Nigeria	Ibo	Ibi/Ugwu	L'atto di tagliare . Viene usato per la circoncisione maschile e femminile.
Nigeria		Sunna	Si riferisce alla tradizione islamica . Viene usato da differenti gruppi di fede islamica in diversi paesi. Indica la circoncisione femminile credendo che la pratica sia raccomandata dalla religione.
Sudan	Arabo	Tahur	Dalla parola araba "tahar" che significa pulire o purificare .
	Arabo	Khifad	Dalla parola araba "khafad" che significa ridurre . Riferito alla riduzione della dimensione della clitoride a causa dell'escissione (usato raramente nel linguaggio colloquiale).
Somalia	Somalo	Hawenka gudniin (ogudninka)	Circoncisione femminile
		Halalays	Dal termine arabo "halal", "sanzionato", per intendere purificazione e purezza. Usato soprattutto nella Somalia settentrionale o dai Somali di lingua araba
		Qodin	Cucire, attaccare o stringere. Usato con riferimento all'infibulazione

Alla specificità socio-culturale data dall'appartenenza a uno Stato (con una sua storia e cultura generale) si sovrappone poi un secondo marcatore identitario, vale a dire l'appartenenza a un particolare gruppo etnico, che aggiunge ulteriori specificità soprattutto nel caso di quei paesi – e sono la maggior parte – dove la popolazione è composta da diversi gruppi etnici con lingue, religioni, usi e costumi diversi.

È imprescindibile tenere in considerazione queste differenze e, nella costruzione della relazione con la donna, esplicitare la nostra ignoranza, il nostro bisogno di capire, la nostra volontà di rispettare. Ricordiamoci che troppo spesso le persone migranti vengono trattate come se fossero tutte uguali e come se fossero dei minori (basta sentire quanto spesso si dia del “tu” a una persona migrante, anche quando non la si conosce affatto).

L'essere *bianche* rispetto all'essere *nere*, o il fatto di portare o non portare il velo possono costituire altre barriere – visibili - che richiedono la consapevolezza della reciproca concezione pregiudiziale: non solo noi possiamo avere dei preconcetti, anche inconsapevoli, rispetto alle donne provenienti da un paese africano (pensare ad esempio che siano vittime di una società patriarcale, che non siano scolarizzate, ecc.), ma anche le donne che accogliamo possono avere alcune idee preconcette dei bianchi – o delle bianche, o delle donne non musulmane – idee basate sull'osservazione di evidenti differenze culturali e di comportamenti di “nostri simili” nei loro paesi. Decenni di storia coloniale e postcoloniale non giocano a nostro favore, come del resto non ci aiutano le molte forme di razzismo e discriminazione che agitano il nostro paese. È anche strategico, quindi, oltre ad essere eticamente giusto, sottolineare ciò

che ci accomuna, tra donne e ciò che, insieme, possiamo fare, anche per superare le barriere culturali.

Altro ostacolo di cui tener conto può essere la scarsa padronanza – da parte delle donne accolte ma anche da parte nostra – di una lingua “ponte”: anche se l'inglese o il francese, a causa della dominazione coloniale, sono lingue diffuse nella stragrande maggioranza dei paesi africani, e anche se noi le studiamo a scuola, spesso sono parlate in modo approssimativo, e sono usate per gestire conversazioni nello spazio pubblico, non per esplorare ed esprimere la propria intimità. Dovremo quindi farci aiutare da mediatrici formate anche per parlare di temi imprescindibili per i CAV: il corpo, la sessualità, i diritti delle donne, il rifiuto della violenza domestica, e così via. Non possiamo nemmeno dare per scontato che le mediatrici culturali sappiano “usare” il linguaggio che il movimento femminista ha costruito in anni e anni di lavoro. Questa barriera però non ci deve inibire: può anzi costituire un'ottima “scusa” per aprire i nostri corsi di formazione e varie forme di collaborazione con mediatrici culturali, donne di prima e seconda generazione ricche di una competenza che troppo spesso resta nascosta. Possiamo anche avvalerci di disegni, fotografie, documentari: le schede allegate possono essere fotocopiate e usate in colloqui individuali o lavori di gruppo come spunti per costruire un linguaggio comune, o anche solo per capirsi meglio.

Occorre, infine, avere cura di accompagnare la donna a un'accettazione di sé – del proprio corpo, della propria storia - che comprenda la scoperta, per quanto possibile, da un lato di tutte le possibilità di provare piacere che il nostro corpo – femminile - ci mette a disposizione, dall'altro di tutte le possibilità di scelta e di benessere che nella nostra società – italiana, laica e democratica – abbiamo costruito e continuiamo a difendere noi donne.

La relazione potrebbe costruirsi immediatamente

su una base di fiducia e apertura che nasce – come è giusto che sia – tra l'operatrice/le operatrici e la/le donne ospiti nel CAV sulla base dell'empatia individuale/reciproca. Oppure invece potrebbero determinarsi delle chiusure, delle omissioni, dei consensi che in realtà non sono vissuti con piena partecipazione, ma piuttosto con il desiderio di assecondare le aspettative di chi sta offrendo o cercando aiuto, nel timore di perderne poi il sostegno o la voglia di affrontare un percorso difficile. Dobbiamo quindi creare le condizioni affinché ogni donna accolta possa esprimere liberamente il proprio volere, o i dubbi o i pregiudizi che ha nei confronti della diversa cultura che, di fatto, rappresentiamo. Se la donna accolta non "osa" contraddire l'operatrice, provando forse un senso d'inferiorità o la sensazione che *"lei non può capire perché è bianca o perché ha comunque una famiglia che la protegge"*, se non si crea una relazione paritaria autentica, la donna accolta vorrà comunque organizzare la sua vita futura, a prescindere dalla conoscenza e dall'orientamento offerti, seguendo piuttosto la strada meglio conosciuta, ovvero ciò che culturalmente è stata educata a fare, e noi non potremo aiutarla ad autodeterminarsi, uscendo da un meccanismo di discriminazione e sottomissione.

Riconoscere i bisogni e gli spazi dell'altra significa rispettarne l'identità culturale e personale. Potrebbero essere necessari alcuni incontri prima che la donna ci confermi di aver subito MGF e di avere delle complicazioni legate a tale pratica. Non dobbiamo mai trasformare il colloquio in un interrogatorio né, del resto, rimandare sempre il tema scottante per paura di fare danni o di non sapere come contenere ciò che poi emerge. Come spieghiamo la spirale della violenza, così dobbiamo imparare a parlare delle MGF, offrendo la possibilità di una loro rilettura in chiave femminista, affinché la donna possa poi decidere autonomamente che fare.

L'intervento del CAV dovrà quindi sperimentare "molteplici stili, svariati punti di vista e se

possibile in lingue differenti"² rinunciando al sogno di una lingua comune, ma non alla realtà di medesime lotte in una dimensione collaborativa orizzontale, nella quale le lotte comuni partono "non dal sesso o dal colore della pelle, ma da cosa intendiamo per sesso o colore della pelle e sui legami politici che scegliamo di costruire tra le lotte e al loro interno" (Mohanty, 1988).

PROMUOVERE L'ABBANDONO DELLA PRATICA

Dalla fine degli anni Settanta l'OMS ha messo in evidenza il legame tra la diffusione delle MGF e l'alta incidenza della mortalità materna, la contrazione di malattie, infezioni e/o problemi di salute, puntando sull'esplicitazione di questo legame come fattore deterrente alla sua perpetuazione. All'epoca si pensava cioè che quando le donne avessero capito che i problemi che avevano durante i rapporti sessuali o al momento del parto erano causati dalle modifiche apportate ai loro genitali esterni, e che a causare la morte delle bambine dopo la cerimonia erano emorragie e infezioni, questo le avrebbe convinte a non sottoporre più le loro figlie alla pratica. La MGF, però, continuano ad essere praticate, magari riducendo i fattori di rischio, ad esempio con la sterilizzazione della lama, la somministrazione di antibiotici dopo l'intervento, la riduzione dell'incisività del taglio per evitare emorragie, o effettuando l'intervento su bimbe sempre più piccole, così che fosse più facile tenerle ferme evitando incidenti e riducendo il trauma del dolore.

"Le donne che vivono in società che praticano le mutilazioni dei genitali femminili/escissione hanno le loro ragioni logiche e razionali per non adattarsi alla nostra logica. Per coloro che vivono sotto un regime sociale ed economico di tipo patriarcale con pochissime possibilità

di libera scelta, gli spazi per negoziare un minimo di potere sono estremamente ridotti. Circondare una figlia e rispettare certe altre regole sociali, particolarmente riguardo alla sessualità e ai suoi legami con l'economia della riproduzione, è un requisito essenziale per questi silenziosi negoziati di potere. Le donne lo sanno istintivamente. Potremo spaventarle descrivendo loro tutti i possibili rischi delle MGF/E per la salute. Potremo indurre i leader religiosi a persuaderle che quella pratica non è un requisito necessario. Potremo cercare di far pesare la durezza della legge. Ma nel loro disperato aggrapparsi a quel piccolo potere negoziale che conoscono da secoli, difficilmente si batteranno se non avranno in cambio un beneficio pari o superiore a quello che già hanno". ^{3}*

1.4. Raccomandazioni

18

Qui di seguito presentiamo in modo sintetico alcuni suggerimenti e le idee condivise nei paragrafi precedenti, sapendo che possono combinarsi in maniera dinamica e coerente con quanto le operatrici di CAV e CR apprendono nel corso della propria formazione per accompagnare le donne – italiane e straniere – in uscita dalla violenza, nel percorso di ricostruzione della propria vita.

ACCOGLIERE

In un setting adeguato: senza interferenze, senza bambini/e o altri familiari, comodo, ospitale, tranquillo.

Senza barriere linguistiche: alla presenza di una mediatrice culturale, con formazione sulla violenza di genere.

Senza barriere etniche: la violenza di genere è trasversale a moltissime culture, come dimostra il bisogno di avere dei CAV!

Usando la giusta terminologia: ogni cultura ha un termine specifico per indicare la pratica.

Significa essere preparate, ascoltare attivamente usando un atteggiamento non giudicante, ma portando esempi concreti per dimostrare che si può vivere bene anche interpretando in modo diverso le tradizioni. Esempio: *"Io non parlo il tigrino... se tu non parli bene l'italiano, per fortuna abbiamo la mediatrice che ci aiuterà nel nostro incontro, così siamo tutte a nostro agio e possiamo comprenderci".*

ASCOLTARE

La storia della donna, il suo progetto migratorio, i (bi)sogni, le condizioni di vita pregressa e presente.

La narrazione del rituale, se ha ricordi del rituale: raramente al primo colloquio la donna si aprirà raccontando delle MGF; raramente (dipende dall'età in cui sono state praticate) avrà un ricordo nitido del rito e della pratica.

La giustificazione che ha imparato a dare al rituale (es.: "me lo hanno fatto per il mio bene"). Contraddirlo, in questo caso, non ha senso, per esempio la nonna può davvero averle imposto le MGF per garantirle la possibilità di essere scelta in moglie e questo, per la sua cultura di origine, era di sicuro una possibilità di gran lunga preferibile all'ostracismo. Ascoltare cosa la donna pensa – e sente – ci aiuta a capire come aiutarla a elaborare il trauma, e anche a decidere come spostare la sua ricerca di benessere nel futuro, in un contesto socio-economico e culturale diverso, rispettando il fine della nonna, seppur differendo nei modi.

ASPETTARE

Ogni donna è diversa! Bisogna aspettare un tempo congruo alla donna. Per l'operatrice è frustrante, soprattutto nel caso in cui è sicura

³ Nahid Toubia, medica e attivista sudanese che fondò e diresse Rainbo, organizzazione pioniera nella lotta contro le MGF. Tratto da: C. Scoppa (a cura di), *Al fianco delle donne africane verso l'abbandono delle mutilazioni dei genitali femminili/escissione*. Conoscere per prevenire, AIDOS, 2009

che la donna sia stata sottoposta a MGF. La nostra tipica reazione a tale orrore è quella di fornire una soluzione nell'immediato. Spesso l'ammissione della donna ci illude che ci possa essere la volontà di lavorare subito al problema. Dobbiamo dare spazio e modo all'emergere della complessità e delle varie sfaccettature delle MGF. Usare il tempo per costruire fiducia, relazione, scoperta di diritti e possibilità, affidamento e voglia di autodeterminazione. Ricordiamoci sempre che è imprescindibile un approccio che non ri-vittimizzi, che non privi la persona con cui lavoriamo dell'effettiva possibilità di scegliere cosa fare, che rispetti il suo volere, anche rispetto al poter o non poter riferire ad altre persone ciò che sappiamo della sua storia, anche se "a fin di bene" (vedi concetti di "confidenzialità", "privacy", "consenso").

ALFABETIZZARE

Non dobbiamo mai dare per scontata la conoscenza dei diritti e dei meccanismi del welfare, nemmeno tra le operatrici! Alfabetizzare ai diritti significa prendersi il tempo per incontri – di gruppo o in colloqui individuali – per spiegare alle donne accolte nei CAV o ospiti presso le CR quali sono i diritti delle donne in Italia, come si fa a fruirne, come funzionano il sistema legale, il sistema sanitario, le procedure per il diritto d'asilo e, prima ancora, come funziona il nostro corpo, cosa ci fa stare bene, cosa genera piacere, come possiamo costruire relazioni ed essere apprezzate, accettate, amate. Ricordiamoci sempre che le MGF permangono anche perché sembra che diano alle donne un potere: il potere di farsi accettare e fare accettare le proprie figlie (anche se mutilate, anzi, proprio perché è mutilata una parte rilevante del proprio corpo e del proprio diritto al piacere). Alfabetizzare ai diritti può diventare quindi uno strumento essenziale per restituire potere: potere della

consapevolezza delle possibilità, per se stesse, per le proprie figlie, per le altre donne; il potere di stare bene. Vi sembra poco (per approfondimenti e strumenti di alfabetizzazione, rimandiamo alla bibliografia)? NB: consigliamo di proporre questi percorsi non solo alle donne con/a rischio MGF, ma anche alle operatrici CAV in turno – o insieme a loro – in modo che le donne accolte sappiano che è possibile condividere la consapevolezza dei diritti, del piacere e del potere di decidere che fare con la propria vita e con il proprio corpo.

ACCOMPAGNARE

La donna nella scoperta delle MGF, della pratica, delle controindicazioni, della scoperta del suo corpo. Troppo spesso si danno per scontate informazioni che per le donne occidentali sono di facile accesso, ma non è così per molte altre donne. Aiutare a scoprire e ascoltare il proprio corpo, significa anche comprendere quali sono gli ostacoli. Significa non lasciare la donna da sola. Affrontare il tema delle MGF è traumatico, è una rottura (anche se parziale) con una parte della cultura, della comunità di origine, a volte dell'unica comunità che la donna ha. Per questo è fondamentale delineare un progetto condiviso:

A breve termine: percorso salute (alfabetizzazione al corpo, al diritto alla salute + visita ginecologica e visite specialistiche);

A medio termine: percorso legale/ burocratico (alfabetizzazione al sistema di leggi italiane e di protezione internazionale + iter burocratico/ legale);

A lungo termine: percorso psico-culturale e di inclusione socio-economica con il CAV (sostegno emotivo e relazionale, alfabetizzazione al sistema di welfare e del mondo del lavoro, sostegno per l'inserimento dei/lle figli/e a scuola, per la ricerca di una casa e di un lavoro...).



Capitolo 2

ACCOMPAGNARE L'ACCESSO DELLA DONNA/RAGAZZA/BAMBINA ALLA FRUIZIONE DEL DIRITTO ALLA SALUTE

2.1. MGF e salute

Le MGF negano a milioni⁴ di donne e ragazze il diritto all'integrità fisica e mentale, alla libertà dalla violenza, al godimento del miglior stato di salute possibile, alla libertà dalla discriminazione sessuale e alla libertà dalla tortura, da trattamenti crudeli, inumani e degradanti. Per tutti questi motivi, si comprende quanto sia vero che le MGF arrecano gravi danni alla salute psicofisica di bambine, ragazze e donne. L'OMS riconosce che le MGF sono una forma di disabilità permanente e che possono costituire un pericolo di morte ricorrente nell'arco di tutta la vita di una donna.

Non sempre le donne mettono in relazione un problema di salute che si verifica in età adulta con la pratica che hanno subito nell'infanzia. Quando si accoglie una donna proveniente da un paese in cui si praticano MGF è quindi opportuno indagare la possibile presenza di disturbi o anche gravi complicazioni che la donna può sopportare a volte da anni e proporle un percorso di cura, in collaborazione con le istituzioni sanitarie.

Il box che qui riportiamo illustra in modo sintetico i problemi di salute più comuni che le donne, le ragazze e le bambine possono avere a causa delle MGF.

Esplicitare la relazione tra le MGF e i problemi di salute della donna può essere il compito della ginecologa e/o di altri medici relazionati alle specificità delle conseguenze. Ricordiamoci però sempre che con molta probabilità le donne che provengono da paesi a rischio di MGF non hanno avuto la nostra possibilità di accesso al diritto alla salute né, tantomeno, di conoscere i consultori o di farsi visitare da una ginecologa. Consideriamo anche che probabilmente hanno – come del resto moltissime ragazze e donne italiane – pudore a farsi visitare o anche solo a parlare del proprio apparato riproduttivo, delle mestruazioni, dei bisogni più elementari come, per esempio, quello di riuscire a urinare. Molte di loro sono sole: non hanno più accanto a sé delle figure femminili di riferimento per parlare di problematiche femminili, né magari hanno potuto mai parlarne con nessuno. Molte di loro, purtroppo, nel viaggio e all'arrivo in Italia hanno dovuto vivere in condizioni igieniche terribili, spesso insieme a tante persone senza un assorbente quando avevano le mestruazioni, senza poter avere mai uno spazio di privacy e di cura per se stesse, dovendo difendersi da umiliazioni, aggressioni e violenze continue (basti pensare che, secondo le stime di UNHCR, almeno

4 Si stima che in Italia tra le 60.000 e le 81.000 donne abbiano subito MGF (fonte: Linee Guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminili o altre pratiche dannose (2018), che più di 180.000 ragazze siano a rischio in Europa e che nel mondo di 125 milioni di bambine, ragazze e donne già debbano sopportare le conseguenze delle MGF (fonte: campagna END FGM).

Le conseguenze a lungo termine per la salute*

- **Ritenzione urinaria**, che sul lungo periodo può causare incontinenza e infezioni all'apparato urinario.
- **Infezioni pelviche croniche** (comuni nelle donne infibulate), poiché la parziale occlusione della vagina e dell'uretra aumenta le probabilità di infezioni.
- **Infertilità causata** da infezioni mal curate che possono danneggiare irreparabilmente gli organi riproduttivi.
- **Cheloidi** che essendo delle formazioni fibromatose cutanee, possono restringere l'orifizio vaginale causando gravi conseguenze.
- **Cisti dermoidi** che possono dar luogo a tumori.
- **Neurinomi** che si possono sviluppare laddove il nervo dorsale della clitoride viene tagliato: l'intera area genitale diviene ipersensibile e causa dolori permanenti molto forti.
- Formazione di **calcoli** a causa dei residui del flusso mestruale o dei depositi urinari nella vagina e nello spazio dietro il ponte di pelle creato dall'infibulazione.
- **Fistole** (perforazioni o tunnel tra la vagina e la vescica o il retto) che portano a una continua perdita di urina e feci e possono segnare la vita delle donne fino a trasformarle in reiette della società.
- **Disfunzioni sessuali** causate dai dolori durante i rapporti e dalla ridotta sensibilità. La penetrazione può risultare difficile, se non impossibile. In molti casi il marito, per riuscire a penetrare la sposa, pratica un altro taglio, con conseguenze terribili sia dal punto di vista igienico-sanitario che dal punto di vista sensoriale-emotivo-relazionale.
- **Problemi durante le mestruazioni e amenorrea**, a causa della parziale o totale occlusione dell'orifizio vaginale.
- **Complicanze durante la gravidanza e il parto**: il canale del parto può risultare poco elastico e dar luogo a complicanze sia per la mamma che per il nascituro, che potrebbe riportare dei danni cerebrali.

Danni sessuali e psicologici

Sono ancora pochi gli studi sugli effetti psico-sessuali della pratica, ma la letteratura in merito segnala l'alta incidenza di:

- **Danni sessuali**: impossibilità di godimento sessuale; mancanza di orgasmo dovuta all'amputazione della clitoride; difficoltà nella penetrazione a causa della stenosi (restringimento dell'orifizio) della vagina.
- **Danni psicologici**: stress; disturbi del comportamento; malattie psicosomatiche; ansia; depressione; incubi; psicosi.

* Tratto da: C. Scoppa (a cura di), *Al fianco delle donne africane verso l'abbandono delle mutilazioni dei genitali femminili/escissione*. Conoscere per prevenire, AIDOS, 2009



l'80% delle donne nigeriane che arriva in Italia via mare ha subito violenza sessuale durante il viaggio o anche una volta arrivata in Italia)⁵.

È pertanto fondamentale poter accompagnare la donna nel percorso di riconquista della sua salute: farle capire – anche con l'esempio – che è normale, importante che una donna si curi e si faccia visitare regolarmente, sia per eventuali problemi, sia per prevenzione. Prima di parlare dei problemi che possono esserci, sarebbe importante parlare di tutto il corpo e, in generale, di come può e vuole garantire il proprio benessere. Stesso discorso vale anche nel caso in cui dobbiamo lavorare con una ragazza o con la madre di una bambina: la scheda n° 2 allegata, per esempio, è utilissima per iniziare ad alfabetizzare ai nomi delle parti del corpo in Italiano e, contemporaneamente, abituare all'idea che è possibile parlare di qualsiasi parte del nostro corpo senza vergogna. Le donne con cui abbiamo lavorato hanno sempre apprezzato questo lavoro, che può essere fatto anche con gruppi di donne e che apre la possibilità per domande, approfondimenti e racconti spontanei.

Dobbiamo però essere consapevoli che le MGF non sono *reversibili*: si può procedere alla deinfibulazione per facilitare la fuoriuscita del sangue mestruale e ridurre il dolore durante i rapporti sessuali e il parto, ma non si può *rimettere al suo posto ciò che è stato tolto*, né esiste una protesi. Grazie in Francia, al medico francese Pierre Foldes e, in Italia, a un team⁶ attivo presso il Policlinico Umberto I di Roma, oltre all'assistenza sanitaria mirata è stata messa a punto una tipologia di intervento che recupera e risolve le parti intatte della clitoride, riducendo lo spessore della cicatrice, con l'obiettivo di riconquistare la sua funzionalità erotica. Questo intervento, però, non è né facile né diffuso, e le possibilità di successo non sono garantite.

5 Fonte: UNHCR Italy SGBV Strategy 2017-2019.

6 Il team è formato da due ginecologhe, un'ecografista, un medico chirurgo, la responsabile dell'URP e una Coordinatrice sanitaria di origine Somala, con competenze anche di mediatrice culturale e linguistica.

Nei prossimi paragrafi vediamo invece cosa si può e si deve fare.

2.2. Quali sono i servizi per garantire il diritto alla salute per le bambine, le ragazze e le donne con/a rischio MGF?

Per molte donne che provengono da paesi o culture in cui sono praticate le MGF, la prima visita ginecologica avviene in occasione della maternità. Molte delle donne arrivate in Italia prima della maternità potrebbero dunque fare una simile esperienza per la prima volta nel nostro paese. Per loro, scoprire di avere sul corpo i segni di una pratica che in Occidente è condannata dall'opinione pubblica, considerata una violenza inutile, vietata dalla legge, etichettata con aggettivi quali crudele, barbara, orribile, costituisce un ulteriore ostacolo alla volontà di farsi visitare.

Il timore del giudizio di chi la visiterà può generare meccanismi difensivi che rendono il momento della prima visita ginecologica particolarmente traumatico.

L'esito della relazione terapeutica e la possibilità di avviare un percorso di prevenzione delle MGF sulle bambine dipende anche dalla possibilità di stabilire una relazione di fiducia complessiva della donna con il sistema sanitario nazionale in generale e, in particolare, con la ginecologa che la seguirà. Parliamo al femminile perché è ovvio che essere visitata da un uomo costituirebbe un ulteriore problema per chi, a livello culturale, magari non può mostrare nemmeno un braccio a un uomo diverso dal marito.

In Italia una donna o una ragazza che ha subito MGF può rivolgersi presso i consultori, gli ospedali, i presidi medici di base per avere

assistenza e cure di tipo medico-sanitario. Sappiamo che il Sistema Sanitario Nazionale è tenuto a prestare soccorso a tutte coloro che ne hanno bisogno, anche se non hanno il permesso di soggiorno o altri documenti validi. Sappiamo però anche che può essere frustrante relazionarsi con gli aspetti burocratici e, a volte purtroppo, con comportamenti velatamente o esplicitamente razzisti, discriminatori, paternalisti o oggettivanti. Può capitare, per esempio, che una donna sia trattata come un "caso studio" piuttosto che come una paziente degna di essere consultata in merito a ogni passaggio che richieda la sua cura. È quindi fondamentale il ruolo di alfabetizzazione ai diritti e ai servizi prima, e di accompagnamento poi, che le operatrici dei CAV possono offrire a una ragazza/donna/madre con MGF.

2.3. Il ruolo dei CAV: percorsi di empowerment delle donne sopravvissute/a rischio MGF e accompagnamento medico-sanitario

Fare una visita ginecologica significa esporsi a un'esplorazione di un organo che nella maggior parte dei casi non si è state educate nemmeno a guardare e che – soprattutto - non deve essere mostrato, se non al proprio uomo. Le raccomandazioni alla modestia e al pudore che contrassegnano il comportamento di una donna "per bene" sono universali.

I CAV possono giocare un ruolo cardine in questo caso: da un lato per mettere in relazione la donna con il SSN, dall'altro per preparare la donna a un'esperienza che è, contemporaneamente, personale, culturale, sensoriale, emotiva, riallacciando il passato al presente e potenzialmente restituendo alla donna

la possibilità di decidere per il futuro di se stessa e delle sue figlie.

Quello della mediazione inter-istituzionale con il SSN è un ruolo importante, con il quale i CAV si misurano già per altri tipi di violenza di genere. Sappiamo che sia per il turn-over del personale sanitario, sia per la specificità dell'autorevolezza medica, è obbligatorio continuare a impegnarci per la possibile collaborazione, senza dare per scontate le conquiste e le competenze maturate per sostenere le donne nei percorsi di emersione e uscita dalla violenza.

Sulla pagina web www.differenzadonna.org/fgm si trova una mappa nazionale aggiornata dei servizi sanitari che, in ogni regione, hanno ricevuto materiale informativo su MGF o che già da anni lavorano per lenire le problematiche legate alla pratica. Sulla stessa pagina è caricato anche un video-tutorial in 10 lingue diverse per spiegare alle donne che hanno subito MGF quali sono i loro diritti in Italia e che le operatrici dei CAV possono accompagnarle nel percorso di fruizione del diritto alla salute.

Rimandiamo anche alla bibliografia-sitografia per recenti pubblicazioni e strumenti di formazione e approfondimento sul punto di vista medico rispetto alle MGF ma, lo ribadiamo, è fondamentale investire sul lavoro di rete, coinvolgendo e preparando le strutture e le professionalità mediche, le mediatrici culturali, le stesse donne con MGF che, del resto, sono anche portatrici di grande esperienza sulle MGF.

Coinvolgere e preparare la ginecologa

Quasi sempre, ormai, le ginecologhe italiane sono a conoscenza della pratica, anche se potrebbero non aver avuto molte occasioni di visitare una donna che l'ha subita. Anche in questo caso è fondamentale contenere il proprio stupore e le emozioni negative, e non far pesare uno sguardo giudicante sulla paziente, per non re-vittimizzare la donna e non generare sentimenti di frustrazione e chiusura. Spesso

nei Consultori è possibile essere visitate da una dottoressa che conosca l'inglese o il francese, è però importante sottolineare questo bisogno al momento della prenotazione della visita ginecologica o chiedere se potrà accompagnare alla visita una mediatrice-culturale interprete, se ce n'è bisogno. Questo faciliterà molto sia la visita che l'instaurarsi di una relazione di agio e fiducia. La stessa attenzione dovrebbe valere anche e soprattutto per gli ospedali, dove in generale è più difficile riuscire ad avere le stesse condizioni di tranquillità che si possono trovare nei consultori. Ci sono però ospedali con equipe molto preparate a lavorare con le donne con MGF e a collaborare con i CAV. L'esperienza del Codice Rosa gestito da Differenza Donna conferma che è anzi possibile programmare una collaborazione molto preziosa in ambito formativo e, più in generale, in ambito di sensibilizzazione.

Al momento della visita, la scelta del linguaggio (italiano e tecnico-medico) deve essere semplice. L'ideale sarebbe accordare con la ginecologa che tutte le manovre che farà durante la visita siano accompagnate da una loro descrizione, spiegando quale è il loro scopo (per es. che cosa cerca di capire quando tocca una parte intima, quando infila lo speculum o come funziona il pap test), fermandosi per consentire la traduzione e le eventuali domande o assenso della donna in ogni passaggio. È importantissimo che la visita non avvenga in tempi pressati. Ottenere delle risposte alle domande poste alla donna dalla ginecologa può non essere semplice, per la difficoltà della lingua e la poca abitudine a parlare della propria salute sessuale e riproduttiva: lasciare alla donna il tempo di trovare le sue parole, di prendere confidenza con il *setting*, è fondamentale.

In accordo con la ginecologa è anche importante evitare che ci sia viavai nella stanza durante la visita, per non interrompere il momento di scoperta e apertura.

È assolutamente da evitare, infine, che altro personale medico venga

chiamato a “vedere” le condizioni della vagina della donna, a meno che non sia una necessità per la cura adeguata della donna stessa e che quindi non sia stato con lei consensuato, spiegandole prima cosa accadrà e presentandole chi dovrà affiancare la ginecologa per la visita.

Accompagnare dalla ginecologa

Prima della visita ginecologica è importante alfabetizzare la donna al suo diritto alla salute e all'approccio occidentale e scientifico di cura del corpo e del benessere. Può essere utile, a questo scopo, organizzare colloqui individuali o anche laboratori con piccoli gruppi misti di donne accolte (meglio se provenienti da uno stesso gruppo culturale) e operatrici, utilizzando le schede n.2 e 3 allegate per scrivere/imparare una terminologia di base e, da qui, ampliare il discorso sull'importanza del benessere e sull'aiuto che possiamo avere noi donne dal personale medico.

Ricordiamoci che in molte comunità/società africane il ruolo di parlare della sfera intima è relegato a donne della propria famiglia (per esempio in Kenya è genericamente una delle sorelle della mamma che si occupa di questo).

Sarà quindi molto importante dare l'esempio circa la possibilità di parlare liberamente, tra donne, di alcune cose “intime”: è d'aiuto in questo senso la testimonianza positiva delle operatrici e di altre donne accolte che hanno già fatto visite mediche e in particolare ginecologiche. Ciò non significa che si debbano omettere le difficoltà oggettive e soggettive che una visita medica ginecologica può comportare, bensì che anche queste si possano iscrivere in un percorso generale di acquisizione di conoscenza, potere decisionale e benessere.



© Lara Cetti

Un colloquio individuale pre-visita potrà poi rassicurare la donna, descrivendole quanto più possibile come avverrà la visita e quale sarà sempre e comunque il suo potere di decidere se proseguire o interrompere la visita. La donna non si dovrà mai sentire espropriata della possibilità di decidere che fare ed è importantissimo ricordarle che, essendo maggiorenne, ha il potere di decidere che fare con il proprio corpo e che nessuno potrà mai imporle nulla. Durante questo colloquio possiamo anche anticipare le possibili domande che le verranno fatte (può essere d'aiuto in questo caso usare la scheda n° 4 allegata), chiedere alla donna se vuole essere accompagnata dall'operatrice anche durante la visita e/o come vuole che sia la presenza dell'eventuale mediatrice-interprete.

Durante la visita ginecologica è quasi sempre rassicurante e preferita/richiesta dalle donne africane che affrontano questa esperienza per la prima volta la presenza di un'operatrice, con cui esiste già un rapporto di fiducia.

Occorre però prestare attenzione a non sostituirsi alla donna nelle risposte alle domande poste dalla dottoressa, anche se si conoscono le risposte per aver già posto le medesime domande. Se percepiamo che la donna non ha completamente afferrato la richiesta/la spiegazione della ginecologa, possiamo parafrasare con parole semplici, o frasi più descrittive, per facilitare la comprensione.

Durante la visita è bene stare accanto alla donna, con lo sguardo verso la ginecologa, e non al fianco della ginecologa mentre esplora i genitali della paziente. La donna non deve mai percepire una sensazione di vulnerabilità nei confronti dell'operatrice per aver mostrato una parte di sé così intima, né deve sentire che si crea una qualche alleanza tra l'operatrice e la ginecologa.

Il gruppo, piuttosto, dovrà agire come un team, riconoscendo le specifiche conoscenze che ognuna ha, donna inclusa, rispetto alle MGF che sono, nei diversi casi: un'esperienza vissuta sulla propria pelle, carica di risvolti relazionali; una forma di violenza di genere; un problema di salute che incide a livello psico-fisico. Ricordiamoci anche, a tal proposito, di non parlare mai della donna presente in terza persona.

Spesso le donne iniziano a farsi e fare domande dopo la visita. È importante non sostituirci alla ginecologa, ma anzi da un lato favorire l'emersione di dubbi, dall'altro accordarci con la dottoressa circa l'eventualità che la donna possa tornare nei giorni seguenti per porre alcune domande. Possiamo anche aiutare la donna a scrivere le domande che vuole porre, così da circoscrivere la sua preoccupazione e le sue perplessità, ed evitare che alcune emozioni negative invadano la giornata della donna.

Per le donne provenienti dall'Africa, ma non solo, parlare della propria salute può essere risarcitorio, o anche un primo modo per avere contatto con il proprio corpo, per sentirsi vive e degne di rispetto! Ricordiamoci che la salute delle donne è spesso negata e/o inesplorata a causa del contesto socio-culturale di provenienza o per la mancanza di strutture. Trovare una donna capace di ascoltare e disposta a rispondere alle domande, anche dopo la visita, aiuta la donna a ristrutturarsi all'interno della società e di se stessa.

Documenti per la Commissione Territoriale per il riconoscimento della Protezione Internazionale

Nelle procedure di protezione internazionale, la persona richiedente protezione internazionale deve compiere ogni sforzo utile e ragionevole per circostanziare i fatti e per corroborare la fondatezza del timore su cui si basa la domanda di protezione. Tra gli elementi di riscontro rientrano innanzitutto le dichiarazioni fatte nel corso dell'audizione innanzi alla Commissione

Territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale e, qualora possibile, anche documenti o certificazioni rilevanti. Questo significa che la donna che fa richiesta di protezione internazionale per MGF potrà presentare alla Commissione Territoriale per il riconoscimento della Protezione Internazionale (CT) anche eventuali certificati medico-ginecologici che attestino ad esempio la tipologia di MGF subita, le conseguenze mediche per la stessa e/o il tipo di rischio nel quale la donna incorrerebbe se fosse nuovamente sottoposta alla pratica o se dovesse partorire (*vedi pericoli legati alla difficoltà di ri-cicatrizzazione dei tessuti già cicatrizzati*). Questa documentazione non è obbligatoria, può essere utile elemento di corroborazione nei casi in cui la credibilità della donna o la valutazione del rischio possono essere inficiate da pregiudizi o giudizi che non considerano la complessità della storia della donna, e che magari lei non è pronta a presentare in sede di Commissione Territoriale, per esempio per il pudore nell'esporre fatti, paure o desideri relativi all'apparato riproduttivo.

Le operatrici dei CAV dovrebbero dunque sia informare la donna circa la possibilità o l'opportunità di fare l'esame ginecologico anche – ma non solo – per avere una documentazione d'appoggio per la CT, sia specificare alla ginecologa l'importanza di fornire una documentazione medica il più possibile completa, anche riguardo alle eventuali conseguenze perduranti e/o ai rischi futuri.

La nostra esperienza ci conferma che la visita ginecologica e la certificazione spesso aiutano la donna sottoposta a MGF in quanto consentono uno "svelamento" della pratica, da un lato legittimando la possibilità di parlare di una cosa così intima, dall'altro restituendo forza alla donna. Bisogna, infatti, ricordare

che i paesi a rischio MGF sono paesi in via di sviluppo, dove la sanità non raggiunge spesso un livello standard equiparabile a quello italiano e dove i costi di accesso sono proibitivi per la maggior parte della popolazione e in particolare per le donne. Pertanto le donne prendono con molta serietà e attenzione quello che viene loro riferito dai medici. È anche per questo che è importante prospettare la possibilità della visita e l'accompagnamento, poiché spesso la visita ginecologica si traduce in un triplice strumento: per la donna, per il CAV e per la CT.

Premesso che, come espressamente riportato nella nota del 2009 già menzionata, "il riconoscimento dello status di rifugiato non dovrebbe essere condizionato alla presentazione di un certificato medico che dimostri se la ragazza (o donna) è stata soggetta o no a FGM", soprattutto nel caso in cui la richiesta di protezione internazionale riguardi una minore, l' UNHCR invita ad una particolare attenzione, "...poiché determinati esami medici possono avere implicazioni psico-sociali negative per la minore, se non vengono eseguiti nella maniera appropriata", e "qualsiasi esame medico dovrebbe essere effettuato con il consenso informato della minore, in maniera da tener conto delle specificità dell'età e del genere, e assegnando una considerazione primaria al preminente interesse del minore"⁷. Da notare che, ancora nel caso di minori, "...il genitore, l'adulto di riferimento o altra persona che rappresenta il minore dovrà assumere un ruolo più importante nel garantire che tutti gli aspetti rilevanti della domanda del minore siano esposti" e comunque "è compito dei decisori effettuare una valutazione oggettiva del rischio affrontato dal minore, indipendentemente dall'assenza di un'espressione di timore".

L'UNHCR segnala che "in alcuni casi è stato riscontrato che a seguito del riconoscimento dello status di rifugiato sulla base della presunta fattispecie dell'opposizione alla FGM, un genitore è comunque andato avanti e ha sottoposto sua figlia alla pratica. Ne segue che, nei casi in cui le domande vengono presentate sulla base di tale fattispecie, è necessario valutare molto attentamente la credibilità e l'autenticità della domanda, in modo da evitare che lo status di rifugiato sia garantito su basi non corrette"⁸. L'aspetto della credibilità – che ai CAV conosciamo molto bene anche per altri tipi di violenza di genere, in questo caso è particolarmente delicato. Nel caso di rischio di MGF su minori, i CAV dovranno dunque organizzarsi per verificare prima, e monitorare poi, l'effettiva volontà e capacità di protezione della minore da parte della madre (o della famiglia) e produrre una relazione sul "progetto di protezione" che la donna, con la minore, sta seguendo.

La nostra esperienza nel seguire donne con indicatori di tratta inviateci dalla Commissione Territoriale ci conferma che, per esempio, il certificato medico-ginecologico può essere utile per supportare le richieste di asilo di donne (come ad esempio alcune ragazze nigeriane) che prima hanno subito MGF e poi sono state trafficate e sfruttate. Queste donne, infatti, possono essere

penalizzate da (pre)giudizi circa la loro credibilità o per contro, dal controllo da parte dei loro sfruttatori, che possono anche spingerle a fare richiesta d'asilo per "dimostrare" che possono far loro avere i documenti necessari a permanere in Italia e costringerle a continuare a "pagare il debito". In questi casi risulta utile riuscire ad accompagnare la donna in un percorso di tutela medico-legale, e quindi sostenerla, qualora la stessa lo ritenga opportuno, con un certificato medico-ginecologico e/o una relazione del CAV circa il progetto di protezione e uscita dalla violenza che la donna vuole intraprendere. Si tenga conto del fatto che - nelle domande di protezione collegate alle MGF, come anche per quelle basate su altri motivi - la credibilità circa l'eventuale passata persecuzione non è l'unico elemento rilevante in sede di determinazione delle esigenze di protezione internazionale, e non determina essa stessa in automatico il riconoscimento di alcuna forma di protezione. Ciò che è anche e maggiormente rilevante è la situazione specifica e attuale della richiedente, le conseguenze per la stessa in caso di rimpatrio, anche in termini di condizioni di salute psico-fisica.

7 UNHCR, Nota orientativa sulle domande d'asilo riguardanti la mutilazione genitale femminile, 2009

8 ibid, pag 14.

Ricordiamoci, infine, due aspetti:

- I certificati medici non servono quando la richiedente ha titolo allo status di rifugiato indipendentemente dal fatto che sia stata sottoposta a MGF o meno (come ad esempio per donne provenienti da paesi non solo ad alto tasso di MGF, ma anche in guerra).
- Il fatto di aver subito le MGF non dà diritto in automatico o di per sé alla protezione internazionale; la valutazione che le CT sono chiamate a fare è caso per caso, avendo riguardo al pericolo in caso di rimpatrio e valutando la situazione specifica della richiedente.
- Con il consenso della richiedente stessa può risultare particolarmente utile una relazione del CAV alla CT, in cui si evidenziano la storia, i timori della donna, le condizioni di salute psico-fisica della stessa o altre circostanze specifiche, anche, eventualmente, per consentire la valutazione dell'esame prioritario a norma dell'art. 28 del decreto legislativo 25/2008.

2.4 Approfondimento: il valore di una visita medica

I paesi a rischio MGF di solito non hanno un sistema di welfare, la salute e la cura del benessere hanno una connotazione diversa da quella occidentale e, spesso, anche la percezione del dolore e l'educazione a sopportarlo sono diversi da quelli a cui siamo abituate noi.

Possiamo provare rabbia e frustrazione rispetto a questo, ma è di sicuro più utile, per la nostra professionalità di operatrici di CAV, cercare di capire il più possibile quali sono state le risorse interne e culturali che hanno permesso alla donna di rivolgersi a un CAV e come si può strutturare il nostro lavoro per facilitarle il processo di inclusione in un nuovo contesto

socio-culturale, in cui potrà fare nuove scelte mantenendo i punti di forza e di orgoglio della sua cultura di origine che non la obbligano a limitare i suoi diritti umani e la sua possibilità di scegliere e di godere la vita in quanto donna.

Possiamo quindi chiedere alla donna accolta se e quante volte e perché ha fatto delle visite mediche, come si è sentita, cosa avrebbe voluto che accadesse in modo diverso, cosa teme e cosa desidera che avvenga per una visita futura. Possiamo anzi dobbiamo poi spiegarle bene come avviene una visita medico-ginecologica che, di solito, si struttura in tre momenti.

1) Il colloquio ginecologico preliminare alla visita

La visita ginecologica è preceduta da un colloquio informale tra la donna e la Dottoressa, che ha lo scopo di raccogliere più informazioni possibili sullo stile di vita, la storia clinica personale e familiare della paziente. Genericamente, durante il colloquio individuale pre-visita è bene spiegare quali sono le domande "di rito" e perché vengono poste dalla dottoressa:

Hai cicli regolari?	Quando hai avuto il primo ciclo?	Di quali malattie hai sofferto?
Hai figli?	Hai dolore genitale, prurito o perdite?	In famiglia ci sono casi di tumori?
Fumi?	In famiglia ci sono malattie ereditarie?	Hai subito interventi chirurgici?
Hai mai abortito?	Hai perdite di sangue tra un ciclo e l'altro?	Utilizzi metodi contraccettivi?

Questa fase di preparazione può richiedere più incontri. Di sicuro può essere d'aiuto il ricorso a fotografie e la collaborazione di una mediatrice culturale-interprete.

Anche rispetto a uno o più eventuali aborti avvenuti, bisogna preventivamente da un lato fare un lavoro previo con la donna accolta, dall'altro allertare la Dottoressa, poiché sappiamo bene che le donne provenienti dall'Africa durante il viaggio subiscono stupri e patiscono aborti,

inoltre le donne vittime di tratta e sfruttamento sessuale, sono costrette a subire aborti anche in Italia, e anche fuori dai termini di legge, con metodi illegali ed estremamente pericolosi. La maternità identifica il valore della donna in molte popolazioni africane; il tema dell'interruzione di gravidanza è quindi particolarmente delicato.

2) Esame esterno

Per prima cosa la ginecologa esaminerà l'addome - con una semplice pressione delle mani- per sentire se fegato, reni e milza sono ingrossati. Subito dopo passerà all'esame della vulva, cioè dei genitali esterni, per valutare la situazione.

3) Esame interno

Se abbiamo il sospetto che la donna sia mutilata, dobbiamo avvisare la dottoressa prima della visita. Non dobbiamo mai dare per scontato che la dottoressa sia pronta, potrebbe non aver mai visitato una donna mutilata e/o infibulata nella sua carriera.

L'esame interno – quando è possibile - si divide in due momenti:

- esame bimanuale: la dottoressa inserisce due dita (indice e medio) nella vagina, mentre con l'altra mano preme sul basso addome. Dopo aver controllato l'utero (la dimensione, la forma e la posizione) si sposterà a destra e sinistra, verificando così le ovaie e le tube.
- esame con lo speculum: lo speculum è uno strumento di metallo o di plastica che permette alla dottoressa di valutare la situazione interna.

2.5. Raccomandazioni

- Conoscere le MGF e la rete territoriale di supporto: dobbiamo conoscere la violenza che vogliamo contrastare e non possiamo fare tutto da sole... non lo faremmo bene!
- Rispettare sempre le diverse professionalità mediche, trovare modalità di collaborazione

inter-istituzionale e ampliare le possibilità in tal senso.

- Non aver timore a parlare delle nostre parti intime, sempre rispettando il livello di disponibilità all'ascolto da parte delle donne accolte, e anzi aprire spazi per domande, da parte loro, su di noi.
- Tenere in considerazione le possibili implicazioni etico-culturali, emotive, psicologiche, economico-relazionali e le diverse implicazioni a livello di salute e di necessità di cura che le MGF possono avere, per costruire e offrire alla donna un approccio di rete, integrato da diverse professioni, inclusa quella di operatrice CAV.
- Prepararsi una cartellina con fotografie e disegni per favorire la comprensione e l'alfabetizzazione ai diritti e anche alla salute (corpo, apparato riproduttivo, funzionamento dei servizi e diritto alla salute in Italia), anche se la donna è alfabetizzata e, a maggior ragione, se non lo è.
- Spiegare alla donna accolta i motivi dell'impegno dei CAV e la loro esperienza: il fatto che i CAV abbiano sostenuto tantissime donne di diverse provenienze culturali può aiutare a superare la paura delle differenze (anche da parte delle donne accolte).
- Favorire l'incontro e la testimonianza di donne che già sono state seguite o di mediatrici culturali formate con le nuove donne accolte ha un valore simbolico enorme: anche per noi sarebbe più facile capire e perfino credere a donne della nostra stessa cultura, se da un giorno all'altro ci chiedessero di affidarci, in un paese che non conosciamo, alle cure e al sostegno di istituzioni o associazioni il cui funzionamento e scopo non comprendiamo.

Capitolo 3

ACCOMPAGNARE L'ACCESSO DELLA DONNA/RAGAZZA/BAMBINA ALLA FRUIZIONE DEL DIRITTO, ALLA TUTELA LEGALE E ALLA PROTEZIONE INTERNAZIONALE

3.1. Strumenti legali e di protezione internazionale per tutelare le vittime e le potenziali vittime, prevenire e contrastare le MGF

L'evoluzione del diritto internazionale sul tema delle MGF

Come sostenuto dal Comitato per l'Eliminazione della Discriminazione Contro le Donne, Raccomandazione Generale No. 19, dalla Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne del 1979 (CEDAW), art. 5; Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC) del 1989, artt. 19, 24(3), dal Protocollo alla Carta Africana dei diritti dell'uomo e dei popoli sui Diritti delle donne in Africa, 11 luglio 2003, art. 5 e come espressamente riportato dalla Nota UNHCR del 2009, menzionata sopra, "tutte le forme

di FGM violano una serie di diritti umani delle ragazze e delle donne, tra cui il diritto alla non-discriminazione, alla protezione dalla violenza fisica e mentale, ai più alti possibili standard sanitari, e, nei casi più estremi, al diritto alla vita. La FGM inoltre costituisce tortura e trattamento crudele, inumano o degradante, come affermato dalla giurisprudenza internazionale e dalla dottrina giuridica, tra cui molti organi delle Nazioni Unite per il monitoraggio sui trattati, le Procedure Speciali del Consiglio dei Diritti Umani e la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo.

L'ordinamento giuridico interno e internazionale si è sempre più occupato del tema delle MGF grazie all'azione di sensibilizzazione condotta dal movimento delle donne. Infatti, gli atti internazionali a tutela dei diritti umani, compresa la dichiarazione ONU sui diritti di infanzia e adolescenza prevedono il generale obbligo per gli Stati di adottare ogni misura efficace atta ad abolire le pratiche tradizionali pregiudizievoli nei confronti delle donne⁹ e per la salute dei minori¹⁰.

⁹ Dichiarazione di Vienna e Programma d'azione: adottati dalla Seconda Conferenza Mondiale delle Nazioni Unite sui diritti umani. Vienna, 14-25 giugno 1993.

¹⁰ Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989, ratificata dall'Italia con legge del 27 maggio 1991, n. 176, depositata presso le Nazioni Unite il 5 settembre 1991.



Il Comitato Cedaw menziona il tema per la prima volta nella raccomandazione generale n. 14 del 1990, atto nel quale, riferendosi alle diverse pratiche di MGF ancora nei termini di “circoncisioni femminili”, gli Stati venivano esortati ad adottare misure per l’abbandono della pratica, tra queste: l’informazione, la formazione, la sensibilizzazione, il sostegno alle organizzazioni di donne.

La “Dichiarazione sull’eliminazione della violenza contro le donne e la definizione della violenza di genere” (1993) include, nella definizione di violenza sulle donne, anche le MGF, ma è con la “Dichiarazione finale della Conferenza mondiale su popolazione e sviluppo” del Cairo (1994) che si invitano i Governi ad abolire le MGF, appoggiando e collaborando con gli Enti, le organizzazioni e le istituzioni che lottano per l’abbandono della pratica. Si invitava ad assicurare protezione attraverso azioni che coinvolgano i leader delle comunità, e che rendano consapevoli uomini e donne in merito alle conseguenze delle MGF, e sostenendo le donne che hanno già subito mutilazioni.

A questa dichiarazione seguono ulteriori programmi delle organizzazioni internazionali (UNICEF, OMS, COE) e l’adozione di convenzioni internazionali con esplicito riferimento alla questione:

- Protocollo di Maputo- 2003(art. 5): Inserisce il divieto di pratiche nocive nei confronti delle donne.
- Convenzione del Consiglio d’Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica- 2011 (art. 38): Obbliga gli Stati a introdurre sanzioni penali per:
 - a) l’escissione, l’infibulazione o altra mutilazione della totalità o di una parte

delle grandi labbra, delle piccole labbra o asportazione clitoride.

- b) costringere una donna a subire qualsiasi atto indicato al punto a, o fornire i mezzi a tale fine.
- c) indurre, costringere o fornire i mezzi per subire qualsiasi atto enunciato al punto a).

Percorsi di tutela dei diritti delle donne, ragazze e bambine che hanno subito o rischiano di subire MGF

La protezione internazionale in caso di MGF

Le Linee Guida dell’UNHCR sulla Persecuzione di Genere¹¹ chiariscono che le «pratiche dannose in violazione del diritto e degli standard internazionali sui diritti umani non possono essere giustificate sulla base di ragioni storiche, tradizionali, religiose o culturali»¹² e la “nota orientativa sulle domande d’asilo riguardanti la mutilazione genitale femminile” afferma che “una ragazza o una donna che chiede asilo poiché è stata obbligata a sottoporsi, o è probabile che sarà soggetta, a FGM 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 FGM”.

Il rifugiato è colui 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 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

11 UNHCR, LINEE GUIDA SULLA PROTEZIONE INTERNAZIONALE N. 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 - 7 maggio 2002.

12 UNHCR, LINEE GUIDA SULLA PROTEZIONE INTERNAZIONALE N. 1 op. cit., parr. 35-36.

Paese in cui aveva residenza abituale... non può o non vuole tornarvi per il timore di cui sopra"¹³. Come riportato nelle LINEE GUIDA UNHCR relative all' "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, "è da considerarsi come un determinato gruppo sociale un gruppo di persone che condividono una caratteristica comune diversa dal rischio di essere perseguitati, o che sono percepite come un gruppo dalla società". "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".

Tale orientamento è stato rafforzato dalla Convenzione di Istanbul che all'articolo 60 obbliga gli Stati ad un'applicazione della Convenzione di Ginevra del 1951 sullo status di rifugiato rifugiato sensibile al genere e dunque, in primis, comprensiva delle violenze di genere quali forma di persecuzione ai sensi dell'articolo 1, A (2).

Dove e quando una donna o ragazza può presentare la domanda di protezione internazionale per MGF?

In generale, in base all' art. 6 decreto legislativo 25/2008, la domanda di protezione internazionale può essere presentata:

- all'Ufficio di Polizia di Frontiera, al momento dell'ingresso in Italia.
- all'Ufficio Immigrazione della Questura competente per territorio di domicilio.

Nei casi in cui il richiedente è una donna, alle operazioni di presentazione della domanda partecipa personale femminile, ove possibile. In Italia non ci sono limiti di tempo per la

domanda di asilo: la donna o la ragazza può richiedere la protezione internazionale anche dopo parecchio tempo dall'arrivo in Italia (pur dovendo in tal caso motivare il ritardo nella presentazione della domanda). Nel caso di minori, si tenga presente che, a norma del medesimo art. 6 del decreto legislativo 25/2008, "La domanda presentata da un genitore si intende estesa anche ai figli minori non coniugati presenti sul territorio nazionale con il genitore all'atto della presentazione della stessa. La domanda può essere presentata direttamente dal minore, tramite il genitore." Inoltre "La domanda può essere presentata direttamente dal minore non accompagnato ai sensi dell'articolo 19. La domanda del minore non accompagnato può essere altresì presentata direttamente dal tutore sulla base di una valutazione individuale della situazione personale del minore."

Attenzione:

1. È possibile chiedere un accesso protetto agli uffici della questura in ragione della condizione di vulnerabilità della richiedente asilo. L'accesso protetto significa che la richiedente asilo può presentare domanda presso gli uffici in orario dedicato, in situazione di riservatezza.
2. Rassicurate la donna sul fatto che, in presenza di figli/figlie, la domanda s'intende estesa anche a loro, se presenti sul territorio italiano.
3. Se la donna è entrata in Italia senza visto di ingresso e quindi in maniera irregolare, la legge italiana prevede una procedura di identificazione, che verrà effettuata dalla Polizia; verrà quindi indicata la data per un appuntamento all'interno dell'ufficio di Polizia. Durante tale incontro sarà presente un funzionario della Polizia e – se richiesto/necessario – un interprete che parla la lingua della richiedente oppure una lingua che le permetta di comprendere ed esprimersi.

¹³ Convenzione di Ginevra del 1951 relativa allo Status di Rifugiato(art. 1, lett. A), co. 2)

4. La Polizia procederà all'identificazione: farà le fotografie e prenderà le impronte digitali ("fotosegnalamento"). In seguito, la richiedente avrà un appuntamento per la formalizzazione della domanda, durante il quale verrà compilato il "Verbale delle dichiarazioni degli stranieri che chiedono in Italia il Riconoscimento dello status di rifugiato ai sensi della Convenzione di Ginevra del 28 luglio 1951" (Mod C\3).
5. Le domande riguarderanno i dati personali (nome, cognome, data di nascita, luogo di nascita, nazionalità) e familiari (nome e cognome dei genitori della donna, status civile, nome e cognome di suo marito, nome e cognome dei suoi figli/e, luogo in cui si trovano i suoi familiari); verrà poi chiesto: di descrivere il viaggio dal Paese d'origine (es. periodo della partenza, durata del viaggio, mezzi di trasporto usati); di raccontare, anche per iscritto, i motivi per cui ha lasciato il Paese. Nel caso in cui la donna sia ospite presso uno dei CAV, è utile attestare l'ospitalità della sig.ra, dichiarandone il domicilio.

Esempi utili

Può richiedere la protezione internazionale per MGF:

- » una donna (anche se da molti anni risiede in Italia), per sé e per la figlia, se vuole tutelare la figlia che rischia di essere portata nel paese di origine della famiglia per subire una mutilazione;
- » una donna o una ragazza (minore di 18 anni e anche per es. nata in Italia) che rischia di subire le MGF, in caso di rimpatrio, qualora non abbia nessuno in famiglia disposto/a a tutelarla; nel caso in cui per esempio una ragazza (minore) voglia tutelare una sorella o altra minore di sua conoscenza, che rischia di subire MGF o di essere portata al paese di origine per subire MGF e non

abbia nessuno in famiglia disposto/a a tutelarla, rivolgendosi a un CAV potrà trovare il sostegno legale per procedere dapprima all'eventuale sospensione della responsabilità genitoriale e alla contestuale nomina di un tutore per la minore a rischio, e successivamente – qualora sia necessario – procedere alla richiesta di protezione internazionale.

- » una donna che abbia subito mutilazioni, che rischi di subirle di nuovo nel caso in cui venga rimpatriata (per esempio in concomitanza con il parto); ciò vale anche per le donne che sono in Italia a causa della tratta ai fini della prostituzione e che, se rimpatriate, rischierebbero di essere sottoposte alla pratica per "recuperare" la loro reputazione e quindi il loro diritto all'appartenenza alla comunità.
- » una donna che ha già subito mutilazioni e che rischi la vita o un grave danno se, tornando nel paese di origine, venisse sottoposta a operazioni legate alle MGF (per esempio in concomitanza con il parto);
- » una donna che abbia già subito mutilazioni e che abbia, a causa di questo, perduranti problemi fisici o psicologici che non potrebbero essere adeguatamente curati/affrontati nel paese d'origine;
- » una donna che rischi la vita o un grave danno tornando nel paese di origine per:
 - essersi sottratta alla pratica
 - aver aiutato un'altra donna/ragazza/bambina a sfuggire alle MGF;
 - essere attivista o parte di organizzazioni attive nella prevenzione/contrasto delle MGF.

Alcune donne provenienti da paesi a rischio di MGF soffrono una doppia discriminazione a causa dei pregiudizi o una doppia fatica emotiva essendo vittime anche di altri reati

gravi, come ad esempio le donne nigeriane che, oltre ad aver subito MGF, sono state trafficate, torturate durante il viaggio e infine sfruttate nel paese d'arrivo. Non è raro purtroppo, anche se l'Italia deve rispettare il principio di *non-refoulement*, che queste donne vengano rimpatriate o portate ai CPR senza che possano conoscere quali diritti di protezione o tutela possono avere in Italia. In casi come questo descritto, vi è una doppia discriminazione e sovente si verifica il fenomeno del *re-trafficking*, ovvero la donna, dopo essere stata rimpatriata in Nigeria, verrà trafficata nuovamente. Il percorso di alfabetizzazione ai diritti in questo caso deve essere flessibile per incidere sull'assoluta sfiducia nelle istituzioni e nei confronti – più in generale – di tutta la società italiana. Queste donne, infatti, a volte sono in Italia da anni e non hanno avuto modo né di imparare la lingua italiana, né di trovare alcuna forma di supporto e sostegno.

PRINCIPIO DI NON- REFOULEMENT:

Gli Stati membri hanno l'obbligo di proteggere le donne vittime di violenza, indipendentemente dal loro status o dal loro luogo di residenza. A questo riguardo, gli Stati devono garantire che le donne che hanno bisogno di una protezione non possano in nessun caso essere espulse verso un Paese dove la loro vita potrebbe essere in pericolo o dove potrebbero essere esposte al rischio di tortura o di pene o trattamenti inumani o degradanti. Tale obbligo deve estendersi agli abusi da parte di soggetti non statali o individui che perpetrano le MGF, nei casi in cui le autorità del Paese interessato sono complici, non esercitano la debita diligenza o sono negligenti nel loro sforzo di prevenire o riparare l'abuso.

Altre disposizioni rilevanti in sede penale e civile

L'articolo 583 bis del codice penale, già commentato nel primo capitolo del presente

manuale, inserisce l'intervento penale in un quadro articolato di misure di prevenzione, sensibilizzazione, formazione, in particolare del personale sanitario (l'articolo 582 ter c.p. è dedicato al trattamento sanzionatorio del personale sanitario), e della cooperazione internazionale.

>> Cosa è punito dalla legge italiana?

- la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione e qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo.
- lesioni agli organi genitali femminili diverse da cui derivi una malattia nel corpo o nella mente procurate "al fine di menomare le funzioni sessuali". In questo caso bisogna cioè provare anche che l'autore delle lesioni ha agito **con la finalità di compromettere le funzioni sessuali**, anche se poi ciò non si è verificato (*dolo specifico*).

ATTENZIONE: le MGF e altri tipi di lesioni agli organi genitali femminili NON sono punibili se intervenute per esigenze terapeutiche: si pensi, ad esempio, a un intervento chirurgico di asportazione di una cisti o di una massa tumorale svolto presso una struttura sanitaria e secondo le regole dell'arte medica..

>> Chi può essere punito?

Secondo la legge italiana, può essere punito chi materialmente compie l'atto e chi, pur trovandosi in posizione di garanzia, non interviene al fine di evitare la condotta punita.

Esempi utili:

- la madre, la nonna, la zia, una conoscente, il padre o altro familiare o conoscente che compie l'atto o aiuta a compierlo o, essendone a conoscenza, non intervenga per impedirlo

- un cittadino italiano o straniero residente in Italia (per esempio un medico o un genitore) che compia l'atto o, essendo a conoscenza dell'intenzione, non intervenga per evitare il danno a una cittadina italiana o straniera residente in Italia (una donna, una ragazza o una bambina con cittadinanza italiana o residente in Italia).

ATTENZIONE: la legge punisce anche l'azione compiuta all'estero!

>> Qual è la pena?

- Reclusione da 4 a 12 anni per clitoridectomia, escissione e infibulazione.
- Reclusione da 3 a 7 anni per le altre lesioni, con ulteriore attenuazione della pena in caso di lesione di lieve entità.

Quali altre conseguenze sono previste per chi è condannato/a?

La legge italiana prevede **la decadenza dall'esercizio della responsabilità genitoriale per il genitore (madre o padre)** che abbia compiuto l'atto o aiutato a compierlo o, essendone a conoscenza, non sia intervenuto/a per impedirlo. Questo significa che la minore vittima di MGF o che abbia rischiato di subire MGF, se i genitori vengono condannati, verrà inserita in un programma di affidamento e/o adozione. Noi riteniamo che non sia giusto considerare lo stesso livello di potere di decisione per la madre e il padre, dal momento che di solito la madre ha a sua volta subito MGF e sottostà a un sistema di discriminazione di genere che non consente di avere consapevolezza dei diritti e dello stesso danno che subiscono donne e bambine. Riteniamo che i CAV possano avere un ruolo importante in questo processo di ridefinizione di genitorialità consapevole per le madri condannate che decidano di chiedere sostegno dei CAV.

>> Procedibilità

Il reato è procedibile d'ufficio (non serve che la vittima presenti querela).

>> Misure a tutela dell'incolumità della persona offesa

È possibile richiedere l'applicazione di misure cautelari, tra le quali:

- l'ordine di allontanamento dalla casa familiare ex art. 282 bis c.p.p.,
- il divieto di avvicinamento alla persona offesa (282 ter c.p.p.),

In sede civile si possono richiedere gli ordini di protezione dagli abusi familiari (ex art. 342 bis e ss c.c.). Questo significa, per esempio, che la donna che rischia di essere sottoposta a operazioni relazionate alle MGF ovvero che teme che le figlie siano a rischio di MGF per volere del padre o di altro componente della famiglia convivente, possono richiedere al Tribunale civile del luogo dove risiedono di allontanare il familiare dalla casa di convivenza.

Nel caso in cui la donna sia irregolare sul territorio italiano, è possibile richiedere il rilascio del permesso di soggiorno ex art. 18 bis d.lgs. 286, valutando insieme alla donna l'opportunità di richiedere protezione internazionale. In caso di trasferimento della donna/ragazza/bambina nel paese di origine al fine di essere sottoposta a MGF per un periodo di tempo tale da incidere negativamente sul diritto di soggiorno, ai sensi dell'articolo 61 Convenzione Istanbul, l'autorità italiana deve assicurare il recupero del permesso di soggiorno.

Quale tribunale è competente?

Il tribunale del luogo dove è stato commesso il reato, tuttavia l'autorità giudiziaria italiana può perseguire anche il fatto commesso all'estero da cittadino italiano o da straniero residente in Italia, ovvero in danno di cittadina italiana o di straniera residente in Italia; in tali casi è necessaria richiesta del Ministro della Giustizia.

3.2. Cosa possono fare i CAV? Percorsi di empowerment e accompagnamento legale per donne sopravvissute/a rischio MGF

Indicazioni utili per la pratica di accoglienza e accompagnamento legale

Per accompagnare una donna/ragazza/bambina che ha subito o rischiato di subire MGF alla fruizione del diritto alla tutela legale e alla protezione internazionale, le operatrici di un CAV possono:

- supportare l'avvocata che la seguirà, stilando una RF completa sulle discriminazioni e violenze di genere subite, includendo le MGF e le conseguenze/ i danni delle MGF nel caso specifico.
- Preparare la donna/ragazza/bambina al percorso legale e/o all'incontro con la CT, spiegando – in caso anche con il supporto dell'avvocata - cosa sia la protezione internazionale, cosa verrà chiesto e perché, facendole capire quali sono i suoi doveri, i suoi diritti, incluso quello ad essere tutelata, quali sono i tempi di attesa per l'esito della procedura, quali sono le possibilità di successo ed eventualmente le possibilità di ricorso.

Come fare la Raccolta Fatti inclusiva di MGF?

La Raccolta Fatti inclusiva di MGF è utile sia per eventuali denunce in sede penale che per preparare la relazione per la Commissione Territoriale.

Utilizzando lo schema che si segue per la R.F. di violenza di genere, è bene procedere specificando i luoghi, (delineando il Paese dove sono avvenute le MGF, le persone che hanno spinto la pratica, ad esempio quali componenti della famiglia), chi ha di fatto praticato le MGF e chi si è occupato della guarigione e quindi anche il periodo in cui è rimasta nel Paese dove la donna è stata sottoposta a MGF (verosimilmente quello d'origine).

Raccogliere tutte queste informazioni, con la donna, può essere un percorso molto doloroso per la donna, è importante riuscire ad avere un ascolto empatico e capire, insieme alla donna, se è meglio costruire il racconto in più colloqui o raccogliere tutte le informazioni in una volta sola. È sicuramente opportuno allegare alla denuncia un certificato ginecologico dove si attesta il tipo di MGF ed anche un certificato psicologico, dove venga espresso il danno subito.

È importante collaborare con l'avvocata di riferimento per aver chiaro come intervenire, che tipo di protezione o misure si possono richiedere (allontanamento, decadenza della responsabilità genitoriale, come visto nel precedente capitolo). È imprescindibile riuscire a spiegare bene alla donna tutte le possibilità che ha e le difficoltà che incontrerà (ivi inclusi i lunghi tempi di attesa e la possibilità di diniego delle richieste che lei presenterà, in modo da non generare aspettative irrealistiche ma anzi costruire con la donna la consapevolezza di un percorso che è importante fare insieme, trovando alleanze per superare le difficoltà, essendo pronte a nuove strategie).

Avere tatto ed empatia è la giusta chiave di lavoro. Il fatto che la donna sia disposta a denunciare non significa necessariamente che abbia compreso o che sia consapevole di cosa potrebbe significare a livello psicologico



il ripercorrere la sua storia e dove sostenere il percorso legale. È quindi da un lato importante spiegare che non la lasceremo sola, presentandole l'avvocata che la seguirà e stabilendo con lei un calendario di colloqui e accompagnamenti, sia raccontare quali saranno i passaggi che dovrà affrontare e la ricchezza dell'esperienza che comunque ogni donna che esce dalla violenza ottiene da tanta fatica: la consapevolezza del proprio corpo, dei propri desideri e diritti, del proprio potere di scelta su di sé e sulle proprie figlie e figli, il benessere in termini capacità di prendersi cura di sé, e quindi in termini di salute psico-fisica e relazionale. Troppo spesso, infatti, alle donne viene evidenziata solo la fatica del percorso, lasciando nell'invisibilità l'importanza – anche in termini di benessere e senso della vita - della "battaglia" per ottenere i diritti.

Come preparare la donna/ragazza/bambina al percorso legale/all'incontro con la Commissione Territoriale

La legge (art. 13 decreto 25/2008) prevede che "in presenza di un cittadino straniero portatore delle particolari esigenze di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 30 maggio 2005, n. 140, al colloquio può essere ammesso personale di sostegno per prestare la necessaria assistenza. Tra i richiedenti vulnerabili rientrano appunto: minori, minori stranieri non accompagnati, genitori singoli con figli minorenni, anziani, donne in stato di gravidanza, disabili, persone affette da gravi malattie o disturbi mentali, vittime di traffico di esseri umani, persone per le quali è stato accertato che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale o legata all'orientamento sessuale o all'identità di genere, vittime di mutilazioni genitali. È possibile per le operatrici dei CAV presenziare come accompagnatrici all'intervista con la Commissione Territoriale, qualora la donna lo richieda. Quella dell'operatrice che parteciperà all'intervista è una presenza silenziosa, che però

ha un valore simbolico molto forte per la donna: non è da sola a lottare.

In merito alle azioni da intraprendere è importante spiegare, eventualmente anche con fotografie o disegni, cosa è una CT, da chi è composta, quali sono i compiti della commissione, i doveri e i diritti dei richiedenti, chiarendo che potrà chiedere di essere ascoltata da una donna¹⁴, possibilmente alla presenza anche di un'interprete donna e che potrà liberamente dire se ha bisogno di fare una pausa o se ritiene che l'interprete non lavori bene (a volte le traduzioni possono non essere fedeli o tralasciare aspetti importanti). È poi utile ripercorre la storia della donna, le sue emozioni, i suoi ricordi, per esempio aiutarla a stabilire l'età in cui ha subito la pratica (raramente saprà indicare un'età precisa, sempre di più si abbassa l'età e spesso sono talmente piccole da non averne coscienza). Cosa hanno comportato nella sua vita quotidiana e nelle sue scelte le MGF, chi le ha praticate, il gruppo di appartenenza etnica e il contesto culturale. Chiederle se all'interno del suo gruppo ci sia stata qualche donna o ragazza che ha rifiutato tale pratica e che cosa le sia accaduto (questo può aiutare anche a spiegare alla CT il valore delle MGF nello specifico gruppo di appartenenza); verificare con lei tutta la documentazione e riepilogare le condizioni e/o complicazioni sanitarie e/o psicologiche gli eventuali certificati medici o psicologici (come per la R.F., il certificato ginecologico e certificato psicologico sul trauma possono essere molto importanti). Fare tutto questo insieme alla donna è parte del processo di *empowerment*: deve poter sentire di avere sotto controllo la sua vita e non sentirsi più trattata come un'incapace, con qualcuno che decide per lei e fa le cose al posto suo.

È possibile eventualmente presentare in CT una storia redatta, firmata dalla donna (sia nel caso in cui non sia stata precedentemente consegnata insieme al modello C3, in sede di presentazione

¹⁴ La legge prevede che "Il colloquio si svolge di norma alla presenza di uno solo dei componenti della Commissione, con specifica formazione e, ove possibile, dello stesso sesso del richiedente."



della richiesta di protezione internazionale, sia comunque a sua integrazione): la memoria potrà essere inviata alla CT anche prima della data di audizione, anche per porre la CT a conoscenza della particolare vulnerabilità della richiedente, ovvero consegnata il giorno stesso dell'intervista o in qualsiasi momento anche successivo all'intervista, prima che sia adottata una decisione se, la donna in un secondo momento ha deciso di "aprirsi", rilasciando informazioni nuove.

Come fare la relazione per la Commissione Territoriale

Le ipotesi di collegamento tra la CT e i CAV sono essenzialmente due:

- 1) La donna viene accompagnata dal CAV alla CT (essendo stata prima edotta rispetto alla possibilità di fare richiesta di protezione e avendo avviato l'iter di richiesta).
- 2) La donna viene segnalata per intraprendere un percorso di supporto al CAV dalla CT, a cui la donna si è rivolta autonomamente. La segnalazione/referral potrà essere fatta/avviata dalla CT in funzione della decisione, oppure anche indipendentemente dalla stessa.

Nel primo caso sarebbe opportuno preavvisare la CT se in sede di intervista la donna verrà accompagnata da un'operatrice del CAV ed eventualmente che il centro presenterà una relazione sulla signora.

Nel secondo caso, la donna avvierà con il CAV un progetto. Qualora il referral fosse stato avviato dalla CT in funzione della decisione o comunque ancora la CT non abbia assunto una decisione sulla domanda di protezione internazionale, quando le operatrici, dopo aver stabilito il rapporto di fiducia, avranno raccolto informazioni utili e necessarie, potranno iniziare a redigere una relazione a sostegno della donna, dove verranno inserite le informazioni rispetto alla pratica, eventuali certificati medici o psicologici, il tipo di

progetto che il CAV insieme alla donna realizzerà (accoglienza, consulti sanitari, corso italiano, iscrizione al C.O.L., Corsi professionali).

La relazione per la CT dovrà essere la più completa possibile riguardo alla situazione specifica della richiedente stessa. La relazione potrà contenere anche riferimenti a documentazione e report aggiornati sulla diffusione delle MGF (vedi bibliografia). Si tenga presente anche che il dover presentare ricorso, in caso di diniego al riconoscimento dello status di rifugiata, potrebbe rappresentare per la donna un'ulteriore esperienza di frustrazione e fatica emotiva.

Punti da ricordare/inserire nella relazione:

Se la prevalenza di MGF nel paese di origine della richiedente è alta:

- Anche se la prevalenza di MGF in (indicare il paese di origine) è alta, e quindi il gruppo di persone perseguitate da MGF è molto vasto, è importante ricordare che l'estensione del particolare gruppo sociale non inficia l'identificazione e la qualifica del gruppo stesso come "particolare". Si vedano in merito le - LINEE GUIDA UNHCR IN MATERIA DI PROTEZIONE INTERNAZIONALE relative all'"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", che espressamente riportano: "La dimensione del presunto gruppo sociale non è un criterio rilevante per stabilire l'esistenza di un determinato gruppo sociale..." Peraltro il gruppo sociale delle "donne" può essere ulteriormente determinato, a seconda dei casi, in base a vari fattori quali l'età, il background familiare o sociale, la zona di provenienza, etc.

Se la prevalenza di MGF nel paese di origine

della richiedente è bassa:

- Anche a fronte di tassi di prevalenza delle MGF relativamente bassi a livello nazionale, la donna potrebbe essere a rischio sulla base invece di elementi circostanziati e specifici. La prevalenza della pratica di MGF così come l'età della pratica cambia a seconda della regione/etnia/contesto familiare e va dunque verificata e citata per lo specifico contesto della richiedente asilo.

Rispetto alla valutazione della possibilità per la richiedente di eventualmente ritornare a vivere nel Paese di provenienza, ma in zona diversa da quella di origine:

- Per quanto riguarda tale possibilità, ricordiamo l'importanza di valutare che tale trasferimento non presenti ulteriori rischi per la richiedente e che non sia insostenibile per motivi quali ad esempio l'età, la mancanza di risorse. Come riporta la già citata NOTA ORIENTATIVA SULLE DOMANDE D'ASILO RIGUARDANTI LA MUTILAZIONE GENITALE FEMMINILE dell'UNHCR, infatti, "Qualsiasi trasferimento proposto dev'essere inoltre ragionevole e consentire alla richiedente di condurre una vita relativamente normale, senza eccessive difficoltà. Tra i fattori di valutazione si elencano le sue personali circostanze, qualsiasi passata persecuzione, sicurezza e incolumità, rispetto dei diritti umani e possibilità di sostentamento. In particolare dev'essere attribuito il giusto peso alla sua età, alla capacità di affrontare le difficoltà, alle condizioni di salute fisica e mentale, così come alla situazione socio-economica della sua famiglia. Il trasferimento non sarà di norma ragionevole se la richiedente verrebbe a trovarsi senza sostegno familiare (come può assumersi nei casi in cui la minaccia di FGM emana dai membri della sua famiglia immediata), e/o se ella è molto giovane".

Come muoversi nel caso in cui sia presente in Italia la madre/nonna/zia della bambina/

ragazza che ha subito o rischiato di subire MGF: a chi rivolgersi e come fare per tutelare l'interesse superiore della ragazza/bambina e proporre un percorso di "recupero" della donna che voleva/ha esercitato potere su di lei

Il lavoro con le donne della famiglia della donna, ragazza o bambina che ha subito o rischia di subire MGF non solo è molto delicato, ma rappresenta un vero e proprio nodo che raramente viene affrontato. È scarsissima l'esperienza di lavoro su questo aspetto in Europa, per molte ragioni, non ultima quella legata al fatto che le istituzioni (ospedali, ASL, questure, tribunali) non sono abituate a rivolgersi ai CAV né per richiedere sostegno per le vittime di MGF, né per chiedere percorsi per le autrici di reato o per le donne che hanno colluso o non hanno saputo/potuto intervenire a difesa della vittima.

Riteniamo quindi fondamentale sia aprire un dibattito interno alla rete dei CAV su questi temi, sia avviare ricerche e casi studio per capire se e come si possono realizzare percorsi di "recupero" della donna che voleva/ha esercitato potere su di lei.

Potrebbe essere strategico, in questo caso, da un lato segnalare ai Tribunali competenti la propria disponibilità a collaborare, dall'altro impegnarsi in un gruppo di lavoro ad hoc a livello di rete nazionale dei CAV. Differenza Donna, da gennaio 2018, si sta impegnando in tal senso.

3.3. Approfondimento: Informazioni utili sulle procedure per le domande d'asilo riguardanti le MGF

Secondo l'UNHCR le MGF possono costituire un motivo di riconoscimento dello status di rifugiato

per una donna, una ragazza o una bambina in quanto:

- Costituiscono una forma specifica di persecuzione di genere, ovvero nei confronti di uno specifico gruppo sociale (le donne in quanto tali) come pure nei confronti dei minori;
- Comportano una forma protratta di danno
- La donna, ragazza o a maggior ragione la bambina può sentirsi perseguitata (fondato timore di persecuzione da parte di Agenti di persecuzione)
- Può mancare la disponibilità della protezione dello Stato

Illustriamo nel dettaglio cosa significano questi punti:

- Costituiscono una forma specifica di persecuzione su minori e nei confronti di uno specifico gruppo sociale poiché colpiscono solo le bambine, le ragazze e le donne. Nel caso di una minore, la bambina sarà la richiedente principale, anche se accompagnata dai suoi genitori. In tal caso, proprio come un minore può derivare lo status di rifugiato dal riconoscimento come rifugiato di un genitore, allo stesso modo a un genitore può essere riconosciuto uno status derivativo sulla base dello status di rifugiato di sua figlia (quando anche il genitore ovviamente non abbia dei propri fondati motivi di persecuzione).
- Comportano una forma protratta di danno :
 - In generale si assume che una persona che in passato ha vissuto una persecuzione continuerà ad avere un fondato timore di futura persecuzione. Alcuni decisori hanno contestato tale nozione in domande legate alle MGF, adducendo che questa pratica si effettua una volta sola nella vita. Tuttavia, in base alle circostanze individuali del caso e delle specifiche pratiche della comunità, la donna potrebbe ad esempio temere di essere sottoposta a un'altra forma di MGF (per esempio per essere "ricucita" dopo il parto) e/o soffrire conseguenze di lungo

periodo particolarmente gravi derivanti dalla pratica iniziale (vedi anche l'alta percentuale di morti legate alla difficoltà di ricicatrizzazione per tagli relazionati al parto su tessuti già cicatrizzati, dal momento che questi hanno una maggiore difficoltà a rimarginarsi).

- La donna, ragazza o bambina, infine, può giustamente temere/rischiare di essere sottoposta ad altre pratiche connesse alla MGF (per es. matrimonio forzato, re-infibulazione dopo il parto). Non è necessario che la futura persecuzione temuta assuma una forma identica a quella vissuta in precedenza, affinché essa possa essere collegata a una fattispecie prevista dalla Convenzione di Ginevra del 1951.
- Possibilità di protezione da parte dello Stato:
 - Nella maggior parte dei casi, la pratica di MGF è eseguita da individui privati (praticanti tradizionali, famiglia). La donna, ragazza o, a maggior ragione, la bambina può avere un fondato timore di persecuzione se le autorità interessate non sono in grado o non intendono proteggere ragazze e donne dalla pratica (per esempio a causa di fattori politico-sociali che causano la non applicazione della legge che proibisce le MGF).
 - Se la MGF è eseguita da personale medico specializzato, come avviene anche in Stati in cui le MGF sono proibite, lo Stato potrebbe anche essere considerato come agente di persecuzione.
 - Attenzione: Non è necessario che vi sia intento doloso da parte dell'agente perché il danno sia considerato persecuzione. quando la ragazza o donna interessata sembra superare il suo timore di danno e si sottopone con entusiasmo alla pratica, al fine di conformarsi a valori e norme della comunità, non dovrebbe necessariamente ritenersi che ella abbia preso una decisione informata, libera da coercizione, né è possibile ritenere che la pratica, per

quanto fatta senza l'intenzione di arrecare danno, non sia, di fatto, una grave forma di persecuzione e violazione dei diritti umani con conseguenze protratte di danno.

- Molti Stati si sono dotati di leggi contro le MGF; essi sono infatti obbligati a intraprendere efficaci e appropriate misure per eliminare la MGF. Per potersi considerare efficace e reale la protezione da parte dello Stato:
 - Le MGF dovrebbero essere proibite in ogni forma dalla legislazione, corredata da sanzioni, a ogni livello di governo, comprese le strutture sanitarie.
 - Le leggi e la loro applicazione dovrebbero riuscire a garantire che i perpetratori siano effettivamente e debitamente perseguiti e sanzionati.
 - Lo Stato dovrebbe svolgere opera di sensibilizzazione e mobilitazione dell'opinione pubblica contro la MGF, in particolare nelle comunità in cui la pratica rimane diffusa.
 - La consuetudine, la tradizione o le considerazioni religiose non dovrebbero essere invocate dagli Stati per eludere i propri obblighi riguardo all'eliminazione delle MGF.

3.4. Raccomandazioni

- È imprescindibile lavorare sempre CON la donna e non PER la donna. Questo significa che l'operatrice deve trovare il modo –diverso da donna a donna – di facilitare la sua comprensione delle possibilità e dei diritti che ha, dei rischi che corre, delle possibili strade e soluzioni che, insieme alle operatrici, può costruire. È la donna che deve sempre poter SCEGLIERE cosa fare e, se è il caso, anche decidere di cambiare la scelta. L'operatrice, supportata dall'equipe di CAV/CR, deve avere la flessibilità per favorire l'esplicitazione dei bisogni, delle paure, dei desideri, dei dubbi e del diverso punto di vista che la donna può avere.

- Nel caso in cui la donna sia molto giovane, il percorso di alfabetizzazione ai diritti ed empowerment che viene offerto deve anche tener conto di altri aspetti: il bisogno di affettività e la vergogna nel toccare alcuni temi. Questo non deve spaventarci e paralizzarci: parlarne in equipe e ampliare la riflessione consultando una mediatrice culturale formata per lavorare nei CAV e proveniente dallo stesso contesto culturale senz'altro aiuta.

Nel caso in cui la donna ospite/accolta sia la madre della bambina da proteggere, ricordiamoci sempre di accompagnarla nel suo percorso di ri-acquisizione dell'autorevolezza materna e della relazione di fiducia con la figlia, non sostituiamoci mai a lei. Nel caso in cui la bambina da tutelare sia da sola, ovvero accompagnata da una persona diversa dalla madre (per esempio perché la madre ha perso la responsabilità genitoriale per non aver saputo/potuto proteggere la figlia), coordiniamoci con le professionalità competenti per facilitare un percorso quanto più possibile partecipativo anche alla bambina. Ricordiamoci sempre, di rispettare le diverse competenze professionali che entrano in gioco nel percorso di tutela legale di tutela delle vittime/potenziati vittime dei reati di MGF. Ricordiamoci le competenze specifiche dei membri delle Commissioni territoriali, delle avvocate, delle FF.OO, delle mediatrici culturali, senza dimenticare le nostre competenze specifiche di operatrici di CAV e case Rifugio!



Bibliografia e sitografia

BIBLIOGRAFIA DI APPROFONDIMENTO ANTROPOLOGICO E LEGALE

Abusharaf, R., ed. (2006). *Female circumcision*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Daly, M. (1978). *Gyn/Ecology: The metaethics of radical feminism*. Boston: Beacon Press.

Dawit, S., and S. Mekuria. (1993). The West just doesn't get it. *New York Times*, 7 December, A33.

El Dareer A. (1982). *Woman, why do you weep? Circumcision and its consequences*. London: Zed Press.

Gruenbaum, E. (2001). *The female circumcision controversy: An anthropological perspective*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Hosken, F. (1979). *The Hosken report: Genital and sexual mutilation of females*. Lexington, Mass.: WIN News.

James, S., and C. Robertson, eds. (2002). *Genital cutting and transnational sisterhood: Disputing U.S. polemics*. Chicago: University of Illinois Press.

Koso-Thomas, O. (1987). *The Circumcision of women: A strategy for eradication*. London: Zed Books.

Leonard, L. (2000). Interpreting female genital cutting: Moving beyond the impasse. *Annual Review of Sex Research*, 11, 158-91.

Lewis, H. (1995). Between Irue and "female genital mutilation": Feminist human rights discourse and the cultural divide. *Harvard Human Rights Journal*, 8, 1-56.

Lightfoot-Klein, H. (1989). *Prisoners of ritual: An odyssey into female genital circumcision in Africa*. New York: Harrington Park Press.

Lightfoot-Klein, Hanny. "Erroneous Belief Systems Underlying Female Genital Mutilation in Sub-Saharan Africa and Male Neo-Natal Circumcision in the United States: a Brief Report Updated". Paper presented at The Third International Symposium on Circumcision, University of Maryland, College Park, Maryland May 22-25, 1994. 27 May 2008. www.nocirc.org/symosia/thirdhanny3.html ---.

Morsy, S (1991). Safeguarding women's bodies: The white men's burden medicalized. *Medical Anthropology Quarterly*, 5, 19-23.

Nnaemeka, O., ed. (2005). *Female circumcision and the politics of knowledge: African women in imperialist discourses*. Westport, CT: Praeger Publishers.

Toubia, N. (1985). The social and political implications of female circumcision: The case of Sudan. In *Women and the Family in the Middle East*, edited by E. Fernea. Austin: University of Texas Press.

Walker, A. & P. Parmar. (1993). *Warrior marks: Female genital mutilation and the sexual blinding of women*. New York: Harcourt Brace & Company.

Walley, C. (1997). Searching for "voices": Feminism, anthropology, and the global debate over female genital operations. *Cultural Anthropology*, 12, 405-38.

BIBLIOGRAFIA UTILE PER APPROFONDIMENTO, FORMAZIONE E LAVORO CON LE DONNE ACCOLTE

Ass. Parsec Ricerca e Interventi Sociali; Coop. Soc. Parsec; Università di Milano-Bicocca; A.O. San Camillo Forlanini; Nosotras Onlus e Associazione Trama di Terre (a cura di), *Linee Guida per il riconoscimento precoce delle vittime di Mutilazioni Genitali femminili o altre pratiche dannose*, 2018.

Robbie H. Harris, "E ora parliamo di sesso", Emme Edizioni, 1997.

Pescetti V. Corso di empowerment e alfabetizzazione ai diritti delle donne, prodotto da Differenza Donna nell'ambito dei progetti UE WEIP e Safety Net, scaricabili gratuitamente dal sito di www.differenzadonna.org

Scoppa C. (a cura di), *Al fianco delle donne africane verso l'abbandono delle mutilazioni dei genitali femminili/escissione*. Conoscere per prevenire, AIDOS, 2009.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA UTILE PER PREPARARE LE RELAZIONI PER LE COMMISSIONI TERRITORIALI PER IL RICONOSCIMENTO DELLO STATUS DI RIFUGIATA

DHS – Demographic and Health Surveys: Dati specifici sulla prevalenza delle MGF nella regione del paese di provenienza della donna (variazione etnica)

<https://dhsprogram.com/>

Leggi dei paesi africani sulle MGF (compilato da African Child Policy Forum)

[https://www.28toomany.org/static/media/uploads/Thematic%20Research%20and%20Resources/Law/african_child_policy_forum_en_\(1\).pdf](https://www.28toomany.org/static/media/uploads/Thematic%20Research%20and%20Resources/Law/african_child_policy_forum_en_(1).pdf)

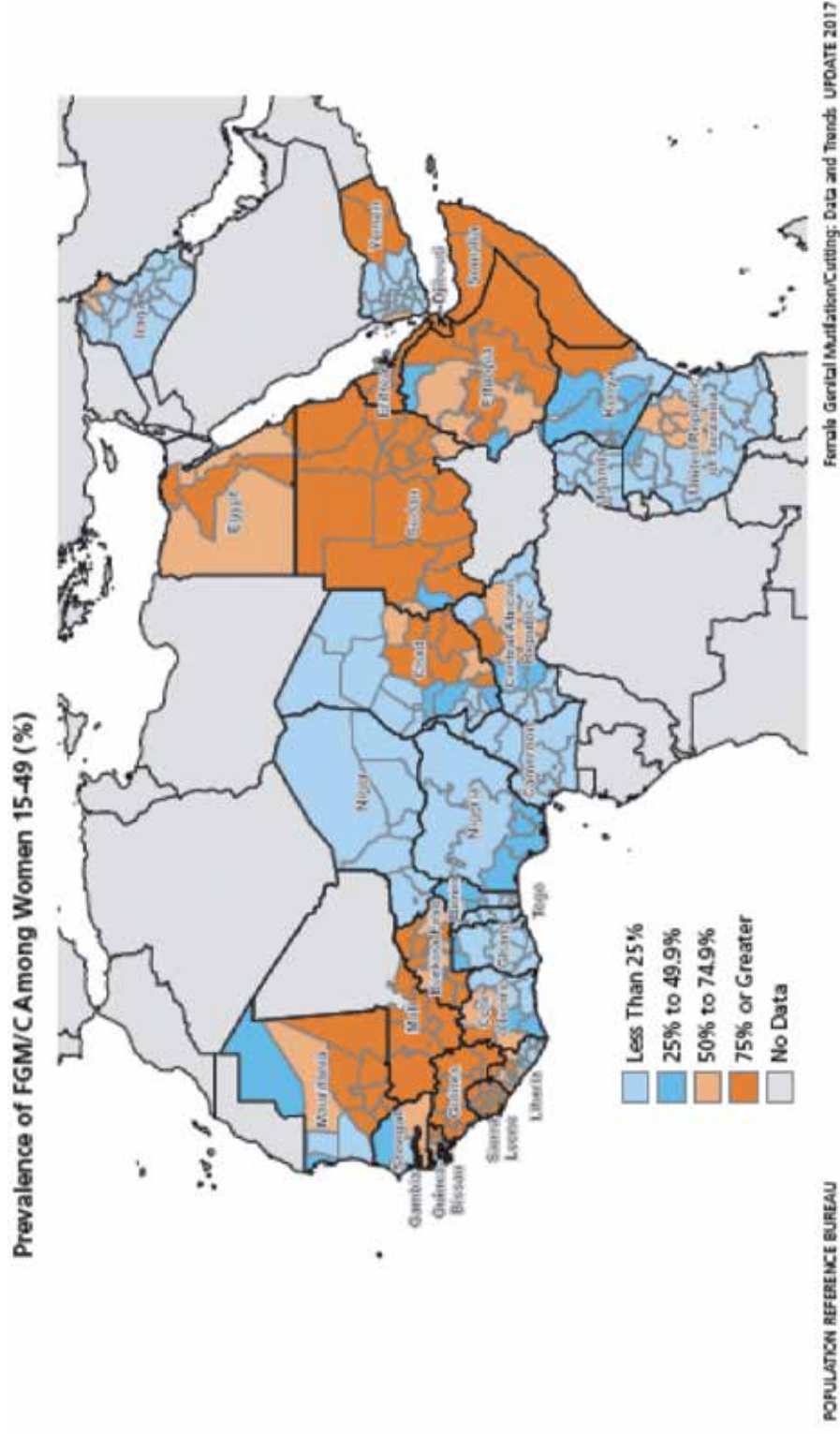
UNHCR, Guidelines on Gender-related persecution, 2002

UNHCR, Nota orientativa sulle domande d'asilo riguardanti la mutilazione genitale femminile, 2009

UNHCR Italy SGBV Strategy 2017-2019

Allegati: schede utili da staccare,
fotocopiare, usare in percorsi
di alfabetizzazione ai diritti ed
empowerment per donne/ragazze
provenienti da paesi a rischio di MGF

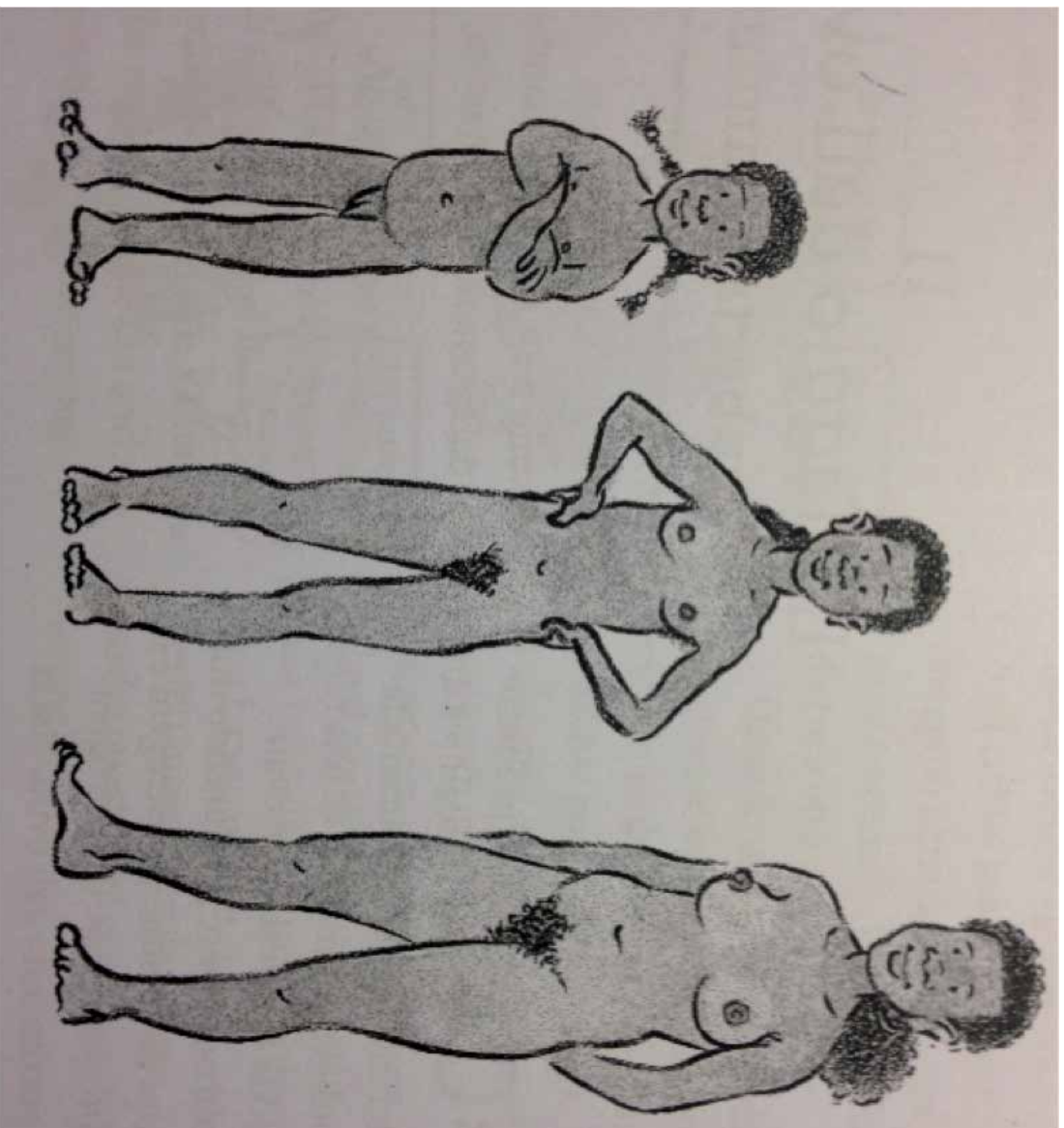
Scheda 1: Mappa dei paesi a rischio MGF nel mondo



NB: oltre a questi paesi le MGF sono praticate anche in Indonesia*, Malesia*, Brunei*, Thailandia, Maldive*, India, Pakistan (fonte: Orchid Project, UNICEF, Sahiyo 2016). NB: Nei paesi con asterisco le MGF sono legali.

Le MGF sono praticate anche presso le comunità migranti provenienti dai paesi a rischio e diffuse in tutto il mondo, Italia inclusa. Si stima che in Italia siano presenti tra le 60.000 e le 81.000 donne/ragazze/bambine vittime di MGF (vedi Linee Guida per il riconoscimento precoce delle vittime di Mutilazioni Genitali femminili o altre pratiche dannose, 2018)

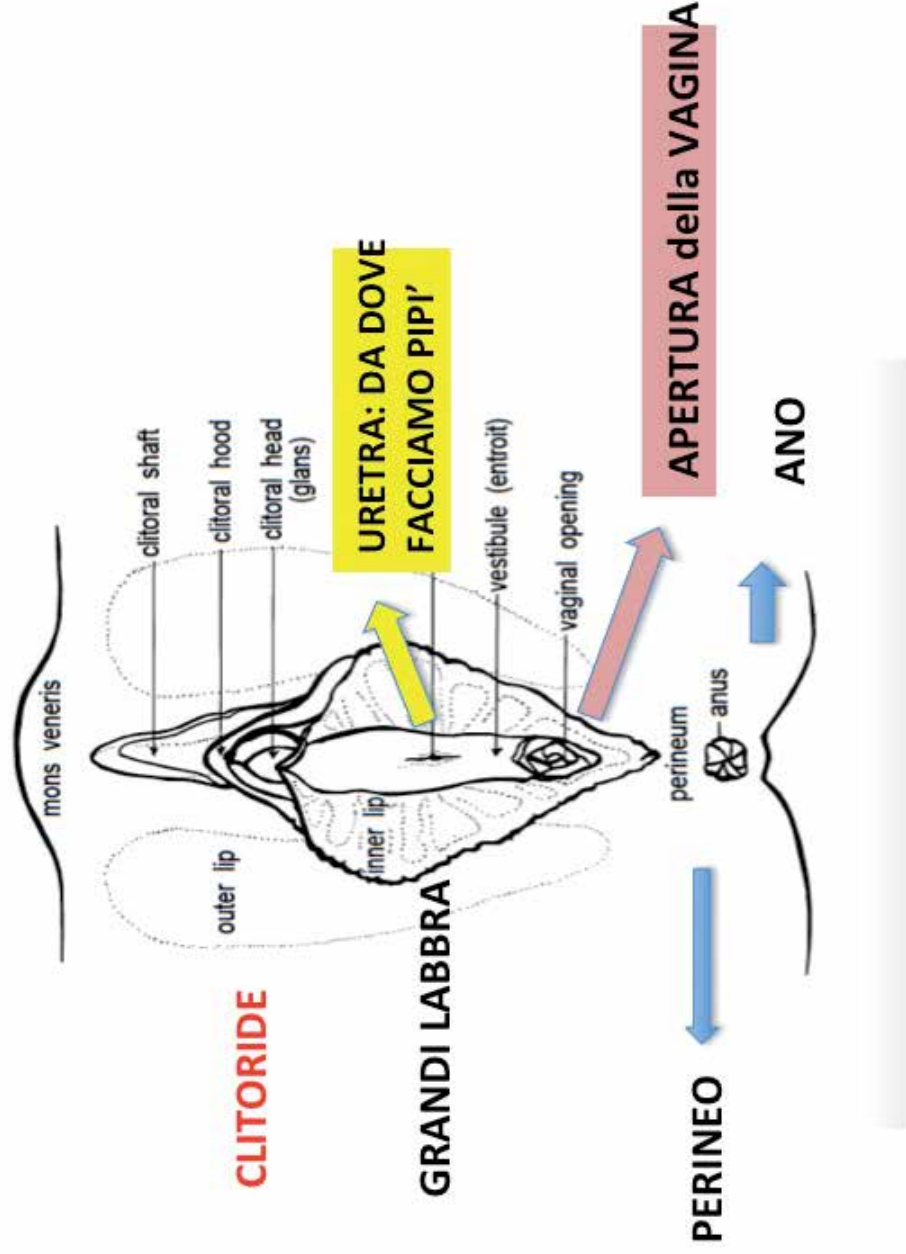
Scheda 2: Il nostro corpo



UNA RAGAZZA DEVE CONOSCERE IL PROPRIO CORPO, PER SENTIRSI BENE, NON AVERE PAURA, AVERE UNA VITA FELICE E RESPONSABILE: PROVA A SCRIVERE IN ITALIANO TUTTE LE PARTI DEL CORPO FEMMINILE CHE CONOSCI

(immagine tratta da
"E ora parliamo di sesso" 1997)

Scheda 3: La vagina e la visita ginecologica



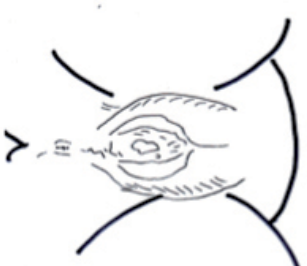
Ogni donna ha il diritto di chiedere di essere visitata da una ginecologa donna. La dottoressa fa la visita solo in accordo con la donna

(immagine tratta da "E ora parliamo di sesso" 1997)

Scheda 4:
Immagini delle diverse tipologie di MGF



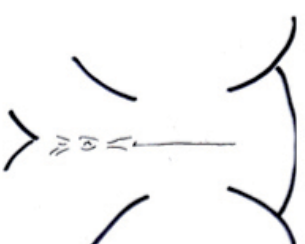
ASPETTO NORMALE



I TIPO DI MGF



II TIPO



III TIPO DI MGF

DIFFERENZA DONNA ONG nasce nel 1989 con la missione di denunciare, contrastare e prevenire la violenza sulle donne e tutti i problemi sociali che interessano la loro vita. Lavora per diffondere, a tutti i livelli della società, una cultura di genere che promuova la libertà e le reali aspirazioni delle donne in una società inclusiva, democratica e partecipativa.

Rivolge particolare attenzione alle fasce più vulnerabili, tra cui donne sopravvissute alla tratta o che fuggono da guerre, povertà e persecuzioni legate al genere, garantendo loro un adeguato accompagnamento per accedere ai diritti, alla rete istituzionale e ai servizi del territorio. Usa metodologie partecipative incentrate sull'alfabetizzazione ai diritti creando reali opportunità d'inclusione, consapevole che ogni donna può essere protagonista attiva di cambiamento e di empowerment, se messa nelle condizioni di farlo.

Il Vademecum, realizzato con il supporto di UNHCR e dell'Unione Europea, rappresenta il primo strumento, in Italia, per offrire linee guida e buone pratiche a tutte le Operatrici delle Case Rifugio e dei Centri Antiviolenza (CAV) per poter accogliere adeguatamente donne e bambine migranti, rifugiate e richiedenti asilo che hanno subito le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) o sono a rischio di subirle.

Le MGF rappresentano una grave violazione dei diritti umani e sono una violenza di genere che nel mondo danneggia drammaticamente la salute psicofisica di milioni di donne, ragazze e bambine. Il ruolo dei CAV è fondamentale per consentire l'accesso a cure mediche adeguate e, laddove possibile, al riconoscimento della protezione internazionale, considerando anche i personali percorsi di vita di queste donne, tragicamente esposte, fin dal momento in cui lasciano il paese d'origine, a diversi traumi e a varie forme di violenza difficili da raccontare.

Coinvolgere la donna migrante in uno spazio sicuro dove confrontarsi e condividere le proprie esperienze in un'ottica di genere, è il primo passo per instaurare un rapporto di fiducia e permettere una rinascita partendo dal recupero del valore di sé. Ogni donna che esce da violenza e discriminazione, qualunque sia la sua nazionalità, etnia o religione, rappresenta una conquista di libertà per tutte noi.

www.differenzadonna.org/fgm/

Telefono ufficio: +39 06 678 0537, Linea specifica per MGF: +39 349 4393267



© Lara Cetti



This Vademecum was partially funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020)

ISBN 979-12-200-3033-5



9 791220 030335