BEFORE

Best practices to Empower women against Female genital mutilation, Operating for Rights and legal Efficacy

Contribuire a una maggiore efficacia del quadro giuridico e politico per prevenire e combattere le MGF in Belgio, Francia e Italia.

Raccomandazioni

Luglio 2020

1. Introduzione 3
2. Le Campagne Anti- MGF in Africa e risultati raggiunti 4
3. Le MGF in Europa 7
3.1. Il Procedimento Giudiziario e il Quadro Giuridico 7
3.1.1 Le MGF nel diritto internazionale 7
3.1.2. La Convenzione di Istanbul 7
3.1.3. Il quadro giuridico e politico delle MGF in Europa. 8
3.2. La necessità di stimare la prevalenza in Europa 9
3.2.1. I Metodi utilizzati per stimare la prevalenza 10
3.3. Le Strategie di Prevenzione 14
3.4. MGF e protezione internazionale 16
4. Analisi per paese su procedimento giudiziario, prevalenza, prevenzione, protezione 18
4.1. Panoramica del quadro giuridico in Belgio, Francia e Italia 18
4.1.1. Belgio 18
4.1.2. Francia 19
4.1.3. Italia 22
4.2 Panoramica dei metodi per la stima della prevalenza e la raccolta di dati in Belgio, Francia e Italia 26
4.2.1. Belgio 26
4.2.2. Francia 29
4.2.3. Italia 31
4.3 Panoramica delle politiche di prevenzione in Belgio, Francia e Italia 35
4.3.1. Belgio 35
4.3.2. Francia 37
4.3.3. Italia 38
4.4. Panoramica delle misure di protezione in Belgio, Francia e Italia 41
4.4.1. Belgio 41
4.4.2. Francia 42
4.4.3. Italia 44
5. Raccomandazioni su procedimento giudiziario, prevalenza, prevenzione e protezione a livello nazionale 46
6. Raccomandazioni a livello di UE 50

1. Introduzione

Questo studio è stato realizzato sotto il coordinamento di Non c'è Pace Senza Giustizia, con il contributo dei partner del progetto "BEFORE: Best practices to Empower women against Female genital mutilation, Operating for Rights and legal Efficacy" - Differenza Donna (Italia), l'Institut de Santé Génésique Women Safe (Francia) e la Palabre (Belgio) - e con il sostegno finanziario del Programma dell'Unione europea Diritti, Uguaglianza e Cittadinanza (2014-2020).

L'obiettivo del progetto è duplice. In primo luogo, vuole contribuire a una maggiore efficacia del quadro giuridico e politico per prevenire e combattere le MGF in tre paesi dell'Unione: Belgio, Francia e Italia. In secondo luogo, identifica le migliori pratiche e le lezioni apprese che potrebbero essere applicate in altri Stati membri dell'UE, adattandole al loro specifico contesto nazionale.

Questo documento identifica una serie di raccomandazioni e priorità volte a migliorare l'efficacia della risposta alle MGF, a livello dell'UE e degli Stati membri, in termini di azione giudiziaria, prevenzione, protezione delle vittime e misurazione della prevalenza.

Queste raccomandazioni sono state elaborate sulla base di uno studio comparativo prodotto nel contesto del progetto e includono le conclusioni di tre tavole rotonde tematiche tenute a Bruxelles (Parlamento europeo, 6 febbraio 2019), a Roma (Mattatoio, 8 marzo 2019) e a Parigi (Palais du Luxembourg, 12 luglio 2019), oltre ai contributi raccolti in occasione di una consultazione delle parti interessate sulle raccomandazioni stesse, tenutasi presso il Parlamento europeo a Bruxelles il 4 febbraio 2020.

2. Le Campagne Anti- MGF in Africa e risultati raggiunti

La storia delle campagne contro le mutilazioni genitali femminili è iniziata negli anni '20 in Egitto, quando la società egiziana dei medici pubblicò un proclama che delineava gli effetti negativi delle MGF sulla salute della donna e ricevette sostegno dal Ministero della Salute, dalla stampa e dagli studiosi religiosi[1]. Qualche anno dopo, nel periodo 1929-1932, la Chiesa di Scozia avviò in Kenya una campagna contro le MGF, ma fu accolta con grande resistenza da parte della popolazione dei Kikuyu, che praticava largamente le MGF, considerandole un importante rito di passaggio tra l'infanzia e l'età adulta. Senza di essa, le donne erano emarginate dalle comunità e abbandonare la pratica era impensabile. Anche se fino alla metà degli anni '50 il governo coloniale britannico continuò la campagna contro la pratica, tenendo un'inchiesta parlamentare nel 1945 ed emanando una legge che cercava di ridurne gli effetti, a causa della continua opposizione delle popolazioni locali non fu in grado di sradicarla. Tutte le risoluzioni relative alle MGF furono successivamente revocate.

Le cose cambiarono negli anni '70[2]. Le ONG e le associazioni di donne africane hanno iniziato a portare la questione all'attenzione pubblica come parte dei movimenti per migliorare lo status delle donne, ad esempio in Senegal. In occasione della prima Giornata internazionale della donna celebrata in Burkina Faso nel 1975, le informazioni sugli effetti dannosi della MGF apparvero per la prima volta sui media popolari. Il problema attirò l'attenzione internazionale con la pubblicazione negli Stati Uniti del nel 1981 Rapporto Hosken: *Mutilazione genitale e sessuale delle donne* (Fran P. Hosken)[3]. Nel 1979, nel corso di un seminario dell'OMS a Khartum sulle pratiche tradizionali che colpiscono la salute delle donne e dei bambini, i nove paesi africani e mediorientali che vi parteciparono formularono delle raccomandazioni innovative per l'abolizione delle MGF, sollecitando l'introduzione di programmi di educazione sulla salute e formazione sanitaria. Fran Hosken, che partecipò al seminario come consulente temporanea dell'OMS sulle MGF, continuò per molti anni a pubblicare una newsletter influente ma controversa contro la pratica. Nel 1984 fu istituito in Senegal un comitato nazionale per l'abbandono delle pratiche dannose a danno di donne e bambini. Sempre nel 1984, in una conferenza di follow-up al seminario dell'OMS del 1979 a Dakar, un gruppo di ONG africane formò il Comitato inter-africano sulle pratiche tradizionali che colpiscono la salute delle donne e dei bambini (IAC). L'IAC è il network più ampio esistente: dal 1984 sono stati costituiti comitati nazionali in 28 paesi africani e associazioni affiliate in 15 paesi al di fuori dell'Africa. L'altra importante rete globale contro le MGF nata fra gli anni '80 e '90, con una forte prospettiva femminista, era Rainbo, avviata da Nahid Toubia. Un'altra organizzazione influente

[1] United Nations Children's Fund. Female Genital Mutilation/Cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change. New York: UNICEF, July 2013. (http:// www.unicef.org/publications/index_69875.html).
[2] Marge Berer (2015) The history and role of the criminal law in antiFGM campaigns: Is the criminal law what is needed, at least in countries like Great Britain?, Reproductive Health Matters, 23:46, 145-157, DOI: 10.1016/j.rhm.2015.10.00.
[3] https://www.feminist.com/resources/artspeech/inter/fgm.htm.

da più di 30 anni è FORWARD, fondata da Efua Dorkenoo, un attivista ghanese - britannica. Nel 2014, il progetto Girl Generation è stato lanciato da una coalizione di gruppi africani anti-MGF, finanziata dal Dipartimento per lo Sviluppo Internazionale del Regno Unito con l'obiettivo di ridurre le MGF del 30% in cinque anni in almeno 10 paesi africani ad alta prevalenza di MGF.

In questo contesto e in seguito alle iniziative della società civile africana, NPSG ha aderito e lanciato la sua campagna anti-MGF nel 2000 quando, su iniziativa dell'eurodeputata Emma Bonino, il Parlamento europeo adottò una risoluzione che condanna le MGF come una violazione dei diritti fondamentali della persona. L'obiettivo generale della campagna è sempre stato quello di creare un ambiente politico, giuridico e sociale che sfidasse le idee e le pratiche relative alle MGF e ne promuovesse l'eliminazione, con l'obiettivo di proteggere le donne e le ragazze. Il principale contributo di NPSG nella campagna anti-MGF è stato quello di riuscire a favorire un nuovo approccio globale alla lotta contro questa violazione, inizialmente considerato esclusivamente come un problema socio-sanitario e non come una violazione dei diritti umani. Nei primi otto anni della campagna, dal 2000 al 2008, NPSG ha supportato gli attivisti africani nella creazione di partenariati e iniziative volte a favorire il dialogo con i governi dei rispettivi paesi e fare pressione per adottare leggi che vieterebbero le MGF. Dei 28 paesi africani in cui è prevalente questa violazione dei diritti umani, 21 hanno adottato strumenti legislativi nazionali e, in seguito ai risultati della Conferenza internazionale su "Strumenti giuridici per la prevenzione delle MGF" tenutasi al Cairo nel 2003, gli Stati Membri dell'Unione Africana hanno adottato il Protocollo alla Carta dei diritti umani e dei popoli sui diritti delle donne in Africa ("Protocollo di Maputo"), che nell'art. 5 condanna le MGF come una violazione dei diritti umani delle donne e delle ragazze e impegna gli Stati ad adottare tutte le misure necessarie, comprese quelle legislative, volte ad eliminarle.

In anni più recenti, la campagna anti-MGF si è concentrata sull'impegno per l'adozione di una Risoluzione, che proibisse universalmente questa violazione, da parte dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite. Dal 2008 e su richiesta delle organizzazioni africane facenti parte della coalizione BanFGM, NPSG ha iniziato a lavorare anche a stretto contatto con il Gruppo dei Paesi Africani presso le Nazioni Unite, in modo che la comunità internazionale potesse prendere una posizione chiara attraverso una Risoluzione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite che vieti le MGF in tutto il mondo. Attraverso un complesso lavoro diplomatico, il 20 dicembre 2012, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato all'unanimità la Risoluzione A/RES/67/146 per "Il divieto universale delle mutilazioni genitali femminili". Con questa risoluzione, le Nazioni Unite hanno stabilito che le MGF violano i diritti umani e che pertanto devono essere vietate in tutto il mondo. Dopo l'adozione della risoluzione, attraverso la campagna BanFGM, NPSG ha realizzato una serie di azioni in sette paesi africani (Burkina Faso, Costa d'Avorio, Gambia, Guinea, Mauritania, Niger, Senegal) per promuovere l'attuazione della risoluzione per eradicare definitivamente questa pratica illegale.

Le campagne anti-MGF in Africa hanno ottenuto molti risultati. Grazie alle iniziative sopra menzionate e alla maggiore consapevolezza delle MGF, un numero crescente di risoluzioni sulle MGF è stato approvato nei forum globali e regionali[4], molte delle quali definiscono le MGF come una forma di violenza contro le donne e le ragazze e una violazione dei diritti umani delle bambine. Abbiamo già citato due dei passi più significativi compiuti a livello internazionale: l'adozione della risoluzione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite e l'adozione e ratifica del protocollo di Maputo. Se il primo chiede un divieto mondiale delle MGF, il secondo introduce disposizioni specifiche a tutela e rafforzamento del ruolo delle donne. Riconosce, tra gli altri: il diritto all'uguaglianza nel matrimonio (articolo 6), i diritti riproduttivi, l'autorizzazione all'aborto medico in caso di violenza sessuale, stupro, incesto e dove la gravidanza metta in pericolo la salute mentale e fisica della madre o la vita della madre o del feto (articolo 14) e il diritto della donna a condurre un'esistenza pacifica (articolo 10). Due disposizioni del protocollo, gli articoli 4 e 5, si riferiscono specificamente alle MGF e alla loro eliminazione.

Questi strumenti internazionali sono stati fondamentali per creare consenso contro le MGF e sviluppare la legislazione e i programmi nazionali. In effetti, le campagne anti-MGF hanno avuto un forte impatto anche a livello nazionale: 21 paesi in Africa hanno promulgato leggi che criminalizzano le MGF. Molti paesi in Europa e Nord America hanno varato leggi che criminalizzano la pratica, anche se sorgono difficoltà nella determinazione di chi debba essere ritenuto responsabile, se chi pratica o i genitori, nonché su come applicare le sanzioni. Criminalizzare la pratica delle MGF, senza attuare strategie di cambiamento comportamentale e affrontare le norme sociali, porta ad altri problemi spingendo la pratica verso la clandestinità o la medicalizzazione.

[4] Dichiarazioni e risoluzioni intergovernative su MGF:
- Carta africana dei diritti e del benessere dei minori (Organizzazione dell'unità africana, 1990);
- Nel 1990, la raccomandazione generale CEDAW n. 14 chiede l'eradicazione delle MGF;
- Nel 1993, la Conferenza mondiale sui diritti umani a Vienna riconosce le MGF come una violazione dei diritti umani;
- Platform for Action chiede l'eliminazione delle 'harmful cultural practices', incluse le MGF (4a Conferenza Mondiale sulle Donne, Pechino 1995);
- Nel 1997, l'OMS, l'UNICEF e l'UNFPA rilasciano una dichiarazione congiunta contro le MGF;
- In Kenya (1998) e Burkina Faso (1998-99), i sondaggi demografici e sanitari iniziano a includere questionari sulla MGF, consentendo la raccolta di dati;
- Nel 2002, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite adotta una risoluzione contro le MGF;
- Nel 2003, le Nazioni Unite dichiarano la prima Giornata Internazionale della Tolleranza Zero alle MGF;
- Nel 2005, il Protocollo alla Carta africana dei diritti umani e dei popoli sui Diritti delle Donne in Africa (Protocollo di Maputo) invita gli Stati ad adottare misure per eliminare le MGF e altre pratiche tradizionali dannose per le donne;
- Nel 2007, 2008 e 2010 la Commissione delle Nazioni Unite sullo Status delle Donne (CEDAW) adotta una risoluzione per mettere fine alla pratica delle MGF;
- Nel 2008 UNFPA e UNICEF lanciano un programma globale congiunto sulle MGF;
- Nel 2011, la Commissione per i Diritti dell'Infanzia scrive nel commento generale n. 13: "I bambini dovrebbero essere liberi da pratiche dannose, tra cui le MGF";
- Nel 2012, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite adotta la prima risoluzione che sancisce il divieto mondiale delle MGF e invita gli Stati a intensificare gli sforzi per eliminarle.

3. Le MGF in Europa

3.1. Il Procedimento Giudiziario e il Quadro Giuridico

3.1.1 Le MGF nel diritto internazionale

Molti strumenti internazionali (trattati internazionali e regionali, risoluzioni delle Nazioni Unite, raccomandazioni e commenti generali degli organi di controllo dei trattati) condannano fermamente le MGF come una violazione dei diritti umani. Violano il diritto delle bambine, delle donne e delle ragazze all'uguaglianza, alla vita, all'integrità fisica e mentale, al più alto livello raggiungibile di salute, alla sicurezza della persona e alla dignità, ad essere libero dalla discriminazione di genere e da violenza, tortura, trattamento crudele, disumano e degradante.

Tra i principali strumenti giuridici internazionali relativi di contrasto, la Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione della donna (CEDAW) richiede agli Stati parte di adottare tutte le misure appropriate, compresa la legge, per: modificare o abolire leggi, regolamenti, costumi e pratiche esistenti che costituiscono una discriminazione nei confronti delle donne (art. 2); modificare i modelli sociali e culturali di condotta di uomini e donne, al fine di ottenere l'eliminazione di pregiudizi e consuetudini e tutte le altre pratiche basate sull'idea di inferiorità o superiorità di entrambi i sessi o su ruoli stereotipati per uomini e donne (art. 5).

Due strumenti regionali riguardano specificamente le MGF: la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul), che affronta le MGF nell'art. 38, e il protocollo Unione Maputo, come menzionato, che condanna tutte le forme di pratiche, inclusa ogni forma di MGF, che incidono negativamente sui diritti umani delle donne e che sono contrarie alle norme internazionali riconosciute, imponendo agli Stati parte di prendere tutte le necessarie misure legislative e di altro tipo per eliminare tali pratiche (art. 5).

Tra gli altri strumenti per i diritti umani rivolti in modo specifico alle MGF, il Comitato CEDAW ha emesso un Commento generale nel 1990 e nel 2007 ha adottato la Risoluzione su "Porre fine alle mutilazioni genitali femminili", oltre alla già menzionata Risoluzione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite del 2012.

3.1.2. La Convenzione di Istanbul

La Convenzione di Istanbul è il primo trattato che affronta specificamente le MGF come una violazione dei diritti umani e una forma di violenza di genere. Comprende i più alti standard del diritto internazionale in materia di diritti umani, fornisce linee guida a governi e responsabili politici e decisionali e offre una solida base per *l'advocacy* da parte delle organizzazioni della società civile. Richiede agli Stati parti di sviluppare misure legislative e di altro tipo per prevenire le violazioni, offrire protezione (anche legale) e supporto alle donne e alle ragazze più a rischio e perseguire le MGF in quanto reato. La Convenzione richiede che le misure

legislative e politiche siano attuate in stretto coordinamento tra i diversi attori statali e in collaborazione con le ONG e altre organizzazioni ed entità non statali. Per quanto riguarda i procedimenti giudiziari (art. 49-53), la Convenzione richiede esplicitamente agli Stati Parte: a) di garantire che indagini efficaci, procedimenti giudiziari e azioni penali in relazione a tutte le forme di violenza siano condotte senza indebito ritardo. È richiesto che in tutte le fasi del procedimento penale siano presi in considerazione i principi fondamentali dei diritti umani e dei diritti della vittima e che le indagini penali siano efficaci e sensibili ai minori, al fine di garantirne il miglior interesse; b) di garantire che le forze dell'ordine rispondano a tutte le forme di violenza e offrano una protezione adeguata e immediata alle vittime; c) che venga conferito alle autorità competenti il potere di emettere ordini restrittivi o di protezione.

3.1.3. Il quadro giuridico e politico delle MGF in Europa.

Il Parlamento europeo ha adottato la prima risoluzione sulle MGF nel 2000 e, da allora, sono state intraprese molte iniziative, tra cui le risoluzioni adottate nel giugno 2012, che chiedono la fine delle MGF in Europa e all'estero attraverso la prevenzione, le misure di protezione e la legislazione, il 7 febbraio 2018 su "Zero Tolerance" sulle MGF e, più recentemente, il 12 febbraio 2020 su "Una strategia dell'UE per porre fine alle mutilazioni genitali femminili nel mondo". A livello politico, nel 2007 l'UE ha istituito l'Istituto Europeo per l'Uguaglianza di Genere (EIGE), un organo autonomo volto a promuovere la parità di genere e l'integrazione della dimensione di genere in tutte le politiche nazionali e dell'UE. L'Istituto conduce studi e ricerche e fornisce informazioni sulla prevalenza delle MGF nell'UE e sostiene le politiche di genere a livello nazionale. Nel 2013 la Commissione europea ha pubblicato il suo piano d'azione "Verso l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili" nella giornata internazionale dell'eliminazione della violenza contro le donne (25 novembre 2013). Dal 2009 le MGF sono riportate nella Relazione Annuale dell'UE sui Diritti Umani e la Democrazia nel Mondo adottata ogni anno dal Consiglio dell'Unione europea.

Nel giugno 2014 il Consiglio ha adottato le conclusioni su "Prevenire e combattere tutte le forme di violenza contro le donne e le ragazze, comprese le mutilazioni genitali femminili". I ministri della giustizia e degli affari interni hanno invitato gli Stati membri e la Commissione europea a: sviluppare e intraprendere azioni multidisciplinari efficaci attraverso servizi coordinati per eliminare le MGF laddove tali pratiche siano condotte, garantendo la partecipazione di tutti gli attori pertinenti, in particolare nei settori della giustizia, delle forze dell'ordine, sanità, servizi sociali, protezione dei minori, istruzione, immigrazione e asilo e azioni esterne; raccogliere e diffondere dati affidabili, comparabili e periodicamente aggiornati sulla prevalenza delle MGF nell'Unione europea, nonché a livello nazionale in cui tali pratiche sono condotte; promuovere una formazione adeguata a tutti i professionisti pertinenti al fine di affrontare le MGF; garantire che le donne e le ragazze abbiano accesso a servizi di supporto specializzati, compresi i servizi di assistenza sanitaria e, se del caso, servizi di assistenza sociale

adeguati alle loro esigenze; lavorare a stretto contatto con le comunità in cui si praticano le MGF per sviluppare misure volte a porre fine alla pratica; assicurare l'effettiva attuazione delle leggi nazionali che vietano le MGF, tenendo in debito conto i diritti e il superiore interesse del minore. Il Consiglio ha inoltre invitato gli Stati membri, il Servizio Europeo per l'Azione Esterna (EEAS) e la Commissione europea a rafforzare il loro sostegno ai paesi partner nella lotta contro tutte le forme di violenza contro le donne, compresa l'eliminazione delle MGF, anche attraverso il sostegno alle ONG.

Inoltre, l'UE ha adottato diverse direttive: "Sulle norme per la qualificazione dei cittadini di paesi terzi o apolidi come beneficiari di protezione internazionale, per uno status uniforme per i rifugiati o per le persone ammissibili alla protezione sussidiaria e per il contenuto della protezione concessione "(Direttiva sulla qualificazione dell'asilo, 2011), che introduce la possibilità di chiedere protezione internazionale per motivi di MGF; "Stabilire norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato" (2012), che contiene disposizioni relative ai servizi di supporto alle vittime di ogni forma di violenza, comprese le MGF; "Stabilire norme per l'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale" (Direttiva sulle condizioni di accoglienza in materia di asilo, 2013), che menziona specificamente le vittime di MGF tra le persone vulnerabili che dovrebbero ricevere un'assistenza sanitaria adeguata durante la loro procedura di asilo.

3.2. La necessità di stimare la prevalenza in Europa

La necessità di una stima della prevalenza delle MGF in Europa è stata sottolineata più volte dalle istituzioni europee (comunicazione della Commissione europea al Parlamento europeo e al Consiglio, novembre 2013, risoluzioni 2014/2511; 2017 / 2936 del Parlamento europeo). La raccolta dei dati è importante per sviluppare e mettere a punto leggi, politiche e misure in termini di prevenzione e protezione e per stimolare il dibattito pubblico. Ancora più importante, la Convenzione di Istanbul (Capitolo 2 "Politiche integrate e raccolta dati" art. 11) impone agli Stati Parte di raccogliere dati statistici pertinenti disaggregati e di sostenere la ricerca sulla violenza contro le donne. Le stesse richieste sono sostenute dalla campagna europea END FGM, nonché da diverse organizzazioni della società civile e governi in molti Stati membri europei.

In assenza di dati comparabili e affidabili sulla prevalenza e di raccolta sistematica di dati, è difficile giungere a conclusioni sulla necessità, sull'efficienza e sull'efficacia di azioni attuali e future di contrasto alle MGF. Pertanto, i dati di prevalenza sono utili per:

- valutare le tendenze (se i dati non vengono raccolti sistematicamente, non è possibile stabilire tendenze nell'aumento o nella diminuzione della prevalenza);
- informare il processo decisionale /politico;
- determinare l'allocazione delle risorse.

Va notato tuttavia che gli studi sulla prevalenza producono dati sensibili e possono essere utilizzati per motivi ideologici/politici. Si dovrebbe quindi riflettere attentamente sulla presentazione dei risultati e indirizzarla in modo adeguato al pubblico per cui sono destinati.

Attualmente il numero totale di ragazze e donne con o a rischio di MGF è sconosciuto nell'Unione europea. Un primo tentativo di fornire una cifra totale è stato fatto dal Parlamento europeo in una risoluzione del 2012 (risoluzione del Parlamento europeo sulla fine delle mutilazioni genitali femminili, n. 2012/2684). Tale risoluzione stima che negli Stati Membri ci siano 500.000 donne con MGF e 180.000 donne e ragazze a rischio. Rispetto ai paesi africani, in cui la prevalenza di MGF è segnalata a intervalli regolari attraverso dati auto-riportati in un modulo su MGF incluso nelle indagini demografiche e sanitarie (DHS) e nei sondaggi a gruppi di indicatori multipli (MICS), in Europa non è disponibile alcuna raccolta sistematica di dati. Ciò rende impossibile produrre una stima complessiva per tutti gli Stati membri dell'UE. Tuttavia, un certo numero di paesi hanno prodotto studi di prevalenza (Belgio, Germania, Francia, Ungheria, Irlanda, Italia, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito) utilizzando metodi di stima diretta o indiretta. Alcuni paesi (ad esempio Belgio, Paesi Bassi, Portogallo) hanno anche prodotto studi di prevalenza al livello nazionale a intervalli regolari che consentono di valutare le tendenze. Una panoramica degli studi effettuati è disponibile in tre rapporti dell'EIGE (European Institute for Gender Equality). Il primo studio "Mutilazioni genitali femminili nell'Unione europea" (2012) ha delineato la situazione delle MGF nell'UE. Il secondo studio "Stima delle ragazze a rischio di mutilazione genitale femminile nell'Unione europea" (2015) ha stimato il rischio in Irlanda, Portogallo e Svezia, mentre la più recente "Mutilazione genitale femminile: stima del numero di ragazze a rischio nell'UE" (2018), stima il rischio in altri sei Stati membri (Belgio, Cipro, Francia, Grecia, Italia e Malta).

3.2.1. I Metodi utilizzati per stimare la prevalenza

Si fa una distinzione tra dati di prevalenza e raccolta di dati amministrativi. I dati amministrativi includono le informazioni raccolte dal sistema giudiziario e sanitario, i servizi sociali, le forze dell'ordine e altre istituzioni che entrano in contatto con casi di MGF (o qualsiasi altro caso di VAWG). Le definizioni e le unità di misura possono differire considerevolmente nei vari settori, pertanto la comparabilità tra essi, per non parlare della comparabilità fra paesi, è molto difficile. Inoltre, spesso le MGF non sono compaiono in questi sistemi di raccolta dei dati, poiché tali dati sono utilizzati per scopi diversi dal monitoraggio e dalla valutazione delle politiche e delle misure attuate per contrastare le MGF.

I dati di prevalenza[5] stimano la prevalenza in una popolazione colpita da un certo fenomeno (nel nostro caso MGF) in un determinato momento e sono rappresentativi di un determinato

[5] L'EIGE definisce la prevalenza come la proporzione (espressa in percentuale) di ragazze e donne che attualmente risiedono in uno Stato membro dell'UE e provengono, o sono nate da madri provenienti, da paesi in cui le MGF

contesto (geografico), ad esempio un paese, una regione, una città, ecc. Per definizione questo significa che si cerca di misurare un fenomeno che riguarda solo una parte della popolazione totale di un paese, comprese non solo le donne migranti di prima generazione, ma anche le ragazze di seconda e terza generazione (che potrebbero ancora essere considerate più o meno a rischio), donne e ragazze prive di documenti, rifugiati e richiedenti asilo.

Al fine di misurare la prevalenza, è possibile utilizzare sia metodi diretti che indiretti.

a) Stime indirette di prevalenza

La maggior parte degli studi di prevalenza in Europa utilizzano un metodo simile, che si basa sull'applicazione del tasso di prevalenza, calcolata attraverso l'indagine DHS, nei paesi africani di origine della popolazione femminile che vive in un paese dell'UE. Le fonti dei dati includono i dati del censimento della popolazione contenenti il numero di donne migranti provenienti da paesi dove le MGF sono praticate e residenti in un paese dell'UE e, occasionalmente, altre fonti di dati al fine di includere richiedenti asilo, rifugiate, migranti prive di documenti e ragazze di seconda / terza generazione.

Esistono limitazioni identificate con questo metodo di estrapolazione, come ad esempio:

– I dati del censimento potrebbero non essere aggregati per paese africano di origine; paese di nascita e durata del soggiorno;

– Le stime non vengono ripetute, pertanto, le tendenze non possono essere valutate;

– Vengono utilizzate diverse definizioni di "ragazze a rischio";

– I dati del censimento potrebbero non riflettere i recenti cambiamenti nelle popolazioni migranti;

– Le richiedenti asilo, le rifugiate e le migranti prive di documenti, nonché la popolazione di seconda e terza generazione spesso non sono incluse;

– L' influenza culturale della migrazione di solito non è considerata;

– L'etnia non viene spesso considerata.

Inoltre, occorre sollevare importanti domande, come ad esempio: le ragazze di seconda e terza generazione sono ancora a rischio? In tal caso, quanto è alto quel rischio ed è uguale per la seconda e la terza generazione? Come includere le donne migranti prive di documenti? Come valutare l'influenza della migrazione? Nel tentativo di dare una stima della prevalenza per tutti i paesi dell'UE, il Centro Internazionale per la Salute Riproduttiva (ICRH) ha fatto un'analisi secondaria dei dati del censimento UE per il 2011 (in quanto questo è l'unico database che produce dati armonizzati in tutta l'Europa) e ha eseguito un'estrapolazione dai tassi di prevalenza delle MGF specifici per età nei paesi di origine degli immigrati, per fornire stime di

sono comunemente praticate e / o sono nate da madri che hanno ha subito una qualche forma di MGF ("Stima delle ragazze a rischio di MGF nell'UE" Rapporto, 2015, EIGE).

prevalenza per tutti gli Stati membri dell'UE, Norvegia e Svizzera. Il risultato dello studio[6] è che nel 2011 oltre mezzo milione di donne e ragazze di prima generazione nell'UE, in Norvegia e Svizzera avevano subito MGF prima dell'immigrazione. Una su due viveva nel Regno Unito o in Francia, una su due era nata in Africa orientale. Per la prima volta, è stata prodotta una stima attendibile del numero di donne e ragazze di prima generazione in Europa provenienti da paesi in cui viene praticata la MGF, fornendo ai decisori dati basati su prove che possono essere utilizzati per informare le decisioni e le politiche (per esempio, introducendo una formazione specifica per gli operatori sanitari che potrebbero trovarsi di fronte a donne che hanno subito una MGF o la necessità di un intervento chirurgico ricostruttivo). Un altro studio[7] presenta proiezioni demografiche dei flussi di donne migranti con MGF da ogni paese praticante verso gli Stati membri dell'UE per 3 sotto-periodi (2016-2020, 2021-2025 e 2026-2030), con l'obiettivo di sostenere la pianificazione delle risorse e l'elaborazione delle politiche. Secondo tali proiezioni, il flusso nei 28 paesi fra il 2016 e il 2020 sarebbe di circa 400.000 donne migranti e circa 1,3 milioni tra il 2016 e il 2030. Circa un terzo di esse, corrispondenti a circa 127.000 tra il 2016 e il 2020, e oltre 400.000 tra il 2016 e il 2030, saranno state sottoposte a MGF prima della migrazione. Tra questi flussi femminili, si prevede che poco più del 20% sarà composto da ragazze di età compresa tra 0 e 14 anni. In base all'età prevista all'arrivo, si prevede che il 20% di queste ragazze abbia già subito le MGF, mentre leggermente meno del 10% deve essere considerato potenzialmente a rischio di MGF dopo la migrazione. È importante agire tempestivamente progettando interventi e politiche mirati a livello nazionale ed europeo per assistere le donne e proteggere le bambine. Tali misure sono particolarmente convincenti in Francia, Italia, Spagna, Regno Unito e Svezia, che dovrebbero essere i paesi più colpiti dalla migrazione proveniente da paesi praticanti le MGF.

b) Stime dirette della prevalenza

Nel 2016-2017 ICRH ha coordinato la prima stima diretta della prevalenza di MGF (Sondaggio FGM-PREV), in collaborazione con l'Istituto Nazionale di Studi Demografici (INED, Francia) e l'Università Bicocca di Milano[8] (Italia) e con i principali investigatori di studi sulla prevalenza dei Paesi Bassi e del Portogallo ed altri esperti. Il metodo per la stima diretta consiste nel Campionamento per Posizione Temporale e nel Campionamento Guidato dagli Intervistati e cerca di stimare la prevalenza conducendo un sondaggio con un campione rappresentativo della popolazione. Il metodo doveva essere testato in Francia e in Italia. A causa di problemi relativi alle questioni etiche, non è stato possibile condurre il test in Francia, il pilotaggio è stato

[6] "Estimates of first- generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland", Luk Van Baelen, Livia Ortensi and Els Leye. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2016, 21(6). p.474-482.

[7] "Migrating with Special Needs? Projections of Flows of Migrant Women with Female Genital Mutilation/Cutting Toward Europe 2016–2030". Livia Ortensi, Alessio Menoni. European Journal of Population, May 2017, DOI: 10.1007/s10680-017-9426-4.

[8] Leye E, De Schrijver L, Van Baelen L, Andro A, Lesclingand M, Ortensi L, Farina P. Estimating FGM prevalence in Europe. Findings of a pilot study. Research Report, 2017.

quindi indirizzato al Belgio, ma a causa di vincoli temporali non è stato possibile completarlo. Tuttavia, è stato completato con successo in Italia. Il test ha sollevato alcune questioni chiave e ha fornito raccomandazioni utili, anche per quanto riguarda l'uso dei metodi di stima diretta / indiretta, la metodologia per raggiungere le comunità di immigrati all'interno e all'esterno di centri, il ruolo delle organizzazioni di base, l'importanza della formazione degli intervistatori, l'approccio multilingue nel raggiungere le comunità e la composizione dei campioni.

c) Indicatori di prevalenza proxy

Sebbene queste stime di prevalenza abbiano un grande valore, forniscono solo un'istantanea in un determinato momento che, in un contesto migratorio, viene rapidamente superata. Una soluzione alternativa a questo problema può essere il monitoraggio continuo attraverso i sistemi di registrazione, per cui un numero fisso di variabili viene raccolto e analizzato in modo sistematico[9]. Se eseguiti in un campione rappresentativo della popolazione, possono anche fornire il dato di prevalenza. La questione è che al fine di raccogliere dati accurati, i professionisti dovrebbero eseguire la raccolta in modo sistematico, coerente e rigoroso e avrebbero bisogno di essere formati a tal fine. Uno studio pilota condotto nel 2012-2015 dall'ICRH ha confermato l'ipotesi che, a seguito di formazione e campagne di sensibilizzazione condotte negli ospedali, gli operatori sanitari sono effettivamente in grado di registrare i casi di MGF in modo più sistematico e accurato. EIGE, nel citato studio "Le Mutilazioni Genitali Femminili nell'Unione europea" (2012) identifica altri dati che possono agire come indicatore di prevalenza e incidenza delle MGF, sia a livello regionale che nazionale. Tali dati amministrativi potrebbero essere utilizzati per fornire informazioni sulle MGF e comprendono: registri ospedalieri e / o medici, registri di protezione dell'infanzia, registri di richieste di asilo e procedimenti giudiziari. Va comunque notato anche questi dati hanno alcuni limiti:

– Tali dati non vengono raccolti su base sistematica;
– I dati esistenti sono dispersi in una varietà di banche dati nei vari settori e non c'è una gestione centralizzata;
– Mancano i codici o la nomenclatura per mantenere le MGF nei registri e vi è una mancanza di formazione per i professionisti sulla codifica e la valutazione delle MGF.

Esistono anche altri metodi che possono essere utilizzati per raccogliere dati amministrativi su MGF, ad esempio:

– Sondaggi tra i professionisti dei settori coinvolti;
– Valutazione del numero totale di richieste di asilo / concesse sulla base di MGF;
– Valutazione del numero di nascite registrate in famiglie provenienti da paesi a rischio di MGF;
– Valutazione della prevalenza di donne con MGF nei centri di asilo;

[9] ICRH & CHU St Pierre, 2014. Project voor de registratie van gevallen van vrouwelijke genitale verminking in ziekenhuizen. Rapport.

– Valutazione del numero di donne provenienti da paesi in cui è praticata la MGF.

Per quanto riguarda la raccolta di dati amministrativi, il Rapporto EIGE "Le mutilazioni genitali femminili: la stima del numero di ragazze a rischio nell'Unione europea", pubblicato nel 2018, afferma che negli Stati membri dell'UE i dati amministrativi sulle MGF (es. casi giudiziari correlati a MGF, azioni penali e ordinanze giudiziarie, domande di asilo, registri ospedalieri, ecc.) generalmente non sono adeguatamente riportati, che il monitoraggio è limitato e disperso e che manca una raccolta uniforme di dati. Tuttavia, occorre sottolineare il fatto che il potenziale di questi registri di dati amministrativi dovrebbe essere sfruttato appieno nei paesi dell'UE.

3.3. Le Strategie di Prevenzione

I membri delle comunità che praticano le MGF tendono a tramandare la pratica al fine di sostenere le tradizioni, di non perdere identità e spesso anche a causa della pressione sociale.

Ciò si verifica nonostante debbano far fronte a due opposte prospettive: una proveniente dalla loro cultura di origine, in cui le MGF consentono alle ragazze di essere accettate dalla comunità e sposate, e l'altra proveniente dalla cultura del paese ospitante, in cui le MGF sono considerate una grave violazione dei diritti umani e sono punite penalmente.

La prevenzione si deve basare sul cambiamento delle norme sociali e sul cambiamento della percezione che la MGF siano una pratica benefica per donne e ragazze, laddove è dannosa per la loro salute fisica e mentale. Nei paesi dell'UE, le strategie di prevenzione sono state sviluppate dalle OSC in partenariato e in stretta collaborazione con le istituzioni governative. Le ONG hanno iniziato a lavorare per l'eliminazione delle MGF in Europa fin dai primi anni '80, sia in modo specifico, sia integrando la questione nel loro lavoro più ampio sulla salute riproduttiva con i migranti e rifugiati. Presto è diventato evidente che, al fine di condurre campagne di prevenzione in modo efficace, doveva essere coinvolta una vasta gamma di settori, quali il sistema sanitario, le forze dell'ordine, il sistema educativo e i media. Pertanto, il lavoro delle ONG si è concentrato principalmente sulle attività di informazione, istruzione e comunicazione verso le comunità di migranti provenienti da paesi in cui le MGF sono ampiamente praticate, nonché su corsi di formazione per professionisti e campagne di sensibilizzazione rivolte al pubblico dei paesi ospitanti. In alcuni paesi europei sono stati istituiti organismi nazionali di coordinamento e consulenza. A livello europeo, non esiste una politica comune o un approccio coordinato per quanto riguarda il lavoro di prevenzione nella legislazione o nei settori chiave quali la salute e l'istruzione. Tuttavia, nel corso degli anni sono state costituite reti europee volte a sviluppare strategie coordinate per prevenire e sradicare le MGF in Europa. La rete europea per la prevenzione e l'eradicazione delle pratiche tradizionali dannose per la salute delle donne e dei bambini (EuroNet FGM), fondata nel 2002, comprende ONG, ricercatori, professionisti della salute e attivisti da tutta Europa. La "Rete Europea End

FGM" (END FGM), è un'associazione ombrello di 22 organizzazioni europee con sede in 11 paesi dell'Unione. È nata dalla campagna europea "End FGM", condotta nel periodo 2009-2014 e guidata da Amnesty International, che aveva l'obiettivo di sostenere un'azione europea comune per porre fine alle MGF, collegando comunità locali con ONG e sviluppando forme di cooperazione con tutti i soggetti interessati, sia in Europa sia nel mondo, anche attraverso la condivisione di esperienze e lo scambio di conoscenze. La rete sostiene comunità, ONG e OSC nell'influenzare i governi e i decisori politici europei a prendere iniziative volte a eliminare le MGF.

Molte donne che hanno subito le MGF non sono consapevoli di essere mutilate fino a quando non raggiungono l'adolescenza o l'età adulta. Spesso lo imparano durante una visita ginecologica, la gravidanza o il parto. Di solito non sono consapevoli delle conseguenze a breve e lungo termine della pratica. L'istruzione è uno dei punti di partenza per cambiare le norme sociali. Nel 2014 il governo scozzese ha chiesto a tutti i presidi della nazione di formare il proprio personale ed educare i genitori sulla questione delle MGF. Nel febbraio 2019 nel Regno Unito è stata presentata una proposta di riforma del curriculum scolastico che introduce entro il 2020 l'argomento delle MGF nell'ambito dell'educazione alle relazioni e alla sessualità[10].

L'emancipazione delle donne e il coinvolgimento degli uomini sono elementi chiave per l'efficacia di qualsiasi misura politica e legale e per rendere efficace l'attuazione e l'applicazione delle leggi. Tutti i membri delle comunità e le famiglie dovrebbero essere coinvolti direttamente, in particolare gli uomini, che spesso sono i responsabili delle decisioni e possono svolgere un ruolo essenziale nel porre fine alle MGF. Un recente progetto di successo realizzato in Belgio, Regno Unito e Paesi Bassi e finanziato dall'Unione Europea[11] coinvolge specificamente gli uomini nel porre fine alle MGF, in una campagna di sensibilizzazione via sito web, media, messaggi televisivi e radiofonici e formazione di educatori nelle comunità praticanti.

Qualsiasi programma di comunicazione, informazione e istruzione dovrebbe considerare il fatto che le MGF sono un argomento che appartiene alla sfera privata e spesso non è discusso apertamente o in pubblico. La segretezza impedisce alle donne e alle ragazze di ricevere cure adeguate anche durante la gravidanza o il parto, nonché di indentificare le ragazze potenzialmente a rischio e di raccogliere i dati. In questo contesto, le campagne di sensibilizzazione, istruzione e informazione sono di vitale importanza e rompono il tabù. Le MGF sono discusse tra i membri della famiglia e sono un problema sollevato con medici e ginecologi, che dovrebbero essere preparati ad affrontare argomenti come la ricostruzione riparativa o a dissuadere le richieste di reinfibulazione dopo il parto o addirittura la pratica

[10] https://www.theguardian.com/society/2019/feb/24/schoolchildren-taught-dangers-female-genital-mutiliation-fgm

[11] "Men Speak Out", 2016, realizzato da Forward UK, GAMS Belgium, HIMILO Foundation, Institute of Tropical Medicine (http://menspeakout.eu/)

medicalizzata. I servizi sanitari e il personale spesso non hanno familiarità con i vari tipi di MGF e le loro conseguenze, il che porta alla mancanza di conoscenza specifica durante l'assistenza medica alle vittime e, di conseguenza, alla loro mancanza di fiducia di queste ultime nei confronti del sistema sanitario, che nel lungo termine le scoraggia a cercare assistenza. Pertanto, l'assistenza clinica, la prevenzione, la consulenza, l'informazione e la comunicazione sono spesso ostacolate. In alcuni paesi, sono state messe in atto misure per affrontare le questioni di salute legate alla MGF e per aiutare nella prevenzione e nella rilevazione dei dati e nell'assistenza alle sopravvissute. Tali misure consistono principalmente in linee guida tecniche per la gestione clinica delle donne con MGF, sviluppate a livello nazionale dai Ministeri della Sanità e a livello locale da ospedali e strutture sanitarie; codici di condotta per gli operatori sanitari, che spesso forniscono informazioni anche sugli aspetti legali e psicologici relativi alle MGF; e servizi che forniscono cure mediche specialistiche, assistenza psicologica e *counselling*. Vi è una generale mancanza di linee guida sul sistema di rinvio di donne e ragazze a rischio o che hanno subito MGF; su questioni come la reinfibulazione e la medicalizzazione e sul coordinamento multisettoriale tra le parti interessate al fine di sviluppare un approccio olistico per affrontare e prevenire le MGF. L'esperienza[12] suggerisce che le campagne di informazione e comunicazione che sottolineano le conseguenze negative sulla salute hanno portato alla medicalizzazione della pratica, senza ridurre il fenomeno, specialmente verso la fine degli anni '90. All'inizio degli anni 2000 le organizzazioni internazionali hanno condotto campagne contro la medicalizzazione sia in Africa che in Europa. La medicalizzazione legittima la MGF, violando così i diritti umani e l'etica medica e ostacolandone l'eradicazione, costituisce una pratica dannosa e non ha alcun beneficio per la salute di donne e ragazze. La formazione dei medici sugli aspetti legali ed etici connessi alla medicalizzazione delle MGF è stata ed è tuttora cruciale. Come affermato dal Dott. Pierre Foldès e da Frédérique Martz, del centro Women Safe, il medico di famiglia ha un ruolo chiave nell'informare la famiglia sui rischi sanitari e legali della pratica ogni volta che potrebbe prevedere un rischio di MGF[13]. Inoltre, la medicalizzazione tende a essere vista dagli esperti non medici (quali ad esempio i funzionari che si occupano delle richieste di asilo) come una procedura minore che, a differenza delle forme tradizionalmente praticate, non viene considerata come una persecuzione ai sensi della Convenzione sullo status dei rifugiati[14].

3.4. MGF e protezione internazionale

La protezione è intesa come tutte le azioni che offrono sostegno alle vittime e potenziali vittime di MGF, compreso il riconoscimento del diritto di asilo, accoglienza, assistenza medica e

[12] "Understanding and addressing violence against women Female genital mutilation" WHO 2012
[13] "Supporting the Fight against Female Genital Mutilation: Promoting Women's Rights by Demanding the Full Enforcement of the Law", Consultazione, 6 Febbraio 2019 Parlamento Europeo, Bruxelles
[14] Pierre Foldès and Frédérique Martz, "The medicalisation of female genital mutilation", FGM and Asylum in Europe, Maggio 2015.

psicologica, programmi di empowerment. Secondo l'UNHCR, nel 2017 66.000 donne e ragazze provenienti da paesi che praticano le MGF hanno cercato asilo nell'UE (circa 21.100 dall'Iraq, 15.200 dalla Nigeria, 7.400 dall'Eritrea, 4.800 dalla Somalia, 3.200 dalla Costa d'Avorio). Queste donne e ragazze hanno presentato domanda di asilo principalmente in Germania, Italia, Francia, Grecia e Regno Unito. Se esiste una stretta correlazione tra MGF, migrazione e richiesta di protezione internazionale, purtroppo questa correlazione rimane nascosta a causa della mancanza o incompletezza dei dati suddivisi per età e origine.

La Convenzione di Istanbul impone agli Stati parte di riconoscere la violenza di genere come un motivo per garantire protezione internazionale, di garantire un'interpretazione sensibile al genere della Convenzione del 1951 relativa allo status dei rifugiati e di sviluppare condizioni di accoglienza e procedure di asilo sensibili al genere. Tuttavia, ad oggi l'UE e 6 Stati membri, che pur hanno firmato la Convenzione, devono ancora ratificarla. Inoltre, "Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio del 26 giugno 2013 recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale" 2013/33/EU e la "Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio del 13 dicembre 2011 recante norme sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di beneficiario di protezione internazionale, su uno status uniforme per i rifugiati o per le persone aventi titolo a beneficiare della protezione sussidiaria, nonché sul contenuto della protezione riconosciuta" (2011/95/UE 13/12/2011) impegnano gli Stati membri a identificare i richiedenti asilo con esigenze speciali - anche legate al genere o in conseguenza di gravi forme di violenza sessuale subite, tra le quali le MGF - e fornire loro un supporto adeguato. Il sistema europeo comune di asilo (CEAS) mira a rafforzare le misure di protezione per le donne che hanno subito forme di violenza legate al genere nelle diverse fasi della procedura di asilo, tra cui garantire accesso all'assistenza medica, legale e psicosociale e alla consulenza psicologica per affrontare lo stress post-traumatico. Inoltre, le Informazioni Armonizzate sul Paese di Origine (Country of Origin Information - COI) in tutta l'UE consentono una valutazione informata e armonizzata delle richieste legate alle MGF. È estremamente importante garantire che le autorità e gli operatori (assistenti sociali, personale di accoglienza, interpreti, mediatori culturali, avvocati, ecc.) coinvolti con richiedenti asilo che hanno subito o potrebbero essere a rischio di MGF, siano a conoscenza delle disposizioni e degli strumenti legislativi dell'UE, nonché di tutte le conseguenze (comprese quelle fisiche e psicologiche) che possono derivare da quel trauma. Nel corso degli anni, molti utili strumenti sono stati sviluppati. All'interno degli Stati membri, la protezione riguarda essenzialmente l'applicazione della legislazione che vieta tutte le forme di MGF, l'istituzione di strutture specializzate per l'infanzia e la maternità, i servizi medici (compresa la ricostruzione chirurgica dei genitali) e psicologici e i servizi di accoglienza forniti in modo appropriato secondo il genere e la cultura di appartenenza.

4. Analisi per paese su procedimento giudiziario, prevalenza, prevenzione, protezione

4.1. Panoramica del quadro giuridico in Belgio, Francia e Italia

4.1.1. Belgio

L'articolo 409 del Codice Penale belga (entrato in vigore il 27 marzo 2001) punisce con la reclusione da tre a cinque anni chiunque abbia praticato, facilitato o favorito qualsiasi forma di MGF con o senza il consenso della vittima. Il tentativo e l'incitazione alla pratica devono essere puniti con la reclusione da otto giorni a un anno. Se la mutilazione viene praticata su una minore o ai fini di lucro, la pena sarà la reclusione da cinque a sette anni. Quando la mutilazione abbia causato una malattia incurabile o un'invalidità personale, la punizione sarà la reclusione da cinque a dieci anni. Quando la mutilazione abbia causato la morte senza che ce ne fosse l'intenzione, la pena sarà la reclusione da dieci a quindici anni. L'articolo 458 bis stabilisce inoltre che coloro che sono vincolati dal segreto professionale hanno il diritto - ma non il dovere - di denunciare minori a rischio o sottoposte a MGF alle autorità giudiziarie. Dal 2012 questo diritto di segnalazione è stato esteso anche ai casi che coinvolgono adulte vulnerabile.

La legge belga sulla protezione dell'infanzia ("*Loi relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait*" dell'8 aprile 1965, modificata dalla L. 2006-06-13/40), che include procedure preventive e protettive, può essere applicata nei casi di MGF. I casi segnalati riguardanti un possibile rischio di MGF possono essere seguiti attraverso visite alla famiglia, fornendo consigli sulla questione e informazioni sulla legge che le proibisce, inclusa la previsione di azioni legali nel caso in cui venga commesso un reato. Laddove la salute, la sicurezza o la moralità di una minore sono a rischio a causa del comportamento dei genitori o dei tutori, le forze dell'ordine possono richiedere l'intervento del tribunale dei minori, in base all'articolo 36.2 della suddetta Legge.

Accesso alla giustizia: questioni critiche

Fino ad ora nessun caso è stato portato in tribunale ai sensi delle disposizioni di diritto penale, non sono stati avviati interventi di protezione delle minori né sono stati segnalati casi di MGF praticate su donne o bambine.

Gli ostacoli all'attuazione della legge derivano da una varietà di fattori, tra cui: (a) la mancanza di conoscenza delle MGF e della legge da parte dei funzionari incaricati della protezione dei minori e dei pubblici ministeri; (b) il fatto che le misure di protezione nei confronti dei minori siano prese solo in presenza di prove innegabili e tangibili di pericolo imminente corso dal minore, cosa difficile da valutare nel caso ad esempio della partenza delle bambine per il paese di origine durante le vacanze scolastiche, momento durante il quale le MGF sono più frequentemente praticate; (c) l'opinione che la natura repressiva della legge abbia un impatto

negativo sulla nucleo familiare; (d) il mancato riconoscimento del fatto che le madri hanno subito esse stesse le MGF (e spesso anche altre forme di GBV) e non sono in grado di proteggere efficacemente le loro figlie; (e) relativismo culturale[15]. Pertanto, da un lato è necessario formare e informare le forze dell'ordine che lavorano con i minori, fornendo loro strumenti adeguati a gestire le famiglie a rischio di MGF; dall'altro, occorre sviluppare altre misure, anche finanziarie, che aumentino l'efficacia della legge.

Nel periodo 2009-2013 l'Ufficio Centrale del Procuratore Generale ha registrato 14 casi con riferimento a MGF, senza alcuna condanna da parte di un tribunale penale o di una misura di protezione dei minori emessa. In primo luogo, si deve sottolineare che l'accuratezza di queste informazioni è influenzata dalla mancanza di uno specifico codice di registrazione di polizia dedicata alla MGF. Di conseguenza, secondo l'Ufficio, è possibile che siano stati aperti più casi, non emersi come MGF. Ulteriori ostacoli sono la mancanza di magistrati specializzati in MGF nominati presso gli uffici territoriali dei procuratori, ad eccezione dell'ufficio di Bruxelles, e l'assenza di disposizioni che incoraggiano lo scambio di informazioni tra i pubblici ministeri e i giudici minorili. I suddetti 14 casi sono stati esaminati dall'organizzazione non-profit INTACT che ha commissionato uno studio[16] incentrato sugli aspetti legali delle MGF: dall'analisi dei fascicoli è emerso un intervento di polizia non sistematico, mancanza di coordinamento e specializzazione di agenti di polizia e magistrati e superficialità nella valutazione del rischio per i minori di essere sottoposti alle MGF. Inoltre, gli avvocati non sono mai stati coinvolti nella valutazione dei casi.

4.1.2. Francia

La Francia, sebbene non disponga di una legge specifica sulle MGF, rappresenta una "migliore pratica" con la maggior parte dei casi di MGF perseguiti in Europa. La giurisprudenza francese ha applicato il principio egualitario secondo il quale l'individuo, quando soggetto alla legge, non è collegato alla caratterizzazione sociale, culturale o religiosa. Le MGF sono punibili ai sensi dell'articolo 222-9 del codice penale, in base al quale la violenza che provoca una mutilazione o una malattia permanente è punita con la reclusione di dieci anni e la multa di 150.000 euro. Inoltre, l'articolo 222-10 prevede che in presenza di circostanze aggravanti (come lesioni causate a un minore di quindici anni; danni a persone vulnerabili a causa di età, malattie fisiche o mentali; lesioni a discendenti legittimi o naturali; premeditazione) l'atto criminale è punito con la reclusione fino a quindici anni. Lo stesso articolo aggiunge che la pena è aumentata a venti anni di reclusione quando il reato è commesso su un minore di quindici anni da un ascendente legittimo, naturale o adottivo o da qualsiasi altra persona che abbia autorità sul

[15] "Risposta alla mutilazione genitale femminile in Europa" ICRH

[16] ALIÉ M., « Les Mutilations génitales féminines : de l'incrimination aux poursuites. État des lieux en Belgique et regards européens », *Intact, 2014. Vedi anche «* Les mutilations génitales féminines dans le cadre d'une demande d'asile », *2014, disponibile al link* http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/manuel-actu2014-FR.pdf.

minore. Se la violenza provoca la morte della vittima, il riferimento normativo diviene l'articolo 222-7 sull'omicidio preterintenzionale, punibile con quindici anni di reclusione. L'articolo 226-14 relativo al segreto professionale stabilisce che questo non si applica quando si tratta di MGF praticata su una minore. Il principio di extraterritorialità è applicabile alle MGF, cosa che le rende punibili anche se commesse al di fuori dei confini del Paese.

L'assenza di una disposizione specifica non è chiaramente un segno di tolleranza nei confronti delle MGF. Al contrario, queste sono state correlate a reati già previsti e in questo senso l'interpretazione giurisprudenziale è stata centrale. Dal 1985, più di 40 casi di MGF sono stati portati in tribunale. È importante sottolineare che tutti i processi si sono conclusi con sentenze moderate. La pena massima è stata di otto anni di reclusione per un caso in cui erano state condotte 48 escissioni[17]. Le pene imposte ai genitori sono state sempre più leggere rispetto alla pena prevista dalla legge ed è spesso stata accompagnato dalla sospensione condizionale, principalmente a causa dell'"assenza di dolo", dal momento che i genitori decidono di mutilare le proprie figlie "per il loro bene", per evitare l'isolamento, garantire loro l'accettazione da parte della società e un buon matrimonio. La maggior parte degli studiosi ritiene che questi argomenti, utilizzati dalla difesa, hanno sempre avuto lo scopo di influenzare la natura e la portata della sentenza, ma non di ottenere l'assoluzione o un'esenzione dalla pena. L'obiettivo, che era quello da un lato di punire il crimine, ma dall'altro di non disgregare le famiglie, è stato raggiunto[18].

In Francia, la legge generale sulla protezione dei minori può essere applicata nei casi di MGF. Le misure di protezione sociale per le persone di età inferiore ai 18 anni sono elencate nell'articolo n. 375 del codice civile, come riformato dalla legge 2007/293, che prevede che nei casi in cui dei minori vengano a trovarsi in situazioni di pericolo familiare, un giudice possa ordinare che siano collocati in istituzioni pubbliche, case-famiglia o sotto la responsabilità di associazioni autorizzate. Le misure di protezione sono emesse su un progetto collaborativo che include genitori.

In caso di necessità di ulteriore protezione, si può invocare la Legge sulla Violenza Domestica (n. 2006-399), che prevede che coloro che hanno commesso atti di violenza contro i figli debbano essere allontanati dalla loro residenza e debba essere impedito loro qualsiasi contatto con i familiari. Infine la "*Protezione Maternelle Infantile* (PMI)" ha diffuso le linee guida "*Conduite à tenir face à l'excision des petites filles"* per la protezione delle ragazze a rischio.

Accesso alla giustizia: il ruolo delle Organizzazione della Società Civile

Come accennato, fra i paesi coinvolti nell'ambito di questo progetto, la Francia è il paese con il maggior numero di procedimenti penali relativi a casi di MGF. Tuttavia, le organizzazioni che

[17] Caso Gréou Corte d'Assise di Parigi, 1999.

[18] *Renée Kool- Sohail Wahedi,* Criminal Enforcement in the Area of Female Genital Mutilation in France, England and the Netherlands: A Comparative Law Perspective, in International Law Research, *Vol. 3, No. 1; 2014.*

lavorano sulla questione delle MGF spesso non hanno informazioni complete sul numero preciso di casi e sulle decisioni dettagliate dei tribunali. La mancanza di strumenti per ottenere una conoscenza più dettagliata dell'attività giudiziaria in questo settore (numero di casi registrati e perseguibili, percentuale di procedimenti giudiziari e tasso di risposta penale, numero di arresti e numero di condanne inflitte) è stata sottolineata nel 2013 dalla *Commissione nazionale consultative des droits de l'homme* (CNCDH)[19] ed evidenziata dal Rapporto Ombra presentato nel 2018 da Equilibres & Population (Equipop), Excision, parlons-en! e EndFGM European Network al Comitato GREVIO del Consiglio d'Europa, sull'attuazione della Convenzione di Istanbul[20]. Sin dai primi processi, le OSC hanno giocato un ruolo fondamentale nel portare in tribunale i casi di MGF. Nel 1982, per il caso Bobo Traoré, morta a tre mesi dopo essere stata mutilata, le organizzazioni *SOS Femmes*, parte della Ligue du Droit International des Femmes (LDIF), un'organizzazione femminista, la *Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (CAMS)* e *Enfance et Partage* sono state direttamente coinvolte nel processo, essendosi costituite parte civile. La causa è stata poi portata in Corte d'Assise nel 1986, come richiesto dalle organizzazioni, e il padre della ragazza condannato a due anni di pena. Un altro caso importante è stato il processo Coulibaly / Keita contro i genitori di sei figlie e la mutilatrice. Ancora una volta, le organizzazioni della società civile si sono costituite parte civile e hanno portato il caso in Corte d'Assise. Il processo si svolse nel 1991 sotto una tempesta mediatica. Entrambi i casi hanno segnato una svolta nella giurisprudenza, poiché tutti i casi successivi sono stati portati in *Corte D'Assise*[21] e le OSC, rappresentate dall'avvocato Linda Weil-Curiel, hanno continuato a costituirsi parte civile.

Considerando l'obbligo, ai sensi della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei bambini dallo sfruttamento e dagli abusi sessuali (Convenzione di Lanzarote) e della Convenzione di Istanbul, di introdurre un reato specifico, il quadro giuridico francese è oggetto di discussione tra i professionisti e la società civile. Tuttavia si sostiene generalmente che l'introduzione di una specifica disposizione penale differenzierebbe i cittadini e potrebbe quindi portare a discriminazione e stigmatizzazione di gruppi di minoranza. Il legislatore francese continua ad aderire a questo approccio. Al fine di soddisfare l'esplicita richiesta di criminalizzazione contenuta nell'articolo 38 della Convenzione di Lanzarote, è stata comunque elaborata una proposta legislativa con l'obiettivo di integrare la disposizione generale sull'abuso (articolo 222-9 Codice penale) con l'elemento "mutilazioni genitali femminili". Un'altra proposta di legge criminalizza invece esplicitamente il tentativo e/o la perpetrazione delle MGF.

[19] Vedi https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028313269.
[20] Rapporto Ombra Congiunto – FRANCIA, https://rm.coe.int/equipop-excision-parlons-en-end-fgm-eu-joint-shadow-report-france/16807b41ab.
[21] Leye, Els, et al., "An analysis of the implementation of laws with regard to female genital mutilation in Europe" Crime Law and Social Change (2007)

Dato il trauma vissuto dalle sopravvissute alle MGF e alle difficoltà che esse potrebbero avere nell'intraprendere azioni legali contro membri delle proprie famiglie, il CNCDH ha sottolineato che è essenziale concedere loro il pieno sostegno dell'autorità giudiziaria. A questo proposito, il CNCDH ha invitato il Ministro della giustizia a includere la questione delle MGF nella circolare sulle istruzioni generali di politica penale. Queste istruzioni consentono di sensibilizzare i pubblici ministeri su determinate questioni e hanno già dimostrato la loro efficacia in altri settori, ad esempio la violenza domestica. Il CNCDH, insieme alla società civile, ha invitato anche a migliorare la formazione dei giudici in materia di MGF, inserendo la questione sia nel programma di formazione iniziale per gli auditor giudiziari, sia nel programma di formazione per i giudici in servizio.

4.1.3. Italia

L'Italia ha ratificato numerosi strumenti internazionali di lotta contro le MGF, tra cui la Dichiarazione universale dei diritti umani (UDHR), la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne (CEDAW), la Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, disumani o degradanti (CAT), la Convenzione sui diritti dell'infanzia (CRC), la Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU) e la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e le già menzionate Convenzioni di Lanzarote e Istanbul.

Una specifica disposizione penale relativa alle MGF (Legge n. 7/2006 "Disposizioni relative alla prevenzione e al divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile"[22]) è stata adottata nel 2006. Inoltre, gli articoli 583bis e 583ter del codice penale vietano l'esecuzione di tutte le forme di MGF, tra cui clitoridectomia, escissione, infibulazione e qualsiasi altra pratica che provochi effetti dello stesso tipo o malattie mentali o fisiche. Si applica il principio di extraterritorialità, in base al quale le MGF sono un reato punibile anche se commesso all'estero, se la persona che commette il reato è un cittadino italiano o uno straniero residente in Italia e se la chirurgia viene eseguita su un cittadino italiano o una persona residente in Italia. Le sanzioni sono la reclusione da tre a dodici anni a seconda del tipo di lesione causata. La penalità è ridotta a due terzi se l'infortunio è minore. La penalità è aumentata di un terzo quando la MGF è commessa contro una minore o se il reato è commesso a scopo di lucro. La pena per il professionista sanitario per uno qualsiasi dei reati di cui all'articolo 583-a prevede la pena aggiuntiva di squalifica dalla professione da tre a dieci anni. Le MGF possono anche rientrare nella legge generale a tutela dei minori. L'articolo 330 del Codice Civile prevede l'allontanamento dalla famiglia e la sospensione della custodia da parte dei genitori, se il comportamento del genitore minaccia il benessere del minore. Inoltre, l'articolo 333 del Codice Civile fa riferimento a misure preventive in caso di condotta genitoriale pregiudizievole per il minore. Inoltre, la legge n. 172/2012, attraverso la quale l'Italia ha ratificato la

[22] Gazzetta Ufficiale no. 14, 18 Gennaio 2006, in vigore dal 2 Febbraio 2006

Convenzione di Lanzarote, in relazione alle MGF introduce la perdita dell'autorità parentale e l'esclusione permanente da qualsiasi ufficio relativo alla protezione, alla tutela e al supporto amministrativo.

Lo status di rifugiato può essere riconosciuto sulla base del rischio di MGF. Il decreto legislativo n. 251/2007 art. 7 afferma che gli atti di persecuzione che violano i diritti umani fondamentali diretti specificamente contro un genere o contro l'infanzia, inclusi atti di violenza fisica o mentale, compresa la violenza sessuale, sono rilevanti ai fini della domanda di asilo. Per quanto riguarda il segreto professionale, l'art. 361 e seguenti del Codice Penale stabiliscono che qualsiasi pubblico ufficiale deve denunciare qualsiasi crimine di cui sia stato informato nell'esercizio o a causa delle sue funzioni. Sono previste in genere sanzioni amministrative. Nel caso in cui siano coinvolti professionisti sanitari, le disposizioni non si applicano se la segnalazione dovesse esporre il paziente ad un'azione penale.

Come raccomandato anche nella Comunicazione al Parlamento europeo e al Consiglio "Verso l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili" (COM2013 (833)), il principio del superiore interesse del minore è stato considerato di primaria importanza in tutti i procedimenti penali in Italia, dove è stato interpretato ed applicato per impedire a minori di essere doppiamente vittimizzate, prima per essere state sottoposte a MGF e poi per essere rimosse dalla cura parentale.

Accesso alla giustizia: questioni critiche

La valutazione dell'efficacia del quadro giuridico nazionale è ostacolata innanzitutto dalla mancanza di dati. Il Ministero degli Interni non registra il numero di segnalazioni di crimini di MGF, che sono escluse dall'elenco delle forme di violenza contro le donne[23].

L'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) menziona le MGF tra le forme di violenza contro le donne: i dati mostrano un leggero aumento del numero di sentenze tra il 2008 e il 2011 (subito dopo l'introduzione della legge) e una diminuzione significativa nel periodo successivo.

Il rapporto annuale della Corte di Cassazione sull'amministrazione della giustizia ha ignorato il fenomeno allo stesso modo dell'Ufficio del Procuratore Generale[24]. La recente Commissione parlamentare d'inchiesta sul femminicidio e altre forme di violenza contro le donne ha menzionato le MGF tra le forme riconosciute di violenza basata sul genere, ricordando gli obblighi stabiliti dalla Convenzione di Istanbul. Tuttavia la Commissione non ha investigato sul modo in cui le MGF vengano trattate dalle autorità italiane né sulle misure di protezione alle vittime o di prevenzione[25]. Le MGF sono state inoltre ignorate dalle Linee Guida sulla Violenza

[23] Ministro dell'Interno, https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-percorso-giudiziario/denunce .
[24] Corte di Cassazione, Rapporto Annuale sull'amministrazione della giustizia, 2018 http://www.cortedicassazione.it/corte-di-cassazione/it/inaugurazioni_anno_giudiziario.page .
[25] http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/1066658.pdf .

di Genere e la Violenza Domestica emesse dal Consiglio Superiore della Magistratura nel maggio 2018[26].

Un quadro giuridico inefficace

Prima della legge n.7/2006, per lungo tempo la norma giuridica invocata è stata l'articolo 32 della Costituzione (atti di disposizione del proprio corpo), gli artt. 582 e 583 del Codice penale (reato di lesioni) e le disposizioni sul maltrattamento di minori.
Nel caso di ragazze a rischio di MGF per volere dei genitori, si applicano anche gli articoli del Codice Civile n.330 (decadenza dell'autorità parentale sui figli) e n.333 (condotta del genitore pregiudizievole ai figli). Le disposizioni forniscono al giudice minorile il diritto di rimuovere le figlie dai genitori, con perdita della patria potestà nei casi più gravi, o comunque di prendere le misure appropriate quando il comportamento di uno o entrambi i genitori è dannoso per la figlia.
In Italia esistono solo due sentenze penali per MGF, entrambe pronunciate dal Tribunale di Milano.

a) La prima riguarda la denuncia presentata nel 1997 da una donna italiana contro il suo ex marito egiziano, per aver mutilato sessualmente i suoi due figli (una bambina di dieci anni, sottoposta a infibulazione; un bambino di cinque anni, sottoposto a circoncisione) durante una vacanza nel 1995 in Egitto. La mutilazione è stata effettuata da personale sanitario locale. La donna, sospettosa del cattivo stato di salute di sua figlia (soffriva di emorragie, infezioni e febbre) scoprì l'accaduto e sporse denuncia. Il processo si è svolto a Milano nel 1999 ed è stato il primo in Italia per MGF. Il procedimento si è concluso con un patteggiamento (due anni di reclusione), in relazione al quale il Tribunale di Milano non ha riconosciuto alcun motivo di assoluzione e ha ritenuto corretto classificare il fatto come grave lesione personale (ai sensi degli articoli 582 e 583 del Codice Penale)[27].
b) L'altra sentenza si riferisce a una denuncia presentata alla Procura di Milano da una coppia di genitori islamici contro il capo di un centro islamico in Italia e contro due medici (un algerino ed un etiope) che, nel 1998, avevano sottoposto ad infibulazione la figlia di sei mesi[28].

Esiste anche una sentenza del Tribunale dei Minori di Torino sul caso di una bambina, figlia di genitori nigeriani, sottoposta a MGF in Nigeria. Al suo ritorno in Italia, la minorenne ebbe un grave ascesso nell'area genitale e fu quindi ricoverata in ospedale a Torino. Il Tribunale dei

[26] https://www.csm.it/documents/21768/87316/Risoluzione+sulle+linee+guida+in+tema+di+organizzazione+e+buone+prassi+per+la+trattazione+dei+procedimenti+relativi+a+reati+di+violenza+di+genere+e+domestica/4799cbdc-4af8-a794-f908-e1b38b7bc1fa .

[27] Trib. Milano, sez. IV penale, sent. 25/11/1999, in *Diritto, immigrazione e cittadinanza*, 2, 2000, 148 ss.

[28] Menzionato in PAGANELLI M., VENTURA F., Una nuova fattispecie delittuosa: le mutilazioni genitali femminili, in Rassegna italiana di criminologia, 3-4, 2004, p. 455.

Minori intervenne, tolse la bambina ai genitori e ordinò un'indagine sulla famiglia, con l'aiuto di un mediatore culturale. L'indagine mise in luce la natura positiva della relazione familiare: la bambina era stata operata in Nigeria in una clinica statale; era stata poi seguita bene dai suoi genitori in ospedale a Torino. Inoltre, il mediatore riferì che secondo le usanze del gruppo etnico Edo, a cui appartenevano i suoi genitori, una donna non soggetta a MGF viene emarginata dalla comunità e rischia di non trovare un marito (tanto che tali interventi non sono sanzionati dalle autorità locali). La corte, aderendo al ragionamento del mediatore culturale, ritenne di dover riaffidare la bambina ai suoi genitori, ma ordinò la vigilanza dei servizi sociali. A questo proposito, si è ritenuto spesso che i genitori di bambine sottoposte a mutilazione possano essere, sotto tutti gli altri aspetti, le persone migliori per crescerle[29]. L'allontanamento dalle famiglie e ancor più la scelta di criminalizzare - e infine imprigionare - i loro genitori, secondo l'esperto coinvolto, avrebbero prodotto gravi danni aggiuntivi per l'intera famiglia[30]. Questa faccenda ebbe anche un impatto criminale. Ci fu un reclamo per lesioni personali gravi, ma poi il caso fu chiuso con l'archiviazione, perché il procuratore ritenne che i genitori volessero sottoporre la figlia a pratiche di mutilazione pienamente accettate dalle tradizioni (e dalle leggi) locali del loro paese, considerando che anche la madre aveva subìto lo stesso intervento.

Dopo l'entrata in vigore della legge n. 7/2006, nonostante il nuovo quadro giuridico completo, negli ultimi dieci anni è stato perseguito solo un caso: una donna nigeriana aveva praticato la MGF su una bambina di due mesi ed era stata arrestata proprio prima di eseguire la MGF su una bambina di 20 giorni. Ne risultò una condanna di un anno e otto mesi per la mutilatrice (ai sensi dell'art. 583 bis comma 2 del Codice Penale, con l'attenuante della lesione minore, e dell'articolo 348 del codice penale riguardante la pratica sanitaria abusiva). Anche i genitori furono condannati (8 mesi la madre e 4 mesi il padre) per concorso di colpa, con l'attenuante di lesioni lievi. I genitori furono poi assolti in appello per assenza di dolo.[31]

Gli articoli 3 e 5 della legge svolgono un importante ruolo di prevenzione e informazione. Gli articoli mirano, rispettivamente, a promuovere campagne di informazione e ad istituire un numero verde, a prevenire atti di mutilazione e ad aiutare i sopravvissuti a ricevere segnalazioni di tali crimini. Tuttavia, assolutamente insufficiente, se non inesistente, è stata ed è la formazione delle forze dell'ordine, del personale scolastico, degli operatori sanitari e sociali e della magistratura. Le attività di sensibilizzazione rivolte alle ragazze e alle loro famiglie nelle scuole, nelle comunità culturali e religiose sono completamente trascurate.

In sintesi, la mancanza di applicazione della legge n. 7/2006 sembra essere radicata principalmente:

[29] Tribunale dei Minori di Torino, 17 Luglio 1997, Minori Giustizia, 3, 1999

[30] Vedi FACCHI A., Politiche del diritto, mutilazioni genitali femminili e teorie femministe: alcune osservazioni, in Diritto, immigrazione e cittadinanza, 4, 2004, pp.20-21; Di PIETRO F., Le norme sul divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile, in Diritto&diritti.

[31] Tribunale di Verona, 14/4/2010; Corte d'Appello di Venezia, 23/11/2012, n.1485.

a) nella mancanza dell'attuazione dei suoi principi di base;
b) nella mancanza di prevenzione, informazione, sensibilizzazione e assistenza alle sopravvissute;
c) nella mancanza di coordinamento tra le istituzioni pertinenti coinvolte nell'efficace attuazione della Legge 7/2006;
d) nella mancanza di fondi per l'attuazione della Legge;
e) nell'opinione che la natura repressiva della legge e il suo impatto sui rapporti familiari siano controproducenti o prevalgano sulla natura criminale delle MGF;
f) nella mancanza di conoscenza circa la natura delle MGF e/o delle disposizioni di legge in materia da parte dei responsabili della protezione dei bambini e dei pubblici ministeri

4.2 Panoramica dei metodi per la stima della prevalenza e la raccolta di dati in Belgio, Francia e Italia

4.2.1. Belgio

In Belgio sono state prodotte diverse stime di prevalenza. L'ICRH ha condotto le prime stime indirette nel 1998, seguite da una seconda stima nel 2003[32]. Le fonti erano i dati di prevalenza dei paesi africani e l'Ufficio Nazionale di Statistica belga. Tuttavia, tali stime avevano dei limiti: etnia o regione di origine non erano disponibili, i migranti privi di documenti, i rifugiati e i richiedenti asilo erano esclusi e la seconda e la terza generazione non erano prese in considerazione.

Nel 2008, una terza stima indiretta è stata effettuata da ICHR e dall'Institute for Tropical Medicine, Kind & Gezin (K&G) / Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) e International Social Survey Program (ISSP). Lo studio ha tentato di superare problemi emersi precedentemente, attraverso l'inclusione di: 1) informazioni su donne migranti che hanno adottato la nazionalità belga; 2) stime di ragazze da 0 a 5 anni, nate tra il 1998 e il 2007 da donne di MGF provenienti da paesi a rischio e 3) informazioni parziali sui richiedenti asilo. Tuttavia, etnia o regione di origine non erano disponibili, né informazioni sulla popolazione femminile priva di documenti, sulla popolazione femminile nel Registro di Attesa (registro delle domande di asilo e di residenza) e informazioni sulla seconda generazione.

Gli aggiornamenti sono stati effettuati nel 2012 e nel 2018 dal Ministero della Salute. Nello studio del 2012 ci sono stati ulteriori miglioramenti, quali l'inclusione di: 1) dati sull'Iraq; 2) dati sulle donne richiedenti asilo; 3) dati completi di ragazze nate da madri provenienti da paesi a

[32] "A call for global action" Toubia N., 1995 per la prima stima e "WHO, 2001. Teacher's guide" per la seconda.

rischio e 4) di aggiornamenti di DHS / MICS[33]. Nello studio del 2018 i miglioramenti apportati riguardano l'inclusione di: 1) dati sull'Indonesia (dati di prevalenza 2013); 2) dati su donne prive di documenti; 3) l'età all'arrivo in Belgio (per stimare le ragazze a rischio o con MGF al momento dell'arrivo) e 4) del numero di ragazze che ha ricevuto protezione internazionale per sfuggire alle MGF[34].

Secondo uno studio del 2014 condotto dall'Istituto di Medicina Tropicale di Anversa per conto del Ministero della Salute, il 31 dicembre 2012 si stima che 48.000 donne e ragazze che vivono in Belgio provenissero da un paese in cui le MGF sono prevalenti. Tra queste, circa 13.000 avevano probabilmente subito una forma di mutilazione e 4.000 erano a rischio. La maggior parte dei casi si trovano nella Regione Fiamminga e in quella di Bruxelles (con cifre per le persone colpite o a rischio stimate rispettivamente a 6.800 e 5.800), seguite dalla Regione Vallona (3.300). Si ritiene che le richiedenti asilo rappresentino altri 1.300 casi. Il numero totale di donne e ragazze colpite in Belgio è una stima bassa dato il continuo afflusso di rifugiati dai paesi che praticano le MGF come la Somalia e l'Eritrea.

Il Piano di Azione Nazionale (PAN) 2015-2019 contro la violenza di genere[35] prevede misure specifiche riguardanti la raccolta di dati sulle MGF e la misurazione della prevalenza. In particolare, raccomanda di sviluppare ulteriormente la registrazione dei casi di MGF negli ospedali e di organizzare campagne di sensibilizzazione e informazione nelle unità di ginecologia e in quelle di pronto soccorso. Raccomanda inoltre di aggiornare il già citato studio del 2014 sulla prevalenza e il rischio di MGF in Belgio.

Cause giudiziarie, azioni penali e ordinanze dei tribunali

Dal 2008, i casi giudiziari relativi alle MGF vengono registrati attraverso un codice specifico. Nel 2017 è entrata in vigore una circolare congiunta[36] del Ministro della Giustizia e del Collegio dei Procuratori per definire le procedure della Procura della Repubblica per le indagini e il perseguimento di violenze legate all'onore, MGF e matrimoni e convivenze forzati. La circolare ha l'obiettivo - oltre che di sensibilizzare i professionisti legali e gli agenti delle forze dell'ordine su queste forme di violenza e fare in modo che possano svolgere le indagini in modo adeguato - anche di migliorare la codifica e la raccolta di dati statistici, a questo fine promuovendo lo scambio di informazioni e la collaborazione tra il sistema giudiziario e l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH). Il rapporto intermedio sull'attuazione del Piano d'Azione Nazionale di lotta alla violenza di genere 2015-2019 evidenzia che nel periodo 2013-2016 sono

[33] "Studie over de prevalentie van en het risico op vrouwelijke genitale verminking in België (samenvatting), 2014", disponibile su : http://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/prevalentie_genitale_verminking.pdf .
[34] "Schatting van de prevalentie van in België wonende vrouwen en meisjes die vrouwelijke genitale verminking ondergingen of het risico lopen om verminkt te worden, 2018", disponibile su: http://igvmiefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/20180302_fgm_prevalencestudy_12_pages_nl.pdf

[35] Disponibile su: https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/dossier_de_presse_etendue.pdf
[36] COL 6/2017

state fatte 7 denunce di casi MGF (nessuna nel 2016). Il rapporto segnala inoltre 11 casi di MGF registrati tra il 2013 e il 2016 nelle procure del Belgio[37].

Casi di protezione dell'infanzia

Per quanto riguarda i casi di protezione dei minori legati alle MGF, due ONG belghe, GAMS e INTACT insieme alla rete Strategie concertate contro le mutilazioni genitali femminili (Stratégies Concertées-MGF), hanno sviluppato un protocollo e strumenti per la prevenzione delle MGF. È in atto un sistema di registrazione che monitora le situazioni di rischio che vengono portate alla loro attenzione (19 casi nel 2016), tuttavia non sono stati pubblicati numeri e non è chiaro quanti professionisti siano stati formati sull'uso di questo protocollo né se il sistema di registrazione sia efficace nel monitoraggio delle situazioni di rischio o se possa essere utilizzato per raccogliere dati amministrativi.

Registri ospedalieri

Il Belgio è considerato una buona pratica in termini di raccolta di dati negli ospedali, poiché i dati vengono immessi utilizzando il sistema internazionale di classificazione delle malattie (ICD) dell'Organizzazione mondiale della sanità. Nel 2012 è stata condotta una vasta formazione per il personale sanitario sulle MGF e nel periodo 2013-2014 è stato avviato un progetto pilota per valutare la registrazione dei casi di MGF negli ospedali. Il progetto ha coinvolto 10 ospedali che erano stati precedentemente coinvolti anche nella formazione. In seguito alla formazione, il numero di casi registrati di MGF è aumentato di 2,5 volte rispetto alla media degli anni precedenti, confermando così che negli anni passati i dati erano stati riportati in modo parziale e non accurato, a causa della mancanza di informazioni e conoscenze del personale responsabile della registrazione, della raccolta e della classificazione dei dati medici. Come accennato, il PAN 2014-2019 raccomanda di espandere la raccolta di dati negli ospedali e la formazione del personale medico.

Domande di asilo

In Belgio, l'Ufficio del Commissario Generale per i Rifugiati e gli Apolidi (CGRS) è responsabile per il riconoscimento dello status di rifugiato e della protezione sussidiaria. Personale appositamente formato si occupa in modo dei sopravvissuti alla violenza di genere, tra cui le MGF. Alcune statistiche sulle domande di asilo per ragioni di MGF sono state disponibili in passato in modo frammentato, ma non sono incluse nelle relazioni o indagini annuali più recenti. Il summenzionato PAN 2014-2019 raccomanda l'introduzione di meccanismi specifici per rilevare le MGF nelle strutture di accoglienza, come l'inclusione di un riferimento specifico per le MGF, anche per garantire un follow-up *ad hoc* alle sopravvissute (assistenza socio-medica, informazioni sul quadro giuridico in materia di MGF in Belgio, informazioni sulle organizzazioni che forniscono supporto).

[37] Disponibile su: https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/evaluatierapport_fr.pdf

4.2.2. Francia

In Francia non ci sono statistiche ufficiali sulle MGF, ma sono stati condotti alcuni studi sulla prevalenza. Uno studio dell'Istituto nazionale di studi demografici (INED) condotto fra il 2007 e il 2009[38] ha stimato, secondo il metodo indiretto, che nel 2004 53.000 donne residenti in Francia potevano aver subito MGF. Lo studio mirava anche - attraverso un sondaggio condotto su un campione di popolazione di quasi 3.000 persone in cinque regioni (Île-de-France, Provenza-Alpi-Costa Azzurra, Nord-Passo di Calais, Paesi della Loira e Alta Normandia) - a comprendere le dinamiche familiari e culturali attorno alla pratica e quale impatto può avere la migrazione su tali dinamiche. Le donne comprendono molto facilmente le conseguenze delle MGF sui diritti sessuali e riproduttivi, mentre per gli uomini non è così chiaro. Per molte donne africane che vivono in Francia, il rischio che le figlie vengano mutilate è più legato ai viaggi in Africa. Le pressioni familiari svolgono ancora un ruolo significativo, indipendentemente dal tempo trascorso al di fuori della comunità di origine. Il rischio di essere mutilate per le figlie nate o che vivono in Francia dipende molto da tali pressioni, dal rifiuto o dall'accettazione delle madri nei confronti della nuova cultura e dal livello di socializzazione delle madri e delle famiglie in Francia. Gli uomini possono svolgere un ruolo importante nell'aumentare il rischio di mutilazione, laddove cercano di controllare la sessualità delle loro figlie. Inoltre, lo studio ha evidenziato la mancanza di: conoscenza dei diritti riproduttivi, in particolare negli uomini; comunicazione e dialogo all'interno della famiglia su questioni relative alle MGF; conoscenza della questione da parte degli operatori sanitari; informazioni fornite attraverso i media, in particolare la televisione; luoghi in cui le donne possano condividere i propri pensieri e cercare aiuto.

Un altro studio sulla prevalenza commissionato dal Ministero della Salute e pubblicato nel 2007 ha stimato che 61.000 donne di età superiore ai 18 anni residenti in Francia potrebbero essere state sottoposte a MGF[39].

Entrambe le stime non tengono conto della popolazione priva di documenti, dei richiedenti asilo e della popolazione di età inferiore ai 18 anni.

Per quanto riguarda la popolazione a rischio, secondo l'EIGE[40] nel 2018 si tratta di una cifra compresa fra il 12 e il 21% delle 205.683 ragazze di età tra 0 e 18 anni residenti in Francia e originarie di paesi in cui è praticata la MGF.

[38] *Andro, A., Lesclingand, M., Cambois, E., & Cirbeau, C. (2009).* Excision et Handicap (ExH): Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice*, Paris: INED.*

[39] *Andro A. Lesclingand M.* Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France. Ined- Populations et Sociétés. *2007;(438): 1-4.*

[40] « Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union - Belgium, Greece, France, Italy, Cyprus and Malta » EIGE 2017-2018

Un articolo pubblicato a luglio 2019[41] aggiorna le cifre del 2007-2009, integrando anche le seconde generazioni e facendo riferimento non solo al rischio legato alla prevalenza nei paesi di origine, ma alla mitigazione di tale rischio dovuta alla migrazione stessa. La popolazione di riferimento è rappresentata da tutte le donne provenienti da un "paese a rischio" che vivono in Francia, comprese la prima e la seconda generazione (queste ultime sono rappresentate da donne nate in Francia e di cui almeno uno dei genitori è nato in un "paese a rischio"). Mentre nella prima generazione viene applicato il rischio legato alla prevalenza nel paese di origine, nella seconda generazione tale rischio è mitigato da ipotesi di adattamento e socializzazione, che riflettono un graduale cambiamento di standard e comportamenti a seguito della migrazione. Il risultato dell'analisi è che il numero totale stimato di donne adulte mutilate che vivono in Francia è 124.355, di cui 86.343 di prima generazione e 38.012 di seconda generazione.

In Francia non esistono statistiche che raccolgano dati amministrativi sulle MGF, il che si traduce in una mancanza di informazioni importanti che potrebbero aiutare a monitorare la progressione della prevalenza, fornire una visione più accurata del problema ed effettuare una migliore valutazione delle politiche attuate. Il rapporto informativo "Le mutilazioni sessuali femminili: una minaccia sempre presente, una mobilitazione da rafforzare" presentato al Senato nel maggio 2018 dalla Commissione per i Diritti della Donna, rappresentata da Marta de Cidrac e Maryvonne Blondin, evidenzia la mancanza di statistiche e raccomanda a tal fine l'inclusione delle MGF nel sondaggio nazionale sulla violenza contro le donne "Virage".

Il Piano d'Azione Nazionale per l'eradicazione delle MGF[42], lanciato nel 2019, prevede inoltre lo sviluppo di un efficace sistema di raccolta dei dati al fine di migliorare le conoscenze e condurre una migliore valutazione della prevalenza.

Cause giudiziarie, azioni penali e ordinanze giudiziarie

Sebbene sia noto il numero di casi di MGF portati in tribunale dal 1985 ed esista un'ampia letteratura che analizza tali casi e quindi fornisce informazioni utili per valutare l'efficacia e l'impatto della legge, non esiste una raccolta sistematica di dati sulle MGF in tribunale o nelle forze dell'ordine, né uno scambio di informazioni tra i due settori. I dati rilevanti per casi sospetti, "rumors" segnalati (ad esempio di mutilazioni praticate durante le vacanze nel paese di origine) o per casi non portati in tribunale non vengono registrati, causando così un importante gap nel monitoraggio dell'evoluzione della legge e della sua percezione da parte delle comunità migranti.

Casi di protezione dell'infanzia

[41] *Marie Lesclingand, Armelle Andro, Théo Lombart.* Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France. *15/02/2019, Bulletin épidémiologique hebdomadaire ; Santé Publique France. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/21/pdf/2019_21_1.pdf*

[42] www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2019/06/mutilations_sexuelles_feminines_2019_plan_national_3.pdf

L'art. L226-3 del codice dell'Azione Sociale e della Famiglia afferma che il presidente del consiglio dipartimentale è responsabile della raccolta, dell'elaborazione e della valutazione delle informazioni che riguardano minori in pericolo o a rischio. Sono state create delle unità per la raccolta, l'elaborazione e la valutazione delle informazioni che destano preoccupazione. Esiste un apposito sistema di registrazione per i casi relativi alle MGF nel sistema della protezione dei minori. Al fine di valutare l'efficacia delle politiche di protezione dell'infanzia messe in atto in caso di MGF, dovrebbero essere rese disponibili statistiche per permettere ulteriori analisi e valutazioni.

Registri ospedalieri

Non esiste un sistema organizzato di raccolta dei dati sulle MGF negli ospedali. Solo strutture specializzate nella chirurgia ricostruttiva hanno un sistema di registrazione dei dati, che per definizione ha una portata molto limitata. Le MGF possono certamente essere rilevate e monitorate nelle strutture pubbliche almeno durante le gravidanze e i parti. Come accennato, le informazioni comunicate dagli ospedali al CIRP dovrebbero essere rese disponibili a fini statistici. Un sistema di registrazione comune che codifichi i casi di MGF dovrebbe essere introdotto a livello nazionale.

Domande di asilo

L'articolo L. 752-3 del Codice per l'Ingresso e il Soggiorno degli Stranieri e il Diritto di Asilo prevede il controllo periodico dell'integrità fisica delle bambine esposte al rischio di MGF e protette per questo motivo. Al fine di garantire una protezione efficace, l'Ufficio per la Protezione dei Rifugiati e degli Apolidi (OFPRA) richiede che il rappresentante legale della bambina che gode dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria, fornisca un esame medico della bambina, che attesti l'assenza di mutilazioni sessuali. L'esame viene eseguito ogni cinque anni, a meno che l'Ufficio non abbia seri motivi per ritenere che nel frattempo sia stata praticata la MGF. La mancata presentazione di questo accertamento medico comporta un rapporto al Pubblico Ministero e al Presidente del Consiglio dipartimentale in applicazione dell'articolo 40 del Codice di procedura penale e dell'articolo 375 del la Codice civile. L'OFPRA raccoglie dati in modo sistematico riguardante le richieste di protezione per MGF, classificando la popolazione femminile per età e paese di origine. Nel 2017 oltre 6.000 ragazze e giovani donne sono state poste sotto la protezione dell'OFPRA contro il rischio di MGF (+ 14% rispetto al 2016)[43].

4.2.3. Italia

In Italia, soprattutto a partire dall'entrata in vigore della legge 7/2006, sono stati condotti numerosi studi con l'obiettivo di supportare la pianificazione delle risorse e l'elaborazione delle politiche e di far avanzare il dibattito metodologico sui metodi di stima.

[43] https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/les-donnees-de-l-asile-2017-a-l.

Nel 2009 il Ministero per le Pari Opportunità ha finanziato lo studio "Valutazione qualitativa e quantitativa del fenomeno delle MGF" con fondi stanziati dalla legge 7/2006. Lo studio ha tentato la prima stima della prevalenza di MGF in Italia ed è stato condotto seguendo il metodo indiretto basato sui dati di prevalenza dei paesi in cui vengono praticate le MGF, aumentando le cifre del 20% per riflettere la percentuale di migranti illegali in Italia (1 su 5) e mitigare il risultato sottraendo un 30%, poiché dalle interviste qualitative è emerso che la migrazione svolge un ruolo importante nel cambiamento del comportamento. Secondo lo studio, nel 2008 circa 35.000 donne in Italia erano state vittime di MGF, più probabilmente nel loro paese di origine.

Come osservato anche in Francia, uno studio condotto nel 2014[44] ha confermato che la migrazione ha un ruolo centrale nel ridurre il rischio per le ragazze migranti di seconda generazione di essere mutilate. Molto probabilmente, il fattore di mitigazione è collegato ai cambiamenti negli atteggiamenti dei genitori nei confronti della pratica, all'inclusione in ambienti che non legittimano le MGF, all'applicazione della legge e alle campagne internazionali che vietano le MGF. Sulla base di questi risultati, nonché dei risultati dell'indagine FGM-PREV[45] tenutasi in Italia nel 2016, nel 2018 è stato pubblicato un altro studio[46] utilizzando metodi di stima sia diretti che indiretti. La stima diretta della prevalenza è stata eseguita per 9 comunità utilizzando i risultati dell'indagine FGM-PREV, mentre la prevalenza per le comunità non coinvolte nell'indagine è stata stimata utilizzando la stima indiretta (estrapolazione del metodo dei dati di prevalenza dei paesi MGF) con correzioni basate su fattori qualitativi, anche legati alla migrazione. Si stima che nel 2016 in Italia vi fossero dalle 60.000 alle 80.000 donne nate all'estero di età pari o superiore a 15 anni e dalle 11.000 alle 13.000 richiedenti asilo di età pari o superiore a 15 anni che avevano subito MGF. Per quanto riguarda le ragazze a rischio, secondo l'EIGE[47] nel 2018 su 76.040 ragazze di età compresa tra 0 e 18 anni residenti in Italia e provenienti da paesi in cui vengono praticate la MGF, tra il 15 e il 24% sono a rischio.

I dati amministrativi sono raccolti da forze di polizia, ospedali (in varie regioni esistono centri dedicati alle MGF all'interno di strutture sanitarie) o altre amministrazioni, ma non esiste un sistema di raccolta sistematico e coordinato né definizioni o unità di misura comuni a livello nazionale.

Cause giudiziarie, azioni penali e ordinanze giudiziarie

[44] The mother to daughter transmission of female genital cutting in emigration as evidenced by Italian survey data. P Farina, L Ortensi. IT, 2014.
[45] Vedi nota 8
[46] Female genital mutilation/cutting in Italy: an enhanced estimation for first generation migrant women based on 2016 survey data. Livia Elisa Ortensi, Patrizia Farina and Els Leye. Published in BMC Public Health, (2018)
[47] Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union - Belgium, Greece, France, Italy, Cyprus and Malta. EIGE 2017-2018

Come accennato, pochissimi casi di MGF sono stati portati in tribunale. Non viene condotto alcun monitoraggio ufficiale su casi giudiziari relativi alle MGF, azioni penali e ordinanze giudiziarie. A differenza del settore sanitario, non esiste alcuna disposizione né raccomandazione specifica sulla raccolta di dati o sull'introduzione di codici di identificazione *ad hoc* per tali casi. Nel 2009 è stato attivato un numero verde contro le MGF, gestito dalla Direzione Centrale Anticrimine del Dipartimento di Pubblica Sicurezza del Ministero degli Interni. Il numero riceve segnalazioni e notizie/ notifiche? di reati e fornisce informazioni su strutture sanitarie e organizzazioni di volontariato che lavorano su MGF. I dati e le statistiche riguardanti le segnalazioni e le richieste effettuate tramite il numero non sono disponibili.

Casi di protezione dell'infanzia

Qualsiasi persona o istituzione venuta a conoscenza di una situazione dannosa o pericolosa per la salute fisica o mentale di un minore può riferire all'Autorità giudiziaria. Le segnalazioni possono riguardare situazioni che incidono sulla salute mentale e fisica di un minore (area civile) o reati o relativi rischi (area criminale). La segnalazione è obbligatoria in caso di reato se questa persona o istituzione è un pubblico ufficiale o un funzionario di servizio pubblico (insegnanti, personale sanitario, assistenti sociali). Non sono disponibili dati da parte dell'Autorità Giudiziaria su ragazze che hanno subito o sono a rischio di MGF.

Le Linee Guida per gli operatori che lavorano sulle MGF pubblicate nel 2007 dal Dipartimento per le Pari Opportunità[48] hanno fornito indicazioni agli insegnanti in caso di percezione di una situazione di rischio di MGF, raccomandando un protocollo di riferimento che coinvolga psicologi e assistenti sociali che lavorano con scuole e / o strutture specializzate, che possono verificare tale rischio e fornire l'assistenza necessaria a scuole, ragazze e famiglie. Le linee guida hanno anche suggerito che ovunque vi sia una percezione di un rischio effettivo di MGF per le ragazze che vivono in famiglie seguite da servizi sociali, è importante coinvolgere la scuola, i servizi sanitari e la polizia.

Registri ospedalieri

I dati sulle MGF provenienti da cartelle cliniche o ospedaliere non sono sistematicamente e coerentemente raccolti a livello nazionale e pertanto non esistono statistiche ufficiali. Le citate Linee Guida del 2007 raccomandavano l'importanza di registrare e codificare in modo omogeneo le diagnosi di MGF e gli interventi di deinfibulazione effettuati negli ospedali italiani. Le linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di MGF pubblicate nel 2018 dal Dipartimento per le Pari Opportunità[49] forniscono un modulo per la valutazione del rischio di MGF, per differenziare le donne con mutilazioni e le giovani donne e ragazze a rischio. Ci sono

[48] Linee Guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche (2007)

[49] "Linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminili (MGF) o altre pratiche dannose" Dipartimento per le Pari Opportunità. 2018

alcuni ospedali e strutture[50] che hanno istituito punti focali o unità di MGF, che forniscono assistenza sanitaria alle donne che soffrono di problemi legati alle MGF. In questo contesto, i dati vengono raccolti e registrati. Tuttavia, un sondaggio elaborato da Differenza Donna su 154 strutture sanitarie in Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Veneto, Umbria e Sicilia per valutare le conoscenze degli operatori sanitari sulle MGF, ha confermato che manca generalmente la conoscenza della pratica e che i dati non vengono raccolti in modo omogeneo e sistematico.

Domande di asilo

In seguito al recepimento delle Direttive europee sull'Asilo[51], le MGF sono riconosciute come atto di persecuzione e la legge offre protezione a chi ha timore di essere sottoposta, o che lo siano le proprie figlie, alla mutilazione genitale, garantendo la predisposizione di misure d'accoglienza e di servizi adeguati alla situazione specifica.

Le MGF sono specificatamente menzionate nelle "Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale" del Ministero della Salute (2017)[52].

Inoltre, il Manuale Operativo per l'attivazione e la gestione dei servizi di accoglienza Integrata in favore di richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale umanitaria del Ministero dell'Interno (2018) dedica un capitolo specifico all'accoglienza di donne e/o minori con MGF[53]

In Italia, le richieste di asilo possono essere presentate alla polizia di frontiera o all'ufficio immigrazione in qualsiasi quartier generale della polizia (Questura). In seguito alla presentazione formale della domanda, la Questura deve rilasciare al richiedente un permesso di soggiorno valido per tre mesi (e rinnovabile fino alla fine della procedura) oppure, in alcuni casi stabiliti dalla legge, inviarlo presso un Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo (CARA). Le domande sono valutate in primo grado dalle Commissioni territoriali per la protezione internazionale. Ciascuna Commissione è composta da un funzionario dell'UNHCR, un rappresentante dell'amministrazione locale, un funzionario di Polizia di Stato e un rappresentante dell'Ufficio Territoriale di Governo (Prefettura).

La Commissione nazionale ha potere decisionale nei casi di revoca e cessazione della protezione internazionale, coordina l'attività delle Commissioni territoriali e ne nomina i

[50] Emilia Romagna: Aziende USL Modena and Bologna; Friuli Venezia Giulia: Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), Trieste; Lazio: Ospedale San Camillo (Roma); Istituto Nazionale salute, Migrazioni e Povertà (INMP) (Roma); Lombardia: Ospedale San Paolo (Milano); Ospedale San Carlo (Milano); Piemonte: Ospedale Sant'Anna (Torino); Sicilia: INMPS Sicilia, c/o Ospedale Civico – Benfratelli (Palermo); Toscana: Ospedale Universitario Careggi (Firenze); Umbria: Centro umbro di riferimento per lo studio e la prevenzione delle MGF (Perugia).

[51] Direttive 2011/95/UE, 2013/32/UE e 2013/33/UE recepite rispettivamente, la prima, dal Decreto legislativo 21 febbraio 2014, n. 18 e le altre due dal Decreto Legislativo 18 agosto 2015, n. 142.

[52] http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf

[53] https://www.sprar.it/wp-content/uploads/2018/08/SPRAR-Manuale-Operativo-2018-08.pdf

componenti, raccoglie informazioni e dati statistici utili al monitoraggio delle domande di asilo e dell'afflusso dei richiedenti asilo. I membri sono designati con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, sono tutti pubblici funzionari e il Presidente è un Prefetto. L'UNHCR partecipa alle attività della Commissione nazionale, ma senza diritto di voto.

I dati sui richiedenti asilo sono pubblicati dall'Istituto statistico nazionale italiano (ISTAT), ma non vengono specificate le ragioni delle richieste. Non ci sono dati precisi a livello nazionale sulle richieste di asilo per MGF. Secondo le stime dell'EIGE[54], considerando una popolazione totale di 872 ragazze richiedenti asilo di età compresa tra 0 e 18 anni originarie di paesi in cui si praticano le MGF, si stima che in Italia il 9 % sia a rischio (dati 2016). Per quanto riguarda la raccolta dei dati, l'EIGE raccomanda di:

- Disaggregare i dati sull'età per intervalli di un anno anziché per gruppi di età di cinque anni;
- Fornire dati sulle nascite nel 2016 per informazioni più precise sul numero di ragazze di seconda generazione;
- Provvedere a guasti generazionali per i dati delle autorizzazioni;
- Raccogliere dati su domande di asilo relative a MGF;
- Raccogliere dati sulla migrazione irregolare / non documentata.

4.3 Panoramica delle politiche di prevenzione in Belgio, Francia e Italia

4.3.1. Belgio

Le MGF sono state incluse come forma di violenza di genere nel Piano d'Azione Nazionale contro la violenza di genere già a partire dal 2010, grazie ad un intenso lavoro di advocacy condotto in Parlamento dalle OSC e da deputati fortemente impegnati nella lotta. Questo lavoro nel corso degli anni ha prodotto diversi importanti risultati, come la realizzazione di uno studio sulla prevalenza nel 2011, sessioni di formazione per operatori sanitari in ospedali nel 2012 e la valutazione e il successivo miglioramento del sistema di registrazione dei dati relativi alle MGF nei registri ospedalieri (2012) e nel sistema giudiziario (2017). Il ruolo della società civile è stato dunque cruciale. Al fine di coordinare le azioni e massimizzarne l'impatto, nel 2008 è stata creata la Strategia Concertata per Combattere le Mutilazioni Genitali Femminili (CS-MGF)[55]. Si tratta di una rete nazionale coordinata dal GAMS e formata da rappresentanti di vari settori coinvolti nella prevenzione delle MGF: società civile, sanità, istruzione permanente, assistenza all'infanzia, magistratura, assistenza ai richiedenti asilo e assistenza ai giovani, comunità di migranti e politici. L'obiettivo della rete è migliorare la qualità della prevenzione e del supporto alle donne. La rete ha organizzato numerosi eventi e seminari e ha

[54] "Mutilazioni genitali femminili Quante ragazze sono a rischio in Italia?" EIGE. 2018
[55] http://www.strategiesconcertees-mgf.be/

sviluppato numerosi toolkit per professionisti, tra cui il kit di prevenzione delle MGF e il manuale di buone prassi sulle MGF. Il kit di prevenzione è stato messo a punto nel 2014 dal GAMS insieme a INTACT e CL-MGF e contiene strumenti utili per il personale sanitario, gli assistenti sociali e i professionisti legali, che spesso non sono muniti delle conoscenze adeguate ad affrontare situazioni legate alle MGF o a gestire casi a rischio.

Le strategie di prevenzione sono state sviluppate attraverso ampie consultazioni che hanno coinvolto OSC, ospedali, medici, servizi sanitari, forze dell'ordine, governo, ecc. Nel 2011 un gruppo di OSC, con il finanziamento del Ministero della Salute, ha sviluppato delle linee guida per i professionisti (operatori psicosociali, professionisti nelle strutture di assistenza all'infanzia, insegnanti, avvocati e polizia) che lavorano con le comunità a rischio, per informarli meglio e aiutarli a fornire un sostegno più efficace alle famiglie, un'assistenza sanitaria più appropriata e una migliore consulenza legale.

L'attuale curriculum medico non copre le MGF. Tuttavia, il Ministero della Salute ha prodotto linee guida specifiche per i medici professionisti in francese e fiammingo che, dal 2011, sono state distribuite ai reparti ospedalieri di maternità e pediatria. Il Ministero della Salute ha anche prodotto un opuscolo che descrive in dettaglio i tipi di MGF e le tecniche di disinfezione. Questo opuscolo, che è stato approvato dall'associazione dei ginecologi belga, è stato distribuito ai servizi di maternità per essere utilizzato da ostetriche e ginecologi durante le consultazioni. È stata inoltre sviluppata una scala di rischio, disponibile in francese e fiammingo, in formato cartaceo ed elettronico, che aiuta a valutare ogni situazione particolare, fornendo istruzioni adeguate. Una versione adattata al contesto fiammingo è stata approvata dal Forum fiammingo contro l'Abuso sui Minori (VFK), che ha creato gruppo di lavoro specifico sulle MGF. Questa scala di rischio è stata ampiamente utilizzata nella formazione professionale.

Tra le azioni più recenti attuate in Belgio per quanto riguarda la prevenzione delle MGF vi sono: l'apertura dei primi due centri per l'assistenza multidisciplinare delle donne affette da MGF (compresa la ricostruzione del clitoride), presso CHU St-Pierre, Bruxelles e UZ Gand, entrambi approvati da INAMI / RIZIV (Istituto nazionale belga per l'assicurazione malattia e invalidità) nel 2014; la pubblicazione online nel 2015 di informazioni sulla salute sessuale in varie lingue, tra cui le MGF, a cura di Sensoa (Centro Fiammingo per la Salute Sessuale) e BZgA (Centro Federale Tedesco per l'Educazione alla Salute)**;** il lancio nel 2016 del summenzionato progetto "Men Speak Out", coordinato da GAMS. L'azione mirava a cambiare le percezioni e ad aumentare la consapevolezza tra gli uomini nella lotta contro le MGF. GAMS è stato in grado di formare 43 relè francofoni attivi a Bruxelles e in Vallonia e 21 nelle Fiandre (Anversa e Gand). Ha inoltre sensibilizzato le comunità sulle MGF, ha indirizzato le persone ai servizi appropriati, ha facilitato l'accesso ai servizi medici o legali per le donne, ecc. Per quanto riguarda la prevenzione nelle scuole, sono state formulate delle raccomandazioni in collaborazione con i Centri di Promozione della Salute nelle Scuole (PSE), che si focalizzano sugli incontri con i genitori e prevedono eventualmente, nel corso di questi incontri e qualora fosse opportuno,

degli esami dei genitali delle ragazze. Il GAMS ha organizzato nella regione delle Fiandre una campagna di sensibilizzazione e formazione incentrata sul miglioramento del rilevamento e del trattamento dei problemi relativi alle MGF. L'obiettivo è ridurre le conseguenze per la salute, lo stato psicologico e l'adattamento sociale delle ragazze e delle donne interessate, offrendo sostegno medico e psicologico[56].

4.3.2. Francia

La Francia si è concentrata principalmente sulla criminalizzazione della pratica. I primi strumenti di prevenzione sono stati adottati a metà degli anni '90, sebbene la maggior parte sia stata sviluppata e attuata dopo la legge n. 2006-399 dell'aprile 2006[57], che trattava la violenza perpetrata dalle coppie contro i bambini. Tali politiche consistevano principalmente in programmi di formazione e informazione nel settore sociale, educativo e sanitario a livello regionale e nazionale. Queste misure, anche se non ufficialmente riunite in un testo unico, sono state spesso indicate come "il Piano d'Azione sulle MGF". Le MGF sono state poi incluse anche nel "Piano d'Azione Nazionale sulla Violenza contro le Donne 2008-2010". Il piano successivo, per il periodo 2011-2013, contiene un capitolo specifico sulle MGF, con una serie dettagliata di misure e un budget di € 288.500. Tali misure prevedono attività di divulgazione dei dati di prevalenza, un programma di informazione per i migranti provenienti da paesi con MGF, formazione per i professionisti e staff di ambasciate e consolati, creazione di unità multidisciplinari per la chirurgia ricostruttiva e il rafforzamento della protezione per le ragazze a rischio con lo status di rifugiato o con protezione sussidiaria. Il servizio di protezione materna e infantile (PMI) svolge un ruolo chiave nella prevenzione delle MGF e nel monitoraggio delle ragazze a rischio di MGF e ha emesso un protocollo per lo screening genitale delle ragazze minori che include linee guida su come gestire i casi di MGF.

Il piano d'azione nazionale per l'eliminazione delle mutilazioni sessuali femminili 2019[58] ha tra le sue priorità:

- Sensibilizzare i migranti appena arrivati al quadro legislativo francese in materia di MGF;
- Formare tutti i professionisti sulle MGF e sull'importanza di segnalare una situazione di rischio;
- Definire le procedure per segnalare casi di rischio potenziali o reali.

I programmi di prevenzione delle MGF si basano principalmente sulle OSC e il finanziamento proviene sia dalle autorità regionali che locali. All'inizio degli anni '90, un opuscolo contenente

[56] Rapport intermédiaire sur la mise en oeuvre du plan d'action national de lutte contre la violence basée sur le genre 2015-2019
[57] Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs
[58] Plan National d'Action visant à Eradiquer les Mutilations Sexuelles Féminines, 2019

informazioni sulle disposizioni legali nazionali contro le MGF, sviluppato congiuntamente dalle OSC e dal PMI, è stato ampiamente distribuito ed è stato aggiornato nel corso degli anni. È stato anche adattato, pubblicato e distribuito in altri paesi, tra cui il Belgio. Le agenzie governative sono state coinvolte nella campagna di prevenzione e sono state sviluppate linee guida specifiche per gli operatori sanitari che potrebbero riscontrare casi di MGF.

Nel 2013 è stata creata la Missione interministeriale per la protezione delle donne vittime della violenza e della lotta contro la tratta di esseri umani (MIPROF), che include la MGF nella sua azione.

Il quinto piano interministeriale per la prevenzione della violenza contro le donne 2017-2019 stabilisce azioni specifiche relative alle MGF (area 2.E, obiettivo 25):

- Perseguire azioni preventive sulle MGF tra pubblico e professionisti rilevanti, nella condivisione di strumenti di formazione;
- Aggiornamento delle conoscenze sul fenomeno epidemiologico in Francia e perpetuazione di un meccanismo di follow-up sulla progressione della sua prevalenza. Il Ministero della Salute sosterrà lo studio condotto dall'Istituto nazionale di studi demografici (INED) per aggiornare la valutazione del numero di vittime in Francia e adeguare di conseguenza le strategie nazionali di prevenzione e cura per tutto il 2018 e il 2019. A nostra conoscenza, c'è solo uno studio condotto dall'UNICEF a livello dell'UE;
- Condurre iniziative di prevenzione, sensibilizzazione e formazione a livello locale da parte di team regionali per i diritti delle donne.

Nel 2016 la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF), in collaborazione con un team multidisciplinare, ha pubblicato un kit di formazione su MGF e il matrimonio forzato per operatori sanitari e operatori sociali chiamato "Bilakoro".

Varie organizzazioni sono impegnate nella lotta contro le MGF, ma sono organizzazioni piuttosto piccole, con focus diversi e presenza geografica specifica, che svolgono un ruolo significativo nel collegamento fra la Francia e i paesi di origine. Ad esempio l'Associazione dei Maliani in Francia (Association des Maliens de France) contribuisce a sensibilizzare anche le comunità francesi. La pressione sociale esercitata all'interno di comunità migranti, anche in Francia, è spesso molto elevata e difficile da superare. Questo è il motivo per cui è essenziale che le organizzazioni francesi e quelle della diaspora lavorino insieme.

4.3.3. Italia

A seguito dell'entrata in vigore di L. 7/2006, è stata istituita una Commissione per la prevenzione e il divieto delle MGF, composta da esperti e presieduta dal Ministro per le Pari Opportunità. La Commissione ha approvato due piani strategici nazionali (nel 2007 e nel 2011).

Il primo, di portata nazionale, è stato tradotto in un bando di gara[59] che finanziava a) progetti di ricerca-azione; b) campagne di informazione e sensibilizzazione; c) corsi di formazione, presentati da associazioni e cooperative per la promozione sociale, organizzazioni di volontariato, fondazioni, ONG e OSC, organizzazioni impegnate nella promozione e protezione del diritto alla salute e dei diritti dei migranti. Il secondo piano strategico nazionale è stato realizzato attraverso un protocollo di intesa Stato-Regioni[60], che stabilisce gli scopi generali del piano. In questo caso non era la Commissione la responsabile della selezione degli interventi, ma era compito delle Regioni valutare e selezionare le proposte di progetto presentate. Non è disponibile una relazione di valutazione globale sull'impatto degli interventi finanziati dai due piani. A livello nazionale[61] e regionale (Abruzzo, Sicilia, Emilia Romagna, Toscana)[62] sono state pubblicate diverse linee guida sulle MGF. Le attività di prevenzione contro le MGF in Italia sono state realizzate principalmente da strutture sanitarie regionali (principalmente nelle regioni Veneto, Emilia Romagna, Piemonte, Toscana, Lazio, Puglia); CSO e associazioni di mediatori culturali. I gruppi target sono stati ragazze, donne, ragazzi e uomini di comunità di paesi in cui è praticata la MGF. Le comunità di migranti sono sempre state considerate beneficiarie di attività di prevenzione e non come individui qualificati che possono contribuire a un miglioramento significativo nella prevenzione delle MGF, offrendo strumenti reali e sostenibili a livello locale e nazionale. Allo stesso modo, non vi è stato un investimento sistematico per il riconoscimento e il rafforzamento delle competenze professionali delle molte donne migranti

[59] Avviso per il finanziamento di progetti volti alla prevenzione e al contrasto delle pratiche di mutilazione genitale femminile. (Avviso n. 1). (GU Serie Generale n.187 del 13-08-2007) https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2007/08/13/07A07299/sg

[60] Intesa concernente il sistema di interventi da sviluppare per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili. http://www.pariopportunita.gov.it/wp-content/uploads/2018/01/intesa-mgf-2012.pdf

[61] Linee guida assegnate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono presenti le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare un'attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche, Ministero della Salute (2007).
Linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminili o altre pratiche dannose - Per gli operatori dei CPSA (Centri di Primo Soccorso e Accoglienza), CDA (Centri di Accoglienza) e dei CARA (Centri di Accoglienza per Richiedenti Asilo). Ministero per le pari opportunità, 2017.

[62] Marcantonio, G. (2008): *Il mediatore culturale Specializzato Nella Prevenzione e nel contrasto delle mutilazioni genitali femminili* (Il mediatore culturale specializzata nel prevenire e contrastare la mutilazione genitale femminile);
Le Onde Onlus. (2010). Progetto IRIS - Interventi contro la violenza di genere verso le donne. Ricercatore e sperimentazione di sportelli specializzati: Linee guida e l'utente. Palermo: Arti Grafiche Palermitane;
Re, A. (a cura di). (2011). *Le Mutilazioni Genitali Femminili: Vademecum per operatori sanitari, socio-sanitari e scolastici* Milano: Éuopolis Lombardia ;
Laurenzi, E. (a cura di). (2006). Profilo informativo del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili. Conoscerle per prevenirle. Prodotto dal Gruppo di lavoro multidisciplinare sulle MGF istituito dalla Regione Toscana nel 2003. Firenze: Regione Toscana.

attive nel settore socio-educativo e sanitario, nonché dei mediatori culturali. Lo stesso vale per i leader religiosi o di comunità, che sono stati coinvolti ancora meno.

Al momento non è possibile avere una chiara mappatura del personale sanitario formato su questioni relative alle MGF e attivo in strutture pubbliche o private, ma è evidente che, a parte alcuni progetti di eccellenza a livello locale, mancano conoscenze, il che ostacola il rilevamento delle ragazze a rischio e indebolisce qualsiasi programma di prevenzione. Fino ad ora, il coinvolgimento di altre figure professionali (assistenti sociali, insegnanti, educatori, professionisti che lavorano nel sistema di accoglienza, nei centri e rifugi anti-violenza, membri di commissioni territoriali per le domande di asilo) nella prevenzione e nella lotta alle MGF è stato trascurabile. Gli assistenti sociali possono svolgere un ruolo fondamentale nella prevenzione. Le comunità di migranti potrebbero non sempre fare riferimento al sistema sanitario nazionale e gli assistenti sociali potrebbero facilitare l'accesso ai servizi sanitari, di prevenzione e di giustizia delle sopravvissute alle MGF e delle ragazze a rischio.

Sebbene, come accennato in precedenza, l'istruzione sia ampiamente riconosciuta di fondamentale importanza nella prevenzione, fino ad ora nessun programma di sensibilizzazione è mai stato sviluppato e testato in scuole di qualsiasi grado e nessun programma di formazione è stato concepito né realizzato, nemmeno a sostegno di insegnanti e/o educatori. Lo stesso vale per i professionisti del sistema di accoglienza, che non sono tenuti ad avere una formazione specifica sui diritti di genere o sulle forme di GBV e pratiche dannose. Nel 2017 e nel 2018, Differenza Donna ha svolto corsi di formazione per insegnanti di lingua italiana che lavorano con migranti e professionisti nel sistema di accoglienza nel Lazio e ha prodotto un Vademecum per il personale dei centri di prima accoglienza per affrontare casi di donne provenienti da paesi ad alto rischio di MGF. Inoltre, in collaborazione con UNHCR, DD ha sensibilizzato i membri delle Commissioni territoriali responsabili della valutazione delle domande di asilo e gli agenti delle forze dell'ordine. Queste ultime, insieme alle istituzioni locali e agli uffici per l'immigrazione, non sono state incluse in nessuna strategia di prevenzione, anche se i membri sono coinvolti in varie capacità nei servizi di protezione e accoglienza internazionali. Ad eccezione di casi sporadici, le strategie di prevenzione sono generalmente attuate senza coordinamento tra i diversi settori rilevanti.

Gli strumenti di finanziamento previsti dalla legge, in linea di principio, costituiscono una buona pratica sebbene, da un lato, lo stanziamento di questi fondi sia progressivamente diminuito nel corso degli anni e, dall'altro, siano stati assegnati su richiesta delle Regioni, e quindi a seconda della loro sensibilità specifica sul tema, e non a seguito di una necessità o di un'attenta analisi del contesto. Inoltre, l'uso di questi fondi non ha seguito linee guida chiare o obiettivi a medio e lungo termine. Pertanto, l'efficacia delle attività di prevenzione nell'ambito di questo quadro non è stata misurabile.

4.4. Panoramica delle misure di protezione in Belgio, Francia e Italia

4.4.1. Belgio

In Belgio, le donne che hanno subito le MGF e le loro figlie a rischio possono ottenere lo status di rifugiato per motivi di MGF. La base giuridica per la protezione internazionale è stata fornita dalla Legge sull'Immigrazione[63] e dalla Legge sull'Accoglienza[64]. La legge del 21 novembre 2017 ha modificato entrambe ed è entrata in vigore nel marzo 2018. La riforma mira a recepire nel quadro legislativo nazionale le Direttive europee sull'Asilo[65] (in base alle quali gli Stati membri sono tenuti a prestare particolare attenzione ai gruppi vulnerabili in materia di accoglienza e procedure di asilo). L'articolo 36 della Legge sull'Immigrazione, che originariamente elencava come persone vulnerabili "vittime di violenza o tortura o anziani", ora include "gli anziani, le persone con malattie gravi, le persone con disturbi mentali e le persone che sono state sottoposte a tortura, stupro o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, ad esempio vittime di mutilazioni genitali femminili"[66].

L'Ufficio del Commissario Generale per i Rifugiati e gli Apolidi (CGRS) è un'amministrazione federale indipendente che si occupa delle richieste di protezione internazionale. Determina se il richiedente si qualifica per lo status di rifugiato o, in caso contrario, se si qualifica per lo status di protezione sussidiaria. Le decisioni vengono prese in conformità con le normative belghe, europee e internazionali. All'interno dell'Ufficio è stata istituita una "Unità di genere", con 15 funzionari appositamente formati per trattare le persone vulnerabili, in particolare quelle che fanno domanda per motivi di genere, orientamento sessuale o forme di persecuzioni o violenza di genere, tra cui le MGF.

Il CGRS distingue tra: a) una donna o una ragazza che dichiara di essere a rischio di subire MGF; b) (uno dei) genitori che affermano che la loro figlia minore di 18 anni è a rischio di subire MGF. Quando un richiedente afferma che lei o sua figlia sono a rischio di MGF, la CGRS può concedere lo status di rifugiato, sia alla figlia che alla genitrice. Ogni caso viene esaminato singolarmente. A tal fine, il CGRS esamina innanzitutto la situazione personale e familiare del richiedente (livello di istruzione, origine etnica, storia familiare in relazione alle MGF, ecc.). Quindi, prende in considerazione la situazione attuale nel paese di origine (la prevalenza delle MGF, l'atteggiamento delle autorità, la possibilità di resistere alla pressione sociale). Il CGRS ha inoltre istituito una procedura di monitoraggio per garantire che una ragazza non subisca le

[63] Legge 15 dicembre 1980 su "L'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers".
[64] Legge 12 gennaio 2007 su "L'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers".
[65] Direttiva sulle procedure comuni per la concessione e la revoca della protezione internazionale (direttiva 2013/32 / UE) e la direttiva che stabilisce norme per l'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale (direttiva 2013/33 / UE).
[66] Art. 68 L. 21 novembre 2017 "Modifica della legge del 15 dicembre 1980 sull'accesso al territorio, soggiorno, stabilimento e allontanamento degli stranieri e la legge del 12 gennaio 2007 sull'accoglienza dei richiedenti asilo e alcune altre categorie di stranieri".

MGF dopo aver ottenuto lo status di rifugiato. I genitori saranno convocati dal CGRS prima che venga presa la decisione di concedere lo status. Durante questa intervista, la CGRS informerà i genitori sulle loro responsabilità nei confronti della figlia e sulle disposizioni della legge nazionale. I genitori devono firmare una "dichiarazione sull'onore", con la quale si impegnano a inviare una volta all'anno al CGRS un certificato medico attestante che la loro figlia non ha subito alcuna forma di MGF. Se il Commissario Generale viene a conoscenza del fatto che non sussistono più le circostanze che giustificano lo status di rifugiato (ovvero se la figlia è stata sottoposta a MGF), ha l'autorità di rivedere lo status di rifugiato dei genitori e della figlia e di revocarlo o annullarlo. Se emerge che un minore ha subito la MGF dal suo arrivo in Belgio, il Commissario Generale informerà il Pubblico Ministero.

La valutazione del rischio di subire le MGF è molto rigorosa. La legittimità dei criteri per la valutazione di tale rischio è stata contestata dinanzi alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, ma il caso non ha avuto esito positivo: la Corte, infatti, ha ritenuto ragionevoli i criteri di valutazione applicati dalle autorità belghe[67].

L'Agenzia federale per l'accoglienza dei richiedenti asilo (Fedasil) opera dal 2002 ed è responsabile dei richiedenti ospitalità per la protezione internazionale. Le ONG belghe, all'avanguardia nella lotta contro le MGF, hanno sviluppato numerosi programmi in collaborazione con Fedasil per fornire informazioni e supporto alle sopravvissute ospitate nei centri di accoglienza. Con il sostegno del Fondo europeo per l'asilo e la migrazione (AMIF), è stato messo in atto un piano d'azione globale a sostegno delle vittime. Questo piano è stato sviluppato nel 2016 dalle associazioni GAMS e INTACT. Con l'aiuto di diversi membri dei Centri, le due associazioni hanno sviluppato un percorso specifico che dovrebbe aiutare a identificare rapidamente le vittime e fornire loro un supporto qualitativo.

4.4.2. Francia

In Francia il rischio di subire una mutilazione sessuale costituisce motivo di richiesta di asilo. Se i genitori sono a rischio di persecuzioni o abusi a causa della loro opposizione alle MGF, possono anche rivendicare lo status di rifugiato. Se ciò non è possibile, ai genitori può essere

[67] Corte EDU, Sow contro Belgio, n. 27081/2013: il caso è stato presentato alla CEDU da una cittadina della Guinea che aveva chiesto asilo in Belgio poiché aveva parzialmente subito la MGF e aveva affermato di essere a rischio di essere nuovamente mutilata al momento del rimpatrio. La sua richiesta di asilo è stata respinta dal Commissario generale per i rifugiati e gli apolidi (CGRA) a causa di incoerenze, mancanza di credibilità e incapacità di dimostrare il rischio di essere nuovamente escissa. Il Council of Aliens Law Litigation (CALL) ha confermato questa decisione. Anche una seconda richiesta di asilo con nuovi documenti è stata respinta da CGRA e CALL e la richiedente ha ricevuto un ordine di uscita dal territorio. Ha presentato una terza domanda di asilo, che la CGRA ha rifiutato di considerare poiché non erano stati presentati nuovi elementi. La sua richiesta di sospensione dell'ordine di espulsione nell'ambito della procedura per estrema urgenza è stata respinta, ma la Corte EDU ha concesso un provvedimento provvisorio per impedirne la deportazione. La ricorrente sosteneva di essere a rischio di danno in violazione dell'articolo 3 della CEDU al suo ritorno in Guinea; e di non aver avuto un rimedio efficace per contestare la sua deportazione in violazione dell'articolo 13, a causa della mancata considerazione della sua terza domanda di asilo, tuttavia la Corte non ha riscontrato tali violazioni.

garantita la protezione sussidiaria laddove non sia possibile stabilire motivi convenzionali di asilo, ma in caso di rischio di "trattamento disumano o degradante" al ritorno nel loro paese di origine (articolo L712-1 del CESEDA). Le MGF sono state etichettate come una grave forma di violenza psicologica, fisica o sessuale nel 2015 al momento della riforma della legge francese sull'asilo. Le MGF devono essere identificate durante le valutazioni della vulnerabilità dei richiedenti e prese in considerazione nell'attuazione dei loro diritti, compreso il periodo durante il quale la loro domanda viene elaborata, per determinare esigenze specifiche in termini di alloggio (articolo L.744-6). Inoltre, un decreto adottato nell'agosto 2017 per l'applicazione degli articoli L.723-5 e L.752-3 del Codice sull'Ingresso e il Soggiorno degli Stranieri e il Diritto di Asilo richiede che le bambine a rischio di MGF passino attraverso un esame medico-legale per la loro richiesta di asilo. Un certificato medico rinnovato ogni anno deve poi confermare che le MGF non sono state eseguite sulla bambina. Prima di quel decreto, qualsiasi medico di medicina generale con una generica formazione sulle MGF poteva eseguire l'esame e rilasciare un certificato. Oggi, il certificato dovrebbe essere rilasciato da medici legali specializzati e sono pochissimi quelli addestrati a farlo. Il costo di questi certificati dovrebbe essere sostenuto dall'OFPRA. Il Centro per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi Women Safe ha visto negli ultimi anni un aumento significativo del numero di donne che chiedono questi certificati, dal momento che sono pochissimi i medici specializzati che operano in quel distretto (Yvelines nella regione Île-de-France). Women Safe fornisce i certificati gratuitamente.

Gli assistenti sociali, i medici e altri professionisti sono tenuti al segreto professionale (articolo 226-14 del codice penale). Ma assistenti sociali e medici sono legalmente tenuti a denunciare abusi fisici o psicologici perpetrati contro bambini o persone incapaci di proteggersi a causa della loro età o incapacità. Lo stesso vale per gli abusi fisici o psicologici notati da un medico nell' ambito della loro pratica quotidiana e per accertare il forte sospetto di violenza fisica, sessuale o psicologica perpetrata contro il/la paziente. Le mutilazioni sessuali sono state esplicitamente classificate come abusi fisici. Allo stesso modo, l'articolo 44 del codice etico medico, allegato al codice della sanità pubblica, stabilisce che gli abusi fisici o psicologici devono essere segnalati alle autorità competenti (mediche, sociali o legali), sebbene debbano essere adottate misure di protezione con "cautela e discernimento". Women Safe ha firmato un protocollo d'intesa con il tribunale regionale di Versailles, il dipartimento di appartenenza, per regolare quando e in che modo occorre denunciare casi di violenza su donne e bambini.

In Francia, i Centri di Protezione Infantile e Materna (PMI) svolgono un ruolo chiave nella prevenzione delle MGF e nel monitoraggio delle ragazze a rischio di MGF. Questi centri sono aperti a tutti e l'accesso è gratuito. Sono responsabili del follow-up prenatale e della salute dei bambini fino a 6 anni. Forniscono servizi nelle proprie strutture, ma svolgono anche attività di sensibilizzazione e lavorano all'interno di asili nido e scuole materne. I servizi di PMI a Parigi e Senna Saint Denis hanno emesso un protocollo sulle MGF che si occupa dello screening genitale delle ragazze minorenni e fornisce delle linee guida su come affrontare le MGF. Il

protocollo è disponibile online[68]. Tali servizi danno seguito alle "informazioni allarmanti" raccolte dall'Osservatorio Dipartimentale per la Protezione dei Minori (si veda la Legge sulla Protezione dei Minori in Pericolo n. 2007-293). Il sistema in atto è obbligatorio e copre l'intero territorio della Francia. Il problema è che il follow-up si interrompe quando le ragazze hanno raggiunto i 6 anni.

Sebbene la Francia abbia dovuto attendere fino al 2011 per vedere un capitolo specifico sulle MGF nel "Piano d'azione nazionale sulla violenza contro le donne", sono stati sviluppati e approvati numerosi documenti di policy dopo la legge n. 2006-399 dell'aprile 2006, che hanno affrontato la violenza perpetrata dalle coppie contro i bambini. La Francia, come detto, si è concentrata principalmente sulla criminalizzazione della pratica (vedi § 4.1.2), ma ha anche sviluppato delle tecniche di chirurgia ricostruttiva degli organi genitale. Grazie al lavoro del dott. Pierre Foldès e del centro Women Safe è stato sviluppato un metodo di presa in carico globale delle sopravvissute alle MGF, che include non soltanto la ricostruzione chirurgica, ma anche la riabilitazione psicologica e sessuale.

Le sei azioni da intraprendere contenute nell'attuale Piano d'Azione includono il miglioramento della salute delle donne vittime di MGF; una maggiore consapevolezza e formazione professionale nei settori coinvolti dalle MGF; un lavoro di terreno, di prevenzione e contrasto, più capillare; lo sviluppo di strumenti di prevenzione adeguati; un miglioramento della conoscenza e della comprensione dello stato dell'arte; rendere la Francia uno dei paesi di punta nella lotta alle MGF.

4.4.3. Italia

Al fine di garantire un sistema di protezione internazionale comune a livello europeo, è stato adottato un pacchetto di norme che include le Direttive 2011/95/UE (cosiddetta "Qualifiche"), 2013/32/UE (cosiddette "Procedure") e 2013/33 / UE (cosiddetta "Ricezione"). In Italia le tre direttive sono state recepite rispettivamente, la prima, con decreto legislativo 21 febbraio 2014, n. 18 e gli altri due con decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142. Pertanto, come detto, le MGF sono riconosciute come un atto di persecuzione, che costituisce motivo di protezione internazionale.

Negli ultimi dieci anni la giurisprudenza in materia di protezione internazionale ha chiaramente incluso le MGF come motivo per il riconoscimento dello status di rifugiato, considerando le MGF "una forma di violenza, morale e materiale, discriminatoria nei confronti del genere perché legata alla appartenenza al genere femminile"[69]. Nonostante le numerose conferme di tale riconoscimento, i richiedenti asilo e le donne e le ragazze migranti non hanno ricevuto informazioni adeguate e complete sulle MGF come motivo di asilo, né funzionari e mediatori

[68] Vedi https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_11_-_MSF_-_fev_17.pdf
[69] Tra i tanti, vedi Corte d' appello di Catania, 27.11.2012

sono stati formati abbastanza per fornire informazioni e assistenza adeguati. La legge n. 146/2014 ha raddoppiato il numero di commissioni territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale al fine di migliorare e accelerare le procedure di asilo. Il recepimento della Direttiva 2011/51/UE (Legge 06/08/2013 n. 96), inoltre, estende lo status di soggiornante di lungo periodo ai beneficiari si protezione internazionale[70].

È importante sottolineare che, nonostante il fatto che un gran numero di donne e ragazze migranti richiedenti asilo provengano da paesi a rischio, i centri di accoglienza e tutte le autorità coinvolte nel processo di accoglienza non hanno competenza sulle MGF, né questa competenza è richiesta tra i criteri per la selezione del personale. Solo in alcuni casi, a discrezione delle ONG / Cooperative che gestiscono i Centri, ha avuto luogo una formazione in materia. Questa mancanza di capacità crea un'importante lacuna nel ricevere e fornire sostegno alle donne e nella gestione delle domande di asilo.

Secondo la legislazione italiana sulla violenza di genere e la Convenzione di Istanbul, le donne a rischio di MGF, o le madri di bambine vittime o a rischio di MGF, possono ottenere ospitalità nei rifugi delle donne o in strutture gestite da associazioni femminili che sono completamente indipendenti dalle istituzioni pubbliche. Differenza Donna gestisce diversi centri di accoglienza, con un'alta percentuale di donne migranti con le figlie, a cui sono fornite: a) informazioni dettagliate sugli aspetti legali delle MGF, i servizi di salute e benessere disponibili, i diritti fondamentali, gli obblighi delle famiglie verso le figlie esposte al rischio di MGF; b) gruppi di auto-sostegno; c) assistenza psicologica post-traumatica; e) aiuto nell'accesso alle cure mediche; f) supporto legale.

Quando si tratta di strutturare e attuare il progetto di accoglienza, ospitalità e sostegno, è di fondamentaleimportanza che tutti i professionisti coinvolti abbiano ottenuto una formazione specifica in materia. In particolare, è necessario garantire assistenza e consulenza legale multidisciplinare (diritto di famiglia, diritto penale, diritto dell'immigrazione e protezione internazionale) e fornire sostegno alle donne migranti nell'accesso ai servizi legali, sanitari e sociali.

[70] Brevi note sul quadro istituzionale e regolamentare che disciplina l'accoglienza e il soggiorno degli immigrati e dei richiedenti asilo in Europa, Francia, Germania, Belgio, Italia, Spagna e Paesi Bassi - Ministero dell'interno italiano.

5. Raccomandazioni su procedimento giudiziario, prevalenza, prevenzione e protezione a livello nazionale

Raccomandazione	IT	BE	FR	Tutti gli Stati membri dell'UE
Procedimento giudiziario				
Raccogliere sistematicamente file di processi penali (utilizzando dati disaggregati per analizzare il loro corso giudiziario, includendo i casi rigettati) e monitorare il numero di casi di MGF oggetto di indagini penali.	√	√	√	√
Condurre campagne di advocacy per la revisione delle disposizioni della legge nazionale e per l'effettiva applicazione, attivando dei meccanismi di finanziamento.	√			
Formare la magistratura, le forze dell'ordine e le commissioni territoriali sugli aspetti legali delle MGF, con un approccio basato sui diritti umani.	√	√	√	√
Stabilire protocolli di cooperazione tra rifugi per donne, avvocati e procure.	√	√	√	√
Garantire che le violazioni della legge che vietano le MGF siano portate in Tribunale e registrate con un codice specifico come "casi di MGF", per consentire un efficace monitoraggio dell'applicazione della legge.	√	√	√	√
Effettuare una valutazione periodica delle capacità e della conoscenza dei professionisti nel settore giudiziario.		√		
Garantire il coordinamento, la collaborazione e lo scambio di informazioni tra gli operatori pertinenti: la magistratura (vale a dire uffici giudiziari e tribunali minorili), il personale medico, le forze dell'ordine, il personale coinvolto nel sistema di accoglienza, compresi i centri anti-violenza.	√	√	√	√
Garantire consulenza e assistenza legale alle vittime e alle potenziali vittime.	√	√	√	√
Perseguire le MGF come qualsiasi altra forma di violenza contro i minori.	√	√	√	√
Sviluppare legislazioni che mirino concretamente al recepimento della Convenzione di Istanbul nel diritto nazionale.	√	√	√	√

Prevalenza	IT	BE	FR	UE
Definire un sistema coordinato di raccolta, con definizioni e unità di misura comuni, adottato da tutte le istituzioni, uffici e strutture coinvolti con i migranti e rafforzarne la cooperazione in materia di raccolta dei dati.	√	√	√	√
Creare centri di riferimento multidisciplinari a livello locale per la raccolta dei dati e sviluppare reti tra di esse per lo scambio delle migliori pratiche ed esperienze.	√			
Diffondere le buone pratiche sulle raccolte dati sviluppate in alcune regioni.	√			
Organizzare sessioni di formazione e sensibilizzazione per il personale sanitario al fine di garantire la registrazione accurata delle MGF negli ospedali e nelle strutture sanitarie.	√	√	√	√
Migliorare la raccolta di informazioni (tra cui etnia, regione di origine, ecc.) sui richiedenti asilo, popolazione priva di documenti e rifugiati di seconda generazione.	√	√	√	√
Migliorare la raccolta di dati primari e introdurre ulteriori analisi quantitative e qualitative per stimare meglio il rischio di MGF per le donne e le ragazze di seconda e terza generazione originarie dei paesi che praticano le MGF;	√	√	√	√
Migliorare ulteriormente il sistema di raccolta dei dati dell'OFPRA relativo ai richiedenti asilo e ai migranti privi di documenti.			√	
Raccogliere sistematicamente i dati nei settori coinvolti e favorire lo studio e la ricerca.	√	√	√	√
Aumentare la dotazione di fondi dell'UE al fine di finanziare progetti sulla raccolta e analisi dei dati e studi sulle MGF, anche a livello accademico, per aumentare l'efficacia delle politiche e favorire il cambiamento culturale.	√	√	√	√

Prevenzione	IT	BE	FR	UE
Istituire formalmente servizi di prevenzione primaria e secondaria dedicati, con finanziamenti regolari, stabili e adeguati, collaborando con centri anti-violenza, rifugi per donne e associazioni della diaspora.	√	√	√	√
Sensibilizzare gli istituti culturali e le entità religiose sulle MGF e sul quadro giuridico.	√	√	√	√
Sensibilizzare i giovani, informandoli e includendo le MGF nel curriculum scolastico, e dare un ruolo primario alle le seconde e terze generazioni della diaspora nella definizione di politiche di contrasto.	√	√	√	√
Informare e sensibilizzare i media.	√	√	√	√
Informare, coinvolgere e sensibilizzare gli uomini sia all'interno della famiglia che della comunità.	√	√	√	√
Responsabilizzare e supportare attivisti e attiviste della diaspora come agenti strategici del cambiamento, incluse le nuove generazioni.	√	√	√	√
Supportare l'empowerment economico e sociale delle donne e amplificare la loro voce.	√	√	√	√
Creare spazi e opportunità adeguati alla sensibilizzazione di donne e ragazze (in scuole, cliniche, rifugi per donne, centri di accoglienza).	√	√	√	√
Coinvolgere le comunità di migranti e coinvolgere la diaspora nella progettazione di piani strategici a medio e lungo termine per contrastare e prevenire le MGF.	√	√	√	√
Promuovere la diffusione di un "kit di prevenzione delle MGF" e utilizzare le nuove tecnologie per diffonderne e facilitarne l'uso.	√	√	√	√
Fornire una formazione più efficace e continua per il personale sanitario e il personale coinvolto con i migranti e i richiedenti asilo.	√	√	√	√
Individuare e sviluppare ulteriormente le migliori pratiche per sensibilizzare le comunità belghe, in particolare quelle fiamminghe.		√		
Monitorare le gravidanze precoci e il parto per rilevare le ragazze che hanno subito MGF e perseguire i genitori	√	√	√	√
Includere la prevenzione della violenza basata sul genere, incluse le MGF, nei corsi di educazione sessuale, come raccomandato nella relazione del 2016 dell'Alto Consiglio per le Pari Opportunità.			√	

Protezione	IT	BE	FR	UE
Diffondere informazioni (anche attraverso ambasciate nei paesi ospitanti) tra donne e ragazze a rischio di MGF in merito a: diritti delle donne, procedure di protezione internazionale, permesso di soggiorno e ricongiungimento familiare, rilevanza penale delle MGF e le sue conseguenze sui diritti dei genitori, accesso ai servizi sanitari, ecc.	√	√	√	√
Fornire una formazione specifica sulle MGF ai professionisti coinvolti nella prestazione di servizi, al fine di garantire consulenza legale multidisciplinare e accompagnare le donne migranti nell'uso dei servizi.	√	√	√	√
Garantire un alloggio adeguato a tutte le donne richiedenti asilo, compresa la creazione di strutture e servizi *gender-sensitive*.	√	√	√	√
Chiedere ai governi di sviluppare e / o attuare politiche di asilo e di immigrazione basate sul genere e di riconsiderare, quando necessario, i criteri applicati dalle autorità competenti per valutare il rischio di MGF.	√	√	√	√
Formare i medici nelle unità mediche forensi su criteri e procedure richiesti dall'OFPRA per garantire asilo a donne e bambini a rischio.			√	
Introdurre un follow-up sistematico (ovvero controlli medici) con donne e ragazze a cui è stato concesso l'asilo per motivi di MGF.	√	√	√	√
Fornire supporto finanziario alle organizzazioni della diaspora che lavorano con donne e ragazze vittime o a rischio di MGF.	√	√	√	√
Fornire supporto finanziario ai centri di rinvio fornendo un approccio olistico (screening, sistema di rinvio, assistenza alle vittime, compresi interventi chirurgici e formazione) a donne e ragazze.	√	√	√	√

6. Raccomandazioni a livello di UE

Promuovere l'istituzione di punti focali a livello nazionale incaricati della comunicazione tra gli Stati membri su questioni riguardanti le MGF e lo scambio di buone pratiche e degli insegnamenti tratti.
Incoraggiare gli Stati membri ad armonizzare la propria legislazione in materia di asilo e protezione sussidiaria, anche sulla procedura di ricongiungimento familiare e sulle condizioni per la valutazione del rischio di MGF e VAWG (violenza contro donne e ragazze), attuando obblighi ai sensi dell'articolo 60 della Convenzione di Istanbul.
Incoraggiare gli Stati membri ad adottare un approccio comune per ottenere dati nuovi, comparabili e disaggregati, nonché informazioni approfondite sulle realtà della pratica nell'Unione europea (anche attraverso indagini epidemiologiche globali) al fine di formulare interventi politici e legislativi mirati.
Istituire meccanismi istituzionali per la raccolta di dati amministrativi pertinenti a livello nazionale, compresi casi giudiziari relativi alle MGF, procedimenti giudiziari e ordinanze giudiziarie, domande di asilo, registri ospedalieri, ecc.
Rafforzare l'interconnessione tra le istituzioni europee che conducono indagini sulla prevalenza e fonti di dati amministrativi, al fine di disporre di una raccolta di dati amministrativi armonizzata e comparabile relativa ai migranti e alle MGF. In particolare: a. Gli Stati membri dovrebbero adottare una terminologia e categorie comuni per raccogliere dati sui migranti, in linea con Eurostat; b. Tali dati, che includono residenti e richiedenti asilo, dovrebbero essere raccolti disaggregati per sesso, paese e regione di nascita, generazione (basata sul paese di nascita), paese di nascita della madre e del padre, intervalli di un anno di età, età all'arrivo, anni trascorsi dalla migrazione ecc.
Rafforzare la cooperazione sulla raccolta di dati tra le istituzioni europee e l'OMS.
Garantire una migliore ripartizione delle risorse, anche finanziarie, al fine di sostenere i diritti delle donne e lanciare una campagna internazionale di sensibilizzazione contro le MGF e sulle misure di protezione concesse dagli Stati membri.
Invitare la Commissione a includere, nei suoi negoziati e accordi di cooperazione con i paesi interessati, una clausola per eradicare le MGF