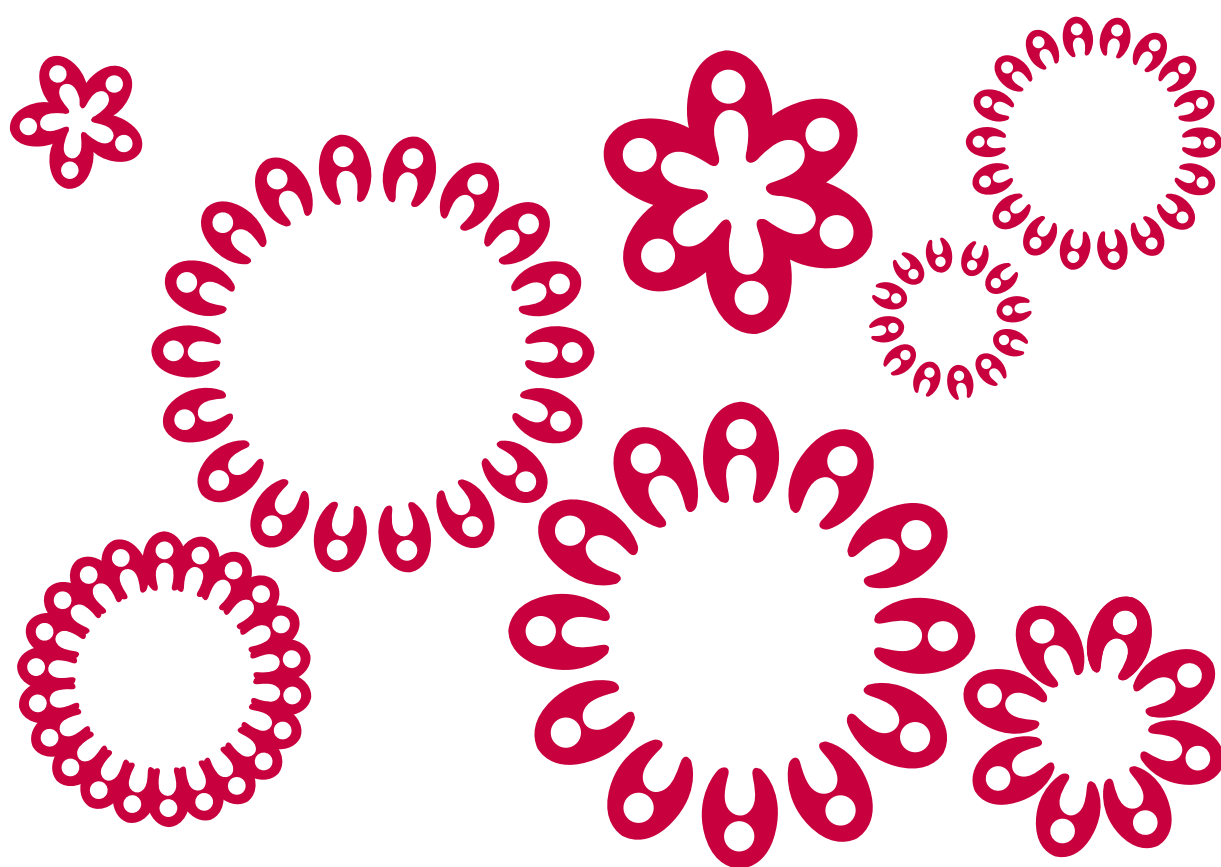


Join our CHAIN

**MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI E
MATRIMONI PRECOCI E FORZATI**

Un modello di intervento multi-agenzia per la città di Roma



RINGRAZIAMENTI

Questo documento non sarebbe stato possibile senza i continui e generosi scambi di conoscenze e competenze con le figure coinvolte nel progetto europeo Join our CHAIN in qualità di Community Trainers e con rappresentanti di enti pubblici e del terzo settore che a vario titolo si occupano di diritti delle bambine, delle ragazze e delle donne, di violenza di genere, di salute, di migrazioni a Roma. A loro va il nostro più sentito ringraziamento.

In particolar modo, si ringraziano:

Amsatou Ba
Yomna Oraby
Edna Moallin Abdirahman
Riham Ibrahim
Stella Okungbowa
Seydi Alassane
Tahany Shahin
Saima Syeda Akbar

Aidos - Clara Caldera
Amref Health Africa Italia - Laura Gentile, Veronica Lattuada
ARCI Solidarietà, Centro SAI Donne e Minori – Carola Battistelli, Giulia Tognon
ASGI - Cristina Laura Cecchini, Margherita Salerno
Asinitas - Maria Rossi
Asl Roma 2 - Margherita Chiaretti, Alessandra Maria Monti, Daniela Saraceni
Asl Roma 3 - Adriana Bruno, Rita Gentile, Marina Germano, Carmen De Luca, Giovanna Pischedda, Barbara Roma
Assessorato alla Scuola, Comune di Roma - Dina Giuseppetti, Myrian Mincione
BeFree Cooperativa Sociale - Marta Mearini
Carabinieri Stazione Comando Ponte Milvio - Agostino Pinca
CIR ONLUS - Stefano Regondi
Roma Capitale - Dipartimento Pari Opportunità - Sabrina Callea, Alessandra Staiano
Roma Capitale - Dipartimento Politiche Sociali e Salute- Giovanna Simona Cappuccia
Intersos - Flavia Calò, Monique Sebastianelli
Istituto Nazionale Salute, Migrazioni e Povertà (INMP) - Suzanne Mbiye Diku, Hassan Nur Fadumo, Giovanna Laurenti, Maria Concetta Segneri, Maria Cristina Tumiat
Istituto San Gallicano - IRCCS- IFO - Emilia Migliano
Ospedale S. Camillo Forlanini - Francesca Minici
Ospedale S. Filippo Neri - Francesca Donadio
PARSEC coop. - Flavia Orrù, Luca Scopetti
Roma Capitale, Commissione Capitolina Pari Opportunità - Presidente Michela Cicculli e Vice Presidente Claudia Pappatà - Segreteria Commissione Stefania Wyss
Roma Capitale, Presidente Commissione XI Scuola - Diritti dell'infanzia - Carla Fermariello
Salute Migranti Forzati (SAMIFO) - Rossella Carnevali, Sara Riefolo, Giancarlo Santone
Save The Children - Viviana Coppola
SICPRE - Società italiana di chirurgia plastica ricostruttiva-rigenerativa ed estetica - Stefania De Fazio
UNHCR - Patrizia Buonamici, Marta D'Agosto, Chiara Scipioni, Valentina Traverso

Redazione testi: Benedetta Balmaverde, Isabella Orfano, Silvia Pacella

Supervisione: Rossana Scaricabarozzi

Grafica: Marco Binelli

Edizione: giugno 2024

INDICE

Introduzione	3
Violenza di genere e pratiche lesive	5
Mutilazioni genitali femminili	5
Matrimoni precoci e matrimoni forzati	9
La normativa	14
Mutilazioni genitali femminili.....	14
Matrimoni precoci e matrimoni forzati	16
Il modello di catena di intervento a Roma.....	18
Cos'è	18
Chi è coinvolto.....	18
Come funziona	20
Fasi di intervento	23
Fase 1: Emersione	23
Fase 2: Invio	28
Fase 3: Assistenza e protezione	32
Strumenti utili.....	34
Lista contatti operativi	34
Catene di intervento	36
Glossario	42
Normativa internazionale ed europea	44
Bibliografia e letture di approfondimento.....	48

ACRONIMI

CAS	Centro accoglienza straordinaria
CAV	Centro antiviolenza
CPIA	Centri Provinciali Istruzione Adulti
EIGE	European Institute for Gender Equality
FRA	European Union Fundamental Rights Agency
ICMPD	International Centre for Migration Policy Development
INMP	Istituto Nazionale salute Migranti e Povertà
MGF	Mutilazioni Genitali Femminili
MPF	Matrimoni Precoci e Forzati
MSNA	Minori Stranieri Non Accompagnati
OHCHR	Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Diritti Umani
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
SAI	Sistema Accoglienza e Integrazione
SaMiFo	Salute Migranti Forzati
SICPRE	Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva-rigenerativa ed estetica
UNAIDS	Programma Congiunto delle Nazioni Unite su HIV/AIDS
UNDP	Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo
UNECA	Commissione economica per l'Africa dell'Onu
UNESCO	Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura
UNFPA	Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione
UNHCR	Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati
UNICEF	Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia
UNIFEM	Fondo di sviluppo delle Nazioni Unite per le Donne

Introduzione

Le mutilazioni genitali femminili e i matrimoni precoci e forzati sono pratiche lesive che violano i diritti fondamentali di milioni di bambine, ragazze e donne in molti paesi del mondo, Italia compresa. Si tratta però di fenomeni poco visibili e spesso sommersi, che faticano ad essere riconosciuti dalla società in generale e soprattutto dagli attori che, a vario titolo, entrano in contatto con chi rischia di subire o ha già subito tali pratiche. Sono soprattutto le scuole di ogni ordine e grado, i servizi sociali e sanitari, le forze dell'ordine, la magistratura, i centri antiviolenza, le Commissioni territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale, le associazioni della diaspora e i centri di accoglienza per persone migranti ad essere il potenziale primo contatto che può favorire l'emersione di un caso e fornire il supporto necessario per tutelare la bambina, la ragazza o la donna a rischio o già sottoposta a mutilazione genitale femminile (MGF) o a matrimonio precoce o forzato (MPF). In diverse occasioni i segnali di casi a rischio o effettivi di MGF o di MPF vengono riconosciuti, in molte altre purtroppo ciò non avviene a causa dell'inadeguata conoscenza delle pratiche in questione o delle procedure di segnalazione da attivare.

Alla luce di ciò, il presente documento intende fornire agli enti che dovrebbero partecipare alla catena di intervento, nella prima parte, informazioni sulle MGF e i MPF e le relative norme in vigore in Italia e, nella seconda, proporre un modello da attivare nella città di Roma, tra le città italiane con la più alta presenza di popolazione di origine straniera e in particolare di donne e ragazze provenienti da Paesi in cui sono diffuse le pratiche lesive in oggetto. Il modello di catena d'intervento di Roma è un adattamento e aggiornamento rispetto ad un modello di catena d'intervento sviluppato da ActionAid nel 2022 a Milano, all'interno di un precedente progetto europeo, CHAIN.

L'implementazione puntuale della catena di intervento permetterebbe l'adozione di prassi operative condivise che consentirebbero la pronta segnalazione e la presa in carico di bambine, ragazze e donne oggetto di MGF e MPF da parte degli enti a vario titolo responsabili della loro assistenza e protezione. Il termine "catena d'intervento" è stato coniato in Olanda¹ alla fine degli anni '90 per definire il metodo di intervento per la gestione di casi di MGF. Tale modello mette al centro i diritti delle

ragazze e delle donne colpite dalla pratica e coinvolge gli attori chiave dei principali ambiti professionali di interesse, ovvero la scuola, i servizi sociosanitari e le forze dell'ordine. Riconosce inoltre il ruolo fondamentale delle comunità migranti e delle loro figure leader nel lavoro di prevenzione e contrasto. L'impianto della catena di intervento proposta nelle seguenti pagine prende inoltre spunto da altri sistemi di coordinamento multi-agenzia per l'identificazione, l'assistenza e la protezione di persone oggetto di altre gravi forme di violazione di diritti umani².

Al termine del documento sono inoltre allegati strumenti utili, quali la lista dei contatti operativi a Roma, il glossario, la normativa internazionale ed europea, una selezione bibliografica per eventuali approfondimenti sui temi trattati e la rappresentazione grafica delle catene di intervento da attivare in base alla tipologia dei casi considerati. I contenuti sono stati elaborati grazie allo scambio continuo, competente e stimolante con rappresentanti di enti pubblici e del terzo settore che in città si occupano dei diritti delle bambine, delle ragazze e delle donne, di violenza di genere e di salute.

Il modello di catena di intervento qui presentato è stato realizzato nell'ambito del progetto Join our Chain³, co-finanziato dal programma *Citizenship, Equality, Rights and Values (CERV)* dell'Unione europea e implementato da *Terre des femmes* (capofila, Germania), ActionAid (Italia), *End FGM EU Network* (Belgio) e *AkiDwa* (Irlanda). Attraverso anche attività di sensibilizzazione, formazione, networking, lobbying e advocacy, Join our Chain ha inteso contribuire alla prevenzione delle MGF e MPF nei territori considerati, migliorando al contempo il funzionamento della rete locale responsabile dell'emersione, identificazione, protezione e supporto dei casi.

Il lavoro da fare è ancora tanto e va al di là delle tempistiche dettate dal progetto europeo, che ha permesso di attivare un percorso virtuoso che ci auguriamo possa continuare a svilupparsi per arrivare alla co-elaborazione di procedure operative standard e all'adozione stabile della catena di intervento per garantire pienamente il diritto all'autodeterminazione e a una vita senza violenza alle bambine, alle ragazze e alle donne a rischio o già colpite dalle MGF o dai MPF che vivono a Roma.

1 Pharos, *The Dutch Chain Approach*, [ultimo accesso 16 dicembre 2021]; EIGE, *Joined-up Action on FGM*, [ultimo accesso 13.12.2021].

2 ICMPD, *Guidelines for the Development of a Transnational Referral Mechanism for Trafficked Persons in Europe*: TRM-EU, Vienna, 2010.

3 Per maggiori informazioni sul progetto: www.morethanprojects.actionaid.it

Violenza di genere e pratiche lesive

Le pratiche lesive dei diritti delle donne sono pratiche e comportamenti persistenti fondati sulla discriminazione basata sul sesso, sul genere, sull'età e su altri motivi, nonché forme di discriminazione molteplici e/o intersecanti che spesso implicano violenza e causano danni o sofferenze fisiche e/o psicologiche⁴. La Convenzione di Istanbul (2011) riconosce le pratiche lesive come forme di violenza di genere perché perpetrate su bambine, ragazze e donne in quanto tali.

Tra le forme di pratiche lesive più diffuse si registrano⁵:

- ▶ Mutilazioni genitali femminili
- ▶ Matrimoni precoci e forzati
- ▶ Stiramento o appiattimento del seno
- ▶ Cicatrici facciali
- ▶ Test di verginità
- ▶ Maltrattamento delle vedove
- ▶ Persecuzione per stregoneria
- ▶ Lapidazione
- ▶ Delitti d'onore
- ▶ Aborto selettivo per sesso
- ▶ Poligamia
- ▶ Ingrassamento e alimentazione forzata
- ▶ Allungamento del collo, dischi labiali

Mutilazioni genitali femminili

Cosa sono?

Le mutilazioni genitali femminili sono “pratiche di rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre alterazioni indotte agli organi genitali femminili, effettuate per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche”⁶. Non sono un dettame di nessuna religione e non apportano alcun beneficio alla salute. Al contrario, le MGF possono causare traumi fisici e psicologici duraturi alle bambine, alle ragazze e alle donne che le subiscono. Per tale ragione sono considerate una grave violazione dei diritti umani e una forma specifica di discriminazione e di violenza di genere. Sono infatti espressione di una cultura patriarcale che perpetua le disuguaglianze e intende controllare i corpi e la sessualità delle ragazze e delle donne nonché i loro diritti sessuali e riproduttivi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) distingue quattro tipi di mutilazioni genitali femminili⁷:

Tipo 1 (clitoridectomia): parziale o totale rimozione della clitoride e/o del prepuzio clitorideo;

Tipo 2 (escissione): parziale o totale rimozione della clitoride e delle piccole labbra, con o senza escissione delle grandi labbra;

Tipo 3 (infibulazione): restringimento dell'orifizio vaginale tramite escissione e riposizionamento delle piccole e/o grandi labbra precedentemente tagliate, talvolta mediante sutura, con o senza escissione del clitoride (la deinfibulazione è invece la pratica di riapertura chirurgica dell'orifizio vaginale cicatrizzato a seguito di una infibulazione).

Tipo 4: qualunque altra procedura a danno dei genitali femminili eseguita a scopi non terapeutici come perforazione, piercing, incisione, graffi o cauterizzazioni.

Nella realtà, le diverse forme di MGF spesso non sono distinguibili con chiarezza. Esistono infatti molte forme intermedie e le tipologie di intervento variano a seconda del paese, della regione e talvolta si differenziano anche in base a chi pratica l'escissione.

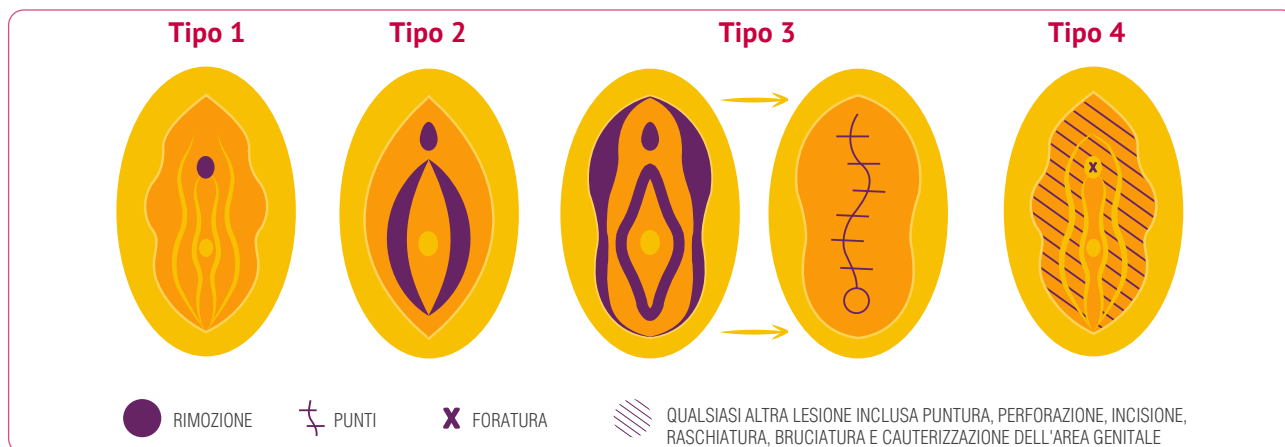
⁴ National FGM Centre, UK

⁵ Idem.

⁶ OMS, *Female Genital Mutilation. Key Facts* [ultimo accesso 20 gennaio 2022].

⁷ OMS, *Eliminating Female Genital Mutilation – An Interagency Statement* OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNIFEM, OMS, 2008.

Figura 1 – Tipologie mutilazioni genitali femminili



Fonte: End FGM EU, 2020

Motivazioni principali

Le MGF vengono praticate per ragioni differenti a seconda dell'area geografica, dell'ordine sociale vigente e del sistema valoriale di riferimento. Inoltre, le motivazioni alla base di tale pratica, così come il tipo di procedura eseguita, possono cambiare nel corso del tempo. Di certo, sono il prodotto di una serie articolata di fattori radicati in contesti socioculturali in cui si ritiene che siano maggiori i vantaggi derivanti dall'eseguire le MGF rispetto agli svantaggi che potrebbero conseguire dall'abbandono di tale pratica⁸.

Qui di seguito sono elencate le principali giustificazioni addotte a difesa di tale pratica⁹:

- ▶ **Tradizione:** nella maggior parte delle comunità colpite, indipendentemente dal contesto socio-economico, le MGF sono considerate una tradizione culturale da rispettare. Rompere tale tradizione equivarrebbe a sfidare il sistema sociale di appartenenza, rifiutare il modello di vita delle generazioni precedenti e condannare le ragazze e le donne all'esclusione.
- ▶ **Virginità e purezza:** le MGF sono spesso ritenute uno strumento utile per preservare la verginità delle ragazze e per garantire la loro fedeltà coniugale una volta sposate.
- ▶ **Opportunità matrimoniali e vantaggi economici:** laddove le MGF sono una tradizione, le possibilità di matrimonio per le ragazze già sottoposte a MGF aumentano. Nella maggior parte delle comunità colpite, solo le ragazze con MGF possono sposarsi e quindi essere pienamente riconosciute dal gruppo di appartenenza. Se poi il matrimonio implica il versamento di denaro, la cifra da corrispondere sarà più elevata se la futura sposa ha subito la pratica. Alcuni genitori decidono quindi di far sottoporre le loro figlie a MGF (anche) per motivi economici.

- ▶ **Salute e igiene:** in alcune comunità si crede che le MGF garantiscano una migliore igiene degli organi genitali esterni femminili o che toccare una clitoride porti alla morte o renda impotenti. In altre comunità ancora si ritiene che i genitali femminili debbano essere modificati non solo perché impuri o assimilabili a quelli maschili se lasciati al loro stato naturale, ma anche perché altrimenti continuerebbero a crescere.
- ▶ **Riti di passaggio:** in alcune comunità, le MGF sono viste come un momento importante nella vita di una ragazza perché segna il passaggio all'età adulta.
- ▶ **Credenze religiose:** sebbene sia falso, molte persone credono che le MGF siano un obbligo imposto dalla religione. Spesso ciò è dovuto al fatto che vi sono autorità religiose che sostengono con forza tali pratiche, ma vi sono anche teologi e leader religiosi fortemente contrari. In realtà, la nascita delle MGF precede quella delle religioni monoteiste e, ad oggi, la pratica è presente in comunità di religione cristiana, animista e musulmana.
- ▶ **Ideali di bellezza e femminilità:** le MGF sono associate a ideali culturali di femminilità che prevedono – per poter considerare le ragazze “pulite” e “belle” – la rimozione di parti del loro corpo considerate impure, non femminili o maschili.

Oltre alle motivazioni qui sopra elencate, è soprattutto la volontà di esercitare il **controllo sul corpo e la sessualità delle donne** nonché sul loro ruolo nella società a permettere il perpetuarsi delle mutilazioni genitali femminili a ogni latitudine.

Conseguenze

A seconda del tipo di intervento praticato e delle esperienze individuali, le conseguenze delle MGF sulla salute e la vita quotidiana delle ragazze e del-

⁸ C. Caldera, “Riflessione su alcuni pregiudizi intorno alle “Mutilazioni Genitali Femminili – FGM”, in Quaderni del SaMiFo, Pregiudizi, 2018, pp. 98-122.

⁹ TDF, *Information Brochure: Female Genital Mutilation*, 2021.

le donne possono variare largamente, non è quindi possibile distinguere tra forme “più lievi” e forme “più gravi”. Le donne che hanno subito le MGF spesso soffrono delle seguenti complicanze fisiche e psicologiche nell'immediato e/o a livello cronico¹⁰:

Le complicazioni immediate possono includere:

- ▶ dolore intenso
- ▶ emorragia
- ▶ gonfiore dei tessuti genitali
- ▶ febbre
- ▶ infezioni (es. tetano, epatite, HIV)
- ▶ problemi urinari
- ▶ problemi di guarigione delle ferite
- ▶ lesioni al tessuto genitale circostante
- ▶ shock
- ▶ morte.

Le complicazioni a lungo termine possono invece ricomprendere:

- ▶ problemi urinari (minzione dolorosa, infezioni del tratto urinario)
- ▶ problemi vaginali (perdite, prurito, vaginosi batterica e altre infezioni)
- ▶ problemi mestruali (cicli dolorosi e difficoltosi)
- ▶ tessuto cicatriziale e cheloide
- ▶ problemi sessuali (dolore durante il rapporto sessuale, diminuzione della soddisfazione, ecc.)
- ▶ aumento del rischio di complicanze durante il parto (parto difficile, emorragie, taglio cesareo, rianimazione del/la nascituro/a, ecc.) e decessi neonatali
- ▶ infertilità
- ▶ necessità di interventi chirurgici successivi (a volte il tessuto genitale viene ricucito più volte, anche dopo il parto, quindi la donna è sottoposta a ripetute procedure di apertura e chiusura, aumentando ulteriormente i rischi sia immediati che a lungo termine)
- ▶ problemi psicologici (depressione, ansia, disturbo da stress post-traumatico, bassa autostima, ecc.).
- ▶ disturbi psicosomatici.

Le MGF possono comportare anche ripercussioni di tipo sociale. Ad esempio, in molte parti dell'Africa, l'infertilità o la perdita di desiderio sessuale da parte delle donne possono essere utilizzate dagli uomini come motivazioni per la richiesta di divorzio. Soprattutto, però, le MGF privano le donne e le

ragazze del loro diritto di decidere in merito ad una pratica che ha un effetto duraturo sul loro corpo, che viola l'autonomia personale e impedisce di avere il controllo sulla propria vita¹¹. Le MGF influiscono infatti sulla capacità delle donne e delle ragazze di partecipare pienamente alle attività della loro sfera pubblica e privata a causa delle conseguenze fisiche, sessuali ed emotive che sono costrette a subire. Ciò può influire negativamente sul loro benessere individuale in generale e sul diritto al miglior livello raggiungibile di salute e di benessere relativo alla sessualità, inclusa la possibilità di esperienze sessuali piacevoli, soddisfacenti e sicure, e di decidere se avere figli/e, quanti/e e quando averne.

Infine, è da rilevare che le ragazze sottoposte a MGF, quale rito di passaggio all'età adulta, sono spesso oggetto di matrimoni precoci e forzati: le MGF, infatti, vengono in molti casi eseguite in preparazione al matrimonio.

Diffusione

Rilevata in almeno 92 paesi al mondo¹², la pratica delle MGF riguarda tutti i continenti sebbene sia maggiormente diffusa in Africa centrale e in alcune aree del Medio Oriente e dell'Asia. I paesi con l'incidenza più elevata sono Somalia, Guinea, Gibuti, Sierra Leone, Mali, Egitto, Sudan, Eritrea, Burkina Faso, Gambia, Etiopia, Mauritania, Chad e Indonesia^{13,14}. I dati ufficiali in realtà permettono di delineare solo parzialmente le dimensioni del fenomeno, essi infatti si riferiscono solamente a quelli resi disponibili da alcuni Stati che hanno adottato specifici sistemi di rilevazione o hanno partecipato ad indagini su larga scala, nonché riflettono stime dirette o indirette effettuate da università, istituti di ricerca, organizzazioni internazionali o non governative.

Secondo l'UNICEF, sono più di 230 milioni le ragazze e le donne al mondo che hanno subito una forma di MGF, quattro milioni sono invece a rischio di essere sottoposte a tale pratica entro i 15 anni di età.

Si stima che in Europa oltre 600.000 donne stiano vivendo con le conseguenze di MGF e che, solo in 17 paesi europei, oltre 190.000 ragazze e donne siano a rischio di subire tale pratica dannosa¹⁵. Inoltre, l'UNHCR ha calcolato che nel quinquennio 2015-2020 almeno 20.000 donne e ragazze all'anno

10 OMS, *Guidelines on the Management of Health Complications from Female Genital Mutilation*, 2016, pp. 6-7.

11 UNFPA, *My Body is My Own. State of the World Population 2021*, p. 53.

12 END FGM - European Network, *Female Genital Mutilation/Cutting: A Call for a Global Response*, 2020.

13 UNFPA, *op. cit.*

14 UNICEF, *Female Genital Mutilation Country Profiles*, 2020.

15 END FGM - European Network, *FGM in Europe* [ultimo accesso: 20 gennaio 2022].



i 10 principali miti sulle MGF:

- 1) Alcuni tipi di MGF sono meno dannosi di altri.
- 2) Ci sono delle situazioni in cui le MGF sono accettabili.
- 3) È una questione che riguarda solo le donne.
- 4) Le MGF sono previste da alcune religioni.
- 5) Le MGF sono un problema africano, non succedono in Europa.
- 6) Le persone che praticano le MGF sono "barbare" e "irrazionali".
- 7) Una donna che ha subito la MGF è una vittima passiva.
- 8) Praticare le MGF in ospedale riduce il rischio.
- 9) La circoncisione maschile e quella femminile sono la stessa cosa.
- 10) Le donne che hanno subito le MGF non provano piacere sessuale.

Fonte: Commissione europea (2021); End FGM EU Network (2020)

che hanno chiesto asilo in Europa potrebbero essere state sottoposte alle MGF¹⁶.

Si tratta di numeri destinati ad aumentare anche a causa della pandemia da Covid-19. Si prevede infatti che altri 2 milioni di casi di MGF che altrimenti sarebbero stati evitati potrebbero verificarsi nel prossimo decennio a seguito dell'emergenza sanitaria¹⁷.

Per quanto riguarda l'Italia i numeri sono in diminuzione. In uno studio svolto tra il 2017 e il 2018 l'European Institute for Gender Equality (EIGE) stimava che nel nostro Paese, su una popolazione totale di 76.040 ragazze di età compresa tra 0 e 18 anni, circa il 15-24% proveniente da paesi a tradizione escissoria era a rischio di MGF. I principali paesi di origine registrati, in ordine di rilevanza, sono stati: Egitto, Senegal, Nigeria, Burkina Faso, Costa d'Avorio, Etiopia e Guinea¹⁸. È plausibile pensare che, a causa delle politiche migratorie messe in campo negli ultimi anni e della chiusura delle frontiere imposte dalla

pandemia da Covid-19 scoppiata nel 2020, i numeri siano attualmente ancora più contenuti.

I dati ufficiali più recenti riguardanti l'Italia si riferiscono al 2019 e sono stati raccolti dall'Università Milano Bicocca, secondo cui le donne portatrici di MGF stimate sarebbero 87.600, di cui 7.600 minorenni principalmente di origine nigeriana ed egiziana¹⁹; le bambine a rischio sarebbero invece circa 5 mila. Lo studio evidenzia sostanziali differenze generazionali e di comunità di provenienza che riguardano le ragazze e le donne portatrici di MGF. Le generazioni più giovani sono sottoposte di meno alla mutilazione e hanno tassi di prevalenza decisamente più bassi; per alcune nazionalità poi il rischio di mutilazioni è generalizzato (Mali, Sudan, Somalia), mentre per altre è variabile a seconda della comunità di origine e di fattori specifici, tra cui, il livello di istruzione e la condizione socio-economica (ad esempio nel caso di Egitto e Nigeria).

La ricerca ha anche indagato l'opinione delle donne delle comunità interessate dal fenomeno. Il 42% del campione si è dichiarato non favorevole alla pratica ed inattivo, ovvero non ha promosso o partecipato a nessuna forma di mobilitazione contro le MGF, il 37,5% è attivo nel contrastare la pratica nel proprio Paese e in Italia, mentre il 9,4% è favorevole. Sono soprattutto le donne nigeriane, etiopi ed egiziane ad essere le più inclini al proseguimento di questa pratica. Da notare che alcune donne si dichiarano disposte ad accettare un rito di passaggio alternativo o ad utilizzare pratiche meno invasive o medicalizzate per rendere la mutilazione più sicura a livello sanitario²⁰. Questo sottolinea che molte donne ritengono la pratica delle mutilazioni genitali femminili un rito di passaggio legato a motivazioni culturali e tradizionali, ossia un momento essenziale per l'accettazione della bambina da parte della comunità e per l'entrata della donna nella società di riferimento.

¹⁶ Idem.

¹⁷ UNFPA et al., *Effectiveness of Interventions Designed to Prevent or Respond to Female Genital Mutilation. A Review of Evidence*, 2021, p. 12.

¹⁸ EIGE, *Female Genital Mutilation: How Many Girls Are at Risk in Italy?*, 2018.

¹⁹ P. Farina, L. Ortensi, T. Pettinato, *Le mutilazioni genitali femminili in Italia: un aggiornamento*, 2020.

²⁰ A. Ramundo, *In Italia 85-90mila donne con mutilazioni genitali femminili, di cui 5-7mila minori*, 2020.

Matrimoni precoci e matrimoni forzati

Cosa sono?

Ad oggi, non sono state adottate definizioni di “matrimonio precoce” e di “matrimonio forzato” a livello internazionale. Sul piano regionale, invece, il Consiglio d'Europa, attraverso la Convenzione di Istanbul, sovrapponendo di fatto le due pratiche, ha stabilito che il matrimonio forzato è “l'atto intenzionale di costringere un adulto o un bambino a contrarre matrimonio. [...] il fatto di attirare intenzionalmente con l'inganno un adulto o un bambino sul territorio di una Parte o di uno Stato diverso da quello in cui risiede, allo scopo di costringerlo a contrarre matrimonio”²¹.

Le definizioni, quindi, variano a seconda del Paese; esse, tuttavia, presentano elementi costitutivi comuni qui sotto evidenziati.

Per **matrimonio precoce** si intende il vincolo matrimoniale tra due persone in cui almeno uno dei due contraenti non ha raggiunto l'età considerata necessaria per esprimere il consenso matrimoniale (Unicef). Sono considerati pertanto matrimoni precoci anche le unioni formali o informali contratte da persone che hanno più di 18 anni il cui sviluppo personale e sociale non ha ancora raggiunto la piena maturità.

Il **matrimonio infantile**, invece, prevede una specifica dell'età delle persone coinvolte, in quanto indica l'unione (formalizzata o meno) tra due persone in cui uno dei due, spesso la ragazza, ha meno di 18 anni (Unicef). Come stabilito dai trattati internazionali, infatti, 18 anni segna l'ingresso nell'età adulta ed è l'età legale minima per il matrimonio. Un'unione in cui almeno una/un partner ha meno di 18 anni è considerata un matrimonio infantile e quindi una pratica dannosa, in quanto provoca gravi ripercussioni sulla vita e la salute delle **persone di minore età** coinvolte.

Il “**matrimonio forzato**”²² ha luogo senza il pieno e libero consenso di una o di entrambe le parti contraenti, che possono essere sottoposte a violenza fisica, verbale e/o psicologica, a minacce personali o contro la famiglia, a subire costrizioni socioeconomiche e pressioni culturali, e ad essere impossibilitate a sciogliere il vincolo matrimoniale contratto. Poiché i matrimoni forzati avvengono in assenza del libero

e pieno consenso di uno o entrambi i coniugi, essi comprendono necessariamente anche i matrimoni precoci. Infatti, in base alle principali normative vigenti, un/a **persona di minore età** non è in grado di esprimere il proprio consenso in maniera libera e informata, per questo è sotto la responsabilità dei genitori fino ai 18 anni.

I **matrimoni combinati**, invece, hanno luogo quando un terzo soggetto (spesso le famiglie) stabilisce che due persone debbano sposarsi. Entrambe le persone sono libere, se vogliono, di rifiutare. La linea di separazione dal matrimonio precoce o forzato è sottile perché spesso, a causa della giovane età o della pressione sociale, non sono nemmeno consapevoli di questa possibilità. NON rientra tra le forme di violenza di genere.



I 10 principali miti sui MPF:

- 1) Il matrimonio forzato è raro in Europa.
- 2) Bisogna rispettare questa tradizione culturale.
- 3) Succede solo alle ragazze.
- 4) Il posto migliore per una ragazza è la sua famiglia e il modo migliore per risolvere la situazione è fare ricorso alla consulenza familiare, la mediazione, l'arbitrato e la riconciliazione.
- 5) Solo dei mostri possono permettere alle figlie di sposarsi presto o di costringerle al matrimonio.
- 6) Questa è davvero una questione familiare e culturale.
- 7) Queste ragazze devono essere completamente indifese.
- 8) Solo delle sanzioni dure possono porre fine a questa pratica.
- 9) La questione del matrimonio forzato e precoce non mi riguarda.
- 10) Non accettare il matrimonio va contro la religione.

Fonte: EU FEM Roadmap (2017)

I **matrimoni di convenienza** sono, infine, unioni contratte per accedere a dei benefici specifici come, ad

21 Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul), 2011, art. 37.

22 FRA, *Addressing Forced Marriage in the EU: Legal Provisions and Promising Practices*, 2014.

esempio, consentire ad una delle due parti di entrare e risiedere in un paese straniero attraverso il ricongiungimento familiare.

Motivazioni principali

Come le MGF, anche i matrimoni precoci e i matrimoni forzati sono il prodotto di diversi fattori che possono variare a seconda del paese e dei contesti sociali, andando oltre le barriere di classe o di casta e le appartenenze religiose e culturali. In generale sono il risultato di forti disuguaglianze di genere e del mancato rispetto dei più elementari diritti umani, in particolare delle donne, delle **ragazze** e delle **bambine**.

Tra i principali fattori che favoriscono l'adozione e il reiterarsi dei matrimoni forzati e dei matrimoni precoci si segnalano:

Povertà: le ragazze appartenenti a famiglie povere sono spesso considerate un onere finanziario e per questo alcuni genitori fanno ricorso a tale pratica dannosa. In alcuni paesi, poi, quando le figlie vengono date in sposa giovani e vergini, le famiglie ricevono un compenso elevato.

Instabilità e insicurezza: le crisi causate da conflitti, violenza generalizzata, epidemie, carestie o cambiamenti climatici aumentano la prevalenza di matrimoni precoci perché le famiglie preferiscono dare in sposa le proprie figlie per far fronte alle crescenti difficoltà economiche e per proteggerle da abusi e violenze sessuali. Spesso i contesti instabili e insicuri costringono a spostamenti interni o internazionali che rendono le bambine e le ragazze più vulnerabili perché vengono meno le reti sociali e i sistemi di protezione e, di conseguenza, per loro aumenta il rischio di matrimonio precoce, abusi, sfruttamento, tratta di esseri umani e schiavitù.

Tratta di esseri umani: una donna o una **minorenne** può essere vittima di matrimonio forzato a scopo di sfruttamento. Le unioni possono essere organizzate da familiari, agenzie matrimoniali o intermediari, spesso per guadagno finanziario o materiale. In alcuni casi, le spose vengono rapite direttamente²³.

Pressioni socio-culturali: le norme e le aspettative derivanti da specifiche tradizioni e culture alimentano i timori di ostracismo o di perdita dell'onore in caso di non conformità da parte delle famiglie.

Sistema patriarcale: le ragazze e le donne sono costrette a subire i dettami della cultura patriarcale

che caratterizza il loro contesto di vita e devono, conseguentemente, conformarsi a ruoli di genere tradizionali che limitano fortemente la loro capacità di autodeterminazione.

Verginità e controllo sulla sessualità: grande valore viene dato alla verginità di una ragazza e al controllo della sessualità femminile, che deve essere limitata se non addirittura soppressa. Le ragazze devono quindi sposarsi illibate per non danneggiare la reputazione della famiglia. Per tale ragione la famiglia decide di farle sposare in tenera età e, in molti paesi, anche di sottoporle a MGF.

Rafforzamento legami e proprietà della famiglia: in alcune comunità si ritiene doveroso rafforzare i legami familiari attraverso la stipula di un matrimonio tra parenti stretti (es. cugini/e), che permette, al contempo, di assicurare che le proprietà, la terra e la ricchezza rimangano all'interno della stessa cerchia familiare.

Basso livello di istruzione dei genitori: esiste una stretta connessione tra il livello di istruzione dei genitori e matrimoni precoci: meno elevato è il loro grado di istruzione, maggiore è la probabilità che facciano sposare la propria figlia prima dei 18 anni.

Orientamento sessuale e identità di genere: una persona LGBTQ+ può essere sottoposta a matrimonio forzato dalla propria famiglia per evitare che la sua sessualità o identità di genere vengano messe in discussione dalla comunità di appartenenza. Alcuni genitori costringono la figlia o il figlio LGBTQ+ a sposarsi contro la sua volontà perché credono che possa essere la "cura" per ciò che erroneamente ritengono essere una devianza dalle proprie norme socio-culturali o addirittura una malattia.

Documentazione: a volte le unioni matrimoniali sono organizzate per permettere il trasferimento di una delle due persone contraenti in Italia, grazie al ricongiungimento familiare. Questo è legato a motivazioni economiche e ad accordi tra famiglie.

Conseguenze

Le ragazze e le donne costrette a matrimoni precoci e forzati sono costantemente sottoposte a controllo esterno. Gli viene negato il diritto di prendere decisioni sulla loro vita e sulla loro salute sessuale e riproduttiva. Hanno infatti limitate, se non nulle, possibilità di pianificazione familiare e, nel caso non rispettino tale regola, vengono socialmente isolate insieme alle loro famiglie.

23 UNODC, *Interlinkages between Trafficking in Persons and Marriage*, 2020.

I matrimoni precoci e forzati negano alle ragazze il diritto allo studio, costringendole ad abbandonare la scuola e ad essere perciò destinate ad avere scarse prospettive economiche che le espone in misura maggiore al rischio di avere problemi di salute, di essere vittime di abusi, o a morte prematura.

I matrimoni precoci e forzati hanno anche gravi conseguenze sulla salute, spesso a causa di gravidanze precoci. Le complicazioni che insorgono durante la gravidanza e il parto sono la seconda causa di morte tra le ragazze e le donne tra i 15 e i 19 anni in tutto il mondo. Nel caso di gravidanze precoci, poi, il rischio che la neonata o il neonato muoia nel suo primo anno di vita è del 60% più alto rispetto a quello di bambine e bambini nati da una madre maggiorenne. Nel caso in cui la neonata o il neonato sopravviva è molto più probabile che soffra di malnutrizione, basso peso alla nascita o che vada incontro a problemi di sviluppo cognitivo e fisico²⁴.

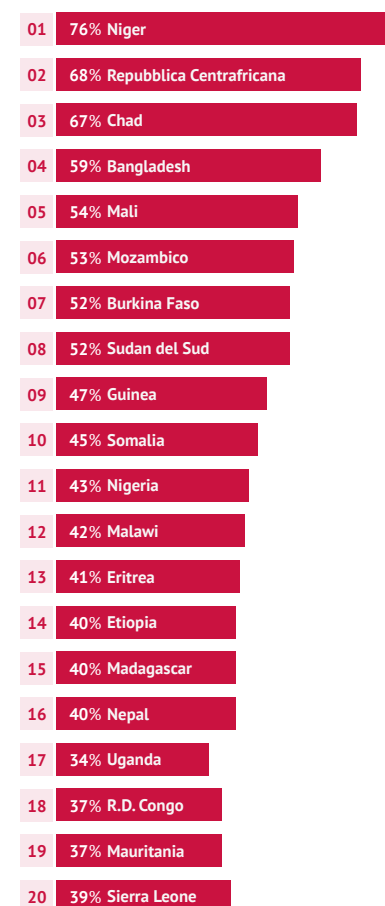
Inoltre, le ragazze e le donne costrette al matrimonio precoce e/o al matrimonio forzato hanno più probabilità di essere vittime di violenza domestica e di contrarre malattie e infezioni sessualmente trasmissibili.

Diffusione

Essendo in larga parte sommerse e mancando una definizione internazionale condivisa delle pratiche lesive qui descritte risulta particolarmente difficile raccogliere statistiche ufficiali e rispondenti alle effettive casistiche. Esistono tuttavia delle stime. Secondo l'UNICEF, sono circa 640 milioni le donne e le ragazze sposatesi prima del compimento della maggiore età, mentre sono circa 12 milioni le bambine e le ragazze che ogni anno sono costrette a contrarre matrimonio²⁵. Le ragazze hanno maggiori probabilità di essere oggetto di matrimoni precoci e forzati rispetto ai ragazzi.

La situazione più grave si registra nell'Africa subsahariana, dove il 35% delle ragazze si sposa prima dei 18 anni. In Niger, Repubblica Centrafricana e Ciad, i tassi di prevalenza superano il 67%. La seconda regione del mondo più colpita è l'Asia meridionale (30%), dove è il Bangladesh a registrare la percentuale più elevata (59%). Tassi più bassi ma significativi si rilevano in alcune parti dell'America Latina e dei Caraibi (Brasile e Repubblica Domini-

Grafico 1 - Paesi con il più alto tasso di matrimoni precoci



Fonte: Girls not Brides, 2020

cana entrambi al 36%), in Medio Oriente e in Nord Africa²⁶. È importante ricordare che le percentuali di incidenza variano non solo tra paesi, ma anche tra regioni di uno stesso paese. Esempio ne è la Nigeria, dove la percentuale nazionale di ragazze sposate prima dei 18 anni è del 30,3% e del 12,3% per le minori di 15 anni; se si considera però lo specifico Stato del Bauchi, le percentuali sono molto più alte: il 73,8% delle donne si è sposata prima dei 18 anni e il 49,2% di loro ha mariti più anziani di almeno 10 anni più vecchi²⁷.

Anche i ragazzi sono oggetto di matrimonio precoce, sebbene in misura molto inferiore. Si stima siano 115 milioni i ragazzi e gli uomini sposatesi da minorenni, di questi 23 milioni si sono sposati prima del compimento dei 15 anni²⁸. Si tratta di un fenomeno presente in molte parti del mondo, ma i paesi maggiormente coinvolti sono la Repubblica Centrafricana (28%), il Nicaragua (19%) e il Madagascar

24 Plan International, *Matrimonio infantile* [ultimo accesso: 20 gennaio 2022].

25 UNICEF, *Is an end to Child Marriage within reach?*, 2023 [ultimo accesso 10 maggio 2024]

26 Idem.

27 Girls not Brides, "Nigeria" in *Child Marriage Atlas*, [ultimo accesso: 8 marzo 2024].

28 UNICEF, *115 million Boys and Men Around the World Married as Children*, 2019 [ultimo accesso: 20 gennaio 2022].

(13% circa)²⁹. I ragazzi costretti a matrimoni precoci appartengono a famiglie molto povere, hanno un livello di istruzione molto basso o sono analfabeti e provengono da aree rurali spesso remote. Anche su di loro tale pratica produce effetti negativi sulla salute psico-fisica. In molti casi, infatti, i ragazzi sviluppano forti disagi psicologici dovuti alla pressione di assumere responsabilità da adulti per cui non sono pronti. Tra queste, vi è soprattutto quella di diventare padri molto giovani e di assolvere gli obblighi che ne conseguono, in primis, quello di mantenere la famiglia, un impegno che interferisce sulla possibilità di studiare e di avere migliori opportunità di lavoro.

Per quanto riguarda l'Unione europea, le statistiche ufficiali disponibili sui matrimoni precoci e sui matrimoni forzati sono molto limitate. Solo alcuni paesi si sono dotati di un sistema nazionale di raccolta dati sul fenomeno, tra cui, la Gran Bretagna, la Germania e la Svezia. In considerazione dei flussi migratori degli ultimi decenni provenienti da alcuni paesi verso l'Europa e di informazioni di tipo qualitativo, si è stimato un aumento dei casi³⁰.

In Italia non esistono studi e indagini nazionali sul fenomeno dei matrimoni precoci e dei matrimoni forzati. Secondo una ricerca del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, nel 2014 si stimavano circa 2.000 ragazze che, già a partire dai cinque anni, sono state "oggetto" di veri e propri contratti che le ha costrette a sposarsi nei Paesi d'origine. Sono state cedute come spose dalle loro famiglie in cambio del mantenimento a vita, come una sorte di dote al contrario, versata dai futuri mariti ai genitori³¹. Questo dato è una stima che tiene conto del fatto che i matrimoni precoci, e ancor di più i matrimoni forzati, sono fenomeni sommersi, difficili da individuare e categorizzare.

A partire dall'entrata in vigore della legge 69/2019, il cosiddetto Codice Rosso, tra agosto 2019 e dicembre 2023 si sono registrati 79 reati di costrizione o induzione al matrimonio in Italia³². UNICEF, inoltre, produce statistiche annuali relative al "*child marriage*", utilizzando due cluster di età: sotto i 15 anni e 16-18 anni. Incrociando i dati di UNICEF con la lista

delle comunità straniere presenti in Italia, è possibile stimare che le bambine e le ragazze più a rischio di essere oggetto di matrimoni precoci e matrimoni forzati sono soprattutto quelle provenienti da Pakistan, Bangladesh, Nigeria, Costa D'Avorio, India, Egitto e Camerun.



N.B. Sebbene spesso siano considerate separatamente, le mutilazioni genitali femminili e i matrimoni precoci e forzati sono pratiche lesive interconnesse. In molte comunità, infatti, le MGF sono considerate una procedura preparatoria indispensabile per accedere al matrimonio³³. I paesi in cui le ragazze e le donne sono esposte ad entrambe le pratiche si concentrano nell'Africa subsahariana (Senegal e Nigeria) e in Medio Oriente (tra cui, Egitto, Iraq, Iran e Turchia). Queste regioni hanno alti tassi di prevalenza sia di MGF che di matrimoni precoci e forzati³⁴.

La seguente tabella illustra i dati relativi alle principali comunità presenti sul territorio di Roma che praticano le MGF, i matrimoni precoci o entrambe le pratiche.

²⁹ Idem.

³⁰ UNFPA, *State of the World Population: Against My Will*, 2020.

³¹ M. Cerato, *Il matrimonio forzato (forced marriage) dei minori e il c.d. codice rosso*, 2019.

³² Ministero dell'Interno, Servizio Analisi Criminale, 2024.

³³ Council of Europe - Steering Committee for Human Rights, *Guide to Good and Promising Practices Aimed at Preventing and Combating Female Genital Mutilation and Forced Marriage*, 2017.

³⁴ D. Gathara, J. Karumbi, *Associations between Female Genital Mutilation/Cutting and Early/Child Marriage: A Multi-Country DHS/MICS Analysis. Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive*, Population Council, New York, 2020.

Tabella 1: Principali nazionalità straniere praticanti MGF/matrimoni precoci presenti nella città di Roma

Nazionalità	Uomini	Donne	Totale	Incidenza MGF (nel paese d'origine) ³⁵	Incidenza matrimoni precoci ³⁶ (nel paese d'origine)	
					Sotto 15 anni	Sotto 18 anni
Burkina Faso (ex Alto Volta)	266	199	465	76%	10%	52%
Camerun	522	406	928	1%	13%	38%
Costa d'Avorio	804	243	1047	38%	10%	33%
Egitto	11253	4104	15357	91%	2%	17%
Eritrea	1153	894	2047	89%	13%	41%
Etiopia	798	1282	2080	74%	16%	41%
Guinea	701	191	892	96%	21%	52%
Mali	1937	85	2022	89%	14%	34%
Nigeria	4440	3515	7955	27%	17%	43%
Senegal	2713	832	3545	26%	9%	32%
Somalia	1655	375	2030	98%	8%	45%
Pakistan	3977	1169	5146	n/a	3%	21%
Bangladesh	27227	10952	38179	n/a	18%	59%

Fonte: ActionAid su dati Istat (2023), PARSEC (2018) e UNICEF (2024)

Sulla base dell'esperienza dei centri antiviolenza italiani e delle associazioni di donne, l'associazione Trama di terre³⁷ ha identificato tre tipologie di matrimonio forzato nel nostro Paese che coinvolgono³⁸:

- ▶ giovani donne di nuova generazione cresciute in Italia, costrette, al termine della scuola dell'obbligo, a rientrare nel paese di origine per sposarsi con connazionali scelti dalla famiglia;
- ▶ giovani donne che hanno contratto – con livelli diversi di coercizione – un matrimonio combinato nel paese di origine e che, rientrate in Italia con il marito, si rendono conto che il coniuge non corrisponde alle loro aspettative;
- ▶ donne richiedenti asilo vittime di matrimonio forzato in patria, prima di partire per il viaggio che le ha portate in Italia.

Le prime tendono a chiedere aiuto soprattutto attraverso la scuola, le seconde contattando i servizi e i centri antiviolenza disponibili sul territorio e le terze in seno alle Commissioni territoriali o mediante organizzazioni che si occupano di migranti. In generale, tuttavia, scarse sono la sensibilizzazione e la formazione degli attori che possono entrare a vario titolo in contatto con ragazze e donne a rischio o già sottoposte a matrimonio precoce o matrimonio forzato. Ciò contribuisce a mantenere tali pratiche sommerse, rendendo di fatto molto difficile fornire aiuto e assistenza alle ragazze e alle donne che le subiscono.

³⁵ Associazione Parsec (a cura di), *Linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminili o altre pratiche dannose*, 2018.

³⁶ UNICEF, *Child Marriage Database*, 2024.

³⁷ www.tramaditerre.it

³⁸ T. Dal Pra, A. Davide, M. Miserocchi, I. Piro e G. Selmi, *Libere, Disobbedienti, Innamorate*, 2021, p. 13.

La normativa

Le mutilazioni genitali femminili e i matrimoni precoci e forzati sono **pratiche dannose** riconosciute come **gravi forme di violenza di genere** e di **violazione dei diritti umani, dei diritti delle donne e dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza** in numerosi strumenti normativi internazionali, regionali ed europei³⁹.

I principali diritti violati, in particolare a danno di **bambine, ragazze e donne**, sono:

- ▶ Diritto all'uguaglianza e alla non discriminazione
- ▶ Diritto alla libertà, alla sicurezza e all'integrità
- ▶ Diritto a non essere sottoposta a tortura o a trattamenti inumani o degradanti
- ▶ Diritto al benessere fisico e mentale
- ▶ Diritto ad una vita senza violenza

- ▶ Diritto di scegliere liberamente un/a coniuge, di sposarsi, di formare una famiglia
- ▶ Diritto alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti riproduttivi
- ▶ Diritto alla salute, all'accesso ai servizi sanitari e alla protezione da pratiche tradizionali dannose
- ▶ Diritto ad una gravidanza sana e sicura
- ▶ Diritto allo sviluppo intellettuale e sociale
- ▶ Diritto all'assistenza e alla protezione
- ▶ Diritto all'istruzione
- ▶ Diritto ad un tenore di vita sufficiente
- ▶ Diritto alla vita.

L'Italia si è dotata di normative specifiche per prevenire e contrastare sia le MGF che i matrimoni forzati e precoci.

Mutilazioni genitali femminili

Con l'approvazione della **legge 9 gennaio 2006, n. 7**, contenente **"Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile"** sono state apportate alcune modifiche al Codice penale. In particolare, con l'art. 6 sono stati introdotti gli artt. 583-bis e 583-ter c.p. che disciplinano la penalizzazione delle pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili.

Nello specifico, con l'**art. 583-bis c.p.** la legge punisce:

- ▶ con la reclusione da quattro a dodici anni chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili, quali la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione e qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo;
- ▶ con la reclusione da tre a sette anni chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, provoca, al fine di menomare le funzioni sessuali, lesioni agli organi genitali femminili diverse da quelle indicate sopra, da cui derivi una malattia nel corpo o nella mente. La pena è diminuita fino a due terzi se la lesione è di lieve entità.
- ▶ La pena è aumentata di un terzo quando le pratiche sono commesse a danno di un/a **persona di minore età** e se il fatto è commesso per fini di lucro;

- ▶ Tali disposizioni sono applicate anche quando il fatto è commesso all'estero da cittadino/a italiano/a o da straniero/a residente in Italia, in danno di cittadino/a italiano o straniero/a residente in Italia.

L'**art. 583-ter** introduce:

- ▶ la pena accessoria per il personale sanitario, ovvero l'interdizione dalla professione da tre a dieci anni, da comunicare all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

Inoltre, la legge 9 gennaio 2006, n. 7, modificando il decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, introduce sanzioni pecuniarie e interdittive, per una durata non inferiore ad un anno, agli enti in cui vengono praticate le mutilazioni genitali femminili. Nel caso si tratti di un ente privato, l'accreditamento è revocato. Se poi l'ente viene stabilmente utilizzato allo scopo unico o prevalente di consentire o agevolare la pratica delle mutilazioni genitali femminili, si applica la sanzione dell'interdizione definitiva dall'esercizio dell'attività.

³⁹ Vedasi sezione "Strumenti utili".

Allo scopo di prevenire e contrastare le MGF, la legge prevede altresì:

- ▶ a cura del/la Ministro/a per le pari opportunità, d'intesa con le Ministre e i Ministri della salute, dell'istruzione, dell'università e della ricerca, del lavoro e delle politiche sociali, degli affari esteri e dell'interno, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano:
 - la realizzazione di **campagne informative** rivolte a cittadine e cittadini immigrati dai Paesi in cui sono effettuate le pratiche lesive al momento della concessione del visto presso i consolati italiani e del loro arrivo alle frontiere italiane, dirette a diffondere la conoscenza dei diritti fondamentali della persona, in particolare delle donne e delle bambine, e del divieto vigente in Italia delle pratiche di MGF;
 - la promozione di **iniziative di sensibilizzazione**, con la partecipazione delle organizzazioni di volontariato, delle organizzazioni no profit, delle strutture sanitarie, in particolare dei centri riconosciuti di eccellenza dall'Organizzazione mondiale della sanità, e con le comunità straniere dei Paesi dove sono praticate le MGF per sviluppare l'integrazione socio-culturale nel rispetto dei diritti fondamentali della persona, in particolare delle donne e delle bambine;
 - l'organizzazione di **corsi di informazione per le donne infibulate in stato di gravidanza**, finalizzati ad una corretta preparazione al parto;
 - promozione di appositi **programmi di aggiornamento per insegnanti delle scuole dell'obbligo**, anche avvalendosi di figure di riconosciuta esperienza nel campo della mediazione culturale, per prevenire le MGF, con il coinvolgimento dei genitori delle bambine e dei bambini immigrati, e per diffondere in classe la conoscenza dei diritti delle donne e delle bambine;
 - la promozione presso le strutture sanitarie e i servizi sociali il **monitoraggio dei casi pregressi** già noti e rilevati localmente;

- ▶ a cura del Ministero della salute, sentite le Ministre e i Ministri dell'istruzione, dell'università e della ricerca e per le pari opportunità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, la **formazione di personale sanitario**, ovvero l'emanazione di **linee guida**⁴⁰ destinate alle figure professionali sanitarie e ad altre figure professionali che operano con le comunità straniere dei Paesi dove sono praticate le MGF, per realizzare attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche;
- ▶ a cura del Ministero dell'Interno l'attivazione di un **Numero Verde (800 300 558)**, attivo dal 2009, che è possibile chiamare dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 14.00 e dalle 15.00 alle 20.00, per ricevere segnalazioni sull'effettuazione delle MGF in Italia e per fornire – attraverso le articolazioni territoriali – informazioni sulle organizzazioni di volontariato e sulle strutture sanitarie che operano presso le comunità straniere in cui tali pratiche possono essere eseguite;
- ▶ a cura del Ministero degli affari esteri, nell'ambito dei programmi di cooperazione allo sviluppo e in particolare nei programmi finalizzati alla promozione dei diritti delle donne, la realizzazione nei Paesi in cui si praticano le pratiche lesive di **progetti di formazione e informazione diretti a scoraggiare le MGF e a creare centri antiviolenza** per giovani che intendono sottrarsi a tali pratiche ovvero donne che intendono sottrarsi le proprie figlie o le proprie parenti **di minore età**.

Il coordinamento generale delle attività di prevenzione, assistenza e contrasto alle MGF in capo ai ministeri è affidato al Dipartimento per le pari opportunità, che ha il compito di acquisire dati e informazioni, a livello nazionale e internazionale, sulle attività svolte.

40 Ministero della Salute, *Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche*, 2007.

Matrimoni precoci e matrimoni forzati

Nell'ordinamento italiano, i matrimoni con **minorenni** sono vietati, come previsto dall'art. 84 del Codice civile, fatto salvo il caso in cui la **persona di minore età** abbia compiuto i sedici anni e sia autorizzata/o dal Tribunale per i minorenni a contrarre matrimonio per comprovati gravi motivi.

Con l'art. 7 della **legge n. 69/2019 (cd. Codice Rosso)** sulle "modifiche al Codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere" è stato introdotto nel **Codice penale** italiano l'**art. 558-bis⁴¹** che **criminalizza la costrizione o l'induzione al matrimonio** prevedendo la reclusione da uno a cinque anni per chiunque:

- ▶ con violenza o minaccia costringe una persona a contrarre vincolo di natura personale o una unione civile;
- ▶ approfittando delle condizioni di vulnerabilità o di inferiorità psichica o di necessità di una persona, con abuso delle relazioni familiari, domestiche, lavorative o dell'autorità derivante dall'affidamento della persona per ragioni di cura, istruzione o educazione, vigilanza o custodia, la induce a contrarre matrimonio o unione civile.

Lo stesso articolo reca poi le circostanze aggravanti del **reato di matrimonio forzato** stabilendo che la pena:

- ▶ è aumentata se i fatti sono commessi in danno di una **persona minore** di anni diciotto;
- ▶ è da due a sette anni di reclusione se i fatti sono commessi in danno di una **persona minore** di anni quattordici.

La disposizione stabilisce, inoltre, che il reato è punito anche quando il **fatto è commesso all'estero** da cittadino/a italiano/a o da straniero/a residente in Italia, ovvero in danno di cittadino/a italiano/a o di straniero/a residente in Italia.

Il matrimonio forzato tra una cittadina straniera e un cittadino straniero regolarmente contratto all'estero viene considerato valido anche in Italia, ma – in seguito all'acquisizione della residenza in Italia – la/il coniuge che non ha dato il libero consenso all'unione può chiedere **l'annullamento**, la **separazione** o il **divorzio** in base all'**art. 31, comma 2, della l. 218/1995**.

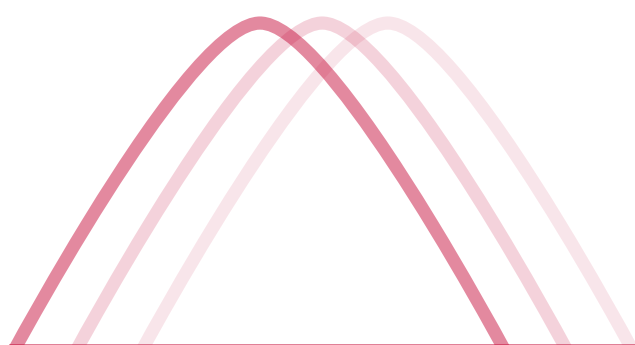
⁴¹ Da rilevare che la fattispecie prevista in tale articolo è ricompresa tra i delitti contro il matrimonio e non a danno della persona. Ciò significa che non viene considerato un reato contro la libertà individuale delle donne e come espressione di violenza di genere, privilegiando quindi la tutela della famiglia invece che l'autodeterminazione della donna, cfr. P. Di Nicola Travaglini, F. Menditto, *Codice rosso. Il contrasto alla violenza di genere: dalle fonti sovranazionali agli strumenti applicativi*, Giuffrè, 2020.

Una persona straniera arrivata in Italia irregolarmente per evitare un matrimonio forzato o per sfuggire ad un matrimonio forzato, se cittadina di un Paese apertamente discriminatorio nei confronti delle donne, può ottenere il **riconoscimento della protezione internazionale** ai sensi del **DL 251/2007** e **DL 25/2008** poiché viene riconosciuta la **persecuzione a causa dell'appartenenza ad un "particolare gruppo sociale"** (**art. 8, lettera d**) in linea con quanto stabilito dalla Convenzione ONU sui Rifugiati (1951). Inoltre, l'**art. 19 del Testo Unico Immigrazione** stabilisce che una donna vittima di matrimonio forzato titolare di permesso di soggiorno non possa essere espulsa dall'Italia in base al **principio di non respingimento** motivato dal rischio – se rimpatriata – di essere sottoposta a tortura o a trattamenti inumani o degradanti e dal divieto di violazione del diritto alla vita privata e familiare, in linea con quanto stabilito dalla Convenzione europea per i diritti umani (rispettivamente agli articoli 3 e 8). La stessa protezione può essere richiesta da una donna in caso di figli/e minorenni presenti sul territorio italiano⁴² e che sarebbero a rischio in caso di ritorno nel loro paese d'origine⁴³.

In base all'**art. 18 bis del Testo Unico Immigrazione**, introdotto con l'art. 4 del DL 93/2013, una cittadina straniera o un cittadino straniero costretto a matrimonio forzato ha la possibilità di richiedere il **permesso di soggiorno per vittime di violenza** in presenza di un "concreto ed attuale pericolo per la sua incolumità, come conseguenza della scelta di sottrarsi alla medesima violenza o per effetto delle dichiarazioni rese nel corso delle indagini preliminari o del giudizio (...) o "quando le situazioni di violenza o abuso emergano nel corso di interventi assistenziali dei servizi sociali specializzati nell'assistenza delle vittime di violenza". Di durata annuale, rinnovabile e convertibile ad altro titolo, tale permesso consente l'accesso ai servizi assistenziali, all'iscrizione anagrafica e sanitaria, allo studio e allo svolgimento di lavoro subordinato e autonomo".

È inoltre da rilevare che in caso di accertato rischio immediato e concreto che un/a **minorenne** sia soggetto/a a matrimonio forzato e si trovi quindi in una condizione di grave pericolo per la propria integrità fisica e psichica, ai sensi dell'**art. 403 del Codice civile**, il sindaco deve disporre l'immediata collocazione in una struttura protetta e fare istanza urgente – o in sua vece i servizi sociali – al Tribunale per i minorenni competente per la nomina di una tutrice o di un tutore, che avrà cura della bambina o del bambino e lo rappresenterà a livello legale, così come previsto dall'art. 19 del D.lgs. 142/2015⁴⁴.

Infine, per quanto riguarda la Regione Lombardia, si rileva che la **legge regionale n. 11 del 3 luglio 2012** sopracitata intende contrastare anche il matrimonio forzato quale forma di violenza contro le donne (art. 1, comma d).



⁴² Per approfondimenti, cfr. T. Dal Pra, A. Davide, M. Miserocchi, I. Piro e G. Selmi, op. cit., p. 23.

⁴³ UNHCR, *Guidance Note on Refugee Claims relating to Female Genital Mutilation*, 2009.

⁴⁴ Istituto degli Innocenti – Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni*, 2017.

Il modello di catena di intervento a Roma

Cos'è

La catena di intervento è un modello operativo fondato sull'integrazione di saperi e competenze professionali di attori appartenenti ad ambiti diversi, con mandati distinti ma complementari. Tali attori collaborano a livello locale sulla base di procedure condivise e regolamentate da un protocollo al fine di prevenire, far emergere, identificare e contrastare i casi di MGF e MPF, nonché di fornire assistenza e protezione a bambine, ragazze e donne sottoposte o a rischio di subire tali pratiche lesive.

Tale modello permette quindi la creazione di una rete territoriale multi-agenzia e multi-settoriale che, condividendo responsabilità e risorse, è in grado di mantenere alto e costante il livello di attenzione rispetto a casi potenziali o sospetti di MGF e MPF e, qualora necessario, di attivarsi prontamente in maniera coordinata ed efficace.

La catena d'intervento è composta dalle seguenti tre fasi che prevedono azioni diverse a seconda del contesto di applicazione, della figura professionale coinvolta, della pratica lesiva e dell'età della persona a rischio (adulta, adolescente o minorenne):

Fase 1: Emersione – è il processo iniziale attraverso cui si raccolgono segnali di rischio o si viene a conoscenza di un caso certo di una bambina, una ragazza o una donna a rischio o che ha già subito MGF e/o MPF, e si stabilisce l'eventuale percorso di intervento e protezione da attivare;

Fase 2: Invio – consiste nella segnalazione di un caso ad uno o più altri attori sul territorio per facilitare l'accesso a servizi di assistenza di base e specialistici nonché all'identificazione formale;

Fase 3: Assistenza e protezione – è l'insieme di azioni volte a proteggere e supportare la bambina, la ragazza o la donna nell'uscita dalla situazione di rischio e nella propria libertà di scelta.

Chi è coinvolto

Le MGF e i MPF sono pratiche lesive complesse e multidimensionali che richiedono pertanto l'intervento e la cooperazione di attori pubblici e del privato sociale distinti nelle varie fasi della catena di intervento per poter rispondere ai bisogni diversificati delle bambine, ragazze o donne assistite.

I principali settori coinvolti nella catena di intervento sono:

- ▶ settore sanitario
- ▶ settore educativo
- ▶ settore legale
- ▶ settore sociale.

Nella Tabella 2 sono elencate le figure professionali che possono essere coinvolte, a seconda delle specificità del caso, in un percorso di emersione, invio e assistenza di una persona a rischio o già sottoposta a MGF e/o a MPF. Tale elenco non è da considerarsi esaustivo e ulteriori dettagli saranno inclusi nella descrizione dei grafici di intervento.

Disclaimer:

Nella descrizione delle fasi di intervento del modello di catena di intervento, la maggior parte delle professionalità citate è declinata al femminile. Considerando l'importanza di stabilire un rapporto di fiducia con bambine, ragazze e donne in casi potenziali o effettivi di violenza di genere, è preferibile, infatti, che le figure professionali coinvolte siano di genere femminile.

Tabella 2 – Principali settori e relative figure professionali coinvolte nella catena di intervento

Settore sanitario (ospedaliero e territoriale)	Settore educativo	Settore legale	Settore sociale
Medica/o di base	Dirigente scolastico	Operatrice/operatore Forze dell'Ordine	Referente servizi sociali
Ginecologa/o	Insegnante	Magistrata/o	Assistente sociale
Ostetrica	Personale ATA (amministrativo, tecnico e ausiliario)	Operatrice/operatore legale centri di accoglienza per migranti	Operatrice centro antiviolenza e strutture accoglienza (case rifugio, case semi/autonomia)
Pediatra	Referente educazione alla salute	Funzionaria/o Commissione territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale	Operatrice/operatore di comunità
Infermiera/e	Educatrice/educatore	Avvocata/o	Psicologa
Assistente sanitaria/o	Assistente sociale	Funzionaria/o della Prefettura	Educatrice
Psicologa/o	Psicologa/o scolastico	Tutrice/tutore legale della minore	Tutor di intermediazione lavorativa
Personale medico con altre specializzazioni	Operatrice/operatore di centri educativi per minori		Educatrice/educatore intervento domiciliare
			Assistente sociale di comunità

A questa lista di possibili attori, si aggiunge una figura trasversale e necessaria nella maggior parte dei casi e in qualunque ambito d'intervento: la **mediatrice linguistico-culturale**. Questa figura professionale svolge un ruolo chiave all'inizio e durante l'intero percorso con una bambina, ragazza o donna a rischio di MGF e/o MPF: è ponte, interprete di codici culturali e facilitatrice della comunicazione, anche in situazioni in cui si lavora con persone di nuova generazione o che hanno una buona conoscenza della lingua italiana. Le MGF e i MPF, infatti, sono strettamente collegati ad aspetti culturali e alle tradizioni di una persona e necessitano pertanto di una mediazione transculturale per garantire il rispetto e la comprensione da parte di entrambe le parti coinvolte nella relazione/comunicazione.

Infine, un ruolo centrale è ricoperto dalle **comunità di appartenenza**: donne e uomini possono essere agenti di cambiamento all'interno della propria comunità e promuovere l'abbandono di certe pratiche dannose senza però negare la propria origine o appartenenza. Per questo, iniziative di formazione e sensibilizzazione dovrebbero sempre essere organizzate e sostenute.

Come funziona

La catena di intervento si fonda sulla **chiara divisione dei ruoli e la fattiva e pronta collaborazione di tutti gli attori coinvolti** nelle azioni previste nelle fasi di emersione, invio e assistenza dei casi di bambine, ragazze e donne a rischio o già sottoposte a mutilazione genitale femminile e/o a matrimonio precoce e forzato segnalati e identificati sul territorio di Roma.

Per ciascuna azione è quindi specificato:

- ▶ **COS'É**
- ▶ **CHI** ne è responsabile
- ▶ **QUANDO** deve essere attivata
- ▶ **COME** deve essere realizzata.

La catena di intervento prevede percorsi differenti in base all'età della persona assistita. In caso di bambine e ragazze di età inferiore ai 18 anni, infatti, in ottemperanza alla normativa a tutela delle e dei **minorenni**, le procedure da seguire sono diverse rispetto a quelle da attivare per le donne. Qualunque decisione riguardante la **persona di minore età** deve fondarsi su una valutazione approfondita e attenta effettuata da personale formato e qualificato, con il coinvolgimento continuo della tutrice o del tutore legale, che tenga in debita considerazione le opinioni della bambina o della ragazza per stabilirne il suo superiore interesse.

Non sempre le azioni seguono un ordine cronologico perché, in alcuni casi, è necessario siano attivate simultaneamente, ad esempio, per motivi di sicurezza o di tutela della salute della bambina, ragazza o donna presa in carico.

Al fine di garantire un efficace sviluppo e attuazione delle azioni previste dalla catena di intervento, gli attori coinvolti si devono dotare di un agile sistema di **governance** che prevede la guida di un ente responsabile del coordinamento e della convocazione delle riunioni da tenersi a cadenza regolare e allorquando vi sia un caso da gestire o una questione urgente da discutere su richiesta di uno o più soggetti.

In tutte le fasi della catena di intervento gli attori coinvolti sono tenuti ad applicare i seguenti **approcci e principi** per garantire, da un lato, che ciascun caso sia trattato nel pieno rispetto degli standard di tutela dei diritti umani e, dall'altro, che il meccanismo operativo multi-agenzia posto in essere sia pienamente funzionante e aggiornato:

▶ **Approccio basato sui diritti umani (HRBA – Human Rights-Based Approach):** è normativamente fondato sugli standard internazionali dei diritti umani e operativamente diretto alla promozione e alla protezione dei diritti umani nelle varie fasi che compongono il ciclo di vita di un programma o intervento o nella gestione dei casi individuali. L'approccio HRBA applicato alle tematiche di genere rivela come le questioni relative ai diritti umani influenzino in modo diverso donne e uomini e come le relazioni di potere e le discriminazioni di genere influiscano sull'effettivo ed equo godimento dei diritti da parte delle donne. A partire da questa consapevolezza è necessario considerare sistematicamente i loro specifici diritti umani in tutti gli aspetti dello sviluppo di un programma o di un intervento o nella gestione dei singoli casi, mettendo quindi sempre al centro la donna di cui ci si occupa quale titolare dei diritti, assicurando la sua piena partecipazione alle decisioni che la riguardano. In particolare, i diritti umani delle donne⁴⁵ da considerare in questo contesto sono il diritto all'uguaglianza e alla non discriminazione, il diritto ad una vita senza violenza, il diritto alla salute sessuale e riproduttiva.

▶ **Approccio sensibile al genere:** riconoscendo le disparità esistenti tra uomini e donne nell'accesso a diritti e opportunità sociali, economiche e politiche, mira a produrre una trasformazione tenendo in considerazione i diversi bisogni, le vulnerabilità e gli interessi di ragazze e donne nelle fasi di costruzione e sviluppo di programmi o interventi nonché nella gestione dei casi individuali.

⁴⁵ OHCHR, Women's Rights are Human Rights, 2014.

- ▶ **Approccio centrato sui diritti del/la minorenn**e: pone la/il **minorenn**e al centro nelle varie fasi di gestione del caso, tenendo conto del suo superiore interesse e delle sue opinioni in tutti i processi decisionali che la/lo riguardano in base alla sua età e maturità, tutelando il suo diritto alla vita e allo sviluppo senza alcuna discriminazione. In tutti i procedimenti relativi all'interesse superiore del/la **minorenn**e è necessario tenere in debita considerazione la sua situazione familiare, la situazione nel suo paese di origine, particolari vulnerabilità, la sicurezza e i rischi cui è esposto/a, le esigenze di protezione, il grado di integrazione nel paese ospitante, la salute fisica e mentale, l'istruzione e le condizioni socioeconomiche.
- ▶ **Approccio intersezionale**: riconosce il mix di specificità individuali e le forme multiple e intersecanti di oppressione e discriminazione che modellano le identità e le esperienze di vita delle singole persone. Tale approccio permette di tenere conto dei bisogni multidimensionali individuali nel disegno e nell'attuazione di programmi o interventi o nella gestione dei casi che prevedono il pieno coinvolgimento delle persone interessate.
- ▶ **Approccio transculturale**⁴⁶: tiene in considerazione l'appartenenza di ogni essere umano al proprio gruppo culturale e considera ogni individuo come portatrice o portatore di norme, pensieri e comportamenti legati alla propria cultura. Fa perciò riferimento alla presa di coscienza del proprio atteggiamento di fronte alla diversità culturale delle persone con cui ci si interfaccia⁴⁷.
- ▶ **Partecipazione**: le persone assistite sono detentrici di diritti e partecipanti attive da coinvolgere in tutte le fasi del processo decisionale che le riguarda, informandole dei diritti e doveri di cui sono titolari e delle possibili procedure da attivare, incoraggiandole a porre domande e a esprimere opinioni, dubbi e preoccupazioni.
- ▶ **Non discriminazione**: tutte le decisioni e le misure sono realizzate nel pieno rispetto del genere, dell'orientamento sessuale, dell'identità di genere, della nazionalità, dell'etnia, della disabilità, della religione, dello status giuridico o delle condizioni sociali della persona assistita.
- ▶ **Sicurezza e "do no harm" (non nuocere)**: tutte le misure da porre in essere tengono conto della piena tutela dell'integrità fisica e psicologica della persona assistita, prevenendo e mitigando ogni possibile impatto negativo che le decisioni prese possono avere sulla sua sicurezza personale e sulla sua vita.
- ▶ **Scambio informazioni e protezione dati**: le informazioni devono essere scambiate tempestivamente tra gli attori coinvolti nella gestione dei casi tenendo conto della sicurezza della persona assistita. I dati personali sono raccolti, trattati, scambiati e conservati in modo lecito, corretto e trasparente per finalità specifiche e legittime e non sono utilizzati in modo incompatibile con tali finalità per garantire la sicurezza a lungo termine della persona che ne è titolare, che deve prestare sempre il proprio consenso informato per la condivisione delle informazioni che la riguardano.
- ▶ **Accountability e trasparenza**: gli attori che partecipano alla catena di intervento, il cui ruolo è definito dalle procedure congiuntamente elaborate nonché in molti casi dalla legislazione vigente, sono responsabili del buon esito delle azioni di cui sono a capo e della conclusione positiva del caso preso in carico.

La piena adozione di tali approcci in tutte le fasi della catena di intervento garantisce la costruzione di interventi basati sui bisogni specifici delle bambine, ragazze e donne a rischio o già oggetto di mutilazioni genitali femminili e di matrimoni precoci e forzati nonché consente agli attori partecipanti alla gestione dei casi di tenere in debito conto i seguenti principi nell'esecuzione dei loro specifici compiti:

46 M.L. Cattaneo, *Elementi base della clinica transculturale*, 2015.

47 A. Bassetti (a cura di), *Transculturale – Clinica*, in www.spiweb.it, 2013.

Per assicurare il buon funzionamento della catena di intervento, gli attori che ne fanno parte garantiscono:

- ▶ **Mediazione linguistico-culturale:** è essenziale che tutte le comunicazioni avvengano in un linguaggio comprensibile alla persona straniera assistita, pertanto l'interpretazione e/o la mediazione culturale sono elementi chiave per fornire supporto adeguato. Un elenco regolarmente aggiornato di professioniste formate e affidabili deve essere a disposizione degli attori della catena di intervento allorquando non possano offrire direttamente tale servizio.
- ▶ **Formazione e supervisione:** il personale degli enti partecipanti alla catena di intervento è regolarmente formato e aggiornato sulle questioni riguardanti le mutilazioni genitali femminili e i matrimoni precoci e forzati nonché sulle metodologie da utilizzare e, laddove necessario, partecipa a sessioni di supervisione.
- ▶ **Monitoraggio e valutazione:** la catena di intervento è sottoposta periodicamente a verifica per stabilire se il meccanismo di cooperazione e le procedure attivate portano ai risultati attesi e al pieno rispetto dei diritti delle persone assistite. Ciò consente di rivedere, se necessario, le prassi, le metodologie e gli strumenti utilizzati, tenendo conto anche delle opinioni delle bambine, ragazze e donne assistite.
- ▶ **Risorse umane ed economiche:** la catena di intervento deve essere sostenibile in termini di risorse umane ed economiche per poter funzionare puntualmente e assicurare l'emersione, l'invio, l'assistenza e la protezione dei casi di bambine, ragazze e donne a rischio o già sottoposte a MGF e/ MPF. Gli enti partecipanti alla catena devono quindi garantire il regolare e, qualora necessario, tempestivo coinvolgimento del proprio personale nelle azioni di propria competenza nonché nelle riunioni di coordinamento e in altre attività concordate.



Fasi di intervento

Fase 1: Emersione

Cosa

È la prima fase della catena d'intervento che permette di rilevare un caso sospetto o conclamato di una bambina, ragazza o donna a rischio o già vittima di MGF e/o MPF. È il primo passo verso l'identificazione e si inserisce in un processo composto da più tappe che può essere suddiviso in:

a) Emersione (o identificazione preliminare) rileva segnali e circostanze che possono far ritenere che una bambina, ragazza o donna sia a rischio o sia già soggetta a MGF e/o MPF e prevede la segnalazione del caso agli enti preposti all'identificazione formale; comprende anche l'**auto-identificazione** in quanto vi sono persone che autonomamente riferiscono di essere oggetto di tali pratiche lesive e chiedono aiuto. In questa fase è importante comprendere le situazioni e sostenere e supportare la donna o **minore** in tutto l'iter che è possibile attivare. La formazione e la rilevazione dei segnali di rischio è fondamentale, che sia al P.U.A. (Punto Unico di Accesso), presso la farmacia comunale, con l'unità di strada ecc. Le figure professionali devono essere formate per poter indirizzare la donna in tutti i servizi esistenti e per sostenerla e supportarla.

b) Identificazione formale: è effettuata da soggetti specializzati e autorizzati e stabilisce che la persona è di fatto a rischio o già soggetta a MGF e/o MPF. Si tratta di una fase determinante per attivare prontamente misure di protezione e avviare il percorso di assistenza e tutela di breve e lungo periodo.

Chi

L'emersione può essere effettuata da figure professionali che, a vario titolo, entrano in contatto con una bambina, ragazza o donna a rischio o già sottoposta a MGF e/o MPF, tra cui, insegnante, pediatra, ginecologa, ostetrica, medica/o di base, assistente sociale, operatrice d'accoglienza, educatrice/educatore di comunità, forze dell'ordine, rappresentante della Magistratura, Commissione territoriali per il

riconoscimento della protezione internazionale; anche membri della famiglia di origine, amiche e persone della cerchia amicale e di prossimità possono raccogliere e riferire segnali e informazioni utili. L'identificazione formale è invece in capo a soggetti debitamente qualificati e formati (es. personale medico, assistenti sociali, Commissione Territoriale) che operano in connessione con le autorità competenti o rappresentano queste ultime.

Quando

Il processo di emersione si attiva attraverso il contatto occasionale o continuativo con una bambina, ragazza o donna che presenta uno o più segnali d'allarme che destano sospetto, oppure nel momento in cui viene rivelato direttamente dalla persona il rischio di essere sottoposta o di avere già subito la pratica lesiva. Richiede tempi variabili a seconda della situazione specifica della persona auto/segnalata e del suo livello di consapevolezza e collaborazione.

Come

I principali strumenti a disposizione per una tempestiva e adeguata emersione e immediata risposta sono:

- a) Indicatori di MGF o MPF;
- b) Colloqui individuali;
- c) Analisi preliminare del rischio.

a) Indicatori di MGF o MPF: elementi, comportamenti e circostanze che possono far ritenere che la persona interessata sia stata sottoposta o sia a rischio di essere sottoposta a mutilazioni genitali femminili e/o ai matrimoni precoci e forzati.

Negli ultimi anni, sono stati pubblicati, in Italia e all'estero, molteplici documenti che presentano nei dettagli i diversi fattori di rischio e i segnali di allarme. A partire da questi⁴⁸, a titolo esemplificativo, qui di seguito sono stati raccolti e in parte adattati gli indicatori più comuni per una rapida emersione dei casi di MGF e/o MPF.

⁴⁸ Associazione Parsec (a cura di), op. cit.; G.D. Marcantonio (a cura di), *La prevenzione ed il contrasto delle mutilazioni genitali femminili nella scuola*, 2006; UK Forced Marriage Unit, *Multi-Agency Practice Guidelines: Handling Cases of Forced Marriage*, Londra, 2014; WAVE Network, *EU Roadmap on Forced/Early Marriage (FEM) Referral Pathway for Frontline Professionals*, 2017.

Tabella 3 – Indicatori per l'emersione di casi potenziali o effettivi di MGF suddivisi per settore e indicatori comuni

Indicatori di casi potenziali o effettivi di mutilazioni genitali femminili				
Background personale e familiare	Settore scolastico	Settore sanitario	Settore sociale	Comuni a tutti i settori
Provenienza della bambina o la ragazza o di uno o entrambi dei suoi genitori da un paese in cui le MGF sono comunemente praticate ⁴⁹ .	I genitori informano le/gli insegnanti che porteranno la figlia fuori dall'Italia e/o che non frequenterà la scuola per un periodo di tempo prolungato.	Presenza di segnali fisici (la bambina, la ragazza o la donna è stata sottoposta alle MGF, riporta segni di violenza fisica, ha delle infezioni genitali, ecc.).	La famiglia è nota ai servizi sociali per precedenti segnalazioni, ma non si relaziona positivamente (o per nulla) con le figure professioniste coinvolte.	La madre, un/a altro/a parente o la bambina/ragazza stessa riferisce che è stata sottoposta alle MGF.
Forte legame alla propria comunità (spesso riferiscono di consigli e/o pressioni che ricevono da parte di persone anziane o leader della comunità).	L'alunna si confida con un/a insegnante perché è consapevole o sospetta di essere a rischio immediato di MGF.	La donna ha una paura particolarmente forte del parto.		Un/a parente o amico/a della bambina o della ragazza esprime preoccupazione rispetto al rischio che possa essere sottoposta a MGF.
Altre donne della sua famiglia (sorelle, madre o nonna) sono state a loro volta sottoposte alla pratica.	La bambina o la ragazza passerà nel suo paese d'origine tutta la durata delle vacanze scolastiche.	Riferisce dolori ai genitali o non vuole essere esaminata da un medico.		Si nota un cambiamento nel comportamento di una ragazza o bambina (es. appare più riservata, depressa, aggressiva, etc.).
I genitori sostengono o non si oppongono alle MGF.	L'alunna si assenta senza giustificazione per un lungo periodo di tempo.	I genitori rifiutano che la figlia faccia visite mediche o riceva assistenza di tipo psicologico.		La bambina o la ragazza racconta che ci sarà una festa organizzata in suo onore per "diventare donna".
La bambina o la ragazza proviene da una famiglia particolarmente tradizionale, con un livello basso di integrazione nella società italiana.	L'alunna cerca di evitare l'ora di ginnastica o di fare qualunque esercizio fisico, senza produrre un certificato medico di esonero dall'educazione fisica.	La bambina parla di "fastidio" tra le gambe.		La ragazza è in procinto di sposarsi (in alcune comunità si praticano le MGF in vista di un matrimonio).
La bambina o la ragazza si esprime in favore delle MGF in quanto pratica tradizionale per essere accettata e stimata nella propria comunità di appartenenza.	L'alunna esce dalla classe e sta in bagno molto tempo riferendo problemi mestruali o difficoltà di minzione.			Fatica a stare seduta o sembra scomoda in qualunque posizione.

⁴⁹ Nel 2020, i paesi dove vengono ancora praticate le MGF (soprattutto in alcune comunità) sono: Benin, Burkina Faso, Cameroon, Repubblica Centrale Africana, Chad, Costa d'Avorio, Gibuti, Egitto, Eritrea, Etiopia, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Indonesia, Iraq, Kenya, Liberia, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Tanzania, Togo, Uganda e Yemen (UNFPA, *State of the World Population*, 2020; UNICEF, *Child Marriage Database*, 2020).

Tabella 4 – Indicatori per l'emersione di casi potenziali o effettivi di MPF suddivisi per settore e indicatori comuni

Indicatori di casi potenziali o effettivi di matrimoni precoci e matrimoni forzati				
Background personale e familiare	Settore scolastico	Settore sanitario	Settore sociale	Comuni a tutti i settori
I genitori provengono da paesi con società di tipo patriarcale e in cui è diffusa l'usanza dei matrimoni combinati e precoci.	La ragazza viene ritirata da scuola dai genitori o dal/la tutore/trice legale oppure viene richiesto un congedo prolungato.	La ragazza o la donna è stata sottoposta a MGF	Ci sono segnalazioni di altri membri della famiglia dichiarati scomparsi in passato.	La ragazza racconta che presto si terrà una grande festa per lei nel paese di origine dei suoi genitori.
Le sorelle e/o la madre si sono sposate quando erano minorenni o sono diventate madri in giovane età.	Alla ragazza viene vietato di partecipare ad attività extrascolastiche.	Gravidanza precoce o indesiderata.	La ragazza ha tentato la fuga da casa in passato.	Temperamento scostante, depressione, isolamento.
La ragazza riferisce che i genitori/la famiglia scelgono l'uomo da sposare per tradizione, e che ci si aspetta che lasci la scuola non appena sposata.	La ragazza dimostra una scarsa motivazione a scuola o in altre attività in cui è coinvolta.	La ragazza o la donna presenta un comportamento autolesionista e ha avuto in passato uno o più tentativi di suicidio.	Segnalazioni di violenza domestica o di sfruttamento (in alcuni casi il matrimonio forzato è lo scopo finale di un percorso di tratta di esseri umani).	La ragazza non rientra dopo le vacanze a scuola/lavoro, senza dare motivazioni chiare.
La ragazza appartiene a una cultura in cui la decisione della famiglia tende a prevalere sulla scelta individuale, anche a causa delle pressioni dirette o indirette di altri membri della comunità.	La ragazza mostra poco entusiasmo o addirittura timore verso le vacanze scolastiche.			La ragazza o donna non ha ambizioni di medio-lungo periodo rispetto al proprio percorso scolastico o lavorativo. Sembra non pianificare il futuro, come se fosse già stato deciso o non ne valesse la pena.
	Si registra il mancato rientro della bambina o della ragazza dalla visita nel Paese di origine.			

Per effettuare l'identificazione formale possono essere utilizzate liste di indicatori più articolate e schede informative dettagliate contenenti le specificità delle casistiche dei vari paesi di origine.

N.B. Gli indicatori devono servire come campanelli d'allarme, non è necessario che siano presenti tutti, così come non si deve prenderne uno singolarmente altrimenti si corre il rischio di fare una profilazione

involontaria e una generalizzazione che ostacolano la reale identificazione e portano alla discriminazione di donne e ragazze semplicemente sulla base della loro nazionalità o età. È fondamentale che gli indicatori siano regolarmente aggiornati a seconda delle informazioni e delle evoluzioni registrate che interessano le MGF e i MPF nei paesi di origine e in Italia.

b) Colloqui individuali: devono essere svolti prestando sempre attenzione ai seguenti aspetti:

- ▶ **Informazioni:** spiegare chiaramente il proprio ruolo e quali sono i diritti e le opzioni disponibili in base alle specificità del caso, sottolineando che tutte le informazioni saranno considerate riservate e potranno essere condivise unicamente con il consenso informato della persona interessata o del/la tutore o tutrice in casi di **minorenni**.
- ▶ **Setting:** svolgere il colloquio in un luogo riservato e sicuro, dove la conversazione non può essere ascoltata da altre persone, parlando solamente con la ragazza o la donna e chiedendo ad eventuali accompagnatrici o accompagnatori di aspettare fuori. Nel caso di **minorenni**, solo se ritenuto utile e necessario e non le mette in nessun modo in pericolo, successivamente può essere coinvolta la madre, ed eventualmente anche il padre, per un'azione completa di prevenzione.
- ▶ **Comunicazione:** fare attenzione al proprio comportamento e alle modalità comunicative, mantenendo sempre la calma ed evitando ogni pregiudizio, giudizio o supposizione. Badare al linguaggio non verbale, proprio ma anche della bambina, ragazza o donna coinvolta. Nel caso in cui ci sia un sospetto, ma poche informazioni, cercare di partire da temi generali legati al proprio benessere, evitando domande dirette o un tono inquisitorio. Nel caso di **minorenne**, si ricorda di utilizzare un linguaggio adeguato alle sue capacità di comprensione e di espressione linguistica.
- ▶ **Mediazione linguistico-culturale:** coinvolgere fin dall'inizio, ove possibile, una mediatrice linguistico-culturale (o mediatore, ove appropriato), dando la possibilità di sceglierne la nazionalità e il genere. Alcune donne, infatti, potrebbero non voler parlare di fronte a qualcuno della propria comunità di origine vista la delicatezza del tema. Se è necessaria una traduzione linguistica non utilizzare mai un membro della famiglia o amici, ma un/a professionista.
- ▶ **Percorso:** definire insieme alla ragazza o alla donna un percorso che tenga conto della sua volontà. Trovare un motivo, seppur secondario, per organizzare un altro incontro e contattare la ragazza o la donna in futuro e, infine, fornire i propri contatti e quelli dei servizi di emergenza per poter essere facilmente raggiungibili in caso di bisogno.

c) Analisi preliminare del rischio: è la valutazione iniziale dei rischi riguardante la ragazza o la donna assistita, che prende in considerazione la sua sicu-

rezza personale, ma anche le sue condizioni mediche e psicologiche. Può essere fatta direttamente dalla figura di primo contatto, se formata sul tema, oppure in collaborazione con la persona referente del servizio coinvolto (es. Dirigente scolastica/o se l'emersione avviene con un/a insegnante).

Rispondere chiaramente alle seguenti domande:

- Di quale **tipologia** di rischio si tratta (mutilazioni genitali femminili o matrimoni precoci e forzati)?
- È un rischio **grave ed imminente** o possibile nel futuro?
- Il rischio è **sospettato, confermato o dichiarato** dalla persona stessa?
- La persona coinvolta è **adulta o minorenne**? Se la ragazza ha meno di 18 anni la valutazione del rischio e ogni azione successiva devono partire dalla consapevolezza che la segnalazione è un obbligo di legge per la tutela della **minorenne** e che ogni decisione che verrà presa nel percorso di protezione dovrà rispettare il suo superiore interesse ed essere concordata con il tutore o la tutrice assegnata. In questa fase, è fondamentale considerare attentamente il ruolo della famiglia, poiché spesso può costituire un fattore di rischio piuttosto che di protezione. Come già sottolineato, le pratiche di MGF e MPF vengono spesso perpetuate all'interno del contesto familiare. Pertanto, anche se la prassi in molti ambiti, come la scuola, prevede di contattare immediatamente le famiglie quando c'è una situazione di rischio per una **minore**, è necessario valutare caso per caso se ciò possa effettivamente mettere in pericolo la bambina o ragazza, talvolta accelerando il rischio.



La raccolta dati

Quando si sospetta o identifica un caso di MGF o MPF, ogni attore coinvolto deve mantenere un registro completo delle informazioni raccolte, delle decisioni prese e del motivo di tali decisioni. Tali informazioni devono essere strettamente riservate ed accessibili solo da colui o colei che si occupa direttamente del caso, per evitare possibili intercettazioni o fuga di informazioni che potrebbero mettere a rischio la donna o la ragazza stessa. Il fascicolo con tutte le informazioni riguardanti la ragazza o la donna possono essere condivise, nel caso di **adul-
te**, solo dopo aver ottenuto il loro consenso scritto ed informato. Nel caso di **minorenni**, invece, può essere necessario, a volte, segnalare il caso ad altri attori preposti, come il tribunale o i servizi sociali, anche se si raccomanda sempre discrezione e condivisione solo di ciò che è rilevante e necessario per una presa in carico. Le informazioni che si raccolgono devono essere accurate, dettagliate, chiare e includere la data; è necessario utilizzare una terminologia chiara ed obiettiva, evitando supposizioni o opinioni e citando direttamente la donna o ragazza ove possibile; infine, è importante documentare eventuali lesioni, includendo fotografie o referti medici.

Fase 2: Invio

Cosa

È la procedura che prevede:

- illustrazione delle possibili opzioni e dei servizi di assistenza e supporto disponibili sul territorio alla bambina, alla ragazza o alla donna identificata come persona oggetto di MGF e/o MPF o potenzialmente tale;
- segnalazione ad uno o più attori sul territorio identificato della persona assistita, previo suo consenso o, in caso di **minorenne**, con quello del suo tutore o tutrice⁵⁰;
- (eventuale) accompagnamento della persona ai servizi concordati.

Si incardina nel meccanismo di coordinamento e cooperazione stabilito dalla catena di intervento per rispondere ai bisogni specifici individuati nella fase di emersione per garantire la pronta assistenza e la piena tutela delle persone supportate.

Chi

La segnalazione ad enti esterni viene fatta dalla figura professionale di riferimento all'interno di un servizio o ambito di lavoro, la quale ha ruolo e capacità di conoscere la rete degli attori disponibili e specializzati sul territorio. In particolare:

- Per il settore sociale può essere l'assistente sociale a cui è affidato il caso della bambina, della ragazza o della donna a rischio, previo confronto con la/il propria/o responsabile di ufficio;
- Per il settore educativo, la/il docente che individua segnali di allarmi o raccoglie una dichiarazione di rischio o avvenuta violenza si deve confrontare con la/il Dirigente d'istituto, che, ove possibile, previa collaborazione con educatrice e/o psicologa della scuola, dovrà contattare enti esterni per la presa in carico e l'assistenza;
- Per il settore sanitario, la/il professionista sanitaria/o che ha visitato e segue la paziente effettuerà le segnalazioni necessarie;
- Per il settore legale sarà la funzionaria incaricata e formata su queste tematiche, previo confronto ed autorizzazione con la/il propria/o responsabile.

Gli enti a cui inviare la segnalazione variano a seconda della tipologia di caso incontrato e dell'ambito in cui avviene il primo contatto. Qui di seguito presentiamo i passaggi della serie di invii da attivare per le tre principali casistiche considerate:

1. minorenne a rischio o già sottoposta a MGF o a matrimonio
2. adulta con MGF
3. adulta a rischio o già sottoposta a matrimonio forzato.

La gamma dei casi è più ampia di quella qui presa in esame a titolo esemplificativo, per questo è fondamentale che il personale di tutti i potenziali enti di primo contatto sia adeguatamente formato e regolarmente aggiornato per cogliere i segnali di rischio e attivare prontamente le procedure di segnalazione e assistenza.

In allegato sono consultabili i prospetti relativi alle casistiche qui considerate che tracciano le interrelazioni delle varie componenti della catena di intervento nelle fasi di emersione, invio e assistenza e tutela delle bambine, delle ragazze o delle donne a rischio o già oggetto di MGF e/o MPF. Gli invii da effettuare sono sinteticamente qui sotto descritti.

1) Minorenne a rischio o già sottoposta a MGF o matrimonio precoce

A seconda dell'ambito in cui avviene il primo contatto, ogni attore è responsabile di raccogliere i primi segnali d'allarme e di svolgere l'analisi preliminare del rischio, al fine di determinare se procedere con la segnalazione del caso per garantire la tutela della **minore** così come previsto dalla legge. Per stabilire a chi segnalare il caso, si deve valutare in *primis* il livello di rischio.

In caso di **basso rischio**, quando la figura di primo contatto ha solamente un lieve dubbio ma non rileva un pregiudizio e quindi non è necessaria né obbligatoria la segnalazione, si suggerisce di monitorare la situazione internamente, coinvolgendo eventualmente enti specializzati in materia di minori, violenza, anti-tratta. È fondamentale essere sempre affiancate/i da una mediatrice linguistico-culturale, confrontandosi costantemente in équipe, ove presente, al fine di raccogliere maggiori informazioni prima di procedere a un'eventuale segnalazione.

⁵⁰ Figura legalmente nominata dal Tribunale dei Minorenni per la cura e la rappresentazione del/la minorenne quando i genitori non sono nella condizione di esercitare la responsabilità genitoriale (Istituto degli Innocenti, *Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni*, 2017).

In caso di **medio rischio**, ossia se, per esempio, si rilevano alcuni segnali d'allarme, ma non c'è un rischio immediato per la ragazza o bambina coinvolta, l'ente di primo contatto ha l'obbligo di segnalazione al Servizio Sociale Professionale Territoriale di zona per la tutela della minore. Il servizio sociale ha il ruolo di monitorare la situazione e approfondire il caso per capire meglio bisogni e rischi, comunicando sempre con le figure professioniste che hanno in carico la **minore** come, per esempio, se la **minore** si trova in una comunità di accoglienza, CAS (Centro di Accoglienza Straordinaria), SAI (Sistema Accoglienza e Integrazione), oppure SAI per MSNA (minori stranieri non accompagnati), bisogna tenere aggiornato il personale di queste strutture. Inoltre, è importante mantenere una comunicazione costante con la scuola, la/il pediatra e con altre figure che possono supportare la **minore** a seconda dei bisogni specifici rilevati (es. es. educatrice, mediatrice, ginecologa/o, psicologa). Infine, una volta effettuata l'analisi del rischio e solo se ritenuto utile al percorso di assistenza e protezione e non pericoloso in ottica di prevenzione, si possono coinvolgere membri della famiglia della **bambina o ragazza**. È importante sottolineare che spesso il coinvolgimento della famiglia potrebbe comportare un'accelerazione del rischio, ed è quindi necessario confrontarsi in équipe per valutare e comprendere la situazione o eventuali alternative, volte a tutelare la minore, come quella di nominare una curatrice o un curatore per sua tutela. In caso di **eventuale peggioramento della situazione**, l'assistente sociale sarà responsabile per ulteriori segnalazioni all'autorità giudiziaria.

In caso di **alto rischio**, quando la situazione di pregiudizio è **imminente e grave** oppure in situazione **di caso conclamato**, la segnalazione deve essere fatta contemporaneamente alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni e ai Servizi sociali. La Procura lavorerà a stretto contatto per le indagini con le Forze dell'ordine. I Servizi sociali professionali specialistici si occuperanno della presa in carico e della messa in protezione della **minorenne** a rischio. È fondamentale il lavoro simultaneo e coordinato, in ottica di tutela e protezione della **minore**, da parte di Procura, Forze dell'Ordine e Servizi Sociali.

Nel caso di bambine o ragazze oggetto di tratta di esseri umani, durante tutte le fasi del processo di identificazione, accoglienza e inclusione sociale, sono previste misure di tutela aggiuntive, nonché l'adozione di un approccio specifico che tenga conto

delle diverse vulnerabilità intersecanti, in linea con il principio del superiore interesse del/la **minore**⁵¹.

2) Adulta con MGF

In questo caso, il percorso degli invii varia a seconda del tipo di ente di primo contatto, distinguendo tra enti sanitari con personale qualificato e altri enti non specializzati.

Se il **primo contatto** ha luogo in un **pronto soccorso, in ospedale, presso un punto nascita o durante una visita in un consultorio o in un ente sanitario specializzato**, la prima segnalazione verrà fatta all'équipe multidisciplinare interna per mettere in moto il sistema di supporto grazie al lavoro congiunto di diverse figure professionali, quali la mediatrice culturale, la psicologa, la ginecologa e l'assistente sociale. Solo successivamente, in caso di ulteriori necessità, la donna verrà inviata ad altri attori:

- ▶ Ospedale S. Filippo Neri o San Camillo Forlanini per la deinfibulazione: al primo si accede tramite il centro SaMiFo (Salute Migranti Forzati), con cui è attivo un protocollo di invio per l'operazione, al secondo mediante segnalazione, contattando via mail o telefonicamente (vedasi lista contatti utili in allegato). L'appuntamento prevede una visita e un colloquio iniziale, in forma gratuita, per definire e successivamente intraprendere un percorso insieme alla donna, che viene supportata nelle fasi pre- e post-operatorie, anche attraverso un accompagnamento psicologico.
- ▶ Istituto San Gallicano - IFO per la ricostruzione clitoridea o dei tessuti genitali: la donna è qui assistita durante l'intervento chirurgico, per l'accompagnamento pre- e post-operatorio è invece necessario attivare un percorso con un'équipe multidisciplinare del SaMiFo, dell'INMP (Istituto Nazionale salute, Migrazioni e Povertà) o dell'Ospedale San Camillo-Forlanini.

Le MGF sono una grave forma di violenza di genere. Pertanto, con il consenso della donna, è possibile indirizzarla ad un centro antiviolenza per ricevere assistenza e supporto. Nel caso si trovi presso l'Ospedale San Camillo-Forlanini, la donna può accedere allo sportello antiviolenza interno gestito dalla Cooperativa BeFree, dove sono presenti h24 operatrici specializzate sulla violenza di genere. In questo caso, dopo un primo colloquio e ascolto dei bisogni della donna, sempre previo suo consenso esplicito e informato, la donna potrà essere inviata a un centro antiviolenza nel Municipio di suo interesse per attivare un progetto individuale di medio-lungo termine (Fase 3).

⁵¹ Dipartimento per le pari opportunità, *Meccanismo nazionale di referral per l'identificazione, l'assistenza e la protezione delle vittime di tratta e/o di grave sfruttamento*, 2023.

Se il **primo contatto** avviene in una **comunità di accoglienza**, in una **struttura di emergenza alloggiativa di primo livello** (es. CAS), in un **centro antiviolenza** o, raramente, mediante **un/a medico/a di base**, la segnalazione verrà effettuata, seguendo la volontà della donna, direttamente all'ospedale San Camillo-ForlaniniForlanini, in quanto Centro Regionale di riferimento per le MGF. A questo punto, la donna verrà presa in carico dall'équipe multidisciplinare per un percorso di sostegno e assistenza completo.

In caso di donne migranti che intendono richiedere o hanno già richiesto protezione internazionale, potrebbe essere necessario certificare la presenza di MGF. Questa certificazione può essere richiesta presso l'INMP, il SaMiFo o l'Ospedale San Camillo-Forlanini. La refertazione medica e psicologica ottenuta dal lavoro dell'équipe multidisciplinare del servizio sociosanitario verrà trasmessa alla Commissione territoriale a supporto del riconoscimento della protezione internazionale. In seguito all'audizione presso la Commissione Territoriale, e in base ai bisogni emersi, sarà possibile inviare la donna ad un ente antitratta o a un centro antiviolenza per ulteriore assistenza.

3) Adulta a rischio o già sottoposta a matrimonio forzato

Il percorso di segnalazione varia a seconda dell'ambito di primo contatto e della modalità di emersione. Nel caso di auto-invio, la donna a rischio o già costretta a un matrimonio forzato può fare riferimento al numero verde antiviolenza e stalking 1522 o contattare direttamente un CAV⁵². In alternativa, può rivolgersi al numero verde antitratta 800 290 290, che le indicherà un centro antitratta nel territorio di suo interesse.

Un altro caso di auto-segnalazione si verifica quando la donna si presenta al commissariato o alla stazione di polizia per chiedere informazioni o denunciare la sua situazione. In questo caso, le forze dell'ordine avvieranno le indagini, faranno la segnalazione alla Procura e forniranno i contatti di un centro antiviolenza o di un ente antitratta.

Se emergono segnali di rischio durante un colloquio, una visita o un'altra circostanza, queste sono le procedure da attivare in base all'ambito specifico:

- ▶ il personale dei **Centri Provinciali Istruzione Adulti (CPIA)**, di **altri enti formativi**, o dei **consultori familiari**, può contattare il 1522, un centro antiviolenza oppure l'800 290 290 o un ente antitratta per la presa in carico e la definizione di un percorso di accompagnamento personalizzato. La donna potrà quindi essere ospitata in una casa rifugio o in una casa di fuga e supportata a seconda delle specificità del suo caso. Nel caso in cui non vi sia alcun rischio per la sua incolumità, potrà anche essere attivata la presa in carico territoriale, che prevede l'accompagnamento nel percorso di assistenza e protezione da parte del centro antiviolenza o dell'ente anti-tratta, in rete con altri attori locali, senza fornire un posto letto poiché la donna dispone di una soluzione alloggiativa considerata sicura. Previo consenso informato e libero della donna, il CAV o l'ente antitratta la potranno accompagnare anche nel percorso di segnalazione alla Procura e al Tribunale Ordinario;
- ▶ se la donna è una **richiedente asilo**, il personale del **centro di accoglienza per migranti** può segnalare la sua vulnerabilità e le esigenze specifiche alla Commissione territoriale responsabile delle richieste di protezione internazionale. Contestualmente, con il consenso della donna, la coordinatrice del centro di accoglienza per migranti potrà indirizzarla a un CAV o a un'organizzazione anti-tratta per ricevere assistenza. Se la donna decide di sporgere denuncia, sarà supportata anche dalle Forze dell'Ordine, con il coinvolgimento della Procura Ordinaria;
- ▶ la **Commissione Territoriale** per il riconoscimento della protezione internazionale avrà il compito di informare la donna sui suoi diritti e sui servizi disponibili, e, se richiesto, di indirizzarla a enti, associazioni, centri antiviolenza o anti-tratta. Inoltre, dovrà spiegare alla donna come funziona il sistema di accoglienza e assistenza e quali sono le fasi successive del percorso di referral⁵³;

Va inoltre sottolineato che le situazioni di donne a rischio o coinvolte in matrimoni forzati spesso emergono a seguito di un episodio di violenza rilevato da servizi sanitari come poliambulatori, consultori o pronto soccorso. In questi casi, con il suo consenso, la donna verrà messa in contatto con il servizio sociale della struttura e indirizzata a un centro antiviolenza o a un ente antitratta per ricevere supporto e, laddove necessario, saranno contattate le forze dell'ordine. Se la sua incolumità è a rischio, la donna può essere ospitata in una casa rifugio o in una

⁵² A questo link è disponibile la lista dei CAV attivi.

⁵³ Idem.



casa di fuga. In assenza di minacce immediate alla sua sicurezza, può essere avviata la presa in carico territoriale integrata. Questa implica l'assistenza e la protezione da parte del centro antiviolenza/ente anti-tratta in collaborazione con altri attori locali, senza la messa a disposizione di un posto letto in quanto la donna ha già una soluzione alloggiativa considerata sicura.

Quando

Non appena si conclude la fase di emersione e con una tempistica stabilita in base al livello di rischio e condivisa con la persona coinvolta.

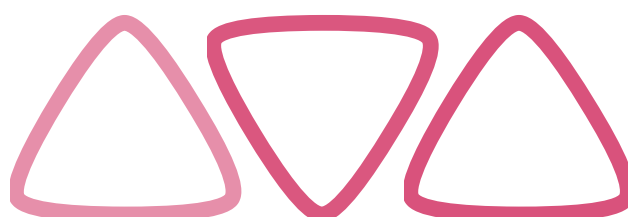
Come

La segnalazione viene inizialmente effettuata tramite contatto diretto con l'ente identificato, per verificarne la disponibilità e la capacità di rispondere alle esigenze della donna, nonché per agire tempestivamente in caso di rischio elevato. Si procede anche con una segnalazione scritta per documentare le azioni intraprese e garantire un follow-up adeguato e una corretta conservazione dei dati. L'invio si effettua compilando un modulo standard, sviluppato e condiviso dalla rete degli attori sul territorio. È fondamentale raccogliere e riportare solo le informazioni rilevanti per la presa in carico, per evitare la diffusione di dati sensibili e prevenire la ri-vittimizzazione della donna.

CODICI ROSA A ROMA

Il percorso di accesso protetto al Pronto soccorso per donne che hanno subito violenza è disponibile presso:

- ▶ Ospedale San Camillo Forlanini
- ▶ Policlinico Gemelli
- ▶ Policlinico Umberto I
- ▶ Ospedale San Filippo Neri
- ▶ Policlinico Tor Vergata
- ▶ Ospedale Grassi (Ostia).



Fase 3: Assistenza e protezione

Cosa

È la presa in carico delle bambine, ragazze o donne a rischio o già sottoposte a MGF e MPF, a cui vengono fornite misure di assistenza alloggiativa, sociale, medica, psicologica, legale, educativa, linguistica, professionale ed economica, garantendo quindi il loro accesso ai diritti fondamentali, alle opportunità e alle risorse necessarie per autodeterminarsi in completa libertà e sicurezza.

L'assistenza può prevedere due fasi:

a) Prima assistenza: corrisponde al primo periodo della presa in carico, durante il quale vengono fornite tutte le informazioni necessarie, tra cui la chiara spiegazione dei diritti e dei doveri associati all'assistenza; valutate le necessità primarie e i rischi immediati per la sicurezza personale; nonché identificati i bisogni sanitari e legali. Questa fase permette alla persona assistita, o a chi ha la responsabilità della sua tutela in caso di **minorenni**, di conoscere tutte le opzioni disponibili così da poter prendere decisioni informate sul proprio futuro;

a) Assistenza di medio e lungo periodo: corrisponde al periodo di definizione e implementazione del piano individuale di assistenza, volto all'inserimento sociale, educativo e/o professionale della donna assistita. Il piano è elaborato con la sua piena partecipazione e può includere varie misure, tra cui:

- ▶ Accoglienza;
- ▶ Consulenza sociale;
- ▶ Consulenza psicologica;
- ▶ Assistenza psichiatrica;
- ▶ Assistenza medica;
- ▶ Consulenza e assistenza legale;
- ▶ Accompagnamenti sociali e sanitari;
- ▶ Formazione linguistica;
- ▶ Attività educative;
- ▶ Attività di formazione;
- ▶ Consulenza del lavoro;
- ▶ Assistenza all'inserimento lavorativo;
- ▶ Misure di reinserimento familiare/comunitario;
- ▶ Attività ricreative;
- ▶ Assistenza finanziaria;
- ▶ Monitoraggio e valutazione.

Chi

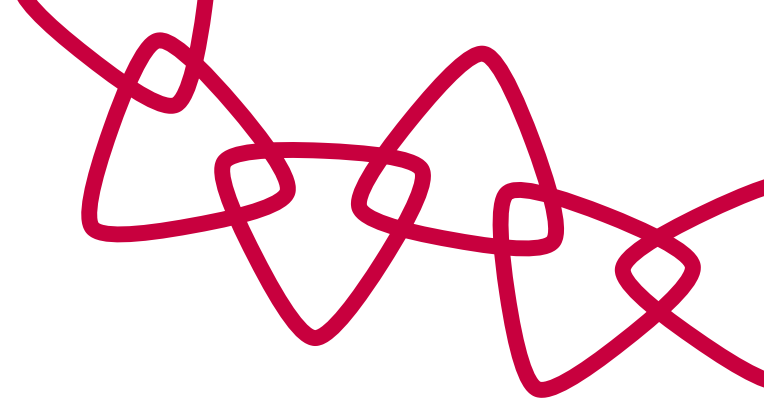
I servizi competenti e specializzati, sia pubblici che del privato sociale, della rete antiviolenza locale assegnano una case manager/operatrice/assistente sociale/tutore o tutrice alla bambina, alla ragazza o alla donna presa in carico. Se la persona assistita non parla italiano, viene nominata anche una mediatrice linguistico-culturale, che parteciperà a tutti gli step del percorso di assistenza. A seconda dei bisogni individuali identificati, possono essere coinvolte ulteriori figure professionali, tra cui:

- ▶ Psicologhe, psicoterapeute
- ▶ Avvocate
- ▶ Personale medico (ginecologhe, ostetriche, pediatrie/i, chirurghe/i, psichiatre/i)
- ▶ Operatrici di accoglienza
- ▶ Operatrici strutture per **minorenni**
- ▶ Famiglie affidatarie
- ▶ Magistrate/i del Tribunale per i Minorenni
- ▶ Altre.

Quando

a) Prima assistenza: immediatamente dopo la rilevazione di segnali d'allarme o dopo l'avvenuta violenza, la bambina, la ragazza o la donna viene inviata ai servizi competenti e specializzati per la prima valutazione e risposta ai bisogni individuali;

a) Assistenza di medio e lungo periodo: una volta che la tutrice/tutore legale o i servizi per **minorenni** o la donna assistita hanno dato il consenso alla definizione e alla successiva implementazione del piano individuale di assistenza.



Dove

Le due fasi di assistenza possono prevedere l'accoglienza abitativa in una struttura dedicata (es. casa-famiglia, famiglia affidataria, casa rifugio, casa semi-autonomia, etc.) e/o la presa in carico territoriale se sussistono tutti i requisiti di sicurezza stabiliti dalle autorità competenti.

Gli incontri con la bambina, la ragazza o la donna assistita devono sempre tenersi in uno spazio adeguato, privato e confortevole.

Come

Tutte le procedure attivate e le misure concordate devono essere fornite assicurando il più alto standard di qualità e di sicurezza, evitando qualsiasi rischio di vittimizzazione secondaria e applicando i seguenti principi:

- ▶ non essere discriminatori/e rispetto alla nazionalità, origine etnica, età, religione, status giuridico, condizioni di salute della persona assistita;
- ▶ non giudicare le esperienze pregresse, le scelte e i comportamenti attuali della persona assistita;
- ▶ non utilizzare né divulgare alcuna informazione sulla persona assistita senza il suo consenso;
- ▶ rispettare qualsiasi decisione informata presa dalla persona assistita;
- ▶ definire e rispettare chiaramente le aspettative e gli obblighi;
- ▶ definire e rispettare i ruoli con chiarezza;
- ▶ fornire i servizi in modo tempestivo.

Durante tutti gli incontri con la bambina, la ragazza o la donna assistita è necessario:

- ▶ fornire informazioni in forma scritta e orale in maniera chiara, professionale e sensibile;
- ▶ incoraggiarla a porre domande chiarificatrici e assicurarsi sempre che abbia compreso ciò che le è stato spiegato.
- ▶ aiutarla a valutare le opzioni disponibili;
- ▶ nel caso non comprenda l'italiano, assicurare il coinvolgimento di una mediatrice con competenze linguistiche e transculturali;
- ▶ nel caso di **minorenne**, deve essere sempre presente la tutrice o il tutore designato e deve essere utilizzato un linguaggio adeguato alle sue capacità di comprensione e di espressione linguistica.

Tra i principali strumenti da utilizzare durante le fasi di assistenza e protezione, da mantenere aggiornati, vi sono:

- ▶ Scheda di valutazione dei bisogni;
- ▶ Scheda di accettazione;
- ▶ Scheda di valutazione del rischio;
- ▶ Piano di gestione del rischio;
- ▶ Scheda di valutazione e determinazione del superiore interesse della **minorenne**;
- ▶ Piano di assistenza individuale personalizzato;
- ▶ Modulo di reclamo.

Ogni caso di persona assistita deve essere discusso e gestito da un team multidisciplinare composto dalle varie figure professionali coinvolte nelle fasi di assistenza e di implementazione del piano individuale. Questo team si riunisce periodicamente per monitorare la situazione, identificare e affrontare nuove esigenze, controllare e aggiornare il piano di valutazione dei rischi. I risultati di tutte le valutazioni devono essere condivisi e discussi con la persona assistita.

Strumenti utili

Lista contatti operativi

Roma Capitale – Servizio Sociale Professionale Territoriale (SSPT)

Informazioni e orientamento

Progetti di sostegno individuali e/o di gruppo in area sociale, educativa e/o assistenziale

Contattare il Segretariato sociale del municipio di interesse reperibile nella sezione “Municipi” del sito: www.comune.roma.it

Consultori familiari

Tutela della salute femminile: tutela salute sessuale e riproduttiva di ragazze (+14 anni) e donne; sostegno alla gravidanza; percorsi nascita; consulenza e sostegno psicologico, sociale e sanitario IVG; consulenza psicologica individuale, di coppia e familiare; consulenza legale; consulenza sociale; consulenza educativa genitoriale

Lista dei Consultori reperibile nella sezione “Roma” del sito del Ministero della Salute

Sala Operativa Sociale (SOS)

Sostegno telefonico; orientamento e informazione; coordinamento attività emergenze di carattere sociale; invio unità di strada per verifica situazione segnalata; attivazione servizi territoriali e della rete formale ed informale; presa in carico temporanea; altre prestazioni (es. ricovero ospedaliero o presso case di cura, case famiglia per persone di minore età)

800 440022
App Pedius per non udenti

Numero di emergenza Unico Europeo (NUE)

Richiesta intervento urgente di Forze di Polizia, Vigili del fuoco, assistenza sanitaria, assistenza in mare

112

Numero Antiviolenza e Stalking

Servizio anonimo h24
Informazioni e orientamento verso i servizi sociosanitari privati e pubblici; primo supporto alle donne che chiedono aiuto

1522
info@1522.eu
www.1522.eu (chat attiva)
App 1522

Numero verde antitratta

Servizio anonimo h24
Informazioni e orientamento verso i servizi sociosanitari privati e pubblici specializzati sul tema

800 290290
numerverde@numerverdeantitratta.org

Ospedale S. Camillo Forlanini

Centro Regionale per le mutilazioni genitali femminili
Intervento di deinfibulazione con accompagnamento pre- e post-operatorio, supporto psicologico
Certificazione protezione internazionale

06 58704538
(chiedere della dottoressa Minici)
FMinici@scamilloforlanini.rm.it

Istituto San Gallicano – IFO

Intervento di ricostruzione clitoridea e di rigenerazione dei tessuti genitali

emilia.migliano@ifo.it
romina.settembrini@ifo.it

Centro Salute Migranti Forzati (SaMiFo)

Sportello di accoglienza e orientamento sociosanitario
Ambulatori vari (medicina generale, psichiatria, psicologia, medicina legale, ginecologia, ostetricia e ortopedia)
Protocollo di deinfibulazione all'ospedale S. Filippo Neri con accompagnamento pre e post operatorio e supporto psicologico da parte di SAMIFO
Certificazione protezione internazionale

06 60105264
samifo@aslroma1.it

Istituto Nazionale Salute, Migrazioni, Povertà (INMP)

Ambulatorio STP-ENI
Assistenza infermieristica, specialistica, e salute mentale
Certificazione di protezione internazionale
Equipe multidisciplinare formata su MGF

Prenotazioni: 06 58558503
Ambulatorio Servizio salute e tutela donna: 06 58558367
Segreteria Direzione sanitaria: 06 58558205-6 segdirsanitaria@inmp.it
Primaria UOC Prevenzione sanitaria: 06 58558317 giovanna.laurendi@inmp.it

Ambulatorio Intersos24

Mediazione linguistico-culturale, sostegno psicologico e counselling

342 014 9135
ambulatorio.roma.italia@intersos.org

Sportello Nuovi Percorsi Roma

Save the Children e Fondazione Archè
Accoglienza, orientamento e supporto per mamme con figli/e minori in situazioni di vulnerabilità

342 6681282
nuovipercorsi.roma@savethechildren.org

CATENE DI INTERVENTO

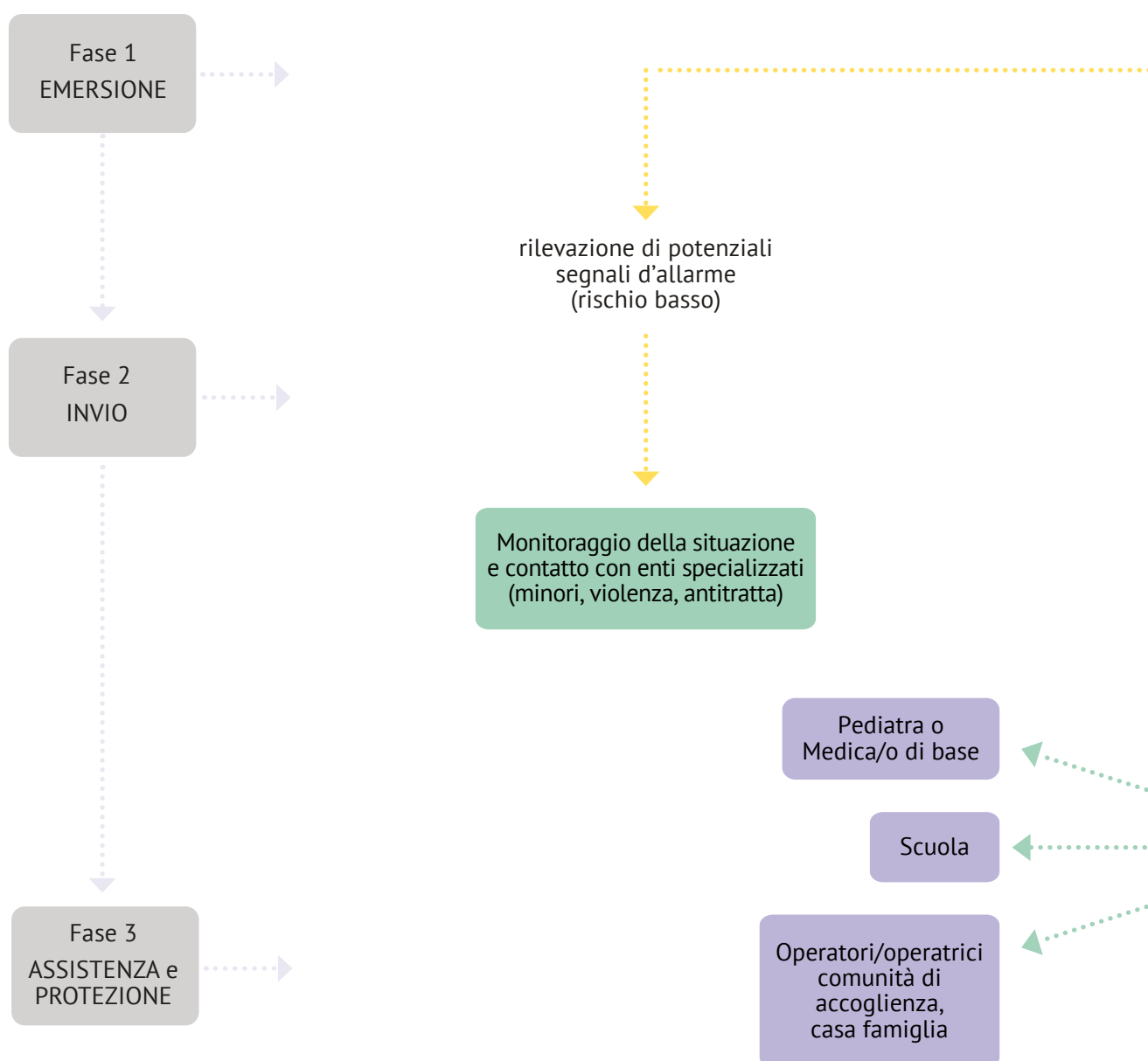
1. Minorenne a rischio o già sottoposta a MGF o MPF

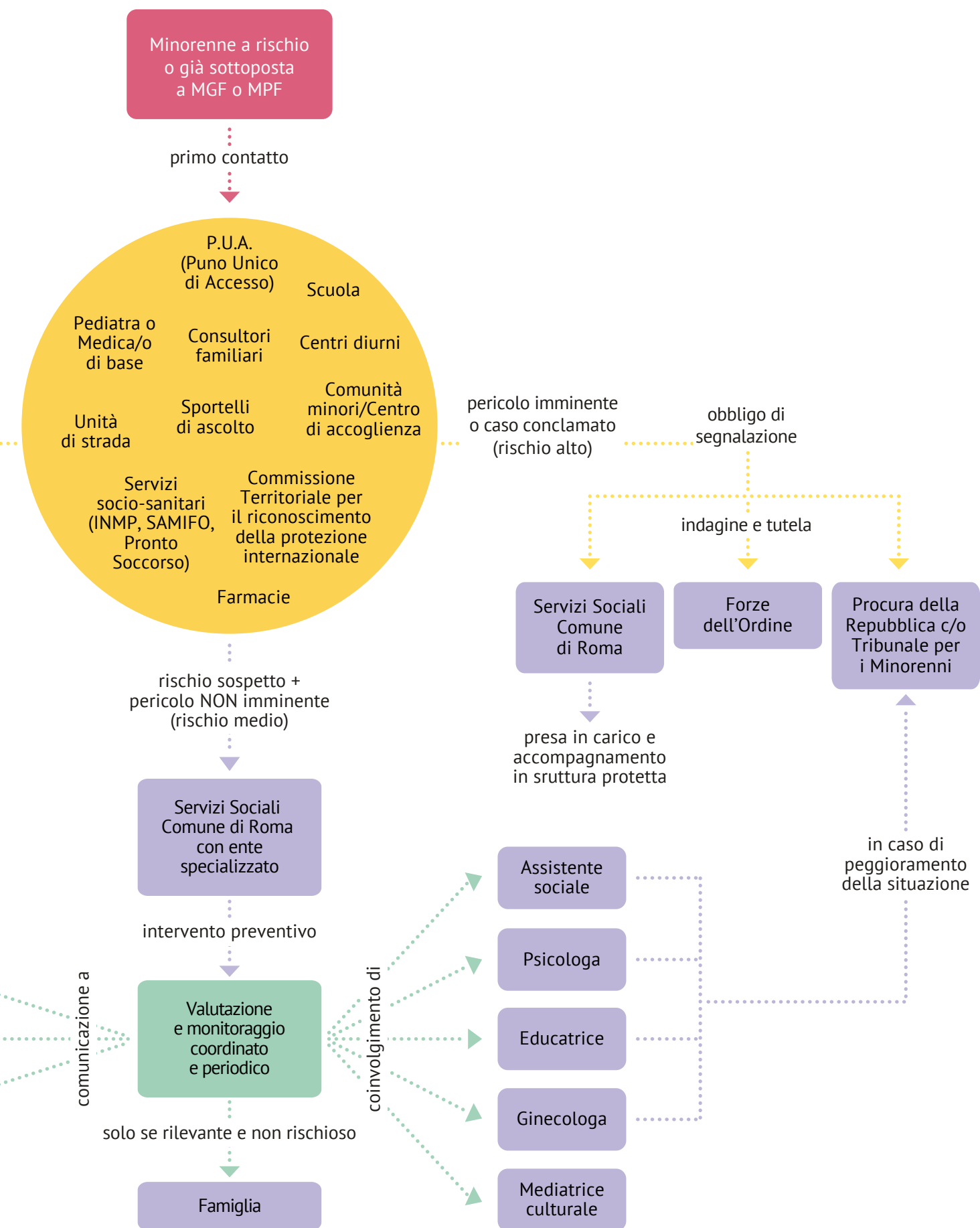
Legenda:

verde: azione

viola: enti/attori

giallo: enti di primo contatto



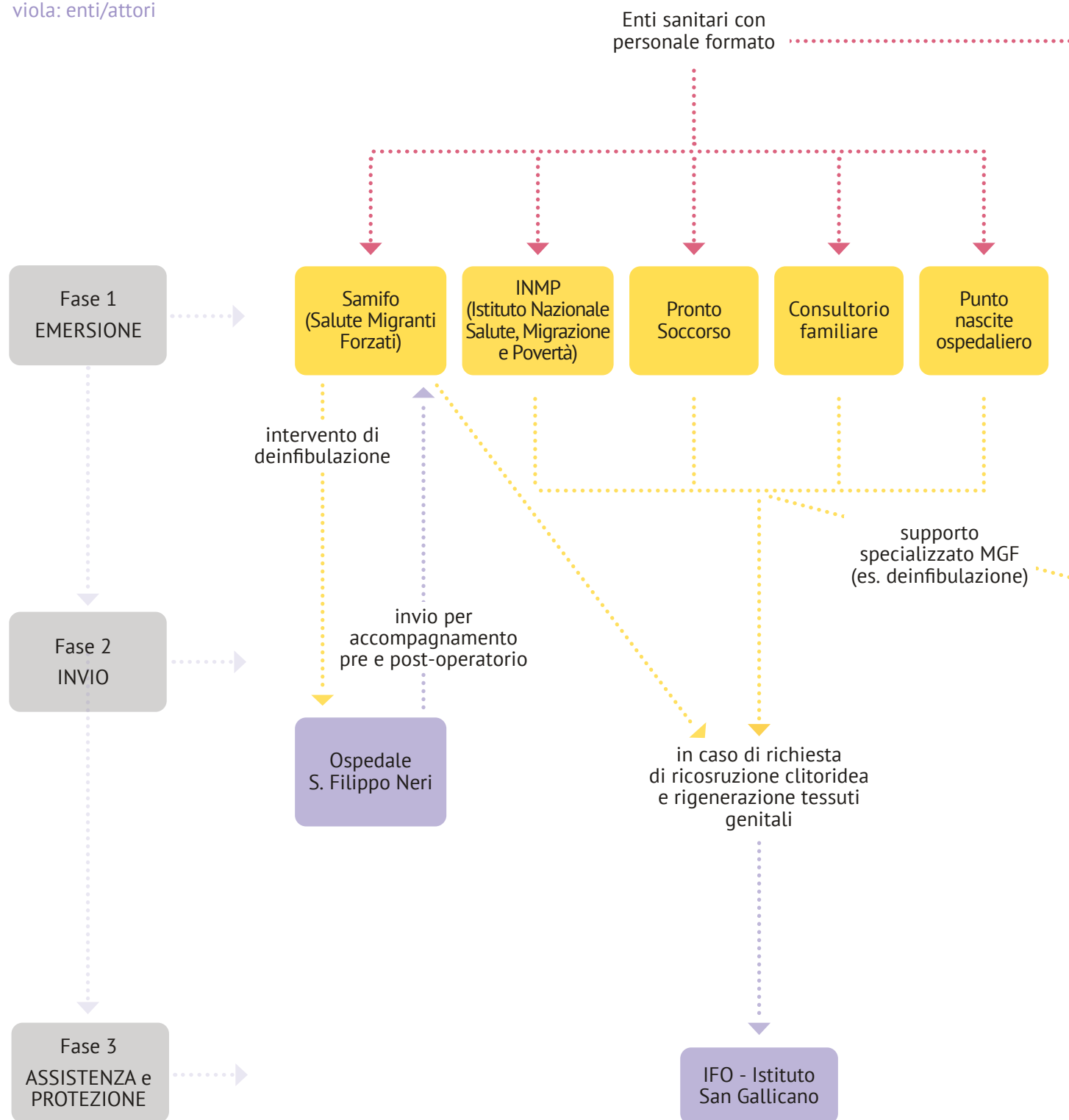


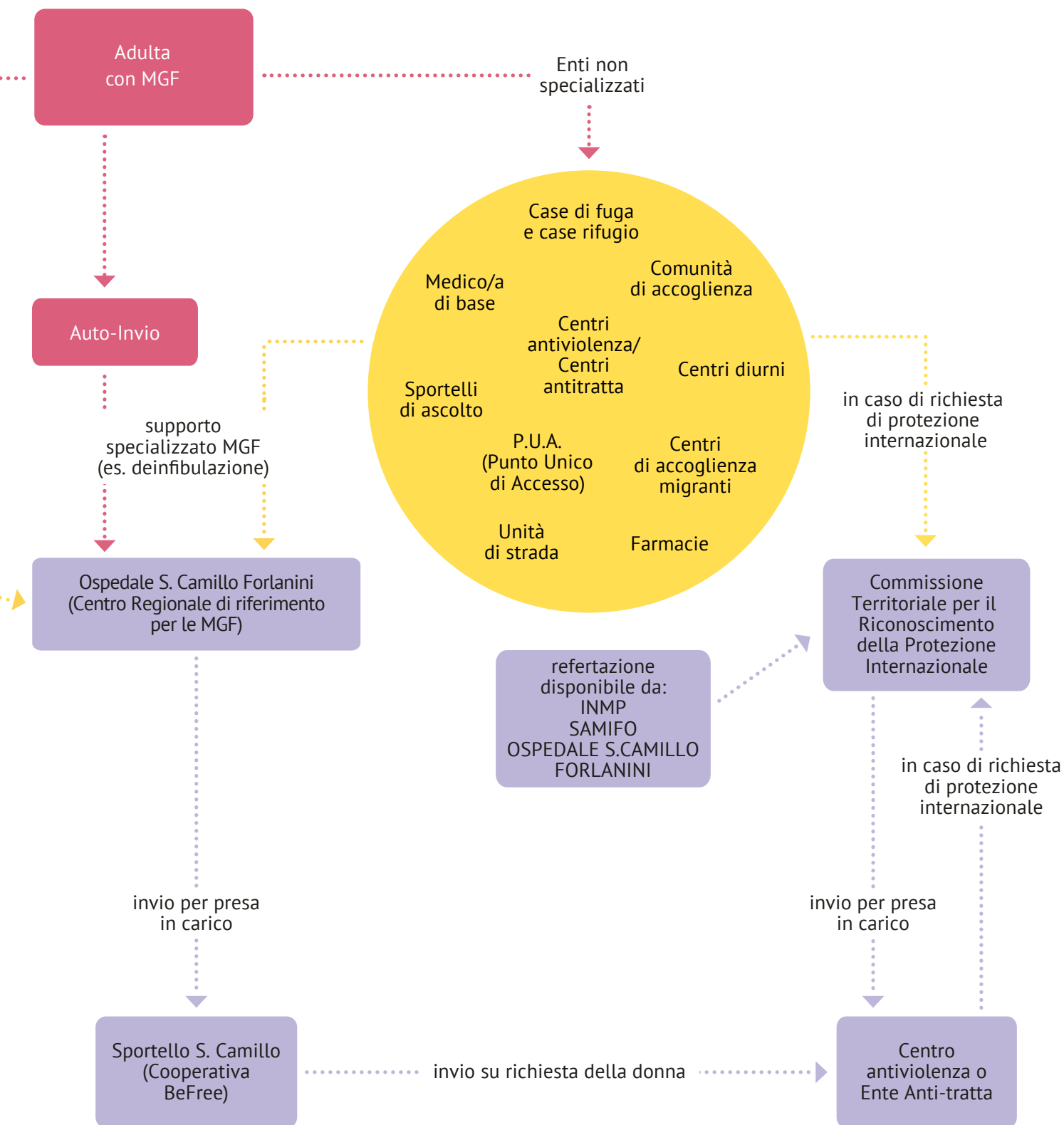
2. Adulta con MGF

Legenda:

giallo: ente di primo contatto

viola: enti/attori



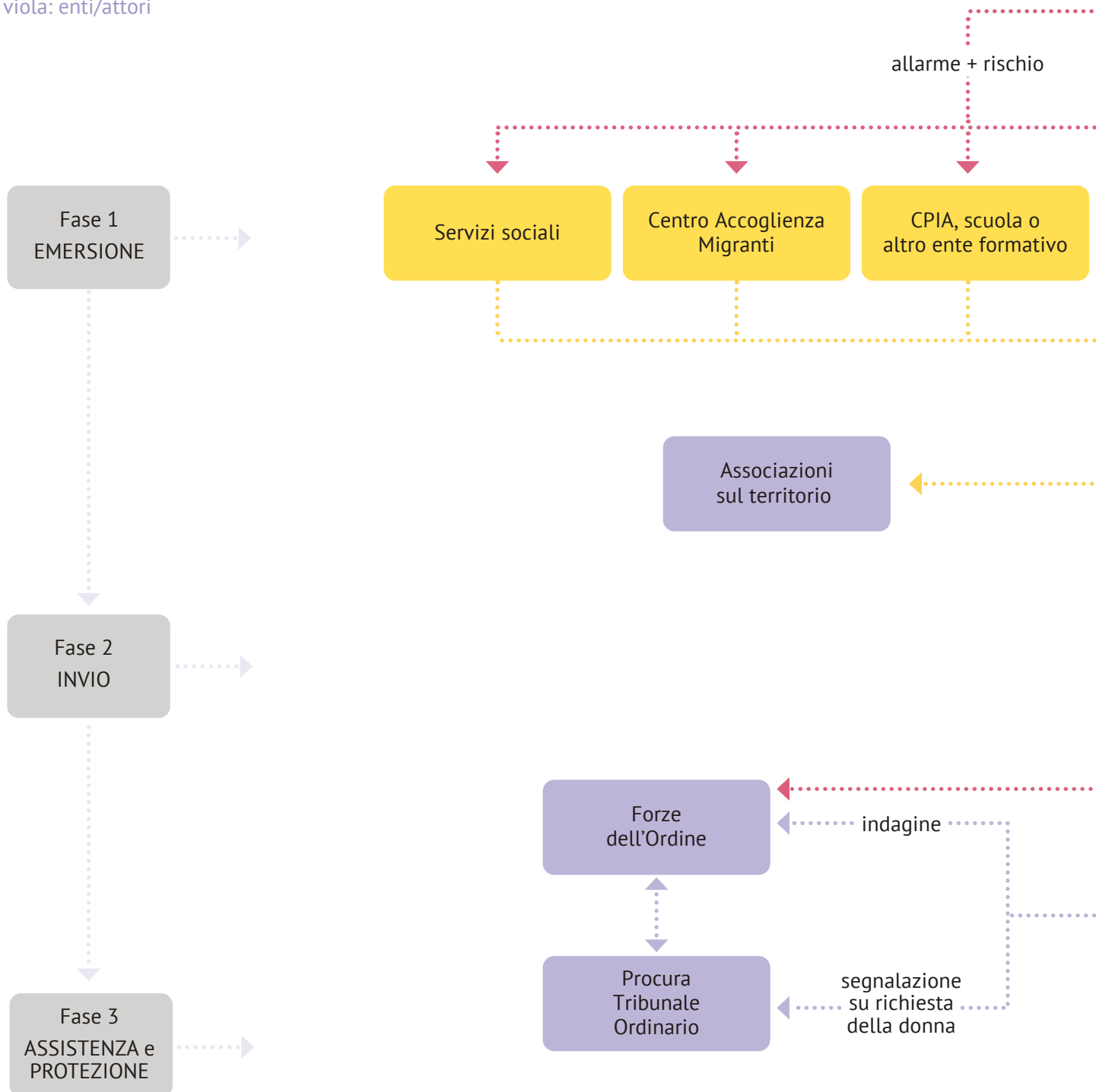


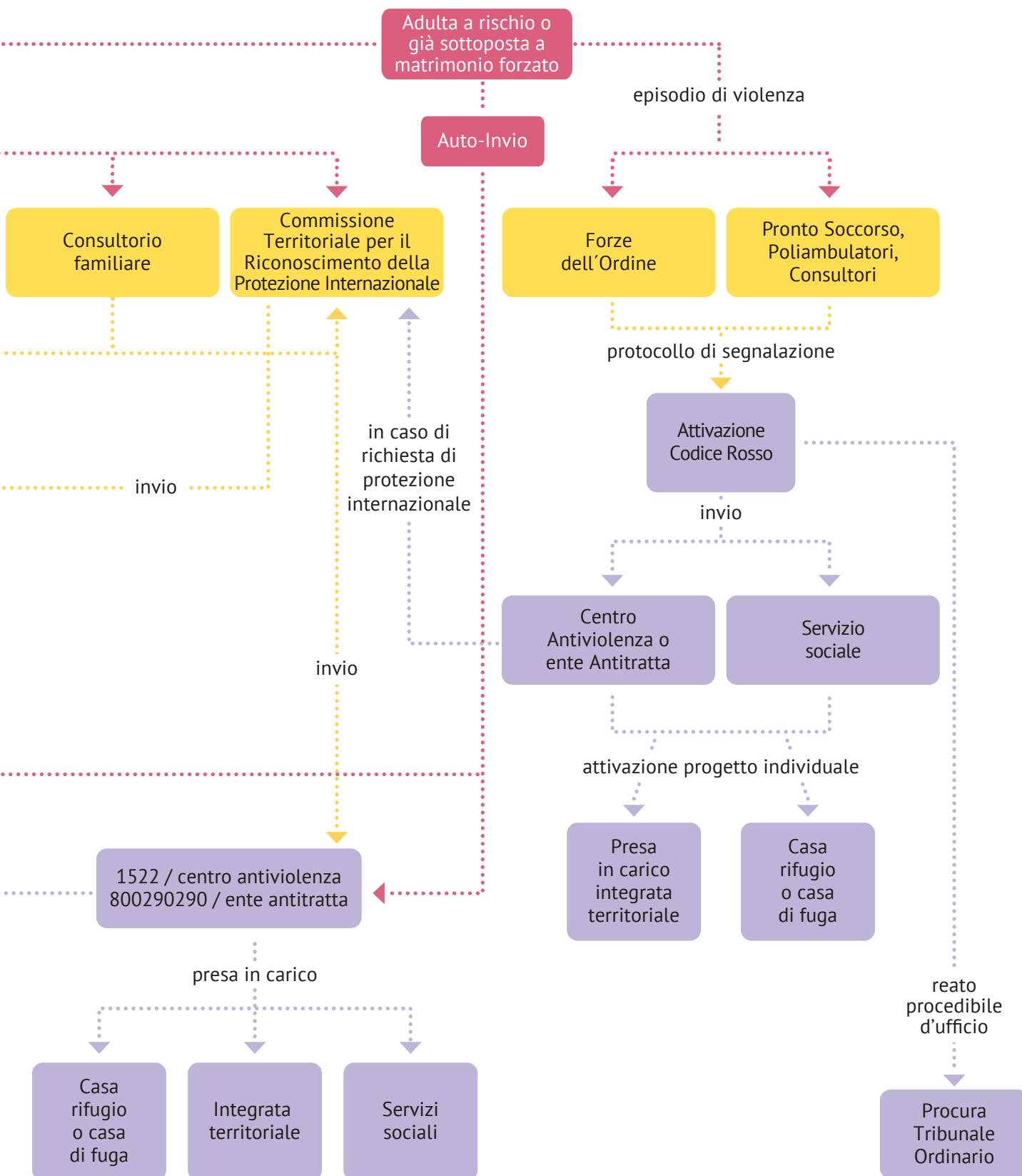
3. Adulta a rischio o già sottoposta a matrimonio forzato

Legenda:

giallo: ente di primo contatto

viola: enti/attori





Glossario

Diritti sessuali e riproduttivi: riconoscono il diritto fondamentale alla salute sessuale e riproduttiva, intesa come lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale – e non semplicemente un'assenza di malattie o di infermità – per tutto ciò che riguarda l'apparato riproduttivo. La salute riproduttiva implica quindi che le persone abbiano una vita sessuale soddisfacente e sicura e il diritto di decidere liberamente e responsabilmente il numero, la separazione e la sincronizzazione temporale di nascita delle loro figlie e/o figli e di avere le informazioni e i mezzi per farlo e il diritto di raggiungere il massimo livello di salute riproduttiva. Essi comprendono anche il diritto di tutti di prendere decisioni in materia di riproduzione senza coercizione e/o violenza o discriminazione alcuna⁵⁴.

Diritti umani: sono i diritti insiti in ogni essere umano, sono universali, inalienabili, indivisibili e interdipendenti. Riconoscono che ogni individuo ha il diritto di goderne senza distinzione di razza, colore, sesso, lingua, religione, opinione politica o di altro tipo, paese d'origine o estrazione sociale, proprietà, nascita o altra condizione. Sono garantiti dalla normativa sui diritti umani, che protegge gli individui e le collettività da azioni che interferiscono con le libertà fondamentali e la dignità umana. Sono espressi in trattati, nel diritto internazionale consuetudinario, in corpus di principi e altre fonti giuridiche. La normativa sui diritti umani impone ai paesi l'obbligo di agire in un determinato modo e proibisce loro di intraprendere determinate attività.

Empowerment: il processo attraverso cui si acquisiscono competenze, autonomia e potere che permettono di compiere scelte strategiche in ambito personale, sociale, politico ed economico e quindi di avere il controllo sulla propria vita.

Libero e pieno consenso: uomini e donne hanno il diritto di contrarre matrimonio solo con il libero e pieno consenso di entrambe le parti e gli Stati hanno l'obbligo di tutelare il pari esercizio di questo diritto.

Mutilazioni genitali femminili: tutte le pratiche di rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o ad altre alterazioni indotte agli organi genitali femminili, effettuate per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche. Possono causare traumi fisici e psicologici, per questo, sono considerate una violazione dei diritti umani.

Medicalizzazione delle MGF: effettuazione della pratica non in contesti domestici e attraverso tecniche e strumenti tradizionali, ma in ambiti ospedalieri e per mano di un operatore sanitario⁵⁵.

Matrimonio: uomini e donne in età adatta hanno il diritto di sposarsi e di fondare una famiglia, senza alcuna limitazione di razza, cittadinanza o religione. Essi hanno eguali diritti riguardo al matrimonio, durante il matrimonio e all'atto del suo scioglimento. Il matrimonio potrà essere concluso soltanto con il libero e pieno consenso dei futuri coniugi.⁵⁶

Matrimonio forzato: unione formale o informale in cui una o entrambe le persone vengono fatte sposare senza il loro libero e pieno consenso. La definizione varia all'interno di diversi ordinamenti giuridici internazionali, regionali e nazionali⁵⁷.

Matrimonio infantile: unione (formalizzata o meno) tra due persone in cui uno dei due, spesso la ragazza, ha meno di 18 anni (Unicef). Spesso utilizzato come sinonimo di matrimonio precoce.

54 UNFPA, *Sexual and Reproductive Rights* [ultimo accesso: 21 dicembre 2021]

55 UNICEF, *Mutilazioni genitali, la medicalizzazione non riduce il danno: 52 milioni vittime per mano di un dottore*, 2020.

56 ONU, *Dichiarazione universale dei diritti umani*, 1948, art. 16.

57 FRA, *Addressing Forced Marriage in the EU: Legal Provisions and Promising Practices*, 2014.

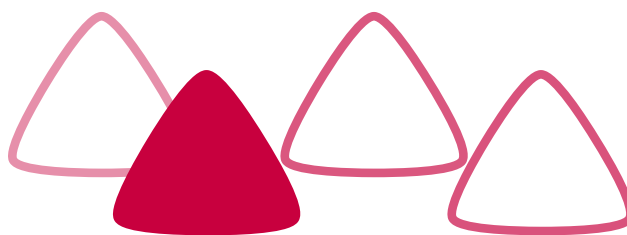
Matrimonio precoce: unione formale o informale in cui una o entrambe le persone coinvolte hanno meno di 18 anni. È considerata una forma di matrimonio forzato (vedasi sopra) quando una o entrambe le parti non hanno dato il loro libero e pieno consenso all'unione perché non ne hanno la capacità giuridica o la legittimità ad agire in tal senso. Include anche le unioni formali o informali contratte da persone che hanno più di 18 anni e il cui sviluppo personale e sociale non ha ancora raggiunto la piena maturità⁵⁸.

Matrimonio combinato: unione guidata dalle famiglie, che hanno un ruolo importante nella scelta del partner e nell'organizzazione della cerimonia. Il matrimonio però avviene nel pieno rispetto della volontà decisiva degli sposi.

Pratiche lesive: pratiche e comportamenti persistenti fondati sulla discriminazione basata sul sesso, genere, età e altri motivi, nonché forme di discriminazione multiple e/o intersecanti che spesso comportano violenza e causano danni o sofferenze fisiche e/o psicologiche. Il danno che causano alle vittime superano le immediate conseguenze fisiche e mentali e spesso ha lo scopo o l'effetto di compromettere il riconoscimento, il godimento e l'esercizio dei diritti umani e delle libertà fondamentali, specialmente delle donne e dei bambini. Tali pratiche determinano inoltre un grave impatto sulla dignità, l'integrità e lo sviluppo fisico, psicosociale e morale, nonché sulla partecipazione, la salute, l'istruzione, le condizioni socio-economiche di chi le subisce. Esse includono: mutilazioni genitali femminili, matrimonio precoci e forzato, test di verginità e pratiche correlate, restrizioni dietetiche estreme, anche durante la gravidanza (alimentazione forzata, tabù alimentari), fasciature, cicatrici, marchiatura/inflizione di marchi tribali, punizioni corporali, lapidazione, violenti riti di iniziazione, pratiche di vedovanza, accuse di stregoneria, infanticidio, incesto e modificazioni del corpo che vengono eseguite a scopo di bellezza o matrimonio⁵⁹.

Violenza di genere (o violenza contro le donne basata sul genere): qualsiasi violenza diretta contro una donna in quanto tale, o che colpisce le donne in modo sproporzionato⁶⁰.

Violenza nei confronti delle donne: una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che in quella privata⁶¹.



58 Idem.

59 Comitato sui diritti del bambino (CRC) e Comitato per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW), *Joint General Recommendation 31/ General Comment 18* (2014) riguardante le pratiche tradizionali dannose per bambine e ragazze, par. 68.

60 Consiglio d'Europa, Convenzione di Istanbul, art. 3, lettera d).

61 Consiglio d'Europa, Convenzione di Istanbul, art. 3, lettera a).

Normativa internazionale ed europea

Mutilazioni genitali femminili

Consiglio dell'Unione europea

2012 Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea

2017 Dichiarazione del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa sulla necessità di intensificare gli sforzi per prevenire e combattere la mutilazione genitale femminile e il matrimonio forzato in Europa del 13 settembre 2017

Commissione europea

2019 Dichiarazione congiunta in occasione della Giornata internazionale della tolleranza zero nei confronti della mutilazione genitale femminile

2020 Strategia dell'UE per la parità di genere 2020-2025

2020 Piano d'azione dell'UE sulla parità di genere e l'emancipazione femminile nell'azione esterna per il periodo 2021-2025 (GAP III)

Parlamento europeo

2001 Risoluzione del Parlamento europeo sulle mutilazioni genitali femminili

2002 Risoluzione del Parlamento europeo del 13 marzo 2002 sulle donne e il fondamentalismo

2006 Risoluzione del Parlamento europeo sull'immigrazione femminile: ruolo e condizione delle donne immigrate nell'Unione europea, 2006

2009 Risoluzione del Parlamento europeo del 24 marzo 2009 sulla lotta contro le mutilazioni genitali femminili praticate nell'EU

2012 Risoluzione del Parlamento europeo del 14 giugno 2012 sull'abolizione delle mutilazioni genitali femminili

2014 Risoluzione del Parlamento europeo del 6 febbraio 2014 sulla comunicazione della Commissione dal titolo: "Verso l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili"

2016 Risoluzione del Parlamento europeo dell'8 marzo 2016 sulla situazione delle donne rifugiate e richiedenti asilo nell'Unione europea

2018 Risoluzione del Parlamento europeo del 7 febbraio 2018 sulla tolleranza zero per le mutilazioni genitali femminili (MGF)

2020 Risoluzione del Parlamento europeo del 12 febbraio 2020 su una strategia dell'UE per porre fine alle mutilazioni genitali femminili nel mondo

Parlamento europeo e Consiglio dell'Unione europea

- 2024 Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio del 14 maggio 2024 sulla lotta alla violenza contro le donne e alla violenza domestica
- 2011 Direttiva 2011/95/UE 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 (direttiva qualifiche)
- 2012 Direttiva 2012/29/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 25 ottobre 2012, che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato e che sostituisce la decisione quadro 2001/220/GAI (direttiva sui diritti delle vittime)
- 2013 Direttiva 2013/33/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 giugno 2013, recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale (direttiva sulle condizioni di accoglienza)

Consiglio d'Europa

- 1950 Convenzione europea dei diritti umani
- 2011 Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul)

Nazioni Unite

- 1948 Dichiarazione universale dei diritti umani
- 1966 Patto internazionale sui diritti civili e politici
- 1966 Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali
- 2015 Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, in particolare l'obiettivo 5.3 sull'eradicazione di tutte le pratiche dannose, come il matrimonio infantile, precoce e forzato, e le mutilazioni genitali femminili
- 2018 Risoluzione del Consiglio per i diritti umani delle Nazioni Unite del 5 luglio 2018 sull'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili

Matrimoni precoci e forzati⁶²

Consiglio dell'Unione europea

2012 Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea

Commissione europea

2020 Dichiarazione congiunta in occasione della Giornata internazionale della tolleranza zero nei confronti della mutilazione genitale femminile

Parlamento europeo

2021 Risoluzione del Parlamento europeo del 21 gennaio 2021 sulla prospettiva di genere nella crisi COVID-19 e nel periodo successivo alla crisi

2020 Risoluzione del Parlamento europeo del 12 febbraio 2020 su una strategia dell'UE per porre fine alle mutilazioni genitali femminili nel mondo

2018 Risoluzione del Parlamento europeo del 4 luglio 2018 "Verso una strategia esterna dell'UE contro i matrimoni precoci e forzati

2016 Risoluzione del Parlamento europeo dell'8 marzo 2016 sulla situazione delle donne rifugiate e richiedenti asilo nell'Unione europea

2006 Risoluzione del Parlamento europeo sull'immigrazione femminile: ruolo e condizione delle donne immigrate nell'Unione europea

2002 Risoluzione del Parlamento europeo del 13 marzo 2002 sulle donne e il fondamentalismo

Parlamento europeo e Consiglio dell'Unione europea

2024 Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio del 14 maggio 2024 sulla lotta alla violenza contro le donne e alla violenza domestica

Consiglio d'Europa

1950 Convenzione europea dei diritti umani

2005 Convenzione del Consiglio d'Europa contro la tratta di esseri umani

2005 Raccomandazione n. 1723 dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa, con cui si invitano gli Stati ad adottare politiche di contrasto al fenomeno dei matrimoni precoci e forzati

2005 Risoluzione n. 1468 dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa sui matrimoni forzati e sui matrimoni precoci

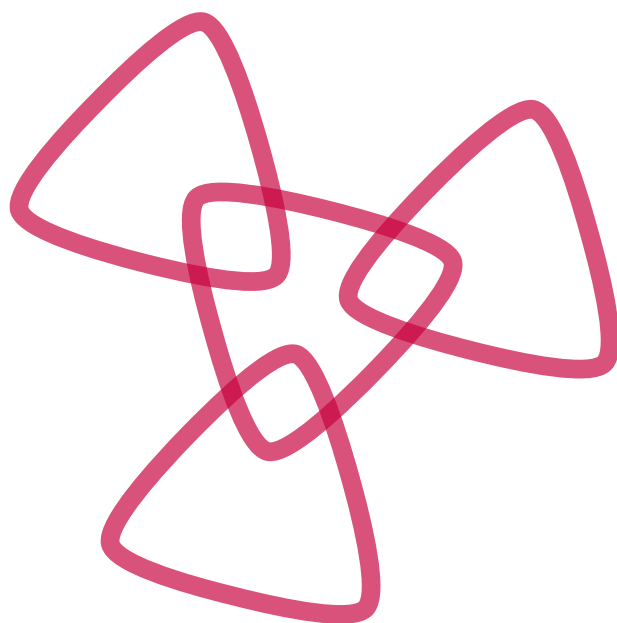
2011 Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica

2017 Dichiarazione del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa sulla necessità di intensificare gli sforzi per prevenire e combattere la mutilazione genitale femminile e il matrimonio forzato in Europa del 13 settembre 2017

⁶² Sono numerosi i dispositivi vincolanti adottati a livello internazionale ed europeo per il contrasto del fenomeno dei matrimoni precoci e forzati o che sono rilevanti sebbene non includano espressamente previsioni relative a tale pratica dannosa.

Nazioni Unite

- 1948 Dichiarazione universale dei diritti umani
- 1962 Convenzione ONU sul consenso al matrimonio, l'età minima per il matrimonio e la registrazione dei matrimoni
- 1966 Patto internazionale sui diritti civili e politici
- 1966 Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali
- 1979 Convenzione ONU sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione della donna (CEDAW), 1979, e relativo Protocollo facoltativo
- 1989 Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza
- 2000 Protocollo addizionale ONU per prevenire, reprimere e punire la tratta di persone, in particolare donne e bambini
- 2014 Risoluzioni dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite del 18 dicembre 2014 sul matrimonio infantile, precoce e forzato
- 2015 Risoluzione del Consiglio per i diritti umani delle Nazioni Unite "Rafforzare gli sforzi per prevenire ed eliminare i matrimoni precoci e forzati" del 2 luglio 2015
- 2015 Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, in particolare l'obiettivo 5.3 sull'eradicazione di tutte le pratiche dannose, come il matrimonio infantile, precoce e forzato, e le mutilazioni genitali femminili
- 2016 Risoluzioni dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite del 19 dicembre 2016 sul matrimonio infantile, precoce e forzato



Bibliografia e letture di approfondimento

ICMPD, *Guidelines for the Development of a Transnational Referral Mechanism for Trafficked Persons in Europe*: TRM-EU, Vienna, 2010.

28Too Many, *The Law and FGM Italy*, 2021.

Actionaid Italia, *La lotta alle mutilazioni genitali femminili in Italia: Un'analisi delle politiche nazionali e dei servizi di Milano e Roma*, 2016.

ADUSU e AIDOS, *Mutilazioni genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti. Rapporto di ricerca nelle regioni Veneto e Friuli-Venezia Giulia*, 2009.

Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali, *Addressing Forced Marriage in the EU: Legal Provisions and Promising Practices*, 2014.

AIDOS, *Violenza sessuale e di genere: toolkit per formatori e formatrici*, 2019.

AIDOS, *Progetto ABC. Programma educativo per le Scuole primarie e le Scuole secondarie: moduli di formazione*, 2021.

Associazione 21 luglio, *Non ho l'età: I matrimoni precoci nelle baraccopoli della città di Roma*, 2017.

Associazione Parsec (a cura di), *Linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di Mutilazioni Genitali Femminili o altre pratiche dannose per operatori dei Cpsa (Centri di primo soccorso e accoglienza) Cda (Centri di accoglienza) e dei Cara (Centri di accoglienza per richiedenti asilo)*, 2018.

Associazione Trama di Terre, *“Per forza, non per amore” – i matrimoni forzati in Emilia-Romagna. Uno studio esplorativo*, 2014.

Associazione Trama di Terre, *Matrimoni forzati, combinati e precoci. Vademecum per gli operatori e operatrici*, 2014.

Boiano I., G. Serughetti, *Donne senza Stato. La figura della rifugiata tra politica e diritto*, 2021.

Caldera C., “Riflessione su alcuni pregiudizi intorno alle “Mutilazioni Genitali Femminili – FGM”, in *Quaderni del SaMiFo, Pregiudizi*, 2018, pp. 98-122.

Cattaneo M.L., Crinali Cooperativa Sociale ONLUS, *Elementi di base della clinica transculturale*, 2015.

Cerato M., *Il matrimonio forzato (forced marriage) dei minori e il c.d. codice rosso*, 2019.

Codice Rosso, *Matrimonio Forzato*, 2019.

Commissione europea, *A Union of Equality: Gender Equality Strategy 2020-2025*, 2020.

Comune di Milano, *Dati ISTAT*, 2019.

Council of Europe - Steering Committee for Human Rights, *Guide to Good and Promising Practices Aimed at Preventing and Combating Female Genital Mutilation and Forced Marriage*, 2017.

Dal Pra T., A. Davide, M. Miserocchi, I. Piro e G. Selmi, *Libere, Disobbedienti, Innamorate*, 2021.

Degani P., Pividori C. et al., *Seconde a nessuno. Linee guida per l'emersione, l'identificazione, la valutazione e la presa in carico di donne sopravvissute e/o coinvolte in situazioni di violenza di genere nella protezione internazionale*, 2020.

Di Nicola Travaglini P., F. Menditto, *Codice rosso. Il contrasto alla violenza di genere: dalle fonti sovranazionali agli strumenti applicativi*, Giuffrè, 2020.

Diritto Internazionale in Civica, *Matrimoni precoci: un fenomeno attuale e globale*, 2020.

Dip. Pari Opportunità, *Numero verde contro la tratta, Meccanismo nazionale di referral per l'identificazione, l'assistenza e la protezione delle vittime di tratta e/o di grave sfruttamento*, 2023.

EIGE, *Estimation of Girls at Risk of Female Genital Mutilation in the EU - Belgium, Greece, France, Italy, Cyprus, and Malta*, 2018.

EIGE, *Female Genital Mutilation: How Many Girls Are at Risk in Italy?*, 2018.

EIGE, *Good Practices in Combating Female Genital Mutilation*, 2013.

- EIGE, *Joined-up Action on FGM*, 2015.
- END FGM - European Network, *Female Genital Mutilation/Cutting: A Call for a Global Response*, 2020.
- END FGM - European Network, *FGM in Europe*, 2020.
- END FGM - European Network, *Come parlare di mutilazioni genitali femminili*, 2020.
- END FGM – European Network, *Genital Mutilation: Addressing Common Myths and Misconceptions*, 2020.
- Farina P., L. Ortensi, T. Pettinato, *Le mutilazioni genitali femminili in Italia: un aggiornamento*, 2020.
- Fundamental Rights Agency (FRA), *Addressing Forced Marriage in the EU: Legal Provisions and Promising Practices*, 2014.
- Gathara D., J. Karumbi, *Associations between Female Genital Mutilation/Cutting and Early/Child Marriage: A Multi-Country DHS/MICS Analysis. Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive*, Population Council, New York, 2020.
- Gazzetta Ufficiale, *Conferenza Unificata Intesa Stato-Regione*, 2014.
- Girls not Brides, *About child marriage*, 2020.
- HM Government-Forced Marriage Unit, *Multi-agency Practice Guidelines: Handling Cases of Forced Marriage*, 2009.
- HM Government-Forced Marriage Unit, *Multi-agency Practice Guidelines: Handling Cases of Forced Marriage*, 2014.
- HM Government, *Multi-agency Statutory Guidance on Female Genital Mutilation*, 2020.
- ICMPD, *Guidelines for the Development of a Transnational Referral Mechanism for Trafficked Persons in Europe: TRM-EU*, Vienna, 2010.
- Istituto degli Innocenti – Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni*, 2017.
- Le Onde Onlus, *Matrimonio Forzato in Italia: una ricerca qualitativa*, 2014.
- Lebra A., “*Matrimoni forzati: reato anche in Italia?*”, in *Settimana News*, 2019.
- Marcantonio G.D. (a cura di), *La prevenzione ed il contrasto delle mutilazioni genitali femminili nella scuola*, 2006.
- Ministero dell'Interno, *Servizio Analisi Criminale: costruzione o induzione al matrimonio*, 2023.
- National FGM Centre, *Harmful practices*, 2024.
- OHCHR, *Preventing and Eliminating Child, Early and Forced Marriage*, 2014.
- OHCHR, *Women's Rights are Human Rights*, 2014.
- OMS, *Female Genital Mutilation. Key Facts*, 2020.
- Orchid Project, *Impacts of COVID-19 on Female Genital Cutting*, 2020.
- Parlamento europeo, *Towards an EU External Strategy against Early and Forced Marriages – Next Steps*, 2018.
- Pharos, *The Dutch Chain Approach*, 2021.
- Plan International, *Matrimonio infantile*, 2021.
- Ramundo A., “In Italia 85-90mila donne con mutilazioni genitali femminili, di cui 5-7mila minori”, in *DiRE*, 1° luglio 2020.
- Regione Lombardia, *Convenzione con A.O. San Carlo su FGM*, 2014.
- Regione Toscana, *Le mutilazioni genitali femminili in Toscana*, 2023.
- Terre des Femmes, *Information Brochure: Female Genital Mutilation*, 2021.
- UNFPA, *My Body is My Own. State of the World Population*, 2021.

UNFPA et al., *Effectiveness of Interventions Designed to Prevent or Respond to Female Genital Mutilation. A Review of Evidence*, 2021.

UNFPA, *Sexual and Reproductive Health*, 2021.

UNFPA, *State of the World Population: Against My Will*, 2020.

UNFPA, "Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage", in *Interim Technical Note*, 2020.

UNHCR, *Guidance Note on Refugee Claims relating to Female Genital Mutilation*, 2009.

UNICEF, *Understanding the Relationship between Child Marriage and Female Genital Mutilation: A Statistical Overview of Their Co-occurrence and Risk Factors*, 2021.

UNICEF, *Mutilazioni genitali, la medicalizzazione non riduce il danno: 52 milioni vittime per mano di un dottore*, 2020.

UNICEF, *Child Marriage Database*, 2020.

UNICEF, *Child Marriage*, 2020.

UNICEF, *Female Genital Mutilation Country Profiles*, 2020.

UNICEF, *115 Million Boys and Men around the World Married as Children*, 2019.

UNICEF, *Is an end to Child Marriage within reach?*, 2023.

UNICEF, *Mutilazioni Genitali Femminili: scheda dati*, 2014.

UNICEF, *Towards ending harmful practices in Africa: A statistical overview of child marriage and female genital mutilation*, 2022.

UNICEF, UNHCR, OIM, *Come fornire un primo supporto alle persone sopravvissute a violenza di genere - Guida Tascabile*, 2020.

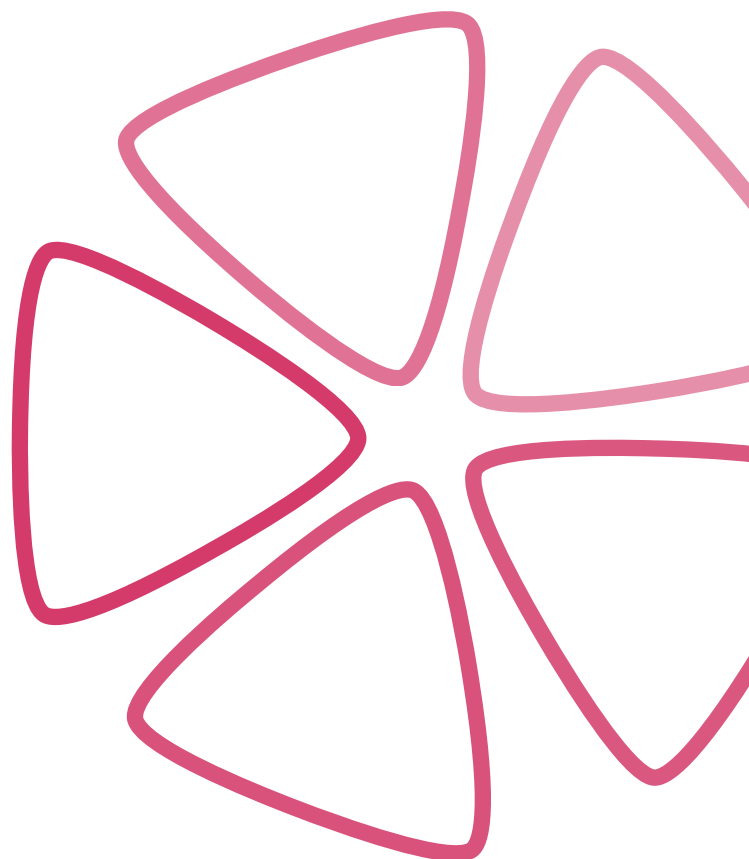
UNODC, *Interlinkages between Trafficking in Persons and Marriage*, 2020.

WAVE Network, *EU Roadmap on Forced/Early Marriage (FEM) Referral Pathway for Frontline Professionals*, 2017.

World Bank, *Compendium of International and National Legal Frameworks on Female Genital Mutilation*, February 2021.

World Health Organization, *Care of Women and Girls Living with Female Genital Mutilation: A Clinical Handbook*, 2018.

World Health Organization, *Guidelines on the Management of Health Complications from Female Genital Mutilation*, 2016.



act!onaid
— REALIZZA IL CAMBIAMENTO —



Co-funded by
the European Union