



REGIONE TOSCANA

Consiglio regionale

Commissione Regionale
Pari Opportunità
della Toscana

2023



Le mutilazioni genitali femminili in Toscana

PROPOSTA PER AZIONI DI CONTRASTO E SERVIZI A TUTELA DELLA SALUTE DELLE DONNE

COMMISSIONE REGIONALE PARI OPPORTUNITÀ DELLA TOSCANA

Le mutilazioni genitali femminili in Toscana

*L'immagine in copertina è stata
gentilmente concessa dalla
pittrice Rossella Baldecchi*

Premessa	2
L'inquadramento normativo nel contesto internazionale ed europeo	4
Il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili in Toscana	6
L'incidenza delle MGF in Toscana	6
Il contrasto al fenomeno delle MGF in Regione Toscana	11
I percorsi e i progetti realizzati dalla Regione Toscana nel decennio 2006-2016	11
La legge 7/2006	11
Il tavolo regionale sulle MGF	12
Le attività realizzate – anni 2008/2010 (sintesi)	13
Il programma di azione regionale 2011-2013	17
La programmazione regionale 2014-2016	19
Buone pratiche e progetti sperimentali	21
L'esperienza del Centro Regionale di Salute Globale -AOU Meyer	21
La prevenzione nel contesto socio-culturale	24
L'esperienza di AOUP e dell'Università di Pisa	30
L'esperienza di ISPRO	32
Le proposte della Commissione Regionale Pari Opportunità	35
Il ruolo della scuola	39
Il ruolo dei pediatri di libera scelta	40
Considerazioni sulla legge 7/2006	41
Appendice A: le mutilazioni genitali femminili	45
Glossario	54
Acronimi	55
Bibliografia e riferimenti	57
Contributi e ringraziamenti	60



Premessa

Il Consiglio Regionale della Toscana con risoluzione nr. 117/2021¹ ha invitato la Commissione Regionale Pari Opportunità ad effettuare un approfondimento specifico sul fenomeno delle mutilazioni genitali femminili in Toscana al fine di valutare quali azioni possono essere intraprese direttamente a livello regionale per contrastare questa violazione del corpo delle donne.

Le mutilazioni genitali femminili sono riconosciute a livello internazionale come una **violazione dei diritti umani delle donne** e definiscono una palese disuguaglianza tra i sessi, costituendo una forma estrema di discriminazione di genere. Come riportato da UNICEF² le MGF sono discriminatorie e violano il diritto delle bambine alla salute, alle pari opportunità, a essere tutelate da violenze, abusi, torture o trattamenti inumani, come prevedono tutti i principali strumenti del diritto internazionale; inoltre, le ragazze che le subiscono sono private anche della capacità di decidere sulla propria salute riproduttiva.

L'OMS ha definito 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”*; sappiamo che queste pratiche sono ancora diffuse e casi di MGF continuano a comparire anche in Europa ed in Italia soprattutto tra donne provenienti dai paesi dell'Africa subsahariana e dalla penisola arabica.

Sempre UNICEF stima che nel mondo siano 125 milioni le donne che convivono con una mutilazione genitale; in alcuni stati del Corno d'Africa (Gibuti, Somalia, Eritrea) ma anche in Egitto e Guinea l'incidenza del fenomeno rimane altissima, toccando il 90% della popolazione femminile. In molti altri, invece, le mutilazioni riguardano una minoranza - fino ad arrivare a quote dell'1-4% in paesi come Ghana, Togo, Zambia, Uganda, Camerun e Niger. Si stima che solo in Italia siano a rischio di MGF dal 15 al 24 per cento delle ragazze, circa 15 mila, di età compresa tra 0 e 18 anni le cui famiglie provengono dai paesi sopracitati.

Per questo le MGF sono un abuso che non può essere ignorato.

La Commissione Regionale Pari Opportunità, come previsto dalla L.R.76/2009³, ha il compito di mettere in atto qualsiasi tipo di azione per contrastare ogni forma di violenza e discriminazione nei

¹ https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/crt/resoconti-aula/2171_2575.pdf

² <https://www.unicef.it/media/mutilazioni-genitali-femminili/>

³ <http://raccoltanormativa.consiglio.regione.toscana.it/articolo?urndoc=urn:nir:regione.toscana:legge:2009-12-15;76>



confronti delle donne attraverso *“indagini sulla condizione femminile delle donne nella Regione”* sollecitando *“l'adozione di azioni positive previste dalla legislazione in materia di pari opportunità, verificandone l'esecuzione, l'attuazione e l'esito finale”* e *“l'applicazione delle leggi statali e regionali a tutela delle donne”*; per questo motivo la CRPO ha deciso di intraprendere un percorso di analisi della situazione attuale dei servizi per le mutilazioni genitali femminili in Toscana con l'obiettivo di valutarne l'efficacia in termini di universalità di accesso e di appropriatezza delle cure nonché l'analisi delle misure di prevenzione e contrasto messe in atto fino ad oggi.

In questo percorso di valutazione sulle MGF in Toscana la Commissione ha voluto ricostruire la rete che formalmente ed informalmente negli ultimi venti anni ha lavorato nella nostra Regione per prevenire questa pratica e curare chi vi è stato sottoposto: i soggetti del sistema sanitario regionale che, a vario titolo, hanno lavorato sul fenomeno delle mutilazioni e in generale sulla salute dei migranti con particolare riferimento al **Centro di Salute Globale**⁴ e al **Servizio GAIA**⁵ dell'AOU Meyer, all'**Associazione Nosotras Onlus**⁶ componenti del Tavolo regionale multidisciplinare per le MGF⁷, all'**ISPRO**⁸, all'**Azienda Universitaria Pisana** e all'**Università degli Studi di Pisa** e alla **direzione generale regionale “Salute, welfare e coesione sociale”**; infine, per l'analisi del fenomeno a livello generale e regionale ci siamo avvalse della collaborazione dell'**Università degli Studi di Firenze** ed, in particolare, dell'esperienza maturata all'interno del Master di II Livello in *“Salute e Medicina di Genere”*.

⁴ <https://www.centrosaluteglobale.eu/>

⁵ <https://www.meyer.it/cura-e-assistenza/attivita-sanitarie/590-sportello-gaia>

⁶ <https://nosotras.it/>

⁷ <http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2006DG00000000693>

⁸ <https://www.ispro.toscana.it/>



L'inquadramento normativo nel contesto internazionale ed europeo⁹

Come sappiamo, le Mutilazioni Genitali Femminili, di seguito MGF, sono considerate a tutti gli effetti una violazione dei diritti fondamentali della persona. Le donne e le bambine che vi sono sottoposte, in contrasto con la loro volontà, subiscono una violazione del diritto alla vita, all'integrità fisica e alla salute: queste pratiche, inoltre, possono, in determinate circostanze, assumere forma di tortura e/o di trattamento inumano e degradante.

Le MGF si pongono, infatti, in contrasto con una serie di norme internazionali ed europee che tutelano i diritti umani tra cui:

- La *Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo* del 1948, che all'art. 3 stabilisce che «Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona.» e all'art. 5 prescrive che «Nessun individuo potrà essere sottoposto a tortura o a trattamento o a punizione crudeli, inumani o degradanti».
- La *Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza* approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 (CRC).
- La *Convenzione sui diritti del fanciullo*, adottata a New York il 20 novembre 1989 e aperta alla firma dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con risoluzione 44/25 del 20 novembre 1989 che all'art. 24 c.3 prevede che «Gli Stati parti adottano ogni misura efficace atta ad abolire le pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute dei minori.» e all'art. 37 afferma che nessun bambino deve essere sottoposto a tortura o a trattamenti inumani e degradanti.
- La *Dichiarazione di Pechino*, adottata il 15 settembre 1995 nell'ambito della quarta conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulle donne.
- La *Risoluzione 2003/28* resa dalla Commissione dei Diritti dell'Uomo delle Nazioni Unite il 22 aprile 2003, che istituisce la giornata internazionale della Tolleranza Zero nei confronti delle mutilazioni genitali femminili, il 6 febbraio.

⁹ Capitolo rielaborato dalle *Raccomandazioni*

<https://www.regione.toscana.it/documents/10180/13586257/allegato+parere+n.+23-2016+MGF.pdf/957db71d-ff22-473a-a646-764ea75fc037?jsessionid=AD92EDED25E6B5394E80573099DF1C84.web-rt-as01-p2?version=1.0>



- Il Protocollo aggiuntivo alla Carta Africana sui diritti dell'uomo e delle donne in Africa (2003), conosciuto come *Protocollo di Maputo*, in cui gli Stati si impegnano a promuovere la parità di diritti tra uomo e donna, anche sul fronte salute, compresa la salute sessuale e riproduttiva (art. 5 e art. 14).
- nel Settembre 2015, la comunità globale con 193 Paesi membri delle Nazioni Unite ha concordato una nuova serie di obiettivi di sviluppo, l'*Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile*, che include, nell'ambito dell'Obiettivo 5 "Parità di genere" un focus per eliminare tutte le pratiche dannose, come il matrimonio infantile, precoce e forzato e le MGF, entro il 2030. **Sia la risoluzione che il quadro SDG indicano la volontà politica della comunità internazionale e dei partner nazionali di lavorare insieme per accelerare l'azione verso una fine totale e definitiva della pratica in tutti i continenti del mondo.**

A livello europeo

- La *CEDU, Convenzione europea dei diritti dell'Uomo*, così come modificata dai Protocolli nn. 11 e 14 e Protocolli nn. 1, 4, 6, 7, 12 e 13.
- La *Risoluzione della commissione per le pari opportunità del Consiglio d'Europa sulle mutilazioni genitali femminili (MGF)* del 12 aprile 1999;
- la *Relazione sulle MGF*, adottata il 3 maggio 2001 dall'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa.
- La *Risoluzione del Parlamento europeo del 24 marzo 2009* sulla lotta contro le mutilazioni sessuali femminili praticate nell'UE.
- La *Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica - Istanbul*, 11 maggio 2011 (art. 38).
- La *Risoluzione del Parlamento europeo del 14 giugno 2012* sull'abolizione delle mutilazioni genitali femminili (2012/2684-RSP).

Molte legislazioni di Paesi UE, Belgio, Francia, Germania, Olanda, Austria, Spagna, Svizzera qualificano le MGF come fattispecie criminosa nell'ordinamento giuridico interno. La Svezia, la Gran Bretagna e la Norvegia hanno invece adottato leggi speciali in materia.



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



Il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili in Toscana

L'incidenza delle MGF in Toscana

A cura della Dott.ssa Elena Trallori¹⁰

I numeri sulle pratiche di MGF in Europa, Australia e America del Nord sono legati ai flussi migratori dai paesi in cui esse sono comuni usanze. L'incremento dei flussi migratori da questi paesi, che ha interessato l'Europa dagli anni '90 del secolo scorso, ha costretto l'Unione Europea a condannare ufficialmente questa forma di violenza sulle donne nella Convenzione di Istanbul¹¹ (art.38) e a richiedere un approccio unificato nella raccolta dei dati su queste pratiche, sollecitando la formazione di demografi e statistici per sviluppare una metodologia comune nelle indagini al fine di garantire un confronto tra i paesi membri (*Risoluzione del 6/02/2014 del Parlamento Europeo intitolata "Towards the elimination of female genital mutilation"*¹²).

I dati delle stime di prevalenza di donne vittime di MGF in Italia o a rischio di MGF sono stati raccolti dal 2009 in poi a livello nazionale e regionale, senza aver mai però organizzato un sistema metodico di raccolta dei dati sulle MGF che riguardi tutto il territorio nazionale. Il primo report nazionale è stato redatto dall'Istituto Piepoli nel 2009 per conto del Ministero della Salute: "Valutazione quantitativa e qualitativa del fenomeno delle mutilazioni genitali in Italia"¹³, in cui si stima che sul suolo italiano risiedano 1000 ragazze e 35000 donne con MGF (*Istituto Piepoli, 2009*).

I dati nazionali più recenti riguardano l'anno 2018 e sono stati elaborati nel 2019 dal gruppo di lavoro di Farina e dei suoi colleghi dell'Università di Milano Bicocca in collaborazione con il Dipartimento delle Pari Opportunità. Secondo queste statistiche, al 1° gennaio 2018 in Italia vi erano 87.600 bambine e donne con MGF, di cui 80.000 maggiorenni e 7.600 minorenni, di cui il maggior numero sono di nazionalità nigeriana ed egiziana. La prevalenza di MGF tra bambine e donne è maggiore in comunità somale, sudanesi, maliane e burkinabè, nonostante in numeri assoluti non siano gruppi numerosi. Il rischio maggiore per le minorenni è all'interno della comunità somala, mentre non è molto più basso per le altre comunità (*Farina et al, 2020*).

¹⁰ Parte del capitolo è stato anche precedentemente pubblicato in: Trallori Elena, *I diritti violati delle donne: le mutilazioni genitali femminili in Italia*, Firenze: Università degli Studi di Firenze, 2021 (Tesi Master II livello in Salute e Medicina di Genere)

¹¹ <https://www.istat.it/it/files/2017/11/ISTANBUL-Convenzione-Consiglio-Europa.pdf>

¹² <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX%3A52013DC0833>

¹³ http://www.osservatoriopedofilia.gov.it/dpo/resources/cms/documents/report_mgf_piepoli.pdf



Per quanto riguarda la Toscana, in assenza di studi su base regionale, si può solo stimare il rischio della presenza di donne con MGF basandosi sulla provenienza degli stranieri residenti in Toscana da Paesi a tradizione escissoria (Appendice A, tabella 1).

I dati al 1° gennaio 2021 indicano che gli stranieri residenti in Toscana erano 425.931, circa l' 11,5% della popolazione residente. La comunità straniera più numerosa era quella rumena (17,9%), seguita da quella della Repubblica Popolare Cinese (17,3%) e da quella albanese (13,9%). Concentrandosi sui paesi a tradizione escissoria, nelle tabelle sottostanti sono riportati gli stranieri residenti in Toscana provenienti dal continente africano, che rappresentano il 15,8% della popolazione residente, aggregati per sesso e per paese di provenienza (tabella 1) e gli stranieri provenienti da Yemen, Iraq e Maldive segregati per sesso (tabella 2). I dati sono mancanti rispetto alla presenza degli stranieri senza permesso di soggiorno (*Tuttitalia.it su dati Istat, 2021*).

Tabella 1. Stranieri africani residenti in Toscana al 1° gennaio 2021, segregati per paese di provenienza e per sesso (*Tuttitalia.it su dati Istat, 2021*).

AFRICA	Area	Maschi	Femmine	Totale	%
Marocco	Africa settentrionale	15.757	12.526	28.283	6,64%
Senegal	Africa occidentale	9.647	3.125	12.772	3,00%
Nigeria	Africa occidentale	4.735	2.889	7.624	1,79%
Tunisia	Africa settentrionale	2.945	1.810	4.755	1,12%
Egitto	Africa settentrionale	1.851	967	2.818	0,66%
Gambia	Africa occidentale	1.274	26	1.300	0,31%
Costa d'Avorio	Africa occidentale	974	324	1.298	0,30%
Mali	Africa occidentale	1.077	21	1.098	0,26%
Ghana	Africa occidentale	906	134	1.040	0,24%
Camerun	Africa centro meridionale	606	425	1.031	0,24%
Algeria	Africa settentrionale	529	319	848	0,20%
Guinea	Africa occidentale	610	53	663	0,16%



<u>Somalia</u>	Africa orientale	430	186	616	0,14%
<u>Etiopia</u>	Africa orientale	164	238	402	0,09%
<u>Togo</u>	Africa occidentale	226	98	324	0,08%
<u>Eritrea</u>	Africa orientale	104	171	275	0,06%
<u>Burkina Faso (ex Alto Volta)</u>	Africa occidentale	168	33	201	0,05%
<u>Repubblica del Congo</u>	Africa centro meridionale	93	81	174	0,04%
<u>Capo Verde</u>	Africa occidentale	57	103	160	0,04%
<u>Kenya</u>	Africa orientale	64	85	149	0,03%
<u>Repubblica democratica del Congo (ex Zaire)</u>	Africa centro meridionale	73	74	147	0,03%
<u>Guinea Bissau</u>	Africa occidentale	134	2	136	0,03%
<u>Mauritius</u>	Africa orientale	56	78	134	0,03%
<u>Niger</u>	Africa occidentale	91	32	123	0,03%
<u>Sierra Leone</u>	Africa occidentale	102	8	110	0,03%
<u>Libia</u>	Africa settentrionale	76	27	103	0,02%
<u>Sudan</u>	Africa settentrionale	61	33	94	0,02%
<u>Benin (ex Dahomey)</u>	Africa occidentale	55	37	92	0,02%
<u>Sud Africa</u>	Africa centro meridionale	35	50	85	0,02%
<u>Gabon</u>	Africa centro meridionale	45	37	82	0,02%
<u>Angola</u>	Africa centro meridionale	26	32	58	0,01%
<u>Tanzania</u>	Africa orientale	26	27	53	0,01%
<u>Liberia</u>	Africa occidentale	43	7	50	0,01%
<u>Madagascar</u>	Africa orientale	14	30	44	0,01%
<u>Ruanda</u>	Africa orientale	17	17	34	0,01%
<u>Burundi</u>	Africa orientale	14	18	32	0,01%



<u>Ciad</u>	Africa centro meridionale	22	4	26	0,01%
<u>Mauritania</u>	Africa occidentale	15	3	18	0,00%
<u>Seychelles</u>	Africa orientale	7	10	17	0,00%
<u>Uganda</u>	Africa orientale	10	7	17	0,00%
<u>Mozambico</u>	Africa orientale	4	12	16	0,00%
<u>Zimbabwe (ex Rhodesia)</u>	Africa orientale	6	9	15	0,00%
<u>Repubblica Centrafricana</u>	Africa centro meridionale	4	4	8	0,00%
<u>Guinea Equatoriale</u>	Africa centro meridionale	4	4	8	0,00%
<u>Zambia</u>	Africa orientale	1	3	4	0,00%
<u>Botswana</u>	Africa centro meridionale	0	2	2	0,00%
<u>Namibia</u>	Africa centro meridionale	0	2	2	0,00%
<u>São Tomé e Príncipe</u>	Africa centro meridionale	1	1	2	0,00%
<u>Comore</u>	Africa orientale	1	0	1	0,00%
<u>Gibuti</u>	Africa orientale	1	0	1	0,00%
<u>Malawi</u>	Africa orientale	0	1	1	0,00%
	Totale Africa	43.161	24.185	67.346	15,81%

Tabella 2. Stranieri residenti in Toscana provenienti da paesi asiatici a tradizione escissoria al 1° gennaio 2020, segregati per sesso (adattata da Tuttitalia.it su dati Istat, 2021).

ASIA	Area	Maschi	Femmine	Totale	%
<u>Iraq</u>	Asia occidentale	134	42	176	0,04%
<u>Yemen</u>	Asia occidentale	13	9	22	0,01%
<u>Maldiva</u>	Asia centro meridionale	3	0	3	0,00%



Le comunità di migranti regolari africani rappresentano circa il 16% del totale degli stranieri residenti in Toscana, di cui i primi 10 paesi più rappresentati sono Marocco, Senegal, Nigeria, Tunisia, Egitto, Costa d'Avorio, Gambia, Mali, Ghana, Camerun. Fatta eccezione per Marocco e Tunisia, gli altri otto paesi sono a tradizione escissoria e le loro donne e bambine sono potenzialmente a rischio di aver subito MGF, anche se in percentuali diverse (Appendice, tabella 1). In tabella 2 sono riportati i numeri di stranieri asiatici da paesi a tradizione escissoria (Yemen, Iraq, Maldive), presenti nella nostra regione in percentuali inferiori all'1%.

I numeri presentati da queste statistiche indicano che il monitoraggio del fenomeno delle MGF nella nostra regione è necessario e deve essere implementato.



Il contrasto al fenomeno delle MGF in Regione Toscana

La Regione Toscana ha da sempre realizzato percorsi per tutelare la salute della donna, sia in relazione all'esperienza della maternità, che alla specificità del vissuto femminile nelle varie età della vita ed in ogni condizione sociale. All'interno di questi percorsi, una particolare attenzione è stata dedicata anche alla popolazione femminile immigrata prevedendo per essa azioni mirate alle peculiarità dei problemi delle donne che provengono da altre culture.

Ai fini dell'elaborazione di questo documento la nostra osservazione si è concentrata sulle azioni introdotte per le donne e le bambine vittime di mutilazioni genitali femminili negli ultimi venti anni.

Come primo atto abbiamo preso in considerazione la delibera n. 599/2003¹⁴ con la quale è stato istituito in Toscana il Centro Regionale di riferimento per le mutilazioni genitali femminili collocato presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'AOU di Careggi. Tuttavia, il percorso strutturato della Regione Toscana si è sviluppato grazie alla legge nazionale 7/2006 che consentì di misurare, prevenire e contrastare il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili in Italia e assicurare cura e protezione alle persone che avevano subito questa violenza.

I percorsi e i progetti realizzati dalla Regione Toscana nel decennio 2006-2016

A cura della Dott.ssa Daniela Matarrese

La legge 7/2006

Deciso impulso ad una politica nazionale e regionale di contrasto, cura e prevenzione delle mutilazioni genitali femminili, arriva nel Gennaio 2006 con la pubblicazione della Legge 09/01/2006 n. 7, recante "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile"¹⁵.

La legge nazionale era un punto d'arrivo della discussione su politiche sanitarie di prevenzione e tutela delle donne, adeguate ai tempi e alle problematiche di salute emerse in Europa con i primi flussi migratori degli anni '90. Fondamentali furono a riguardo gli esiti della Conferenza del Cairo del 1994, della Dichiarazione e del Programma di azione adottati a Pechino il 15 Settembre 1995 nella Quarta Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulle Donne.

¹⁴ <http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2003DG00000000816>

¹⁵ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2006/01/18/005G0307/sg>



In Italia la "Legge Consolo" (dal nome dell'On. Giuseppe Consolo, proponente e primo firmatario), dettò per la prima volta "le misure necessarie per prevenire, contrastare e reprimere le pratiche di mutilazione genitale femminile quali violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona e alla salute delle donne e delle bambine".

In Regione Toscana, la discussione sull'opportunità di interventi di tutela delle donne e delle bambine dalle MGF era emersa già da un decennio, avviata dalla Commissione regionale di Bioetica, presieduta allora dal Dr. Antonio Panti e sostenuta, subito dopo la Conferenza di Pechino dalla competenza in materia di un medico somalo, Omar Abdulcadir e dalla tenace rappresentanza delle donne somale a Firenze e in Toscana.

In attuazione della legge n. 7/2006, la Regione Toscana mise in atto un programma regionale di azione con scorrimento triennale che prevedeva l'offerta di servizi dedicati nel Centro di riferimento regionale per le MGF di Careggi del Dr. Abdulcadir e nei consultori dei comuni capoluogo. Il Programma si sostanziava in alcuni principali filoni di intervento, rimasti poi negli anni assi principali degli interventi: Analisi del fenomeno; Assistenza e Prevenzione; Formazione degli operatori e dei professionisti; Rete di assistenza e tutela; Informazione e Comunicazione.

Alla base del Programma, era sotteso un **intervento culturale** sulla popolazione autoctona e su quella di lunga e recente immigrazione e poi la scelta di **fornire strumenti efficaci agli operatori** nel campo della salute e della scuola, sfruttando al meglio le possibilità d'azione offerte dalla normativa.

L'elaborazione del programma e delle diverse attività in cui si sostanziava, erano ideate e concertate con il Tavolo Regionale sulle MGF, istituito, come già detto, con la DGR 500/2004, poi aggiornato nel 2006, nelle finalità e nella composizione, per meglio rispondere al disposto della legge n.7.

Il tavolo regionale sulle MGF

Il Tavolo era composto dai referenti dell'allora Consiglio Sanitario regionale, della Commissione regionale per le Pari Opportunità, della Commissione regionale di Bioetica, dell'Ordine dei Medici, del Collegio delle Ostetriche e dei Medici Ginecologi, dal Direttore del Centro di Riferimento per le MGF dell'AOU Careggi, dai Presidenti delle Associazioni maggiormente attive e rappresentative su questa delicata problematica, l'Associazione Nosotras, il COSPE, l'Associazione DONNE SOMALE. Il lavoro del Tavolo era quindi supportato dai funzionari regionali dei settori Diritti e Servizi della Persona in Ospedale, Servizi alla persona sul territorio, Formazione, Governo Clinico.

Gli obiettivi del Tavolo erano definiti: a) realizzare azioni mirate sia alla prevenzione delle MGF che alla definizione di protocolli di intervento che integrassero servizi e risorse in un'ottica di sistema, per meglio rispondere alla necessità di assistenza e di tutela delle persone; b) sollecitare l'attenzione



pubblica sulle MGF attraverso strategie comunicative, momenti di dibattito e informazione; c) monitorare il fenomeno e verificare l'impatto del programma di azione regionale.

Le attività realizzate – anni 2008/2010 (sintesi)

La Regione Toscana, nel P.S.R. 2008/2010 al punto 5.6.2.5, affrontando le complesse tematiche relative all'area materno infantile, al fine di tutelare la salute della donna, sia in relazione all'esperienza della maternità, che alla specificità del vissuto femminile nelle varie età della vita ed in ogni condizione sociale, dedicò una particolare attenzione alla popolazione immigrata prevedendo azioni mirate alle peculiarità dei problemi delle donne che provenivano da altre culture. Per dare piena attuazione a queste disposizioni, la Regione ritenne fondamentale il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta al fine di intercettare le eventuali situazioni a rischio ed attivare tutti gli interventi idonei ad aiutare i genitori a compiere le giuste scelte nell'interesse delle bambine e svolgere contestualmente un'azione di sensibilizzazione della popolazione proveniente dai paesi a rischio, con particolare riguardo alla popolazione maschile.

In particolare, i Piani regionali sulle MGF portarono ai seguenti interventi e relativi risultati:

- Analisi del fenomeno: furono apportate modifiche ai flussi informativi consultoriali (CON ed SPC) per permettere di rilevare gli accessi per MGF nei consultori regionali e alcune caratteristiche dell'utenza;
- Offerta attiva dei servizi consultoriali:
Gli interventi realizzati in questi anni, particolarmente nei territori della Provincia di Pistoia e di Livorno, consentirono il progressivo legame tra le Ausl e le associazioni e le comunità straniere dei diversi territori; gli incontri realizzati tra utenti stranieri e operatori dei consultori, permisero ai servizi di avvicinare, accogliere ed assistere, alcuni pochi casi di MGF. L'afflusso ai consultori di donne portatrici di MGF era (ed è rimasto) relativo, pochi casi e fidelizzati al servizio che però aprivano una strada e un rapporto tra le donne a rischio e i servizi che potessero tutelarle. Valore aggiunto: la partecipazione all'intervento delle donne straniere raccolte in associazioni, tramite essenziale tra persone e servizi;
- Informazione: fin da subito apparve chiara l'importanza di strategie comunicative e non solo campagne informative in grado di fornire conoscenze e competenze agli operatori sanitari e scolastici sulle MGF per poter meglio intervenire sia in chiave preventiva che a livello di presa in carico, ma anche di raggiungere la popolazione immigrata, le ragazze, gli uomini: chiara era la consapevolezza di dover innescare un cambiamento di cultura e mentalità, delle persone e dei servizi. Incontri tematici furono realizzati in tutti i consultori principali e nei centri di consulenza giovani dei comuni capoluogo con le comunità straniere target, con gli



operatori dei servizi coinvolti nei progetti di intervento, con il personale medico dei consultori delle ASL toscane, con le associazioni di tutela e le comunità dei migranti presenti nel territorio di ogni zona socio-sanitaria.

Particolare efficacia ebbe il confronto diretto sul tema tra operatori dei consultori e comunità straniere.

Furono sperimentate inoltre diverse metodologie di comunicazione: interventi peer to peer che coinvolsero le seconde generazioni e le comunità, interventi di piazza in piazza con mezzi di trasporto itinerante nei luoghi di aggregazione per divulgare materiale informativo e dialogare con i migranti, interventi cosiddetti Alfa presso i centri di educazione linguistica e di educazione permanente.

Furono avviati anche incontri rivolti a gruppi maschili, selezionati all'interno delle singole comunità, in base alla sensibilità, all'istruzione, all'interesse al problema, alla posizione sociale anche all'interno della comunità. Agli incontri partecipavano il personale medico del CRR per le MGF, rappresentanze delle comunità della Nigeria, dell'Egitto, della Somalia, dell'Etiopia, del Cameroun, della Costa d'Avorio, del Senegal, dell'Eritrea. Gli incontri furono organizzati presso la sede del CRR a Careggi, dall'associazione Nosotras e da alcune comunità cristiane evangeliche frequentate dai gruppi target.

Gli incontri non avevano solo fine informativo ma anche preventivo, consentirono inoltre di costruire contenuti e materiali informativi studiati in base al gruppo target individuato (cittadini, operatori, medici, ecc.) e al contenuto che si intendeva veicolare; particolare attenzione fu dedicata sia alla conoscenza della nuova normativa ed alle possibilità di tutela da essa offerte, che ai servizi specifici esistenti sul territorio (consultori e CRR). Il materiale fu tradotto nelle lingue veicolari più usate dalle comunità target.

Un Sito internet sulle MGF fu realizzato sempre dall'associazione Nosotras con il contributo del Tavolo regionale per le MGF (<http://www.mgftoscana.it> attualmente non più attivo)

- Assistenza e Prevenzione: la presenza di competenze specifiche nei servizi ospedalieri e consultoriali per qualificare l'assistenza e riabilitazione furono la priorità di questi anni. Si continuò a investire in prevenzione, iniziando anche a pensare le modalità più opportune per le azioni di contrasto da implementare, approfittando delle reti esistenti relative alla violenza di genere.
- Formazione: dal 2006 in poi numerosi interventi formativi furono rivolti a operatori e professionisti del SSR, inclusi i **pediatri di famiglia**, e della scuola, insegnanti, educatori, operatori scolastici; l'intento era quello di fornire strumenti conoscitivi, atti a riconoscere situazioni a rischio MGF e ad orientare i pazienti ai servizi territoriali esistenti. La formazione fu orientata oltre che alla prevenzione ed alle categorie professionali di base per una reale



presa in carico, alla continuità assistenziale. Medici, ostetriche e ginecologi, pediatri, consultori, assistenti sociali, mediatori fruivano periodicamente dei corsi e dei relativi aggiornamenti.

Nel 2008 inoltre, grazie anche alle rappresentanze sindacali, fu avviato un confronto con la medicina generale per implementare percorsi di informazione e aggiornamento per l'intercettazione dei casi a rischio e per la stesura di un protocollo di intervento per la cura e la tutela delle bambine provenienti dai paesi a rischio

- Rete dei servizi: dal 2008 prese avvio invece l'implementazione della rete dei servizi, in particolare i consultori, essendone ormai comprovata la capacità attrattiva. Le cause erano diverse, ma possono esserne elencate due: la prima, gli esiti di lungo periodo degli interventi informativi che motivarono e orientarono ai servizi la popolazione straniera; la seconda, l'importanza dei flussi migratori e contemporaneamente la progressiva integrazione delle prime e seconde generazioni che spinsero i servizi a migliorare la propria offerta, sia in termini qualitativi che quantitativi, per rispondere a vecchi e nuovi bisogni di salute sessuale e riproduttiva delle donne immigrate.

In questi anni, il Tavolo regionale perde parte della sua funzione per focalizzarsi su attività di indirizzo e contemporaneamente viene istituito un coordinamento operativo regionale per il contrasto della pratica delle MGF.

Notevole impulso alla qualificazione dei servizi, venne dai progetti, anche CCM, finanziati annualmente dalla legge 7/2006.

Conoscere per prevenire: i progetti 2008/2010

Con i progetti "Conoscere per prevenire", la cui prima approvazione risale alla DGR 1039/2008, si volle specializzare le azioni di prevenzione e migliorare la qualità dell'assistenza innanzi tutto alle donne che avevano subito le MGF, inserendo le attività da realizzare in una più vasta azione di promozione della loro salute riproduttiva e in particolare della prevenzione oncologica e della prevenzione delle IVG.

Tali progettualità consentirono di realizzare: interventi finalizzati all'implementazione e allo sviluppo dei servizi per l'assistenza e la riabilitazione delle donne e delle bambine sottoposte alla pratica delle MGF, in particolare del Centro Regionale di Riferimento per le MGF attivo presso l'AOU Careggi; interventi formativi rivolti ai mediatori culturali, tramite la struttura di riferimento regionale per la mediazione culturale "l'Albero della Salute"; interventi di formazione integrata rivolti agli operatori dei servizi sanitari e dei consultori; interventi informativi rivolti all'utenza dei consultori regionali, in particolare nei consultori principali di tutte le ASL.



Altro asse portante delle politiche sanitarie a contrasto delle MGF fu la prevenzione sulle bambine provenienti dai paesi a rischio, di cui alla DGR n. 696/2009¹⁶.

Grazie agli interventi realizzati fu possibile:

- l'istituzione di un gruppo di lavoro a carattere multidisciplinare (medici di medicina generale, ginecologi, pediatri, avvocati e giuristi, responsabili delle U.F. consultoriali) che curò da una parte, il piano di comunicazione, definendo i contenuti degli interventi, gli ambiti da preferire e i soggetti da coinvolgere; dall'altra, la definizione di percorsi di intervento integrati e omogenei, per l'accoglienza, l'assistenza e la tutela, anche legale, delle bambine a rischio di MGF;
- la realizzazione di percorsi informativi rivolti alla popolazione straniera, sia maschile che femminile, per aprire spazi di dialogo sui pregiudizi e le false credenze che alimentavano la sopravvivenza di tali usanze;
- la realizzazione di percorsi informativi rivolti ai medici dei consultori principali e ai pediatri di famiglia per l'intercettazione dei casi a rischio e per la realizzazione di una proposta di protocollo di intervento nel caso di riscontro di MGF;
- la realizzazione di strumenti informativi a larga diffusione (sito internet, opuscoli, dépliant, ecc.) sul disposto normativo della legge 7/2006, sulle MGF, sui servizi esistenti sia per la cura e l'assistenza, sia di riferimento per utenti e operatori.

Particolarmente attivi su tale progettualità, l'allora ASL3 di Pistoia che si avvale della collaborazione del Centro Regionale di Riferimento per le MGF di Careggi e dell'Associazione Nosotras.

Alcune considerazioni sugli esiti dei progetti "Conoscere per prevenire" e "prevenzione MGF nelle bambine": furono coinvolti 150 operatori socio-sanitari nella fase di rilevazione del bisogno e di progettazione locale, dettagliata e personalizzata ASL per ASL; 30 associazioni territoriali e almeno 16 comunità e associazioni di immigrati, 3.500 persone parteciparono alle attività di informazione e sensibilizzazione. Furono espresse numerose dichiarazioni pubbliche di personalità, intellettuali e ministri di culto delle comunità immigrate a favore del progetto di prevenzione delle MGF e delle IVG ripetute. Dai focus group con gli operatori dei consultori emerse un incremento dell'afflusso di utenza pari circa al 15%, mentre dalle elaborazioni del MES (Management e Sanità – Istituto S. Anna) risultava una diminuzione complessiva delle IVG del 5,6% circa negli anni interessati dal progetto.

¹⁶ <http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2009DG0000000884>



Rimanevano tuttavia alcune criticità: il contatto e il rapporto con alcune comunità di immigrati (la comunità cinese a Prato ed Empoli, la comunità rumena a Siena), e con le fasce di giovani immigrati.

Il merito di “Conoscere per prevenire” fu il serio tentativo di innovazione dell'offerta attiva dei servizi per la popolazione migrante. Espresse una modalità moderna di raggiungimento delle comunità target ed una metodologia nuova di prevenzione, andando incontro al territorio ed alle donne target.

Il programma di azione regionale 2011-2013

In linea con la legge n. 7/ 2006 - gli obiettivi della programmazione regionale 2011-2013 furono: prevenire, monitorare e fermare le MGF in quanto violazione del diritto umano all'integrità della persona, alla salute delle donne e delle bambine. Le aree di intervento, di seguito individuate e descritte, si ponevano in continuità con gli interventi realizzati nella programmazione precedente, in un'ottica di stabilizzazione e messa a sistema.

Prevedevano però azioni nuove per la creazione della rete di assistenza e di tutela e riguardo alla formazione degli operatori. Già allora si prevedeva, per la realizzazione di azioni e interventi efficaci, fermo restando il ruolo decisivo del Terzo Settore e del volontariato, un coordinamento regionale intersettoriale onde strutturare al meglio azioni di prevenzione e di contrasto delle MGF, ma anche per la presa in carico dei tanti bisogni e costi, anche umani e sociali, delle donne e delle ragazze che man mano trovavano il coraggio di sottrarsi a tali pratiche.

Il Programma di Azione della Regione Toscana 2011-2013 considerava innanzi tutto la necessità di dare continuità alle attività poste in essere privilegiando la messa a sistema dei servizi dedicati, la definizione dei protocolli di intervento tra i diversi servizi della rete - distinguendoli in servizi di primo (consultori e scuole), secondo (consultori dedicati) e terzo livello (CRR Careggi) - e la messa in rete dei servizi MGF con quelli per la promozione delle pari opportunità e per il contrasto della violenza di genere.

Per quanto riguarda la formazione furono implementate le attività formative rivolte ai medici di medicina generale e ai pediatri di famiglia, i focus group tra operatori consultoriali e associazioni del territorio di riferimento, gli eventi formativi per la rete dei servizi dedicati.

Le risorse nazionali della legge 7/2006 furono destinate in questi anni (DGR 1229/2012) alle attività delle Aziende Usi in ambito materno infantile per affrontare il problema delle MGF nel più vasto ambito della promozione della salute materno-infantile, onde andare a incidere sia sulla cultura che sull'organizzazione dei servizi, come peraltro indicato dal Ministero della Salute, in data 6 giugno



2011, con comunicazione di ripartizione del finanziamento previsto ai sensi dell'art. 4 della L. n. 7/2006 per gli anni 2010-2012.

È da dire che dal 2008 e fino al 2012 il numero delle persone con MGF rimane basso e costante, la vera novità invece fu la percezione di un'inversione di tendenza rispetto alle azioni volte ad intercettare il rischio di MGF: soprattutto nelle giovani generazioni e in ambito universitario fu evidente il rigetto della mentalità sottesa alla pratica e la collaborazione con operatori e associazioni.

Pur tenendo alta la guardia sulla prevenzione della pratica e del solo rischio, le attività dei servizi si concentrarono sulla cura e sull'assistenza. In quegli anni furono quindi previsti: interventi per favorire la diffusione delle informazioni, l'orientamento e l'accompagnamento ai servizi ma anche interventi per il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi di mediazione culturale in ambito materno-infantile, in un'ottica di appropriatezza e continuità assistenziale, e prioritariamente nel percorso nascita e nel percorso IVG; interventi per la promozione della salute riproduttiva delle donne immigrate; interventi per la prevenzione e l'educazione alla salute, rivolti principalmente alla popolazione femminile.

A livello nazionale, il 6 dicembre 2012, la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano approvò l'intesa relativa al "Sistema di interventi da sviluppare per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili" che disponeva l'assegnazione di fondi destinati alle Regioni per la realizzazione di Programmi Attuativi regionali; in conseguenza di ciò il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015, approvato con DCR n. 91 del 5/11/2014, dedica una particolare attenzione alla popolazione immigrata prevedendo interventi mirati alla prevenzione e al contrasto delle mutilazioni genitali femminili. Gli indirizzi di programmazione dati alle Aziende Sanitarie con la delibera 1229/2011 furono poi completati dalla DGR 1227/2012 che promuoveva le buone pratiche e le procedure di intervento in ambito materno-infantile prevedendo un'attenzione specifica anche ai percorsi per la prevenzione e la cura delle MGF. Tale scelta rientrava nella necessità ravvisata di mettere a sistema esperienze, conoscenze e metodologie sperimentate in questi anni, di integrare i soggetti della rete, di far dialogare la rete dei servizi per la prevenzione, la cura e il contrasto delle MGF con i servizi del Gruppo abuso infanzia e adolescenza (GAIA) dell'AOU Meyer, già attivo dal 2008 e particolarmente per i legami e le procedure sviluppate con le istituzioni competenti, sia giudiziarie sia del territorio, con i servizi di ambito materno-infantile delle Asl e, attraverso di essi, con tutto il sistema socio-assistenziale regionale.



Nel 2013, la Regione Toscana presentò al Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri (Prot. AOOGR/91244/R. 90.20) un Programma Attuativo regionale per le MGF approvato dal Tavolo regionale per le MGF e predisposto in collaborazione con il Centro di Salute Globale, istituito con la DGR n. 909/2012¹⁷ presso l'AOU Meyer e designato come soggetto attuatore la cui esperienza verrà trattata approfonditamente nei paragrafi successivi.

La programmazione regionale 2014-2016

Le primavere arabe e il massiccio afflusso migratorio dall'Africa negli anni 2013-2015, quindi anche da paesi a rischio di MGF, furono all'origine di una nuova allerta dei servizi di prevenzione e cura e insieme di una programmazione specifica per la definizione e/o la formalizzazione di intese e azioni di contrasto. Furono programmati due diverse accordi territoriali: un protocollo di intervento in caso di riscontro di MGF, per la presa in carico delle vittime, la cura, l'assistenza e la riabilitazione, in continuità H/T che coinvolgesse quindi il Centro di Riferimento Regionale per le MGF e i consultori principali; b) di un protocollo di Intesa "per la prevenzione delle pratiche di mutilazione genitale femminile" tra gli enti deputati al contrasto del reato e alla tutela giuridica delle vittime. Si prevedeva inoltre il potenziamento della mediazione culturale nel percorso nascita e IVG e occasioni di aggiornamento e formazione integrata rivolta agli operatori e ai mediatori della rete dei servizi.

Il Piano Regionale MGF e la Salute Globale

Grazie all'Intesa Stato Regioni del 2016 tutte le Regioni italiane hanno deliberato tra il 2016 e il 2018 un Piano regionale per la prevenzione e il contrasto della pratica delle MGF. La Toscana ha approvato il suo Piano con la DGR 619/2016 che ha indicato inoltre una procedura da seguire da parte di tutti i servizi sanitari e sociosanitari coinvolti negli interventi di prevenzione, individuazione del rischio e presa in carico precoce, oltre che di contrasto. La procedura si articola in due differenti direzioni a seconda che si riscontri il rischio di essere sottoposti a MGF oppure che la si abbia già subita; prevede inoltre - come ovvio - diversi servizi e attori a seconda che si tratti di bambine e ragazze oppure di donne adulte.

Alla progettazione e alla attuazione del Piano regionale MGF hanno contribuito i partecipanti al tavolo regionale MGF, con un coinvolgimento importante delle associazioni delle donne provenienti dai Paesi a rischio per le MGF e del centro di Salute Globale.

Dal 2017 sono stati individuati dalle Direzioni sanitarie delle Aziende Usl, i consultori (servizi di accesso e di base - I e II livello) con competenza nel gestire la presa in carico di donne con MGF o a

¹⁷ <http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2012DG0000001217>



rischio. Il livello di trattamento specialistico era previsto presso il centro di riferimento regionale (CRR) di Careggi attivo fino al 2018 e a breve ricostituito presso l'AOU Pisana.

Ad oggi, la rete dei servizi comprende oltre ai consultori e al CRR per le MGF di Careggi, il Centro di riferimento regionale per la violenza di genere (CRRV – A.O.U. Careggi) e il Gruppo GAIA dell'A.O.U. Meyer; la medicina di base e la pediatria di famiglia, la rete dei Punti nascita, i Servizi Sociali, il tribunale dei Minorenni e la Procura della Repubblica.

Le progettualità attualmente in essere sono per lo più concentrate sulle attività di sorveglianza, svolta dai servizi sanitari insieme agli operatori scolastici e alla pediatria di famiglia; sulla prevenzione e sulla presa in carico dei bisogni di salute e di protezione presentati dalle donne, svolte dai servizi consultoriali, insieme alla medicina generale.

La rete dei servizi per la protezione delle persone e per il contrasto della pratica è appoggiata sui servizi delle reti anti-violenza e portate avanti, a seconda delle competenze, con i servizi sociali, la Procura della Repubblica, il Tribunale dei minori.

Tutte le attività di sensibilizzazione e di informazione restano svolti dalle associazioni storiche e dal Centro di salute globale che assicura anche la fruizione della documentazione e la definizione di contenuti ed eventi formativi per gli operatori e i professionisti.



Buone pratiche e progetti sperimentali

L'esperienza del Centro Regionale di Salute Globale -AOU Meyer

A cura della Dr. Maria Jose Caldes Pinilla

L'esperienza del Centro di Salute Globale (di seguito CSG) rispetto la tematica delle mutilazioni genitali femminili è strettamente legata alla gestione del già citato progetto "Intesa concernente il sistema di interventi da sviluppare per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili di cui all'art. 3, comma 1, della legge 7/2006, finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri e affidato dalla Regione Toscana al Centro di Salute Globale (CSG). Il CSG, in collaborazione con l'Associazione Nosotras Onlus e ad altri soggetti rilevanti, elaborò delle raccomandazioni finalizzate alla prevenzione, segnalazione, sorveglianza e negoziazione delle MGF tra le donne e le minori dei Paesi identificati come a rischio. Tali raccomandazioni, DGR n 619 del 27/06/2016¹⁸, nacquero come risposta a un'esigenza di prevenzione delle pratiche di mutilazione genitale femminile, contemplata dalla Legge 7/2006 all'art. n. 7. La legge prevedeva al suo interno la messa a punto di Linee Guida, basate su quelle ministeriali¹⁹, il cui scopo principale era la realizzazione di attività rivolte alla prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine, vittime o potenziali vittime di tale pratica; inoltre, rappresentavano uno strumento di facilitazione per adeguare le conoscenze e le modalità di cura per rispondere in modo corretto ed efficace alla domanda di salute proveniente da una specifica fascia di popolazione femminile immigrata. È da quelle Linee guida che il lavoro coordinato dal CSG prese corpo.

Il progetto, che prese avvio nel 2013 e si concluse nel giugno del 2016, aveva come finalità principale quella di rafforzare la tutela, la presa in carico e l'assistenza della popolazione a rischio di MGF, inserendo il programma di lavoro regionale sulle MGF nella più ampia visione della promozione della salute riproduttiva della donna, delle politiche di difesa e integrazione sociale della popolazione immigrata e del rispetto dei diritti delle donne e dei minori sanciti dagli atti internazionali e nazionali.

Le finalità specifiche erano:

- a) La predisposizione di modelli di intervento innovativi e sperimentali finalizzati all'attuazione di una strategia di sistema nazionale volta a favorire l'integrazione sociale di donne e minori vittime o potenziali vittime di pratiche di mutilazioni genitali femminili.

¹⁸ <http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2016DG00000000694>

¹⁹ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf



- b) La realizzazione di corsi di formazione e aggiornamento specifici mirati a coloro che operano su questo tema o in ambiti connessi, per la facilitazione delle relazioni tra le istituzioni e la popolazione migrante di origine africana.
- c) La promozione di attività informative e di sensibilizzazione.

Per promuovere la prevenzione e lo sradicamento delle pratiche MGF si dette vita ad un gruppo composto da soggetti pubblici e privati, che, attraverso le informazioni raccolte, la ricerca e l'analisi del proprio territorio doveva elaborare un documento strategico di intervento a tutela dei diritti delle donne immigrate. Da questo gruppo prese vita il documento di **Raccomandazioni**²⁰, che prevedeva un percorso di continuità assistenziale ospedale/territorio (servizi ospedalieri: punti nascita/servizi territoriali: consultori familiari ASL). Inoltre, si lavorò alla messa in rete e collaborazione tra: pediatri (PLS), medici di medicina generale (MMG), servizi sociali, Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, Centro di Riferimento Regionale Azienda AOU Careggi, e Centro di Riferimento Regionale per la Violenza e l'Abuso sulle donne adulte e minori AOU Careggi, Pronto Soccorso – Codice Rosa, Servizio GAIA AOU Meyer. Il documento concluse il suo iter autorizzativo e venne deliberato con DGR n 619 del 27/06/2016²¹.

Per accrescere la conoscenza relativa alla rete dei servizi e alle MGF, sia da parte degli operatori del SSR, che dei mediatori linguistico culturali - e attraverso di loro più in generale migliorare l'accesso delle persone migranti, specialmente delle donne – si misero in piedi **azioni formative** finalizzate alla prevenzione delle MGF, ma anche al miglioramento della salute riproduttiva, con particolare riferimento al percorso nascita. Si pianificarono percorsi formativi, in aula e attraverso una FAD, all'interno di programmi di formazione obbligatoria e percorsi professionali rivolti ad operatori dell'area sanitaria e sociale, utili a rilevare casi di MGF o di rischio di MGF. Rispetto alla formazione in presenza, venne progettato e realizzato un corso accreditato della durata di 7 ore in tre edizioni, avvalendosi della collaborazione di tre professionisti che come relatori, trattarono e approfondirono l'ambito clinico, socio-antropologico e giuridico. In un secondo momento, venne costituito un gruppo di lavoro formato da alcuni membri del Tavolo Regionale MGF, referenti dei servizi coinvolti ed esperti, che si impegnarono nella progettazione e messa a punto di materiale aggiornato sul tema che costituì un pacchetto FAD, messo poi a disposizione dall'Agenzia Regionale Formas²², anch'esso accreditato ECM.

²⁰ <https://www.regione.toscana.it/documents/10180/13586257/allegato+parere+n.+23-2016+MGF.pdf/957db71d-ff22-473a-a646-764ea75fc037;jsessionid=AD92EDED25E6B5394E80573099DF1C84.web-rt-as01-p2?version=1.0>

²¹ <http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2016DG0000000619>

²² <https://www.formas.toscana.it/>



Infine, furono messe in atto **attività di sensibilizzazione** al tema delle MGF e della salute delle donne migranti, del rispetto dei diritti delle donne e dei minori attraverso azioni che avevano come obiettivo più ampio l'empowerment e la health literacy dei gruppi migranti. Le campagne di comunicazione e sensibilizzazione effettuate videro il coinvolgimento attivo degli uomini e delle donne delle comunità target, con il coinvolgimento delle comunità religiose sul territorio toscano. Tra le attività dei gruppi di esponenti, denominati "gruppi di parola", furono elaborati e distribuiti materiali di progetto a supporto della campagna di sensibilizzazione e informazione, e tra questi: dépliant informativi specifici per ogni iniziativa, volantini delle giornate di sensibilizzazione, articoli divulgativi, Interventi audio/visivi su televisioni nazionali e locali, comunicati stampa in occasione di tutte le iniziative in occasione della giornata mondiale contro le MGF del 6 febbraio.

In questi ultimi anni, in particolare con la chiusura del Centro di Riferimento Regionale per le MGF, presso l'AOU Careggi, l'iter che era stato messo in piedi per la prevenzione e l'individuazione precoce dei casi di minori a rischio si è pressoché interrotto, proprio perché uno degli attori principali è venuto meno. Si renderebbe quindi necessaria una revisione di quel lungo lavoro di messa in rete dei soggetti chiave per renderlo di nuovo attuabile, per mettere a frutto un lavoro già avviato, condiviso e approvato e perché sia assicurata la sostenibilità nel tempo al di là dei professionisti che operano e si avvicendano.



La prevenzione nel contesto socio-culturale

A cura della Dott.ssa Isabella Mancini

“La persona è inviolabile. Ogni essere umano ha diritto al rispetto della propria vita e all’integrità fisica e morale della sua persona” [Carta Africana dei Diritti dell’Uomo e dei Popoli, 1990, art 4. La Carta è stata adottata a Nairobi il 27 giugno del 1981 nell’ambito della Conferenza dei ministri della Giustizia dell’Organizzazione dell’Unità Africana (OUA)].

“Gli Stati aderenti si impegnano a modificare i modelli sociali e culturali di comportamento attraverso l’educazione pubblica, l’informazione, strategie di comunicazione finalizzate ad eliminare i danni provocati da tutte quelle pratiche culturali o tradizionali che si basano sull’idea dell’inferiorità o superiorità di uno dei due sessi, o su ruoli stereotipati per uomini e donne.” [Art 2 sull’Eliminazione delle discriminazioni contro le donne del Protocollo alla Carta Africana dei Diritti dell’Uomo e dei Popoli. La carta è stata adottata a Maputo, Mozambico, l’11 luglio 2003, 2° sessione ordinaria dell’Assemblea dell’Unione Africana. Entrata in vigore internazionale: 25 novembre 2005. Stati Parti al 1° Settembre 2020: 42]

Le Mutilazioni Genitali Femminili vengono ancora oggi tramandate di generazione in generazione per più ordini di motivi, economici, certamente, ma anche identitari: la pressione sociale della comunità di riferimento a non perdere la propria identità spinge a mantenere le tradizioni.

Le tradizioni sono un prodotto graduale del collettivo umano: sono il frutto di una dinamica spirituale e culturale che cresce, si evolve e consente il passaggio generazionale dei “valori fondamentali”. I valori fondamentali delle nuove comunità, anche nei paesi target delle MGF, cioè là dove sono nate e si tramandano, per l’appunto, devono oggi includere l’altra metà del cielo e il rispetto dei suoi diritti fondamentali come essere umano.

In questi oltre venti anni di attivismo dell’associazione Nosotras Onlus per il contrasto delle MGF il nostro ascolto è andato alle donne che già erano attiviste per i diritti umani nei paesi di origine. Sono loro che hanno ispirato le donne in diaspora nella nostra terra a metterci la faccia e il corpo, nelle migliaia di attività di informazione e sensibilizzazione sul tema.

Mentre scriviamo queste righe tra le mani abbiamo un testo che fu pensato dalla nostra associazione assieme alla Asl 3 di Pistoia nel quadro di un lavoro di ampliamento delle “Linee guida per operatori” del progetto IDIL: questo opuscolo, che porta il marchio della Regione Toscana, nasceva infatti dal confronto del neo istituito **Gruppo di lavoro multidisciplinare sulle MGF (2003)** ovvero dal progetto sperimentale promosso appunto dall’Azienda Sanitaria 3 di Pistoia.

Quel Gruppo di Lavoro aveva in sé già le numerose esperienze professionali e della società civile necessarie e sufficienti ad affrontare il tema delle MGF e della sua prevenzione in una contestualizzazione che non fosse solo sanitaria ma anche sociale. Oltre alla Commissione Pari



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



Opportunità della Regione, il Centro di Riferimento per le MGF di Careggi, un medico ginecologo, un rappresentante della commissione bioetica, del Consiglio Sanitario Regionale, e poi le associazioni, Nosotras, ma anche quella delle Donne Somale e il COSPE²³, un antropologo e due rappresentanti della Regione Toscana del settore sanitario e del settore formazione e promozione della salute: questi erano i soggetti di una evocata equipe multidisciplinare che sarebbe dovuta essere competente nell'istituire quei percorsi di formazione per i professionisti del settore medico e del settore sociale ma anche valutare le modalità con cui affrontare l'eventuale emersione di volontà da parte di una famiglia di procedere con le mutilazioni genitali sulla propria figlia.

Mentre sfogliamo questi opuscoli di un altro secolo, per grafiche e semplicità di estetica, tra le mani serriamo un dono del quale non è stato fatto tesoro se non in poche realtà nel nostro territorio e non solo regionale. Con un **progetto provinciale su banco multimisura FSE POR OB.3 del 2004** già si promuoveva un percorso coordinato e costante di formazione per operatori e operatrici del sociale e per addetti alla scuola e all'educazione. Tre edizioni di un percorso di formazione che nel 2005 e 2006 andava a formare 60 partecipanti per ogni categoria, proprio in quegli anni in cui si discuteva e si approvava la norma nazionale dedicata al contrasto delle MGF. Coinvolti come parte attiva del percorso il settore istituzionale di Regione, Provincia e Comune e settore del privato sociale: i soggetti c'erano dunque già sul piatto, i contenuti già condivisi su quella formazione necessaria e propedeutica ai percorsi di prevenzione del fenomeno.

Scorrendo l'analisi dei test di verifica finale di quelle formazioni del 2005 e del 2006, diciotto anni fa, emergeva da parte del personale formato *l'esigenza di essere maggiormente informato sulla dimensione del fenomeno sia a livello nazionale che regionale ed essere orientati nell'individuazione di interlocutori e di strutture di riferimento territoriali*. Queste richieste paiono oggi quanto mai attuali in assenza di un centro di riferimento regionale sul fenomeno che funga da cuore pulsante e di promozione della formazione e sia capace, allo stesso tempo, di uno spirito olistico nell'affrontare il fenomeno e di coinvolgere tutti quegli attori necessari a tenere alta la vigilanza sul territorio e diffusa anche agli ambiti provinciali e non solo nei grandi centri urbani.

Vogliamo qui ricordare, a monito degli impegni assunti in questa rinnovata occasione di slancio politico, istituzionale e professionale, per rendere effettivi dei diritti che fino ad ora son rimasti su carta alcune righe delle riflessioni conclusive di quel pamphlet già citato: "Ciò che invece sembra carente è l'impegno istituzionale, nazionale e locale, sul problema. È a questo proposito che son

²³ <https://www.cospe.org/>



venute le richieste più chiare da parte delle corsiste quando ci chiedono (al comitato didattico-scientifico del corso, nda) quali validi interlocutori allertare in caso di rischio MGF".

In questa fase di archeologia archivistica alla quale ci siamo dedicate per riportare alla luce reperti di una storia recente fatta dai corpi mutilati di donne della diaspora che hanno messo il loro tempo, la loro dignità, la loro contaminazione sociale sul piatto dell'affermazione dei diritti umani di loro stesse e delle altre donne e bambine del mondo che abbiamo rinvenuto le "Linee guida con indicazioni di comportamento per la prevenzione delle MGF nelle bambine a rischio rivolta a insegnanti ed educatori".

Anche queste erano state redatte sulla base delle indicazioni per la sensibilizzazione e prevenzione della legge 7/2006 e delle *Linee Guida del Ministero della Salute del 2008 proprio sul ruolo della scuola nella prevenzione e nel contrasto alle MGF*. In questo caso, in modo semplice e costruito con focus group assieme alle maestre degli asili nido, venivano individuate le modalità con cui anche le insegnanti potessero essere parte di quella catena di tutela dei diritti umani delle bambine nel nostro paese.

Rimanendo ancora nello spettro della ricerca storica, risale al **2012 il progetto Shabaq** realizzato con il finanziamento regionale della LR 16/2009 sulla Cittadinanza di Genere. Anche in questo caso una vera e propria procedura per la prevenzione delle pratiche capace di individuare tutti gli step necessari all'individuazione dei livelli di rischio e di conseguenza delle modalità di affrontarli con risposte tra sociale e medico differenti. Con quel progetto, accogliendo quelle esigenze emerse alcuni anni prima in altri momenti di formazione agli operatori del territorio, mettevamo in evidenza la necessità **di una banca dati** nella quale accogliere e conservare le segnalazioni ricevute suddivise tra quelle che erano state archiviate, quelle che erano state prese in carico e come e quelle inoltrate alla procura della repubblica presso il Tribunale per i Minorenni.

Pochi mesi prima dall'elaborazione di quel testo c'era stato il lavoro internazionale che aveva portato alla stesura e poi all'approvazione della Carta di Istanbul²⁴, quella Convenzione del Consiglio d'Europa firmata nella capitale turca a segno di apertura a quel paese per un futuro ingresso, in Europa, mai arrivato, che ha fatto sì che anche le MGF fossero inserite tra quelle forme di violenza di genere, di violenza maschile sulle donne.

Le MGF hanno, infatti, la loro causa prima nella asimmetria delle relazioni tra uomini e donne e il condizionamento della vita delle donne, dalla nascita, al parto, alla morte: **l'eliminazione delle MGF viene non a caso definita eradicazione**. Ed è in questo contesto che non si può pensare di trattare

²⁴ <https://www.istat.it/it/files/2017/11/ISTANBUL-Convenzione-Consiglio-Europa.pdf>



questo tema astraendolo dall'analisi dei rapporti di potere tra uomini e donne e dal ruolo di subalternità delle seconde rispetto ai primi. **“La lotta delle MGF non può che passare per un percorso di empowerment delle donne che investa tutti i piani della vita sociale: dal rafforzamento delle loro capacità decisionali all'ampliamento delle loro sfere di azione tramite l'accesso alle risorse, all'informazione, all'istruzione, alla salute, al lavoro, al reddito e infine ai posti di governo”** scriveva, nel 2012 Isatou Touray dell'associazione Gambotrap del Gambia aderente all'Inter African Comitee, IAC, il più grande network di associazioni femminili africane attivo dal 1984.

Solo un cenno allo IAC²⁵ perché abbiamo detto che a queste donne ci ispiriamo: riunisce le organizzazioni di 28 paesi africani ed ha membri attivi nei paesi della diaspora, dal Canada al Giappone, in Italia ha la sua antenna territoriale in Nosotras Onlus. È in seno all'attività dello IAC che è stata istituita la Giornata Internazionale della Tolleranza Zero alle MGF (Addis Abeba, 2003) il 6 di febbraio ed è stata adottata una agenda comune di azione per l'eliminazione del fenomeno entro il 2030.

E' l'ottica della dottoressa Touray che interessa promuovere all'associazione interculturale di donne native e migranti Nosotras Onlus che dal 2002 si occupa di questo tema come azione di empowerment per le socie che hanno messo le loro storie di mutilazione e crescita nell'alveo del cammino della migrazione e dell'attivismo per i diritti umani e delle donne, a disposizione del cammino di emancipazione di tutte. È in quella ottica che abbiamo sviluppato il nostro ultimo **progetto** in patria sul tema del contrasto al fenomeno delle MGF su finanziamento del Dipartimento Pari Opportunità: **Lucy 3.0 dedicato alla prima donna**, il primo esemplare di ominide femminile ritrovato in Etiopia nel 1974. Uno dei frutti del progetto, oltre alle *decine di attività formative* offerte alle donne vittime di violenza di genere come le MGF, al loro supporto psicologico, legale e nell'orientamento ai servizi in percorsi di empowerment individuale, è stato anche in questo caso *un manuale per gli operatori e operatrici* del settore pubblico o privato che a vario titolo operano o lavorano per la prevenzione e il contrasto alla violenza contro le donne e che potrebbero progettare o dover attivare percorsi di empowerment di autonomia per le donne che a loro si sono rivolte. Anche questo modello apriva il suo cammino ponendo una sottolineatura forte alla prevenzione attraverso *campagne specifiche di sensibilizzazione* sia rivolte alla popolazione target sia alla popolazione tutta per diffondere conoscenze ed esperienze capaci di agire buone prassi di prevenzione su tutte le fasce di età e in tutti i contesti sociali.

²⁵ Inter-African Committee on Traditional Practices <https://iac-ciaf.net/>



“(…) Per poter supportare la prevenzione - scrivevamo in quel manuale - si deve poter pensare di farlo **in tutti quei luoghi predisposti all’ascolto e all’accoglienza di giovani e giovanissime a partire dai consultori giovani fino alle scuole** tenendo presente che potrà assumere rilevanza tale da non essere ulteriore elemento di stigma sociale o discriminazione solo se trattato nel quadro delle forme di violenza maschile sulle donne (…)”.

Ci fa piacere in questo contesto condividere nuovamente gli assunti principali della prevenzione che costituiscono le linee guida:

- ✓ l’individuazione precoce e il monitoraggio delle situazioni a rischio,
- ✓ l’informazione rivolta alla comunità,
- ✓ la formazione e l’aggiornamento continuo degli operatori a vario titolo coinvolti.

I principi fondamentali di una prevenzione effettiva sono: **promuovere attività per e con i bambini e le bambine e gli adolescenti sul tema dell’educazione affettiva, al rispetto alle differenze e alla parità di genere per il superamento di ruoli stereotipati; l’incentivo all’educazione e allo sviluppo di percorsi di autonomia delle donne; il coinvolgimento dell’intero nucleo familiare negli interventi di prevenzione; prendersi in carico il nucleo familiare con un approccio inter-culturale capace di accogliere e non respingere condannando fermamente le forme di violenza.**

Mentre continuiamo a sostenere gli amici e le amiche del CONIPRAT²⁶ che in Niger da oltre quaranta anni lavorano con le comunità del territorio per l’eradicazione del fenomeno, torniamo a richiedere che per le donne della diaspora chi si avvicina a loro sia capace, formato e consapevole di numerose cose, tra cui i “fatti” della migrazione.

La donna mutilata, ad esempio, in terra di migrazione non vive il meccanismo compensatorio dell’accettazione sociale in cambio della mutilazione subita. Che quello che è simbolo della sua appartenenza originaria nella società ospite può essere stigma e simbolo di estraneità.

Le tradizioni sono un prodotto culturale che si sviluppano in modo graduale e sono soggette a mutazioni: una spirale dinamica di relazione tra spirito e cultura di un popolo frutto degli sforzi, dei sacrifici, delle esperienze e delle prove che quel popolo stesso dovrà affrontare o ha affrontato. Sono qualcosa di reale ma anche indefinibile, vivibili nella carne ma anche esprimibili attraverso i simboli. Le tradizioni mettono in evidenza i valori culturali un popolo, la sua capacità di risposta ai mutamenti amando il passato come fonte di ispirazione ma non come pietra legata al collo che ci impedisce di alzare la testa verso il futuro.

²⁶ Comité Nigérien sur les Pratiques Traditionnelles ayant effet sur la Santé des Femmes et des Enfants (CONIPRAT)



Ogni generazione deve prendere linfa da quelle che l'hanno preceduta per trasmetterla a quelle che verranno dopo. È così che i diritti umani e, per Nosotras, in modo particolare quelli delle donne e delle bambine, devono affermarsi come tradizione e valore, come simbolo della nostra cultura. È così che le mutilazioni genitali femminili vanno combattute, contrastate, eradicare.

Le donne che le subiscono o che le hanno subite sono alleate di questo cammino culturale, sono protagoniste, sono attiviste a loro va reso l'onore che si rende alle sopravvissute.



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



Commissione Regionale
Pari Opportunità
della Toscana

L'esperienza di AOUP e dell'Università di Pisa

A cura del Prof. Tommaso Simoncini

Presso l'Università di Pisa da anni esiste un interesse specifico al tema delle mutilazioni genitali femminili nel contesto del *Corso di Laurea in Ostetricia*, dove il Prof. Tommaso Simoncini, Ordinario di Ginecologia e Ostetricia, come Presidente del Corso di Laurea, ha introdotto **un modulo dedicato** di insegnamento. Il CdL in Ostetricia dell'Università di Pisa è ad oggi l'unico CdL in area sanitaria in Italia a prevedere **una sezione nel curriculum formativo dedicata alle MGF**.

Questo interesse nasce nel contesto di un ambiente accademico fertile in questa area. L'Università di Pisa ha una collaborazione attiva con l'Università di Addis Abeba in Etiopia tramite un programma ERASMUS+ per la mobilità di docenti di area clinica. La Ginecologia dell'Università di Pisa ha attivato lo scambio attivo di docenti, accogliendo per un periodo di circa due mesi la professoressa Sofanit Haile, e ospiterà nel primo quarto del 2023 il Prof Shiferaw Negash. La collaborazione punta ad uno sviluppo bilaterale di programmi di docenza di eccellenza clinica. Nell'ambito di questa collaborazione bilaterale è stato avviato un progetto relativo alla gestione delle MGF.

L'Università di Pisa, in particolare l'area medica, è da sempre attiva in collaborazioni internazionali con paesi africani attraverso la convenzione con l'associazione "CUAMM, Medici per l'Africa"²⁷. Il Prof. Cigna, Associato di chirurgia plastica, ha organizzato una serie di eventi collaborativi dedicati alla chirurgia di urgenza ed emergenza ed alla chirurgia ricostruttiva in paesi a scarse risorse e in scenari di guerra, in collaborazione con CUAMM. Il Prof. Simoncini, come Presidente della Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia, ha organizzato una continuativa attività di invio di medici in formazione specialistica in Ginecologia e Ostetricia presso Ospedali gestiti da CUAMM in Africa, in particolare in Tanzania, dove parte delle attività svolte e degli obiettivi formativi riguardano la formazione in tema di MGF.

Dal punto di vista clinico e assistenziale, presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana è attivo il principale *Centro del pavimento pelvico*²⁸ in Italia, un centro multidisciplinare, nato dalla collaborazione del Prof. Simoncini e del Dr. Gabriele Naldini, chirurgo colo-rettale, che rappresenta un centro multidisciplinare per la diagnosi e la gestione chirurgica dei difetti complessi del pavimento pelvico. Presso questo centro vengono trattati in alti numeri casi complessi con invii da tutta Italia, inclusi casi di fistole e di patologia traumatica o legata a complicanze chirurgiche.

²⁷ <https://www.mediciconlafrica.org/>

²⁸ https://www.ao-pisa.toscana.it/index.php?option=com_content&view=article&id=4600:centro-clinico-proctologico-e-del-pavimento-pelvico&catid=242&Itemid=169



L'esperienza avanzata in questo campo, insieme alla attiva e continuativa collaborazione dei chirurghi e ginecologi del centro del pavimento pelvico con i chirurghi plastici del gruppo del Prof. Cigna, crea un ambiente competente e fertile per l'accoglimento e la gestione delle MGF non replicabile in altre sedi toscane.

In AOUP esiste inoltre una consolidata collaborazione chirurgica tra la ginecologia e la chirurgia plastica, particolarmente sviluppata per la chirurgia ricostruttiva oncoplastica dei genitali femminili, particolarmente importante per la ricostruzione dei genitali dopo chirurgia demolitiva oncologica per neoplasie vulvari.

Inoltre, il Prof. Simoncini ha sviluppato da anni una chirurgia avanzata per la costruzione dei genitali femminili per donne con malformazioni congenite (Sindrome di Rokitanski – agenesia della vagina), prevalentemente basata su tecniche miniinvasive.

In definitiva, AOUP accoglie professionalità ed esperienze che sono particolarmente adatte per la gestione del percorso diagnostico e terapeutico di tutte le disfunzioni associate alle mutilazioni genitali femminili.

AOUP rappresenta inoltre una delle tre realtà aziendali ospedaliero-universitarie della Regione Toscana, con la capacità di formare una rete di collaborazione regionale mirata al creare criteri di referral e di gestione condivisa, nonché di formazione permanente degli operatori coinvolti mediante la diffusione dei percorsi di studio già attivi presso UNIFI legati alle MGF ed alle patologie correlate, la creazione di materiali informativi dedicati alle pazienti con MGF, in varie lingue e con attenzione agli aspetti culturali e religiosi delle popolazioni interessate, la creazione di un progetto didattico permanente di accreditamento per gli operatori della rete regionale dedicata alle MGF e con progetti ulteriori che si renderanno necessari per la gestione delle MGF in ottica di interscambio continuo tra AOUP e rete regionale dedicata.



L'esperienza di ISPRO

A cura della Dott.ssa Anna Iossa

In Toscana si assiste ad un costante aumento di migranti e quelli registrati al SSN godono degli stessi diritti dei cittadini italiani. Quelli senza visto possono ottenere una tessera come “straniero temporaneamente presente sul territorio” per accedere ai servizi sanitari. Nonostante ciò, le donne straniere, in particolare quelle provenienti dai paesi a forte pressione migratoria, sono difficilmente raggiungibili dagli usuali canali di comunicazione e di informazione sanitaria e quindi anche dagli inviti di screening. Spesso si tratta di utenti che vivono una condizione di fragilità sociale dovuta a fattori socio-economici, problemi linguistici e diverse credenze e cultura. Questi fattori influenzano in senso negativo l'adesione all'invito allo screening con un rischio reale di aumento dell'incidenza di tumori in gran parte prevenibili.

Per migliorare la conoscenza della prevenzione oncologica e dei test proposti, nel dicembre del 2018, un gruppo di lavoro del GISCI²⁹, coordinato da operatori di ISPRO, ha prodotto un materiale informativo sullo screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, che contiene spiegazioni essenziali sul Pap test e sul test HPV di screening. Il materiale informativo è stato tradotto in 9 lingue da un'agenzia specializzata.

Nella prefazione del materiale informativo tradotto in italiano, Marco Zappa, all'epoca direttore dell'osservatorio nazionale screening, sottolinea, così l'importanza della prevenzione in queste fasce fragili della popolazione e l'utilità di una buona comunicazione scritta.

In Italia, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) viene istituito nel 1978 e radica i propri valori fondanti in concetti quali l'universalismo, la tutela della salute dell'individuo, l'uniformità di trattamento, la gratuità delle prestazioni. Questi principi, per rimanere validi, devono affrontare i nuovi problemi che emergono: le popolazioni Europee stanno diventando multietniche e questo fenomeno riguarda anche l'Italia. È un passaggio storico ineluttabile anche se non semplice; conviene affrontarlo nella ricerca dell'integrazione e della comprensione reciproca.

Il testo unico (D.Lgs. 286/1998³⁰) delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero ribadisce i diritti fondamentali della persona umana, a prescindere dalla condizione giuridica. Crediamo che gli screening oncologici debbano muovere le proprie azioni all'interno di questa cornice di valori. Ogni attività rivolta a facilitare la comunicazione

²⁹ <https://www.gisci.it/>

³⁰ <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1998-07-25;286>



e la consapevolezza della persona promuove di fatto la realizzazione dei diritti individuali e l'inclusione sociale.

Questo materiale informativo sopra-citato, tradotto in nove lingue, vuole mettere a disposizione delle donne che parlano un'altra lingua un materiale che risponde ai requisiti di una buona informazione: la brevità, la semplicità del linguaggio, la pertinenza e il fatto di essere stato, dopo la traduzione, condiviso con utenti straniere.

L'Osservatorio Nazionale Screening³¹(ONS) che già molti anni fa ha supportato la nascita de "Le 100 domande sull'HPV" ha sostenuto questo progetto che auspicabilmente aumenterà la partecipazione informata allo screening e migliorerà la comprensione di una tematica complessa come quella relativa all'infezione da HPV³².

Proprio in questo contesto è necessario fare una valutazione specifica sulle donne appartenenti a particolari gruppi etnici che sono state sottoposte alle mutilazioni dei genitali femminili. Questo fenomeno comportando la chiusura dell'ingresso vaginale, oltre a creare gravi problemi di salute alle donne, può limitare in modo rilevante l'effettuazione dei test di screening. Negli ultimi tre decenni, infatti, si stima che circa 200 milioni di donne e ragazze in tutto il mondo siano state colpite da questa pratica.

Allison L. Osterman ha pubblicato i risultati dell'analisi di sei studi condotti in Senegal, dal 1994 al 2012 che hanno dimostrato che le donne con carcinoma invasivo della cervice uterina (ICC) avevano un rischio 2,5 volte superiore di far parte della popolazione di donne sottoposte a mutilazioni genitali rispetto alle donne senza anomalie cervicali. In pratica, il confronto tra le donne con ICC e le donne senza anomalie cervicale aveva evidenziato che, **fra le donne con ICC le donne sottoposte a MGF/E erano più del doppio (2,5 volte)**. Gli autori hanno inoltre riscontrato che il rischio era significativamente amplificato nelle donne che erano positive all'HPV (papillomavirus umano) con MGF/E (OR = 4,23; IC 95%, 1,73-10,32), suggerendo che l'MGF/E potrebbe essere un importante cofattore per la progressione della malattia a cancro. Il dato è di fondamentale importanza visto che l'MGF/E in Senegal è praticata in un quarto delle donne. Infatti, il Senegal, con circa 1.482 casi di ICC diagnosticati ogni anno, ha il tasso di incidenza più elevato dell'Africa sub-

³¹ <https://www.osservatorionazionale screening.it/>

³²Tratto dalla prefazione al materiale in italiano

https://www.gisci.it/documenti/documenti_gisci/opuscoli_hpv/5_Opuscolo_informativo_Screening_Italiano.pdf



sahariana (41,4 per 100.000). Questi risultati si aggiungono alle terribili complicanze conseguenti alla MGF/E , pratica che si spera riduca nella sua diffusione.

Proprio per garantire alle donne che hanno subito la pratica della mutilazione un adeguato intervento di prevenzione, nel 2018, ISPRO in collaborazione con la LILT³³, ha realizzato un progetto di promozione della prevenzione secondaria del carcinoma della cervice uterina rivolta specificatamente a queste utenti. L'obiettivo del progetto era quello di garantire **un percorso efficace di prevenzione oncologica alla popolazione femminile immigrata comprese quelle non in regola col permesso di soggiorno, sottoposte a mutilazioni genitali femminili.**

Nella prima parte del progetto le donne venivano raggiunte grazie alla promozione di eventi e incontri. In una fase successiva sono stati organizzati due ambulatori mensili che prevedevano l'accoglienza, la consulenza e l'effettuazione del prelievo di screening (Pap test per 25-33enni, HPV test per 34-64enni) da parte di un ginecologo esperto e coordinatore del progetto. Le prenotazioni erano precedute da un controllo della storia di screening delle donne candidate agli ambulatori da parte della segreteria di 1° livello che verificava se la donna avesse o meno diritto al test. Infatti, al controllo, parte delle donne risultarono essere già coperte per aver già effettuato il test recentemente. Se la donna fosse risultata eleggibile al test le sarebbe stata dato un appuntamento presso ISPRO e quindi processato dal **Laboratorio regionale di prevenzione oncologica**. Se il test fosse risultato negativo la donna avrebbe ricevuto la risposta a domicilio. Se invece la donna risultava positiva al test veniva chiamata dalla segreteria di 2° livello dello screening. Per effettuare un approfondimento colposcopico presso l'ambulatorio di 2° livello di ISPRO. Nel caso di indicazioni al trattamento le donne venivano prese in carico dal servizio di 3° livello della ASL Toscana Centro , come da procedura già attiva e successivamente inserite nel percorso di follow up dopo trattamento presso ISPRO.

Attualmente, il programma di screening della USL Toscana Centro ambito fiorentino mette a disposizione di tutte le utenti dello screening un call center dedicato (CUP dello screening) attivo sei giorni su sette e un front office telefonico sia per il primo che per il secondo livello dello screening attivo presso le due segreterie di screening.

³³ <https://www.lilt.it/>



Le proposte della Commissione Regionale Pari Opportunità

Come mostrato nei capitoli precedenti, il fenomeno delle MGF continua a riguardare una parte rilevante della popolazione femminile migrante anche nella nostra Regione. È evidente, inoltre, che la trattazione di questo problema è da considerarsi sotto molteplici aspetti: sociale e culturale ma anche socio-sanitario sia nell'aspetto della prevenzione che della cura. Per questo motivo l'azione della Regione Toscana, come già fatto nel passato, dovrà prevedere azioni parallele su diversi fronti affinché il contrasto e la riduzione del fenomeno siano realmente efficaci.

Per prima cosa si deve tener conto del fatto che le ragazze e le donne che vivono con la mutilazione genitale femminile hanno subito una pratica dannosa per la loro salute e per questo è necessario che **il sistema socio-sanitario se ne faccia carico introducendo un codice LEA specifico**. In questo modo sarà possibile seguire la loro salute in ogni contesto e sotto tutti i punti di vista facendo in modo che esse vengano sempre indirizzate verso le cure più adeguate alla loro condizione.

In questo contesto, inoltre, è bene puntualizzare che noi riteniamo la medicalizzazione delle MGF (ovvero l'esecuzione delle MGF da parte degli operatori sanitari) è una pratica che non deve essere accettata perché ciò viola l'etica medica in quanto, come più volte sottolineato in questo documento, le mutilazioni sono da considerarsi a tutti gli effetti una pratica che lede i diritti della persona, in questo caso i diritti della donna; la medicalizzazione non farebbe altro che perpetuare la pratica MGF che comporta rischi (forte dolore, lesioni ai tessuti, emorragia, infezioni, ritenzioni urinarie, etc.) anziché benefici alla persona.

Allo stesso tempo, come evidenziano anche le stesse linee guida dell'OMS più volte citate, si devono **attivare azioni di prevenzione primaria** contro questo fenomeno. Sappiamo, infatti, che le MGF sono praticate per una serie di motivi socioculturali, che variano da una regione e da un gruppo etnico all'altro (si veda l'*Appendice A* per maggiori approfondimenti): alcuni lo considerano un rito di passaggio nella femminilità, altri credono che aiuti a preservare la verginità di una ragazza fino al matrimonio. Nella maggior parte delle comunità in cui viene praticato, i genitori lo vedono come essenziale per garantire l'accettazione della figlia nella società. Per questo è necessario attivarsi con le comunità di riferimento per sensibilizzarle contro questa pratica.

Va inoltre considerato che gli studi hanno rilevato che le ragazze e le donne che hanno subito MGF possono avere tassi più elevati di disturbi della salute mentale (depressione, disturbi d'ansia, disturbi somatici -fisici- senza causa organica...). Ovviamente non tutte le ragazze che hanno subito le MGF hanno problemi psicologici, ciò nonostante, questo aspetto va considerato in un programma di azioni per la salute. Le concause possono essere varie e tra queste alcune caratteristiche



sociodemografiche: se la ragazza vive nella sua comunità di origine o se è una migrante ma anche gli atteggiamenti degli operatori sanitari o la situazione di illegalità delle MGF nel luogo in cui vive.

Ecco, dunque, che gli operatori sanitari che si trovano o si troveranno a dover gestire bambine e ragazze che hanno subito MGF dovranno essere adeguatamente formati per poter comprendere il background della paziente, le credenze e il contesto sociale che sta vivendo al fine di trovare il modo migliore per curarla, discutere di MGF, per aiutarla a comprendere come si sente e per consigliarla e sostenerla nel miglior piano di trattamento socio-sanitario .

Sebbene i dati dimostrino che la pratica è in declino in aree in cui era una volta universale – e.g. Egitto e Sierra Leone - così come nei paesi in cui si è verificato solo in alcune comunità, come il Kenya e la Nigeria, tuttavia questo miglioramento non sta accadendo ovunque; in molti paesi la pratica rimane comune oggi come era tre decenni fa. Nel complesso, anche nei paesi in cui la pratica è meno prevalente, il progresso alla eliminazione della stessa dovrebbe essere almeno 10 volte più veloce per raggiungere l'obiettivo globale di eliminazione delle MGF entro il 2030.

Come descritto in dettaglio in *Appendice A*, in paesi ad alta e bassa prevalenza, l'opposizione alle MGF sono più alte tra le ragazze e le donne istruite. In generale, l'opposizione alle pratiche di MGF tende ad aumentare sostanzialmente con l'aumento dei livelli di istruzione. Questo suggerisce che anche quando le donne hanno poche opportunità di interagire con le donne provenienti da gruppi non praticanti, l'istruzione sembra svolgere un importante ruolo nel mutare le aspettative sulle MGF. L'educazione, dunque, influenza non solo gli atteggiamenti ma anche il comportamento nei confronti di questa pratica: ragazze le cui madri hanno un'istruzione primaria hanno una probabilità di taglio inferiore del 40% rispetto alle figlie di madri che non hanno istruzione. E in molti paesi, le donne con un'istruzione secondaria sono ancora meno in grado di continuare la pratica delle MGF nella prossima generazione.

In metà dei paesi colpiti, almeno tre quarti delle ragazze e le donne con un'istruzione secondaria pensano che la pratica dovrebbe finire. In alcuni paesi - come Kenya e Nigeria - qualsiasi apporto di istruzione è associato ad un livello significativamente più elevato di opposizione alla pratica. Eppure, anche le donne istruite hanno figlie che hanno subito MGF, soprattutto nei paesi in cui la pratica è universale e la pressione sociale forte. Questo indica che altri fattori - in particolare le aspettative all'interno del gruppo della propria comunità sociale allargata - impedisce alle donne di abbandonare la pratica.



Le MGF sono praticate in modo diverso all'interno di culture diverse e l'età in cui vengono eseguite varia a seconda dei contesti. In alcuni paesi, viene effettuata molto presto nella vita, mentre in altri si verifica nell'adolescenza. Nella metà dei paesi praticanti, l'età media a cui le MGF vengono eseguite è inferiore oggi di quanto non fosse 30 anni fa. Nel Gambia e Nigeria, per esempio, l'età media di taglio è sceso di due anni: in Gambia si è passati da 4 anni a poco prima dell'età 2, in Nigeria da 3 anni prima di 1 anno. In Kenya, la media è scesa di oltre tre anni, dai 12 ai 9 anni.

Tutto questo suggerisce che gli sforzi per porre fine alla pratica devono andare oltre a un cambiamento individuale e si devono concentrare nella direzione di coinvolgere intere comunità. Tale approccio collettivo si rende necessario per generare il cambiamento delle regole sociali necessarie ad abbandonare la pratica delle MGF e contribuire a ridurre i livelli di prevalenza più rapidamente. Non c'è tempo da perdere. L'evidenza mostra che le ragazze oggi vengono mutilate in età più giovane rispetto alla loro madri e nonne. Questo significa che la possibilità di prevenire le MGF si sta velocemente riducendo.

Pertanto, stante questo contesto, la Regione Toscana deve intervenire per riuscire a raggiungere l'Obiettivo 5 dell'Agenda 2030 cioè eliminare tutte le pratiche dannose, come il matrimonio infantile, precoce e forzato e le MGF /E, entro il 2030 in parte recuperando progetti già operativi descritti in questo documento e mettendo a sistema le buone pratiche già presenti nel territorio regionale.

Per raggiungere questo obiettivo la Commissione Pari opportunità ritiene urgente attuare le seguenti proposte:

1) **Riattivare il Tavolo interistituzionale di contrasto alle Mutilazioni dei genitali femminili** a cui dovranno partecipare la Regione, il Centro di riferimento regionale per le MGF, i responsabili dei Consultori delle Aree Vaste regionali, l'Associazione Nosotras Onlus, il Centro Salute Globale e i referenti del servizio Gaia dell'AOU Meyer, la Commissione Regionale Pari Opportunità, l'ISPRO e l'ARS nonché rappresentanti dell'Ordine degli Assistenti Sociali, delle Ostetriche e degli infermieri, un giurista, un rappresentante dell'Ufficio Scolastico Regionale, nonché i rappresentanti delle comunità coinvolte COSPE e l'Associazione delle donne somale. Obiettivi del tavolo: favorire il lavoro di rete, definire un osservatorio per la raccolta dati, coordinare e promuovere azioni di contrasto alle MGF, promuovere e coordinare attività di formazione sul tema MGF rivolta ad operatori e stakeholders, favorire e coordinare attività di formazione e sensibilizzazione rivolte alle comunità di paesi a rischio MGF, promuovere formazione rivolta a operatori scolastici;

2) **Istituire un Centro di Riferimento Regionale** strutturato per le mutilazioni genitali femminili e la chirurgia ricostruttiva dell'apparato genitale femminile con specialisti di varie discipline quali



urologi, psicologi, chirurghi plastici nonché referenti del centro del dolore, assistenti sociale, ostetriche, infermieri e mediatori culturale;

3) **Creare una rete socio-sanitaria** che connetta il centro di riferimento ai presidi ospedalieri, consultoriali e socio-sanitari di tutto il territorio toscano e che gestisca la banca dati relativa al fenomeno delle MGF;

4) **Definire protocolli operativi e assistenziali** condivisi che delineino il corretto modo di gestione locale e di referral verso il centro di riferimento delle donne con MGF;

5) **Realizzare corsi di formazione e aggiornamento specifici universitari e post-universitari** dedicati a coloro che operano su questo tema o in ambiti connessi per la facilitazione delle relazioni tra le istituzioni e le comunità migranti interessate dal fenomeno;

6) **Sviluppare percorsi di ricerca clinica e socio-epidemiologica** con un'ottica di internazionalizzazione, attraverso le reti esistenti universitarie e della RT, con istituzioni di paesi ad alta prevalenza di MGF;

7) **Predisporre modelli di percorso innovativi e sperimentali volti all'attuazione di una strategia di sistema regionale** che miri a favorire la prevenzione del fenomeno MGF e l'integrazione sociale di donne e minori vittime o potenziali vittime di tali pratiche;

8) **Realizzare campagne di comunicazione da sviluppare a livello regionale e territoriale** con specifica attenzione agli immigrati di nuovo ingresso e alla popolazione proveniente da zone ad alto rischio di MGF;

9) **Costruire iniziative di informazione/formazione e sensibilizzazione e iniziative di natura scientifica e culturale** in collaborazione con le istituzioni regionali rilevanti, con gli attori del SSR e dei servizi socio-sanitari coinvolti, con le associazioni di volontariato, finalizzate ad aumentare la consapevolezza del problema presso una audience sempre maggiore;

10) **Realizzare attività di educazione all'affettività e alla sessualità nelle scuole** per sensibilizzare e informare le bambine e le ragazze le cui famiglie provengono dalle comunità a rischio (si veda il paragrafo successivo).



Il ruolo della scuola

A cura dell'Assessora Alessandra Nardini

La scuola può giocare un ruolo importante in questa battaglia, a partire dal promuovere una cultura di rispetto e parità.

In questa legislatura, come Regione Toscana, stiamo portando avanti all'interno delle scuole di ogni ordine e grado, a partire dai servizi educativi per l'infanzia, tutta una serie di iniziative per destrutturare gli stereotipi di genere. A questo proposito voglio ricordare la scelta di **inserire nelle linee guida regionali dei PEZ - Progetti Educativi Zonali finanziati dalla Regione, un'attenzione particolare al contrasto degli stereotipi di genere** come principio ispiratore che attraversa trasversalmente tutte le diverse attività comprese all'interno dei progetti, nella prospettiva della promozione delle pari opportunità tramite l'azione educativa.

Sempre con questo obiettivo, abbiamo finanziato il progetto **PartTime**³⁴, che ha visto quasi 900 adesioni e che è stato co-progettato con Indire³⁵, Istituto nazionale di documentazione innovazione e ricerca educativa del Ministero dell'Istruzione, **finalizzato a promuovere la cultura del rispetto e della parità nei servizi educativi e nelle scuole toscane di ogni ordine e grado**, attraverso la **formazione di educatrici, educatori, docenti, dirigenti e personale scolastico**. Abbiamo inoltre posto una particolare attenzione all'orientamento, cercando di **superare quei retaggi culturali che causano, ancora oggi, una segregazione orizzontale femminile, prima formativa e poi lavorativa**, relegando la stragrande maggioranza delle donne solo in alcuni ambiti.

Penso infine al rifinanziamento, che abbiamo fortemente voluto, della Legge Regionale 16/2009 'Cittadinanza di genere', prevedendo anche in quel contesto azioni obbligatorie di educazione alla parità e di contrasto agli stereotipi nelle scuole.

Siamo convinti che la scuola sia il "luogo" per eccellenza dell'uguaglianza, della parità, dell'emancipazione sociale, il "luogo" in cui si prova a costruire una cittadinanza consapevole, in cui possano crescere bambine, ragazze, donne, consapevoli dei propri diritti e delle proprie libertà e bambini, ragazzi, uomini, consapevoli di dover rispettare le donne, le loro decisioni e scelte libere e autonome.

³⁴ <https://www.indire.it/progetto/partime/>

³⁵ <https://www.indire.it>



Il tema delle MGF deve poter essere inserito in questo più ampio contesto, rivolgendoci alla comunità educante tutta, nel senso più ampio del termine, per **provare a interagire tramite il mondo della scuola anche con famiglie e genitori**.

Per questo sarà importante stabilire un'interlocuzione con l'Ufficio Scolastico Regionale, il braccio operativo del Ministero dell'Istruzione sul territorio toscano. Rendere maggiormente consapevole chi lavora nelle nostre scuole rispetto a queste tematiche può aiutarci a riconoscere presto i campanelli di allarme; può essere un altro tassello delle azioni che metteremo in campo per educazione alla parità e contrastare discriminazioni e violenza di genere.

Il ruolo dei pediatri di libera scelta

A cura della Dott.ssa Stefania Losi

Il pediatra di libera scelta **svolge un importante lavoro di prevenzione, segnalazione e monitoraggio** anche in relazione al rapporto di fiducia e continuità che nel tempo costruisce con la famiglia.

Nel caso di una neonata, in cui si evincono le condizioni di rischio, il pediatra fa una prima valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare e culturale; effettua un colloquio informativo sulle MGF con la madre e possibilmente anche con il padre. Durante la visita dei bilanci di salute controlla i genitali della bambina e particolarmente dopo periodi di assenza prolungata.

Il pediatra, inoltre, promuove l'assistenza per le madri in post-partum nel consultorio fornendo riferimenti concreti.

In caso di più fattori di rischio si può consultare con i servizi CRRV³⁶ dell'AOU Careggi e GAIA³⁷ dell'AOU IRCCS Meyer e con il servizio sociale territoriale.

Se la bambina non proviene direttamente dal punto nascita, o è arrivata tramite ricongiungimento familiari o adozione, il pediatra nell'anamnesi dovrà prestare attenzione al paese di provenienza della bambina e controllare i genitali durante le regolari visite. Qualora il pediatra ravveda una manifesta volontà o accerta una MGF segnala all'Autorità Giudiziaria competente.

³⁶ https://www.aou-careggi.toscana.it/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=591:consulenza-clinica-in-situazioni-di-abuso-e-violenza-sessuale-su-donne-adulte-e-minori-crrv&catid=92:informazioni&Itemid=1032&lang=en

³⁷ <https://www.meyer.it/cura-e-assistenza/attivita-sanitarie/590-sportello-gaia>



Considerazioni sulla legge 7/2006

A cura della Dott.ssa Nura Musse Ali, Componente Commissione Pari Opportunità

Come si evince dalla Ris.117/2021, la Commissione è stata chiamata anche “ad effettuare, contestualmente, un esame delle disposizioni di legge attualmente vigenti sul divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile di cui alla l. 7/ 2006 al fine di valutarne il livello di attuazione, sollecitarne l’eventuale applicazione anche in coerenza con le funzioni di cui all’articolo 5, comma 2, lettere c.4) e c.5) della l.r. 76 2009 e promuovere eventuali aggiornamenti o modificazioni al fine di aumentare l’efficacia delle misure previste a livello nazionale;” e “a valutare eventuali azioni, anche di sensibilizzazione, che possono essere intraprese direttamente a livello regionale per contribuire al contrasto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”.

Come è noto, nel nostro Paese, dal 2006, vige una specifica disposizione penale relativa alle mutilazioni dei genitali femminili. Trattasi della legge n. 7/2006 “Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile” la cosiddetta Legge Consolo. Gli articoli 583bis e 583ter di questa legge vietano l’esecuzione di tutte le forme di mutilazioni dei genitali (si veda *Appendice A*) fra le quali la clitoridectomia, l’escissione, l’infibulazione e qualsiasi altra pratica che causa effetti dello stesso tipo o malattie psichiche o fisiche. È, inoltre, applicabile il principio di extraterritorialità, che rende punibili le mutilazioni dei genitali femminili anche se commesse al di fuori del territorio italiano, purché il minore o l’autore del reato siano residente in Italia o altro paese in cui il fenomeno è perseguito per legge.

In base alla Legge 7/2006, chiunque pratici l’infibulazione è punito con la reclusione da 4 a 12 anni, pena aumentata di 1/3 se la mutilazione viene compiuta su una minorenni, nonché in tutti i casi in cui viene eseguita per fini di lucro.

L’ordinamento italiano, in materia di mutilazioni dei genitali femminili, così come accade negli altri ordinamenti europei, non solo vieta le mutilazioni genitali femminili, ma impone anche servizi di sostegno per le vittime di mutilazioni dei genitali femminili e iniziative di informazione e formazione.

Tuttavia, è opportuno evidenziare due limiti molto importanti:

Il primo è relativo alla capacità general preventiva della norma in esame: come testimoniano anche alcune recenti episodi di cronaca, nel nostro Paese così come all’estero, tali misure preventive, così come formulate, non siano sufficienti ad impedire la realizzazione della fattispecie criminale in oggetto. Infatti, le mutilazioni dei genitali femminili vengono commesse anche ai danni delle bambine nate sul territorio italiano mediante il rimpatrio delle bambine nei loro paesi di origine



magari in occasione della stagione estiva oppure, in taluni casi, vengono praticate anche su territorio italiano ad opera di “mutilatrici nostrane” clandestine.

Il secondo limite della legge 7/2006 sta nel non aver previsto, all’interno della sanità pubblica un percorso di cura speciale per la paziente affetta da mutilazione dei genitali femminili, compreso la chirurgia plastica ricostruttiva e rigenerativa. Questa carenza in ambito sanitario rende vittime due volte le donne sottoposte a queste pratiche.

Si stima che solo in Italia le donne vittime di mutilazioni dei genitali femminili siano circa ottocentomila e le potenziali vittime (viste la natalità medio alta comune nei trenta paesi a rischio) ammontano almeno un milione. Questo ha molteplici conseguenze che meritano di essere considerate in questa sede. Infatti, oltre all’ingiusta e inutile sofferenza inflitta alle bambine che ne sono vittime, le conseguenze del reato in questione hanno ricadute economiche non indifferenti per la sanità pubblica. Le donne che hanno subito MGF, infatti, una volta entrate nell’età adulta, e a volte anche prima, necessitano di un intervento riparativo e, allo stesso tempo, come ampiamente descritto in precedenza, hanno bisogno di essere seguite costantemente dal sistema sanitario per diverse patologie fisiche e psicologiche causate dalla loro condizione di mutilate.

A titolo di esempio, riportiamo dei casi più emblematici di cronaca recenti che ci fanno comprendere le criticità delle attuali disposizioni normative e la necessità di un adeguato approfondimento.

Il primo di questi casi³⁸ che abbiamo deciso di citare è italiano e risale al 2021: riguarda il rimpatrio delle bambine nei paesi di origine allo scopo di sottoporre loro la pratica escissoria. In questo caso, solo grazie alla denuncia della madre si è riusciti a far partire un’inchiesta giudiziaria sul padre che aveva fatto infibulare le figlie minorenni in una vacanza religiosa nel paese di origine.

Il secondo caso³⁹, statunitense, risale al 2017 e riguarda una dottoressa di Detroit, Jumana Nagarwala, che per 12 (dodici) anni, parallelamente alla professione sanitaria in ospedale al Pronto Soccorso, ha svolto la pratica di mutilazione dei genitali femminili sulle bambine dello Stato del Michigan e degli Stati circostanti. Sono state nove le bambine sue pazienti-vittime accertate.

38 https://www.google.com/amp/s/www.corriere.it/cronache/21_settembre_04/piacenza-denuncia-marito-che-infibulava-bambine-punitelo-7a9846ac-0db8-11ec-94b3-ee97ec98a47b_amp.html

39 https://www.google.com/amp/www.corriere.it/esteri/17_aprile_14/stati-uniti-dottoressa-praticava-mutilazioni-genitali-bambine-rischia-condanna-all-ergastolo-4fc7e76e-2115-11e7-80c8-c640cceeac84_amp.html



Tuttavia, nel settembre del 2021⁴⁰ gran parte delle accuse mosse a suo carico e alle altre persone coinvolte nella vicenda, sono cadute a causa di una incostituzionalità della normativa in materia rilevata nel corso del procedimento processuale. Quest'ultimo caso sebbene non sia italiano può essere utile per comprendere la difficoltà nel procedere a condanne su questo tipo di reato.

Il terzo articolo⁴¹ è una trattazione generica del fenomeno e rileva come l'avvento della pandemia abbia peggiorato ulteriormente la situazione delle potenziali vittime. Queste ultime, infatti, sono rimaste isolate in casa con i propri carnefici che a volte potevano essere gli stessi genitori o dei parenti.

Come si è appena visto, i dati di cronaca odierna ci suggeriscono di **ripensare le strategie di prevenzione riguardo i reati cosiddetti culturalmente orientati**.

Come descritto nel *Capitolo 1*, la questione delle mutilazioni dei genitali femminili è stata affrontata dall'Unione Europea in più occasioni. La prospettiva di analisi ha riguardato sia l'aspetto sanitario ma anche l'aspetto strettamente preventivo. Infatti, ci sono state anche delle sollecitazioni dirette agli Stati membri affinché le legislazioni nazionali andassero nella direzione di introdurre delle leggi speciali che da una parte tutelino l'integrità psicofisica delle bambine nate in Europa e dall'altra assicurassero la cura di coloro che avessero già subito la pratica.

Tuttavia, la trattazione delle disposizioni riguardanti le mutilazioni dei genitali femminili da parte dell'Unione Europea non è mai arrivata ad essere disciplinata in un regolamento e quindi in modo compiuto. Un regolamento dell'Unione europea nell'ambito delle mutilazioni dei genitali femminili sarebbe così una delle fonti del diritto dell'Unione europea dotata di efficacia vincolante invece che limitarsi alla mera proclamazione di principio tipica dei trattati o delle raccomandazioni. In questo modo, se i singoli Stati membri sono alquanto timidi verso la regolamentazione compiuta dei fenomeni culturali di questo tipo forse **una regolamentazione europea potrebbe imporre un controllo più serrato sulle minori a rischio**.

40 <https://eu.detroitnews.com/story/news/local/detroit-city/2021/09/28/female-genital-mutilation-case-tossed-following-years-long-fight/5898796001/>

41 <https://www.agensir.it/quotidiano/2022/2/4/mutilazioni-genitali-femminili-unicef-e-unfpa-con-la-pandemia-2-milioni-di-ragazze-in-piu-a-rischio-agire-subito/>

https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2023/02/06/con-covid-aumentato-il-numero-delle-bimbe-infibulate-1-milione-in-piu_b918f600-dc80-4a5b-8325-b28d82b248b9.html



Oltre le proposte sulle questioni di prevenzione e socio-sanitarie legate alle mutilazioni genitali femminili, **la Commissione Regionale Pari Opportunità ritiene necessario che all'interno del Tavolo interistituzionale di contrasto alle Mutilazioni dei genitali femminili sia presente un gruppo di lavoro che si occuperà specificatamente della normativa e che possa coinvolgere referenti delle procure toscane e del tribunale dei minori al fine di approfondire i limiti e le criticità delle disposizioni normative nazionali ed europee.**



Appendice A: le mutilazioni genitali femminili

A cura della dott.ssa Elena Trallori⁴²

1. Definizione di mutilazioni genitali femminili e conseguenze sulla salute

Le mutilazioni genitali femminili (MGF) sono tutte le pratiche che comportano la parziale o totale rimozione dei genitali esterni femminili, compiute per motivazioni non terapeutiche (*Organizzazione Mondiale della Sanità, 1997*) Le pratiche di MGF sono state classificate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in quattro tipologie (fig. 1):

- tipo 1: parziale rimozione del prepuzio (circoncisione) o totale rimozione del prepuzio e clitoride (clitoridectomia) ;
- tipo 2: parziale/totale rimozione delle piccole labbra; parziale/totale rimozione del clitoride e delle piccole labbra con o senza escissione delle grandi labbra (escissione);
- tipo 3: restringimento dell'orifizio vaginale sigillando le piccole e/o grandi labbra, con o senza escissione del clitoride (infibulazione e re-infibulazione);
- tipo 4: altre pratiche dannose a carico dei genitali femminili senza scopo terapeutico, come apposizione di piercing, tirare, grattare, cauterizzare.

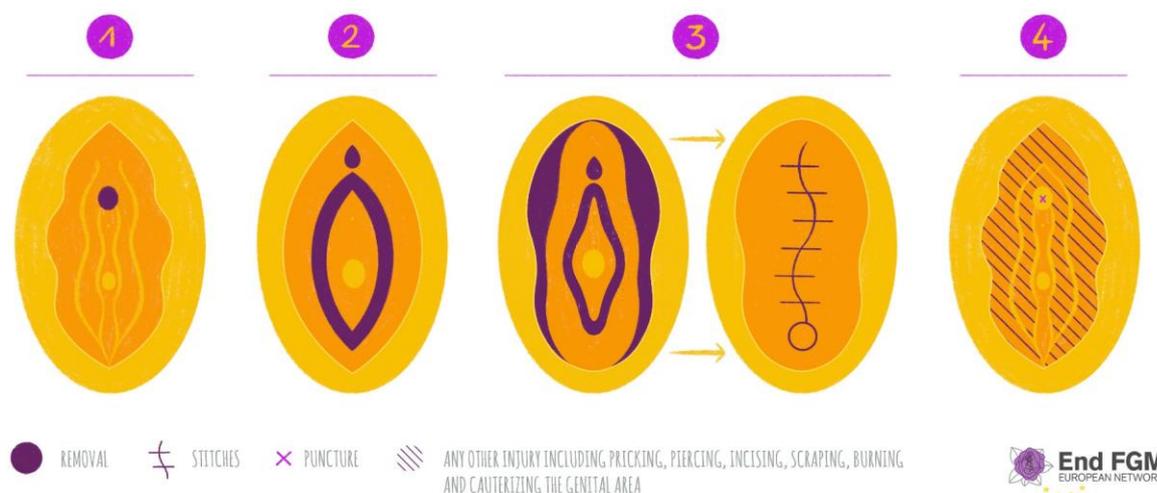


Figura 1. I quattro tipi di mutilazioni genitali femminili (EndFGM.eu, 2020)

⁴² Parte del capitolo è stato anche precedentemente pubblicato in: Trallori Elena, *I diritti violati delle donne: le mutilazioni genitali femminili in Italia*, Firenze: Università degli Studi di Firenze, 2021 (Tesi Master II livello in Salute e Medicina di Genere)



La fascia di età più comune per l'esecuzione di MGF è 6-8 anni, ma a seconda del gruppo etnico di appartenenza si può variare praticandole alla nascita, al menarca, o immediatamente prima del matrimonio. Le MGF di solito sono eseguite su gruppi numerosi di ragazze e donne, utilizzando gli stessi strumenti in ambienti non sterili ed in assenza di anestetici, in quanto spesso le norme sociali impongono di non agire per tamponare il dolore provato durante le procedure perché sarebbe motivo di vergogna per la famiglia (*Abdulcadir, Jasmine, et al., 2016*).

Le conseguenze delle MGF sono fisiche e psicologiche sia a breve che a lungo termine ed esse variano in gravità a seconda del tipo di mutilazione effettuata e a seconda del metodo utilizzato. Se la pratica è stata condotta in ambiente non sterile, utilizzando strumenti non sterili e senza somministrare antisettici ed antibiotici (come accade nella maggior parte delle volte), nel breve periodo la vittima ha più alte probabilità di manifestare infezioni batteriche, accompagnate da emorragie, shock, dolore molto severo, elevato gonfiore del tessuto genitale, incapacità di rimarginazione delle ferite procurate, aumentata esposizione a infezioni trasmissibili tramite liquidi biologici, come HIV e HBV. Nel lungo periodo possono sopraggiungere ulteriori problemi fisici: tumori, dolore neuropatico, cisti, disuria, frequenti infezioni genito-urinarie, anche croniche, ed infertilità. Al di là di eventi patologici, la vita della donna può subire condizionamenti importanti: per le donne che hanno subito un restringimento dell'orifizio vaginale, il primo rapporto sessuale avviene dopo una dolorosissima lenta riapertura e dilatazione completa dell'orifizio, che in alcuni casi può richiedere anche un nuovo ed ulteriore taglio dei genitali; la gravidanza rappresenta una sfida soprattutto per le donne che hanno subito infibulazione, avendo un elevato rischio di mortalità materna per complicazioni avvenute durante il parto (*Alhassan AR et al, 2021*). Le conseguenze psicologiche nel breve periodo derivano dalla ansia e vergogna provata nella sfigurazione del proprio corpo; nel lungo periodo prevalgono invece disordine da stress post-traumatico, neurosi, ansia, depressione e psicosi. Poiché nei paesi praticanti queste patologie non sono riconosciute e trattate adeguatamente, si prosegue spesso ad ulteriori peggioramenti delle stesse malattie mentali (*Abdulcadir, Jasmine, et al., 2016*).

2. Motivazioni sociali e culturali delle mutilazioni genitali femminili

La storia delle mutilazioni genitali femminili risale a molti secoli fa, emergendo prime testimonianze di MGF ai tempi di Fenici, Ittiti ed antichi Egizi. Negli anni '40 e '50 del XX secolo le MGF erano praticate in paesi assai sviluppati come Stati Uniti e Inghilterra con l'obiettivo di trattare devianze femminili come isteria, lesbismo e masturbazione; attualmente, sono diffuse nei paesi in via di sviluppo dell'Africa Sub-Sahariana, del Medio-Oriente e dell'Asia (*Sakeah E, et al. PLoS One. 2019*).



Le mutilazioni genitali femminili sono legate a profonde radici culturali che ne rendono difficile l'eradicazione: nei paesi in cui sono diffuse le norme sociali creano un'enorme pressione sulle famiglie affinché eseguano queste procedure sulle proprie figlie, con la ricompensa dell'accettazione dalla comunità in cui vivono. In queste comunità si tramandano le credenze culturali che sostengono le procedure di MGF: preservare la castità della ragazza, preservare la fertilità, aumentare l'igiene intima ed aumentare il piacere sessuale degli uomini. Tra le credenze sulla MGF troviamo:

- **AUMENTA LA FERTILITÀ:** in alcune comunità praticanti, donne e uomini credono che se una donna non viene tagliata non potrà avere una gravidanza o potrebbe incontrare difficoltà durante il travaglio;
- **RISPETTO DELLA TRADIZIONE:** le MGF sono spesso viste come parte della storia e della tradizione culturale della comunità. I membri della comunità, comprese le donne, spesso sostengono e continuano la pratica perché la vedono come un segno di rispetto verso i membri più anziani della comunità;
- **RITO DI PASSAGGIO:** in molte culture, le MGF costituiscono un importante rito di passaggio all'età adulta per le ragazze. Spesso l'evento è contrassegnato da una cerimonia e/o celebrazione. Può essere considerato un necessario passo verso l'essere considerata una donna adulta rispettabile;
- **CONVENZIONE SOCIALE:** laddove la MGF è ampiamente praticata, è considerata una convenzione sociale. Quelli che aderiscono alla pratica possono essere meglio accettati nelle loro comunità, mentre coloro che non lo fanno possono affrontare condanne, vessazioni ed esclusione;
- **ASSICURA VERGINITÀ, CASTITÀ E FEDELITÀ:** si ritiene che le MGF proteggano la verginità di una ragazza o di una donna prima matrimonio e garantire la fedeltà dopo il matrimonio. Pertanto, le famiglie possono credere che le MGF proteggano l'onore di una ragazza e della sua famiglia;
- **PULIZIA E BELLEZZA:** in alcune comunità, le MGF vengono eseguite per creare ragazze "pulite" e belle. La pulizia può riferirsi al corpo; femmine i genitali tagliati o chiusi a volte sono visti come più igienici e bello, ma può anche riferirsi alla purezza spirituale;
- **MATRIMONIALITÀ :** c'è spesso l'aspettativa che gli uomini sposeranno solo donne che hanno subito MGF. Il desiderio e la pressione di essere sposata, e la sicurezza economica e sociale che potrebbe venire con il matrimonio, può perpetuare la pratica in alcuni contesti;



- **RELIGIONE:** alcune comunità credono che la MGF sia un requisito religioso, e alcuni capi religiosi possono promuovere la pratica, anche se non è menzionata in nessuno principali testi religiosi;
- **FEMMINILITÀ:** la rimozione di parti genitali considerate maschili (cioè il clitoride) è considerato per rendere le ragazze più femminili, rispettabili e belle.

In alcune comunità, infine, gli organi genitali esterni vengono rimossi perché sono ritenuti mascolinizanti e portatori di comportamenti aggressivi e promiscui, oltre che poter pregiudicare la modalità di sepoltura della donna.

Al di là delle credenze che ne stanno alla base, le MGF spesso intervengono negativamente sul desiderio sessuale femminile, abbassandolo, e rendono doloroso l'amplesso stesso, riducendo così le possibilità di eventi sessuali precedenti al matrimonio o extraconiugali, ottenendo forzatamente castità pre-coniugale e fedeltà coniugale (*Abdulcadir, Jasmine, et al., 2016; Sakeah E, et al. PLoS One. 2019*).

3. Prevalenza nel mondo

Nel mondo vivono almeno 200 milioni di donne e ragazze o bambine che hanno subito questa pratica e almeno 4 milioni di ragazze sono a rischio di essere sottoposte ad essa ogni anno [*UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020; UNFPA (United Nations Population Fund), 2020*]. Questi numeri sono il risultato di analisi condotte nei 31 paesi in cui si praticano le FGM (distribuiti tra Africa, Medio-Oriente e Asia) attraverso indagini nazionali sulle famiglie quali Demographic and Health Survey (DHS), Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) e Pan Arab Project for Family Health (PAPFAM). Queste stime non tengono conto di paesi in cui è stato recentemente scoperta l'usanza di queste pratiche (ad esempio la Malesia) o delle MGF praticate in Europa, Australia ed Nord America nelle comunità emigrate dai paesi della MGF (*Ortensi L. E. et al, 2018*).

I dati presenti nel più recente database globale di Unicef, aggiornato a Maggio 2022 (tabella 1 - [Female Genital Mutilation \(FGM\) Statistics - UNICEF Data](#)), mostrano la prevalenza di MGF tra donne e ragazze di età compresa tra 15 e 49 anni, segregando i dati in base alla zona di residenza (rurale o urbana) e in base al quintile di benessere economico. Queste percentuali indicano che le MGF sono diffuse dalla costa atlantica fino al corno d'Africa, in Medio-Oriente come in alcuni paesi dell'Asia e con grande variabilità: si passa da paesi in cui la prevalenza è molto bassa, come Camerun ed Uganda, ad altri in cui tali pratiche sono quasi universali, come Somalia (99%), Guinea (95%), Djibouti (94%), Mali (89%), Egitto e Sudan (87%).



Analizzando i dati dei primi 6 paesi per prevalenza di MGF: in Somalia, Guinea, Mali e Sudan i fattori di residenza e benessere economico non influiscono sulla probabilità che la donna o ragazza subisca MGF; in Egitto abitare in campagna espone le donne di più alla pratica (93%) rispetto che in città (77%), come anche lo stato di benessere economico della famiglia: nelle famiglie in estrema povertà la pratica supera il 90% di prevalenza, mentre in famiglie di estrema ricchezza si ferma al 70%. In molti altri paesi, come in Egitto, vivere in aree rurali influisce sulla prevalenza di MGF, che generalmente è più alta di quella delle donne che vivono in città, indipendentemente dalla prevalenza generale; fanno eccezione a questa tendenza paesi dove le prevalenze sono simili in campagna e in città (Chad, Yemen, Maldive, Iraq e Togo) e paesi dove la prevalenza è maggiore in area cittadina (Nigeria). In merito al fattore economico, in alcuni paesi questo non influenza la prevalenza della pratica: in Gambia essa avviene nel 65% delle famiglie più povere e nel 69% delle famiglie più ricche, in Guinea-Bissau nel 41% delle più povere e nel 38% delle più ricche, in Nigeria nel 16% delle prime e nel 20% delle seconde, nelle Maldive nel 14% delle più povere e nel 12% delle più benestanti.





Tabella 1. Tabella riadattata di prevalenza delle MGF tra ragazze e donne (15-49 anni) in base a residenza, benessere economico e paese di appartenenza⁴³

Paese	Prevalen-za MGF tra ragazze e donne (%)	Prevalenza MGF tra ragazze e donne (15-49 anni) per residenza e quintile di benessere		Anno di riferimen-to	Fonte					
		Prevalenza MGF (%)								
		Residenza	Quintile di benessere							
		Urbana	Rurale	1° (estrema povertà)	2°	3°	4°	5° (estrema ricchezza)		
Somalia	99	99	99	99	100	99	100	99	2020	SHDS 2020
Guinea	95	95	94	95	94	93	96	95	2018	DHS 2018
Djibouti	94	94	98	97	96	94	94	93	2012	PAPFAM 2012
Mali	89	89	88	87	86	90	90	90	2018	DHS 2018
Egitto	87	77	93	94	93	92	87	70	2015	Health Issues Survey (DHS) 2015
Sudan	87	86	87	88	82	81	90	92	2014	MICS 2014

⁴³ Tabella riadattata da [Female Genital Mutilation \(FGM\) Statistics - UNICEF Data](#)

Eritrea	83	80	85	89	86	84	83	75	2010	Population and Health Survey 2010
Sierra Leone	83	76	89	90	90	87	80	72	2019	DHS 2019
Burkina Faso	76	69	78	77	78	78	80	69	2010	DHS/MICS 2010
Gambia	73	75	67	65	73	80	76	69	2019-20	DHS 2019-20
Mauritania	67	55	79	92	86	70	60	37	2015	MICS 2015
Etiopia	65	54	68	65	69	69	69	57	2016	DHS 2016
Guinea-Bissau	52	43	59	41	62	70	54	38	2018-19	MICS 2018-19
Côte d'Ivoire	37	31	44	50	44	43	34	20	2016	MICS 2016
Chad	34	32	35	41	35	35	30	30	2019	MICS 2019
Liberia	32	25	43	48	42	38	22	17	2019-20	DHS 2019-20

Senegal	25	21	29	48	30	23	18	15	2019	Continuous DHS 2019
Repubblica Centrafricana	22	12	28	29	27	26	19	9	2018-19	MICS 2018-19
Kenya	21	14	26	40	26	18	17	12	2014	DHS 2014
Nigeria	20	24	16	16	18	20	23	20	2018	DHS 2018
Yemen	19	17	19	27	21	13	20	14	2013	DHS 2013
Maldives	13	14	12	14	12	12	15	12	2016-17	DHS 2016-17
Repubblica Unita di Tanzania	10	5	13	19	10	12	9	4	2015-16	DHS 2015-16
Benin	9	5	13	16	14	10	7	2	2014	MICS 2014
Iraq	7	7	8	1	3	3	6	22	2018	MICS 2018
Togo	3	3	4	4	4	3	4	2	2017	MICS 2017

	2	1	4	7	2	2	2	1	1	2017-18	MICS 2017-18
Ghana	2	1	4	7	2	2	1	1	1	2017-18	MICS 2017-18
Niger	2	1	2	2	2	2	3	1	1	2012	DHS/MICS 2012
Cameroon	1	1	2	1	4	1	1	1	1	2004	DHS 2004
Uganda	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2016	DHS 2016



Glossario

Termini associati alla mutilazione genitale femminile (MGF) ripreso dalle Linee Guida dell'OMS 2016:

De-infibulazione

La pratica di tagliare l'apertura vaginale ristretta in una donna che è stata infibulata, cioè spesso necessario per migliorare la salute e il benessere, nonché per consentire i rapporti o per facilitare il parto.

Infibulazione (MGF di tipo III)

Restringimento dell'orifizio vaginale con creazione di un sigillo di copertura mediante taglio e apposizione delle labbra minora e/o le grandi labbra, con o senza escissione del clitoride.

Medicalizzazione delle MGF

Situazioni in cui la procedura (compresa la reinfibulazione) è praticata da qualsiasi categoria sanitaria

medico, sia in una clinica pubblica che privata, a casa o altrove, in qualsiasi momento della vita di una donna.

Re-infibulazione

La procedura per restringere l'apertura vaginale in una donna dopo che è stata deinfibulata (cioè dopo

parto); noto anche come risutura.

Terapia cognitivo comportamentale (CBT)

Un tipo di terapia psicologica basata sull'idea che i sentimenti sono influenzati dal pensiero e dalle convinzioni. Se incontrollati, questi pensieri e convinzioni possono portare a comportamenti inutili. La CBT ha tipicamente un cognitivo componente (vale a dire aiutare la persona a sviluppare la capacità di identificare e sfidare negativi irrealistici pensieri) e una componente comportamentale.

Acronimi

ARS	A genzia R egionale di S anità della Toscana
CEDU	C orte E uropea dei D iritti dell' U omo
COSPE	Onlus C ooperazione per lo S viluppo dei P aesi E mergenti
CRPO	C ommissione R egionale P ari O pportunità
CRR	C entro di R iferimento R egionale
CRRV	C entro di R iferimento R egionale per la V iolenza di genere
CSG	C entro di S alute G lobale
CONIPRAT	C omité N igérien sur les P ratiques T raditionnelles ayant effet sur la santé des Femmes et des Enfants
CUAMM	C ollegio U niversitario A spiranti M edici M issionari
CUP	C entro U nificato di P renotazione
DGR	D ecreto di G iunta R egionale
ECM	E ducazione C ontinua in M edicina
FAD	F ormazione a D istanza
Formas	Laboratorio Regionale per la F ormazione S anitaria Agenzia Regionale
FSE	F ondo S ociale E uropeo
GAIA	G ruppo A iuto I nfanza e A dolescenza
GISCi	G ruppo I taliano S creening del Cervicocarcinoma
HBV	Virus dell'Epatite B
HIV	Virus dell'Immunodeficienza Umana
HPV	Papilloma Virus Umano
IC	Intervallo di C onfidenza: viene introdotto quando si esegue una misura o si calcola un rapporto fra misure non sull'intera popolazione



ICC	C arcinoma I nvasivo della C ervice uterina
IRCCS	Istituti di R icovero e C ura a C arattere S cientifico ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari.
ISPRO	Istituto per lo S tudio , la P revenzione e la R ete O ncologica
LEA	L ivelli E ssenziali di A ssistenza sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini
MGF	M utilazione dei G enitali F emminili
MGF/E	M utilazione dei G enitali F emminili con E scissione
OMS	O rganizzazione M ondiale della S anità
ONS	O sservatorio N azionale S creening
OR	O dds R atio di un trattamento è: il rapporto tra la frequenza con la quale un evento si verifica in un gruppo di pazienti e la frequenza con la quale lo stesso evento si verifica in un gruppo di pazienti di controllo.
POR	P rogramma O perativo Regionale
SDG	S ocietà di D ata A nalytics Gruppo
SPC	S istema P ubblico di C onnettività : la rete che collega tra loro tutte le pubbliche amministrazioni italiane, consentendo loro di condividere e scambiare dati e risorse informative.
SSN	S ervizio S anitario N azionale
UNICEF	F ondo delle N azioni U nite per l'Infanzia.



Bibliografia e riferimenti

- Abdulcadir, Jasmine, et al. «Female Genital Mutilation: A Visual Reference and Learning Tool for Health Care Professionals». *Obstetrics & Gynecology*, vol. 128, n. 5, novembre 2016, pagg. 958–63. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001686>.
- Alhassan AR, Anyinzaam-Adolipore JN. Female Genital Mutilation in Ghana: Prevalence and Socioeconomic Predictors. *Biomed Res Int*. 2021 May 11;2021:6675579. doi: 10.1155/2021/6675579. PMID: 34055999; PMCID: PMC8133873.
- Allison L. Osterman, Rachel L. Winer, Geoffrey S. Gottlieb et al (International Journal of Cancer.: 144,1302–1312 (2019) (Department of Global Health, University of Washington, Seattle, WA) Female genital mutilation and noninvasive cervical abnormalities and invasive cervical cancer in Senegal, West Africa: A retrospective study
- Centro Salute Globale <https://www.centrosaluteglobale.eu/site/wp-content/uploads/2016/12/DICHIARAZIONE-MUTILAZIONI-GENITALI-FEMMINILI-2.pdf>
- DGR 619/2006 Regione Toscana: Raccomandazioni per la prevenzione, segnalazione, sorveglianza e negoziazione delle MGF tra le donne adulte e le minori provenienti dai paesi a rischio
<https://www.regione.toscana.it/documents/10180/13586257/allegato+parere+n.+23-2016+MGF.pdf/957db71d-ff22-473a-a646-764ea75fc037;jsessionid=AD92EDED25E6B5394E80573099DF1C84.web-rt-as01-p2?version=1.0>
- END FGM European network, EndFGM.eu, 2020 <https://www.endfgm.eu/female-genital-mutilation/what-is-fgm/>
- Farina, Patrizia, et al. «Estimating the Number of Foreign Women with Female Genital Mutilation/Cutting in Italy». *The European Journal of Public Health*, vol. 26, n. 4, agosto 2016, pagg. 656–61. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw015>.



- [Female Genital Mutilation \(FGM\) Statistics - UNICEF Data](https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/), 2022, <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>
- Istituto Piepoli S.P.A, Innovazione nelle Ricerche di Marketing . Valutazione quantitative e qualitativa del fenomeno delle mutilazioni genitali in Italia [Quantitative and qualitative evaluation of the phenomenon of female genital mutilation in Italy] Milan : Piepoli , 2009 . p. 1 – 30 .
- Legge 09/01/2006 n. 7, recante "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile" <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=25549>
- Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare un'attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf
- PROGRAMMA OPERATIVO Anno 2018 Cooperazione Sanitaria Internazionale & Salute dei Migranti https://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5185949&nomeFile=Delibera_n.710_del_25-06-2018-Allegato-A
- Risoluzione del 6/02/2014 del Parlamento Europeo "Towards the elimination of female genital mutilation".
- Risoluzione 117/2021 del Consiglio Regionale della Toscana "In merito alle mutilazioni genitali femminili e alle azioni finalizzate a contrastare tali pratiche" https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/crt/resoconti-aula/2171_2575.pdf
- Ortensi, Livia Elisa, et al. «Female Genital Mutilation/Cutting in Italy: An Enhanced Estimation for First Generation Migrant Women Based on 2016 Survey Data». *BMC Public Health*, vol. 18, n. 1, dicembre 2018, pag. 129. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1186/s12889-017-5000-6>



- Sakeah, Evelyn, et al. «Persistent Female Genital Mutilation despite Its Illegality: Narratives from Women and Men in Northern Ghana». *PLOS ONE*, a cura di Yeetey Akpe Kwesi Enuameh, vol. 14, n. 4, aprile 2019, pag. e0214923. *DOI.org (Crossref)*, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214923>.
- Tuttitalia.it, dati ISTAT 2021 <https://www.tuttitalia.it/toscana/statistiche/cittadini-stranieri-2021/>
- UNICEF, “Female Genital Mutilation.”, 2020 Website: [unicef.org/ protection/female-genital-mutilation](https://www.unicef.org/protection/female-genital-mutilation)
- UNFPA, “Conducting Public Inquiries to Eliminate Female Genital Mutilation.” Website: [unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-Primer_Conducting_Public_Inquiries_to_Eliminate_Female_Genital_Mutilation](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-Primer_Conducting_Public_Inquiries_to_Eliminate_Female_Genital_Mutilation), 2020.
- World Health Organization, United Nations Population Fund & United Nations Children's Fund (UNICEF), Female genital mutilation : a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. World Health Organization, 1997. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41903>



Contributi e ringraziamenti

Questo documento non sarebbe stato possibile senza l'apporto e la collaborazione di tantissimi professionisti che, in Toscana, hanno sempre lavorato e stanno lavorando per la salute ed il benessere delle donne soprattutto quelle più fragili come le donne migranti che, per storia personale e per la cultura dei loro paesi di origine, hanno maggiore difficoltà ad accedere ai servizi e a rivendicare il loro diritto ad una vita in salute.

La Commissione Regionale Pari Opportunità, per sua stessa natura, crede fortemente nel lavoro di rete in cui ogni soggetto può portare la propria esperienza e la propria professionalità al servizio di una causa collettiva. Solo in questo modo, lavorando insieme e mettendo a confronto le proprie esperienze, è possibile riuscire ad intercettare le esigenze e i bisogni di salute delle tante donne vittime di violenza e in particolare di quelle che hanno subito una delle violenze più atroci come quella delle mutilazioni e creare per loro delle risposte concrete, continuative e di sistema.

Ci teniamo a ringraziare, dunque, per il lavoro svolto e per la fattiva collaborazione i seguenti soggetti (in ordine alfabetico):

Associazione Nosotras Onlus, *nella persona della Presidente Dott.ssa **Isabella Mancini***

Centro salute globale AOU Meyer, *nella persona della Dott.ssa **Maria Jose Caldes Pinilla***

ISPRO, *nella persona della Dott.ssa **Anna Iossa***

Regione Toscana, Assessorato Istruzione, formazione professionale, università e ricerca, impiego, relazioni internazionali e politiche di genere, *nella persona dell'Assessora **Alessandra Nardini***

Regione Toscana, Direzione sanità, welfare e coesione sociale, *nella persona della Dott.ssa **Daniela Matarrese***

Servizio GAIA AOU Meyer, *nella persona della Dott.ssa **Stefania Losi***

Università degli Studi di Firenze - Master di II livello in Salute e medicina di genere, *nella persona della Dott.ssa **Elena Trallori***

Università degli Studi di Pisa - Facoltà di Ostetricia e Ginecologia, *nella persona del Prof. **Tommaso Simoncini***



Una menzione speciale va inoltre alla pittrice **Rossella Baldecchi**⁴⁴ che ci ha gentilmente concesso l'immagine di copertina. A lei va il nostro più sentito ringraziamento per aver saputo cogliere in questa immagine il senso del dolore ma anche della speranza che spesso le donne vittime di mutilazioni si trovano a vivere.

⁴⁴ <http://www.rosselbaldecchi.com/>



