



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 73

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
sul femminicidio, nonché su ogni forma di
violenza di genere

COMUNICAZIONI DELLA PRESIDENTE

AUDIZIONE DI RAPPRESENTANTI DELLE ASSOCIAZIONI
NOSOSTRAS E LABORATORIO UNA DONNA, SUL TEMA
DELLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

82^a seduta: giovedì 15 aprile 2021

Presidenza della Presidente VALENTE

I N D I C E**Comunicazioni della Presidente**

PRESIDENTE Pag. 3, 4 |

**Audizione di rappresentanti delle associazioni Nosotras e Laboratorio una donna,
sul tema delle mutilazioni genitali femminili**PRESIDENTE Pag. 4, 7, 13 e *passim*
LEONE (M5S) 9, 11
MAIORINO (M5S) 9MANCINI Pag. 4, 10, 12
TIRRITO 7, 12, 14

Intervengono, in videoconferenza, la dottoressa Isabella Mancini, presidente dell'associazione Nosotras, e la dottoressa Maricetta Tirrito, presidente dell'associazione Laboratorio una donna.

I lavori hanno inizio alle ore 12,05.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna, per il primo punto all'ordine del giorno, sarà assicurata mediante il Resoconto sommario e il Resoconto stenografico.

COMUNICAZIONI DELLA PRESIDENTE

PRESIDENTE. Onorevoli colleghe e colleghi, l'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi, nella seduta del 30 marzo scorso, ha deliberato di avviare una collaborazione con la procura generale presso la Corte di cassazione sui temi della violenza di genere e domestica.

Tale collaborazione prevede lo scambio di informazioni e incontri tra la Commissione e le procure generali presso le corti d'appello e il procuratore generale presso la Corte di cassazione.

Do quindi riassuntivamente conto della lettera che invieremo al Procuratore generale presso la Cassazione.

In particolare, sarebbe d'interesse della Commissione l'attivazione di uno scambio di informazioni e d'incontri con il Procuratore generale presso la Cassazione ed i Procuratori Generali presso le Corti d'Appello ai sensi dell'articolo 6 del decreto legislativo n. 106 del 2006, sui temi della violenza di genere, domestica ed assistita e concordare le azioni operative per dare seguito alla collaborazione, di rilevante importanza per contrastare il fenomeno della violenza contro le donne.

Ovviamente vi è chiaro quanto per noi possa essere prezioso riuscire a organizzare iniziative e manifestazioni con il corpo principale della magistratura italiana, perché i grandi temi vengono affrontati soprattutto nelle aule di giustizia e questo avviene soprattutto per la vittimizzazione secondaria e per le mancate tutele delle donne nel corso dei procedimenti.

Possiamo addirittura pensare a momenti di formazione – che loro ci chiedevano – con i procuratori e i presidenti delle corti d'appello, oltre naturalmente allo scambio di informazioni utili con le procure.

Propongo quindi di incaricare gli Uffici di procedere all'invio della lettera.

Non essendovi osservazioni, così resta stabilito.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna, per il secondo punto all'ordine del giorno, sarà assicurata attraverso il Resoconto sommario e il Resoconto stenografico, nonché, ai sensi dell'articolo 13, comma 4, del Regolamento interno, attraverso l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

Avverto inoltre che le audite e i commissari avranno la possibilità di chiedere in qualsiasi momento la chiusura della trasmissione audio-video e la segretazione dell'audizione o di parte di essa, qualora ritengano di riferire alla Commissione fatti o circostanze che non debbano essere divulgati.

Preciso che, ai sensi del regolamento interno, sarà la Commissione a decidere su un'eventuale richiesta in tal senso.

Poiché non vi sono obiezioni, così resta stabilito.

*PROCEDURE INFORMATIVE***Audizione di rappresentanti delle associazioni Nosotras e Laboratorio una donna, sul tema delle mutilazioni genitali femminili**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione di rappresentanti delle associazioni Nosotras e Laboratorio una donna, sul tema delle mutilazioni genitali femminili.

Do il benvenuto dunque alla dottoressa Isabella Mancini, presidente dell'associazione Nosotras, e alla dottoressa Maricetta Tirrito, presidente dell'associazione Laboratorio una donna.

Ricorderete che su questo argomento abbiamo avviato una serie di importanti audizioni, una volta ultimate le quali (ne mancano ancora un paio), presenteremo una relazione.

Do ora la parola alla dottoressa Isabella Mancini, presidente dell'associazione Nosotras.

MANCINI. Signora Presidente, ringrazio la Commissione per l'opportunità che ci viene data di poter condividere i contenuti di un lavoro ultradecennale che la nostra associazione svolge sul tema delle mutilazioni genitali femminili.

Nosotras è una ONLUS, un'associazione interculturale di donne migranti e di donne italiane che dal 1998 lavora sui temi di genere e in modo particolare sui diritti delle donne; è uno spazio d'incontro, di confronto e di dialogo pensato prevalentemente per le donne migranti e fondato da donne migranti. Questo vuol dire che all'interno della nostra associazione sono stati portati fin dalla fondazione i temi relativi alle comunità di origine delle nostre socie e fondatrici.

Uno di questi è indiscutibilmente quello della mutilazione genitale femminile e dei matrimoni forzati e precoci che in alcuni Paesi di provenienza delle nostre associate sono pratiche ancora in vigore.

La nostra associazione è antenna territoriale e nazionale dell'*Inter-African Committee on traditional practices*, una rete di una trentina di organizzazioni nazionali e internazionali che si occupano di fare *lobby* e di gestire sui territori le pratiche di sostegno al contrasto delle mutilazioni genitali femminili. Questa rete è attiva in Africa ormai da più di trent'anni e possiamo onorarci di esserne l'antenna territoriale. Questo ci ha permesso di sviluppare delle relazioni internazionali non solo con gli Stati che hanno accolto le diaspore dai Paesi in cui tali pratiche vengono effettuate ma anche con gli Stati di provenienza, il Niger in particolare, uno dei Paesi con cui continuiamo a collaborare costantemente e proficuamente da più di quindici anni attraverso l'associazione sorella Coniprat.

Per quanto riguarda invece il versante italiano, dal momento in cui è stata varata la legge n. 7 del 2006 sulle mutilazioni genitali femminili la nostra associazione ha lavorato su tutte le forme di sensibilizzazione rivolte sicuramente alle comunità migranti presenti sul nostro territorio ma anche a tutti quei soggetti che possono intercettare il fenomeno a vari livelli. Siamo state particolarmente attive in Sardegna, in Piemonte, in Puglia e nel Lazio attraverso progetti di formazione rivolti ad operatori sociali e socio-sanitari finanziati dalle leggi regionali.

L'approccio che la nostra associazione ha rispetto alla tematica delle mutilazioni genitali femminili sta nel quadro del contrasto internazionale, quindi un contrasto a tolleranza zero, come recita lo stesso titolo della giornata ad esso dedicata, la Giornata internazionale della tolleranza zero per le mutilazioni genitali femminili, che si celebra il 6 febbraio di ogni anno e alla quale ovviamente partecipiamo attivamente con proposte di formazione e di sensibilizzazione sui territori, con un'ottica di approccio sociale: l'attività che svolgiamo, infatti, riguarda la presa in carico delle persone dal punto di vista sociale, un'ottica che viene ormai attuata anche a livello europeo da tutte le realtà nazionali (dall'Olanda, all'Inghilterra, alla Francia, alla Spagna) che si occupano di questo fenomeno.

Il proficuo percorso svolto, che ci ha visto formare centinaia di persone nel corso degli ultimi anni, è stato interrotto nella sua continuità nel momento in cui la legge nazionale non è stata più rifinanziata.

Rileviamo inoltre la mancata applicazione dei principi legislativi relativi agli strumenti di prevenzione del fenomeno a causa dell'assenza di centri regionali dedicati che dovrebbero non solo svolgere la funzione di punti di riferimento per le donne portatrici di mutilazioni genitali ma dovrebbero anche essere luoghi di formazione e di informazione per tutti i soggetti che si trovano a doversi interfacciare con questo fenomeno.

La legge, dal nostro punto di vista, non è stata efficace per quanto riguarda l'aspetto punitivo, mentre è stata adeguata, finché è stata finanziata, per la parte relativa ai percorsi di prevenzione.

Facendo, anche recentemente, alcune rilevazioni per incontri e dibattiti che abbiamo svolto all'inizio di quest'anno proprio intorno alla Gior-

nata internazionale contro le mutilazioni genitali femminili, abbiamo individuato ancora numerosi territori della nostra Nazione privi di un centro regionale di riferimento, non ultima la Toscana, che ospita la sede della nostra associazione, che ha avuto un centro fino a due anni fa, cioè fino al pensionamento della persona referente; da quel momento il percorso che era stato tracciato non è stato più portato avanti.

Riteniamo che il centro regionale, di cui – ripeto – molte Regioni sono ancora sprovviste, sia uno strumento utile sia per le donne già portatrici di mutilazioni genitali che per le famiglie che crescono le loro figlie in Italia: il centro, infatti, dovrebbe essere anche un luogo in cui prendere informazioni sulle normative vigenti nel Paese ospitante.

Dal nostro punto di vista, quindi, c'è ancora moltissimo da fare.

È vero che è estremamente difficile riuscire a tradurre il problema in numeri. Le ricerche che sono state commissionate recentemente dal Dipartimento per le pari opportunità hanno consentito di effettuare un'analisi del fenomeno ma, se si guardano le ricerche svolte a livello internazionale, si comprende che riportare i numeri è estremamente complesso. Quello di cui siamo certe è che il fenomeno migratorio può interrompere la prosecuzione della pratica se c'è un'effettiva sensibilizzazione delle persone interessate dal problema.

Rimane sicuramente ancora un lavoro importante da fare (e questo è un dato che rileviamo attraverso i contatti e le segnalazioni che riceviamo presso la nostra associazione), quello di sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari, i primi ad intercettare le donne mutilate, nello specifico le partorienti. Si tratta di un tema controverso che dal punto di vista della sensibilità muove immediatamente sentimenti particolarmente forti e, allo stesso tempo, mette in moto nelle donne migranti l'elaborazione e la ricostruzione della propria identità nel momento in cui si trovano a confrontarsi con questa dinamica.

Non si può negare che sulla tematica sia ancora in corso un dibattito importante – anche banalmente rispetto alla denominazione del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili – assolutamente necessario per consentire una riflessione complessiva.

Dal punto di vista nazionale, auspichiamo che venga ripreso un ragionamento che possa dare risposte univoche alle varie realtà territoriali, dal Trentino alla Sicilia, e che possa offrire un sostegno prevalentemente alle donne portatrici di mutilazioni genitali: infatti, con gli arrivi in particolare dai Paesi dell'Africa centrale il fenomeno sarà rilevato sicuramente in modo maggiore rispetto al recente passato e dunque sarebbe essenziale poter offrire e poter garantire attraverso i servizi sanitari regionali una risposta adeguata alle richieste di cura e di presa in carico sanitario, senza dimenticare che, grazie all'articolo 18-bis del decreto legislativo n. 286 del 1998 (il testo unico sull'immigrazione), le mutilazioni genitali sono uno dei motivi per i quali la donna straniera può ottenere un permesso di soggiorno per rimanere sul nostro territorio nazionale.

Sicuramente c'è tantissimo da fare. È stato anche fatto tanto e sarebbe quindi utile procedere ad una ricognizione del recente passato; in-

fatti, fino al 2015 la legge n. 7 del 2006 ha avuto sempre una copertura economica che ha permesso a diverse realtà territoriali di realizzare numerosi progetti grazie ai quali si sono sviluppate relazioni e reti di intervento sul territorio. Ora però è necessario dare risposte univoche alle donne che hanno dovuto affrontare questo tipo di problematiche.

Il nostro approccio si incentra in particolare sullo sviluppo di una integrazione e di una relazione interculturale, nell'ottica di una presa in carico delle donne affinché riescano a seguire un percorso di inserimento nel tessuto sociale; è un approccio diverso rispetto a quello di crescita della donna nel contesto in cui si trova.

Mi permetto di portare alla vostra attenzione un altro elemento relativo alle seconde generazioni e in modo particolare alle bambine che non sono nate nel nostro Paese, che sono arrivate in Italia già mutilate nei loro Paesi d'origine, che hanno magari delle sorelle nate qui da noi che invece potrebbero non subire questa pratica. Sono situazioni sicuramente importanti per la prevenzione e il contrasto ma richiedono un'attenzione al sostegno e al supporto di queste giovani donne che si trovano a confrontarsi con una realtà identitaria con cui forse non avrebbero mai pensato di dover fare i conti.

Vi ringrazio per il tempo e per l'attenzione. L'argomento è talmente ampio che se ne potrebbe parlare molto a lungo. Questi che vi ho illustrato mi sembravano i punti più interessanti da condividere con voi. Rimango a disposizione per qualunque tipo di domanda ma anche per eventuali integrazioni scritte.

PRESIDENTE. La ringrazio, dottoressa Mancini. Per noi le integrazioni scritte sono sempre preziose perché semplificano il nostro lavoro di redazione della relazione finale. Le saremmo quindi grati se può inviarcì la documentazione integrativa di quanto da lei esposto oggi.

Do ora la parola alla dottoressa Maricetta Tirrito, presidente dell'associazione Laboratorio una donna.

TIRRITO. Signora Presidente, saluto la Commissione e vi ringrazio per l'attenzione.

Premetto che questa mattina ho inviato ai vostri Uffici un piccolo *dossier* che presenta il lavoro che abbiamo svolto negli anni sia a livello di ricerca che a livello di proposte; sono 217 pagine che mi piacerebbe ognuno di voi possa leggere per la parte di propria competenza e su cui chiederei, se fosse possibile, un riscontro da parte vostra.

Tra le proposte che avanziamo una riguarda la modifica dell'articolo 8 della legge 9 gennaio 2006, n. 7, proposta che deriva dal fatto che noi abbiamo vissuto e viviamo il fenomeno della infibulazione in maniera diretta e come fenomeno sociale. Molto spesso, infatti, si sente definire questa pratica come un fenomeno culturale, approccio che a noi infastidisce, in quanto l'infibulazione riguarda il retaggio sociale, ambientale e tradizionale di alcune comunità radicali.

Sono certa che, al termine delle audizioni di questa Commissione, avrete chiaro cosa significa infibulazione, in cosa consista questa pratica, quali siano le lesioni subite dagli organi genitali femminili e quale sia la drammaticità delle ripercussioni sociali, psicologiche e fisiche che le donne vittime di mutilazioni genitali subiscono, prima a livello psicologico e fisico, poi a livello culturale, ambientale e sociale nel prosieguo della loro vita, specialmente quando vengono portate in territori diversi da quello in cui per motivi culturali – ed ecco che compare il termine «cultura» – quella mutilazione viene subita.

Ho voluto fare questa precisazione perché nell'arco di quasi vent'anni di attività abbiamo toccato con mano diversi disagi sociali che vengono vissuti da queste donne in Italia. Noi, infatti, ci occupiamo di mutilazioni genitali in Italia, dove i consultori familiari ancora oggi si limitano a de-rubricarle come lesioni genitali pregresse, quasi che il fenomeno non comportasse una complicità vissuta nel nostro territorio.

Ancora più grave è la scoperta, avvenuta a seguito di una ricerca avviata da una università dell'Emilia-Romagna ed estesa poi in tutta Italia, di casi di mutilazioni genitali avvenute nel 2020 nel nostro territorio: due in Emilia-Romagna, uno nel Lazio, quattro in Lombardia e cinque in Sicilia; parliamo di bambine nate in Italia e mai allontanatesi dal nostro Paese. Questo ci porta a pensare che esista purtroppo una rete sommersa e illegale che ancora oggi pratica l'infibulazione nel nostro territorio.

Abbiamo ascoltato il caso di Leyla, una donna somala arrivata in Italia a sedici anni nel 2001 ma costretta all'età di dodici anni a sposarsi precocemente con un uomo radicalizzato; quest'uomo ha preteso per lei l'infibulazione, l'ha defibulata la prima notte di nozze e l'ha costretta ad una nuova infibulazione subito dopo il primo parto. Faccio presente che questo primo parto è avvenuto in Italia. Ciò significa che i medici italiani si trovano a dover reinfibulare le donne dopo che queste hanno partorito, altrimenti a livello culturale verrebbero ripudiate dai propri coniugi.

Assistiamo a situazioni familiari inverosimili. C'è il caso di Alexa, nata in Italia e segnalata dai genitori delle sue compagne di scuola per una anomalia che le ragazze avevano notato casualmente nei suoi genitali mentre erano insieme nel bagno della scuola, anomalia che queste avevano poi riportato in famiglia.

Noi ci siamo quindi concentrati su quanto ancora oggi purtroppo accade nel nostro Paese, sulla rete di imposizione culturale che si stende su alcune donne che non hanno la forza di ribellarsi quando si trovano ancora all'interno di un nucleo familiare che spesso le tiene lontane dalla nostra cultura, che spesso non insegna loro neanche la lingua italiana e che spesso continua a crescere le figlie con le stesse modalità di origine, nonostante siano nate in un contesto diverso; parliamo di circa 5.000 bambine a rischio sul territorio italiano, figlie di donne che a loro volta sono stata infibulate.

Questo dell'infibulazione è un fenomeno in cui si è insediata la mafia nigeriana. Proprio Leyla ci ha raccontato che il radicalismo che l'ha costretta all'infibulazione l'ha poi indotta a scappare di casa insieme alla

sua bambina. È infatti accaduto che un giorno si era presentato a casa sua un uomo – che lei sapeva avere aperto un conto al proprio marito presso una banca islamica del Qatar con sede a Roma – per consegnare dei soldi al capofamiglia affinché la figlia fosse infibulata. A quel punto Leyla, che ha voluto evitare alla bambina questa atrocità, è scappata di casa con sua figlia e oggi si trova in una casa protetta.

Ci siamo così concentrati sull'allarme ormai vigente in territorio italiano relativo alla mutilazione genitale femminile sommersa e illegale. Nella nostra ricerca abbiamo riscontrato complicità proprio del radicalismo islamico e abbiamo compreso che l'insistenza di procedere a questa pratica è data dalla volontà di conquista del territorio: continuare a perpetrare certe tradizioni radicali, incomprensibili per la nostra mentalità, significa per il radicalismo conquistare il territorio attraverso queste famiglie che fanno da avamposto.

Il racconto di Leyla relativo ai soldi forniti per l'infibulazione ci mostra la logica delle banche islamiche il cui interesse non è il prestito o la regalia, dal momento che la *ribā*, cioè l'interesse finanziario, è proibita nel sistema bancario islamico, ma la volontà di entrare nella dinamica privata e ristretta del nucleo familiare che viene sovvenzionato solo attraverso il canale maschile (alle donne non è consentito avere rapporti imprenditoriali, economici, sociali); la logica della banca è quella di partecipare al progetto di vita familiare, al progetto economico della famiglia che in tal modo diventa cellula e avamposto del radicalismo.

Noi vogliamo segnalare con forza questo fenomeno perché è necessario comprendere che alcune forme malate di criminalità, attraverso il radicalismo, attraverso la tensione culturale, sociale e tradizionale di queste dinamiche, si insinuano nel tessuto familiare degli immigrati quando invece questi potrebbero essere integrati nella società che li accoglie con un supporto e un accompagnamento più decisi.

Quello che riteniamo manchi oggi nella normativa a tutela delle donne nate in Italia o migrate nel nostro Paese ed accolte dalla nostra società è la prevenzione di questo fenomeno.

LEONE (M5S). Signora Presidente, ringrazio le nostre ospiti per i loro interventi.

Ringrazio in particolare la dottoressa Tirrito per il materiale che ci ha già inviato e per il preciso racconto che ci ha fatto di situazioni atroci che ci vedono coinvolti sia umanamente come singoli sia come Commissione.

Ho una domanda da porre a entrambe le nostre ospiti. È certamente difficile entrare nelle comunità che praticano queste procedure ed incidere con decisione su questo fenomeno. Vorrei però sapere se avete già avviato progetti di sensibilizzazione nei Paesi d'origine, in modo da agire al livello della prevenzione, settore di cui mi occupo nell'ambito della Commissione.

MAIORINO (M5S). Signora Presidente, ringrazio la dottoressa Mancini e la dottoressa Tirrito per le loro puntuali illustrazioni.

Chiedo in particolare a quest'ultima un approfondimento in merito a due aspetti che ha affrontato. La dottoressa Tirrito ha affermato che i nostri medici sono costretti a reinfibulare le donne dopo il parto. Vorrei capire se in casi come questi è possibile invocare l'obiezione di coscienza o se ci sono comunque altri modi per evitare di procedere a una pratica a mio avviso veramente barbarica che sostanzialmente prosegue con l'avallo del nostro sistema sanitario. Vorrei quindi che la dottoressa chiarisse questo aspetto perché, così come esposto, è qualcosa di inconcepibile.

In ordine invece ai fondi bancari trasferiti alle singole famiglie, non ho ben capito se ciò avviene sulla base di una richiesta di prestito e se tale richiesta ha eventualmente un esplicito obiettivo. Poiché i contorni mi sembrano poco chiari, vorrei sapere se dispone di maggiori elementi per chiarire questo aspetto.

MANCINI. Vi ringrazio innanzitutto per averci seguite ed ascoltate.

Per quanto riguarda i progetti realizzati negli anni nei Paesi d'origine, come dicevo la nostra associazione è collocata all'interno dell'*Inter-African Committee on traditional practices* e collabora in particolare con il Niger dove, attraverso l'associazione consorella Coniprat, realizza ormai dal 2005 progetti orientati al contrasto del fenomeno.

Abbiamo ormai sviluppato una particolare metodologia che permette la presa in carico di tutto il gruppo sociale di riferimento, compresi i *leader* spirituali e i *leader* politici, in particolare attraverso una specifica formazione rivolta alle donne che praticano le mutilazioni genitali femminili ma anche una specifica formazione rivolta alle bambine e alle ragazze. Attraverso questo tipo di formazione, che ci permette di comprendere lo sviluppo del percorso che viene seguito, le donne che hanno praticato la mutilazione vengono sostenute nel loro percorso di riconversione – consentitemi questo termine – da un'attività che in molte parti dell'Africa è riconosciuta come una vera e propria professione: le mutilatrici, infatti, si occupano sì delle mutilazioni ma anche della nascita dei bambini e della loro crescita; all'interno del gruppo sono figure sociali di riferimento. Pertanto, per rimuovere almeno le motivazioni economiche che inducono queste donne a proseguire la pratica, è stato avviato un progetto di riconversione lavorativa specificamente rivolto a loro. Per una reciproca presa in carico vengono coinvolti anche gli attori istituzionali dei Paesi in questione, che sono quasi la totalità dell'Africa, ad eccezione di sei, tra cui la Somalia e il Sudan, le cui strutture politiche sono particolarmente disastrose.

Faccio presente che tra il 2005 e il 2016 la percentuale di incidenza del fenomeno in Niger si attestava intorno al 6 per cento mentre ora, grazie a questa progettualità, che – ripeto – vede coinvolti più attori e non soltanto la nostra associazione, si è ridotta al 3 per cento.

C'è ancora da lavorare, ma è evidente che il metodo porta dei risultati ed è importante che questo sia chiaro perché molto spesso in situazioni come queste può sconfortare il pensiero che le proprie azioni non abbiano seguito; invece i riscontri ci sono e li troviamo anche nei Paesi d'origine, non a caso l'*Inter-African Committee*, attivo da più di trent'anni

in questo ambito, è riuscito a esercitare un'importante azione di *lobbying* sui Governi africani per indurli a varare leggi *ad hoc* che vietino queste pratiche.

Ovviamente il dibattito è ancora acceso perché le mutilazioni vengono praticate da tempo immemore, specialmente in alcuni Paesi, anche se è sbagliato fare riferimento ai Paesi interi dal momento che in realtà questi fenomeni interessano specifiche popolazioni che risiedono in maniera trasversale in più territori.

Per quanto riguarda, invece, la nostra azione, specificamente di prevenzione, in Italia, l'approccio sociale di cui vi parlavo è stato utilizzato in modo particolare in un ultimo progetto realizzato dal Centro salute globale della Regione Toscana in collaborazione con un gruppo che a livello regionale si occupa della prevenzione rivolta specialmente alle bambine. È un percorso che comprende la formazione, continuata e continuativa degli *stakeholder*, in modo particolare di quelli sanitari, e un percorso sociale. Un tassello di tutto questo percorso, quello di verifica dell'integrità della salute delle bambine, dovrebbe essere curato dai pediatri ma, non essendo inserito nel bilancio di salute di riferimento, spesso nei fatti viene trascurato e quindi diventa particolarmente complesso procedere a quel monitoraggio necessario per garantire che la pratica non venga esercitata nella fase di crescita.

Noi continuiamo a lavorare sulla divulgazione e sulla sensibilizzazione. Ricordo a tale proposito una pubblicazione che abbiamo realizzato lo scorso anno insieme al dottor Omar Abdulcadir e alla dottoressa Lucrezia Catania in occasione della Giornata internazionale della tolleranza zero per le mutilazioni genitali femminili; è un testo di divulgazione scientifica pensato proprio per i medici che si trovano a dover praticare la reinfibulazione – di cui vi ha parlato la dottoressa Tirrito – alle donne che hanno partorito. Ovviamente si tratta di una procedura che la nostra legislazione non consente. Faccio però presente che simili richieste spesso provengono proprio dalle stesse donne e il fatto di non accoglierle rientra nel quadro dell'azione di sensibilizzazione e di informazione svolta presso le comunità.

Vi invieremo comunque anche questo contributo, tradotto dall'inglese all'italiano, che pensiamo sia utile per conoscere le conseguenze mediche che queste pratiche hanno sulle donne adulte. La prevenzione è rivolta alle bambine, ed è importantissima perché nessuna dovrebbe essere costretta a queste atrocità; allo stesso tempo, però, anche la cura e l'informazione che si fa proprio nei luoghi di cura rivestono una grande importanza.

LEONE (M5S). Mi scusi, dottoressa Mancini, considerato che il Marocco rappresenta per certi aspetti la principale comunità straniera presente in Italia, vorrei sapere se anche nei Paesi magrebini, così come anche in Bangladesh, avete attivato progetti e percorsi della stessa tipologia di quelli attivati in Niger.

MANCINI. In Marocco la pratica delle mutilazioni genitali femminili non è rilevante, a meno che non sia portata, anche in quel Paese, da processi migratori, quindi da persone provenienti da altri territori. In Marocco le mutilazioni non vengono praticate perché non fanno parte della cultura del Paese; peraltro, vengono contrastate anche sotto il profilo normativo.

In Bangladesh non abbiamo mai lavorato su queste tematiche, ma anche in questo caso sono solo alcune piccole comunità a farvi riferimento.

Faccio comunque presente che le mutilazioni genitali femminili sono di varie tipologie: l'infibulazione è quella a cui facciamo più facilmente riferimento per una questione di diffusione e informazione ed è sicuramente la pratica più invasiva che provoca i maggiori danni permanenti sulla salute delle donne. Ci sono però anche mutilazioni più leggere. In gran parte della Nigeria viene praticato il primo tipo di mutilazione, quindi l'asportazione della prima parte del prepuzio clitorideo o del clitoride intero e per verificarla è necessario uno specialista, quindi una formazione specifica, perché si tratta di un intervento non immediatamente visibile come lo è invece l'infibulazione che si differenzia da quella anche per le conseguenze completamente diverse anche dal punto di vista medico.

TIRRITO. Ringrazio la senatrice Maiorino per la richiesta di approfondimenti sia sulla reinfibulazione che sui finanziamenti delle banche islamiche.

È vero, la reinfibulazione nel nostro Paese è illegale perché vietata dalla normativa. Noi però abbiamo proposto una modifica dell'articolo 8 della legge 9 gennaio 2006, n. 7, proprio perché le norme esistenti non sono idonee. Mi spiego meglio e perdonatemi la crudezza di quanto vi spiegherò.

La forma di lesione genitale femminile più diffusa non è l'asportazione del clitoride ma la chiusura delle piccole e delle grandi labbra; tale chiusura, che lascia aperta soltanto una piccolissima fessura che permette la fuoriuscita delle urine e del sangue mestruale, è pretesa dall'uomo perché la chiusura estrema rende la donna mentalmente più desiderabile e rende ancora più godurioso il rapporto sessuale da parte dell'uomo. Spesso accade che la defibulazione praticata dall'uomo durante l'atto sessuale nel corso del matrimonio è minima e, quindi, potrete immaginare che tipo di lacerazione subisce l'apparato genitale della donna nel momento in cui questa partorisce rigorosamente in modo naturale. Inoltre, le pratiche infibulatorie sono spesso compiute in tenera età e questo porta la donna a ritrovarsi al momento del parto una morfologia dei propri organi genitali ormai composta. Ogni donna che ha partorito in forma naturale sa che assai di frequente capita che il canale di passaggio del bambino debba essere ampliato chirurgicamente e che la parte lacerata venga poi ricucita immediatamente dopo l'espulsione. Questo tipo di intervento nei fatti costituisce una reinfibulazione che, per quanto riguarda il fenomeno di cui ci occupiamo, è possibile a causa di una lacuna legislativa: nessun medico lascerà mai che una donna infibulata che ha partorito resti lacerata

nell'apparato genitale. È pur vero, però, che l'intelligenza di questo tipo di comunità vuole che la donna sia comunque seguita da un medico sin dalle prime fasi della gravidanza presso i consultori familiari e, quindi, il ginecologo che la assisterà durante il parto è consapevole di quello che il parto provocherà ai suoi genitali. Per questo motivo capita molto spesso che si tenti di convincere queste donne a scegliere il parto cesareo, ma nel 90 per cento dei casi tale possibilità viene rifiutata, anche in questo caso a causa di una impostazione familiare. Modificando l'articolo 8 che abbiamo prima richiamato è possibile fare in modo che queste pratiche siano effettuate dal medico con la consapevolezza di una segnalazione, anche perché se la donna, una volta partorito, dovesse tornare a casa priva della ricomposizione della parte genitale verrebbe ripudiata dal marito.

Per quanto riguarda invece le banche islamiche, esiste un vero e proprio progetto volto a finanziare le famiglie in modo da dare attuazione ad un piano di radicalizzazione religiosa. Anche la banca è sottoposta alle regole dell'Islam in una concezione esclusivamente maschile e in rapporto continuo con l'evoluzione familiare, ambientale ed economica del soggetto finanziato. La banca diventa accoglitrice del progetto familiare, fosse anche l'apertura di un negozio o di un'altra attività riconosciuta nel Paese di accoglienza e ne diventa *partner* e proprietaria al 50 per cento. Considerando alcune forme di finanziamento e di contributi, risulta chiaro che alle banche islamiche – penso in particolare a quella del Qatar – quello che interessa è la continuazione dello spirito di proselitismo e le famiglie in cui vi è una radicalizzazione della condizione della donna sono testimonianze di una partecipazione alla radicalizzazione del territorio. È questo il principio basilare delle banche islamiche. Noi abbiamo potuto intervistare il direttore della banca islamica di Torino (che opera attraverso uno sportello virtuale) il quale ci ha spiegato la struttura patriarcale della banca – una vera e propria *Mediolanum* dell'Islam – che opera secondo il principio dei vasi comunicanti: ci sono dei veri e propri promotori finanziari che entrano nelle case delle famiglie appartenenti alla comunità e propongono l'unione del loro progetto di vita con il progetto economico; in questo modo si radicano nel territorio.

Quanto ai progetti realizzati nei Paesi d'origine, preciso che la nostra associazione lavora solo ed esclusivamente sul territorio italiano, dal Nord al Sud, e prevalentemente con le comunità nigeriana e somala. Durante le nostre ricerche non abbiamo riscontrato una compromissione di alto livello delle comunità del Bangladesh e del Marocco, diversamente da quanto accade invece per la comunità nigeriana che presenta dei risvolti molto particolari. Leyla, invece, la nostra *testimonial* antiviolenza e per il contrasto all'infibulazione, da me più volte nominata, è di nazionalità somala.

PRESIDENTE. Ringrazio le nostre ospiti per il loro contributo alle quali rinnoviamo l'invito ad inoltrarci tutto il materiale scritto di cui dispongono.

TIRRITO. Signora Presidente, sarà mia premura inviare alla Commissione anche il *dossier* che abbiamo redatto – si tratta di un fascicolo di diverse pagine – in merito ai finanziamenti delle banche islamiche.

PRESIDENTE. La ringrazio, dottoressa Tirrito.
Dichiaro conclusa l'audizione.

I lavori terminano alle ore 13.

