



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 71

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

AUDIZIONE DI RAPPRESENTANTI DI ACTIONAID ITALIA, DI
AMREF HEALTH AFRICA-ITALIA E DI SAVE THE CHILDREN

80^a seduta: giovedì 25 marzo 2021

Presidenza della Vice Presidente LEONE

I N D I C E**Audizione di rappresentanti di ActionAid Italia, di Amref Health Africa-Italia
e di Save the Children**

PRESIDENTE	Pag. 3, 14, 16	<i>D'ALCONZO</i>	Pag. 4
RIZZOTTI (<i>FIBP-UDC</i>)	14, 15	<i>DAMEN</i>	4
VALENTE (<i>PD</i>)	14	<i>MAGNI</i>	11, 14, 15
		<i>ORFANO</i>	16
		<i>SCARICABAROZZI</i>	8, 15

Sigle dei Gruppi parlamentari: Europeisti-MAIE-Centro Democratico: Europeisti-MAIE-CD; Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-IDEA e CAMBIAMO: Misto-IeC; Misto-Liberi e Uguali: Misto-LeU; Misto+Europa – Azione: Misto+Eu-Az.

Sono presenti, in videoconferenza, la dottoressa Rossana Scaricabarozzi, responsabile unità gender and economic justice, e la dottoressa Isabella Orfano, esperta di diritti delle donne di ActionAid Italia; la dottoressa Paola Magni, head of institutional strategic partnership, la dottoressa Renata Torrente, coordinatrice dei programmi in Italia, e la dottoressa Roberta Rughetti, di Amref Health Africa-Italia; la dottoressa Giusy D'Alconzo, responsabile delle relazioni istituzionali e advocacy, e la dottoressa Chiara Damen, international advocacy e policy coordinator di Save the Children.

I lavori hanno inizio alle ore 12,30.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna 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.

Audizione di rappresentanti di ActionAid Italia, di Amref Health Africa-Italia e di Save the Children

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione di rappresentanti di ActionAid Italia, di Amref Health Africa-Italia e di Save the Children.

Sono presenti, in videoconferenza, la dottoressa Rossana Scaricabarozzi, responsabile unità *gender and economic justice*, e la dottoressa Isabella Orfano, esperta di diritti delle donne di ActionAid Italia; la dottoressa Paola Magni, *head of institutional strategic partnership*, la dottoressa Renata Torrente, coordinatrice dei programmi in Italia, e la dottoressa Roberta Rughetti, di Amref Health Africa-Italia; la dottoressa Giusy D'Alconzo, responsabile delle relazioni istituzionali e *advocacy*, e la dottoressa Chiara Damen, *international advocacy* e *policy coordinator* di Save the Children.

Le nostre ospiti relazioneranno in merito alle mutilazioni genitali femminili.

Cedo subito la parola alla dottoressa D'Alconzo.

D'ALCONZO. Vi ringrazio per averci invitato in audizione su un tema così complesso. Ci fa piacere tornare in audizione presso questa Commissione, che ha un mandato molto importante, e vi ringraziamo anche per l'attenzione che la stessa sta dedicando a tematiche rilevanti su bambine, bambini e adolescenti nell'ambito appunto del vostro mandato, perché è una dimensione a cui non sempre viene data attenzione e, invece, voi lo state facendo e dal nostro punto di vista è molto apprezzabile.

Sapete che Save the Children lavora in Italia ed è nel mondo al fianco delle bambine e dei bambini e dei gruppi più marginalizzati. Spesso le ragazze, le giovani donne e le bambine stesse fanno parte dei gruppi più marginalizzati. Ciò accade in molti Paesi del mondo.

Rispetto al tema di oggi, vista la dimensione intrinsecamente internazionale dello stesso, ci sembrava fondamentale trattarlo guardando e partendo dai nostri progetti all'estero, raccontando soprattutto ciò che noi stessi abbiamo rilevato come essenziale negli interventi al fianco delle ragazze e delle bambine in prevenzione e in contrasto di questa pratica odiosa e, quindi, raccontando quanto sia importante una dimensione di rispetto e di *empowerment* verso le bambine e le ragazze quando si interviene al riguardo.

Cederei la parola alla collega Chiara Damen, coordinatrice *advocacy* e *policy* internazionale, che tratterà questo tema.

DAMEN. Le mutilazioni genitali femminili rientrano fra le pratiche tradizionali dannose e, insieme ai matrimoni precoci, rappresentano una forma di violenza di genere. Sono pratiche esclusivamente dirette alle donne e alle ragazze in piena violazione dei loro diritti fondamentali alla vita, alla salute, all'integrità fisica, alla parità di genere, alla libertà da ogni forma di discriminazione, al divieto assoluto di tortura e trattamenti crudeli inumani e degradanti. Con riferimento specifico alle minorenni, queste costituiscono una violazione dei diritti delle bambine e delle ragazze così come sanciti dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

D'accordo con la definizione data in seno alle Nazioni Unite già nel 1997, le mutilazioni genitali femminili includono, infatti, tutte quelle procedure che implicano la parziale o totale rimozione o altro tipo di lesione degli organi genitali femminili esterni sia per motivi culturali che per altri motivi non terapeutici. La pratica ha delle conseguenze gravissime di tipo fisico e psicologico con danni permanenti: le ragazze che subiscono questa pratica possono incorre in infezioni, infertilità, dolori; possono essere più esposte al rischio di contrarre l'HIV, a complicazioni durante il parto, con conseguente aumento del rischio della mortalità perinatale, e ad emorragie *post* parto. Le donne sottoposte a questa forma di violenza hanno più pos-

sibilità di sviluppare disturbi e traumi psicologici, depressione, incubi, attacchi di panico e in generale una perdita di autostima.

Tradizionalmente questa pratica viene realizzata da donne adulte con strumenti come una lama da rasoio o un coltello, in condizioni igienico-sanitarie precarie, che aumentano chiaramente il rischio di contrarre malattie come, ad esempio, il tetano. Per ovviare a questo problema oggi si assiste anche a un aumento della medicalizzazione del fenomeno: si calcola che circa 52 milioni di donne e ragazze abbiano subito delle mutilazioni genitali proprio ad opera di dottori, infermieri e ostetriche.

Di fronte a questo fenomeno, è importante sottolineare che le mutilazioni genitali femminili non sono mai sicure né giustificate da un punto di vista medico. In qualunque modo vengano realizzate, infatti, creano un danno fisico e psicologico – come abbiamo detto – e perpetuano una discriminazione di genere e la violenza sulle donne, violando l'integrità fisica e la dignità della persona.

Riporto ora alcuni dati che ci permettono di dare una dimensione del fenomeno a livello globale. Nonostante gli strumenti internazionali di tutela dei diritti umani condannino inequivocabilmente le mutilazioni genitali femminili e nonostante la loro incidenza tra le ragazze adolescenti sia diminuita nei Paesi a basso e medio reddito, prima della pandemia si contavano ancora 4 milioni di ragazze a rischio ogni anno. Attualmente si contano circa 200 milioni di donne e ragazze che hanno subito una qualche forma di mutilazione genitale, principalmente in 31 Paesi, che sono distribuiti tra Africa, Medio Oriente e Asia. La concentrazione maggiore si registra nel continente africano, ma sono molto diffuse anche nei Paesi come Iraq, Yemen e alcuni Paesi asiatici come l'Indonesia, dove si stima che circa il 49 per cento delle bambine di undici anni o anche più giovani sono state sottoposte a questa pratica.

La maggior parte delle donne e delle ragazze hanno subito questa forma di violenza prima di compiere quattordici anni e, in metà dei Paesi in cui questa pratica è ancora molto diffusa, la maggior parte delle bambine subisce la mutilazione entro il quinto anno di vita. Questo dato ci indica quanto sia fondamentale lavorare sulla prevenzione e sul supporto per le bambine più giovani e per le adolescenti.

Nei 92 Paesi in cui oggi si registrano casi di mutilazioni genitali femminili, solo 51 hanno delle leggi che ne prevedono l'abolizione. È importante evidenziare che molti dei Paesi con alti tassi di mutilazioni genitali femminili hanno già delle leggi e piani per porre fine a questa pratica. Tuttavia, riscontriamo che la presenza di una legge non sia sufficiente per porre fine al fenomeno.

Se la percentuale di donne e ragazze che subiscono le mutilazioni genitali ha registrato infatti un *trend* decrescente negli ultimi anni, il loro numero in valore assoluto continua a crescere a causa dell'aumento della popolazione mondiale. Si stima infatti che, dai circa 4 milioni del 2020, si arriverà a 4 milioni e 600.000 casi nel 2030.

La pandemia da Covid ha inoltre determinato un ulteriore incremento e lo sta ancora determinando. A causa dell'interruzione dei programmi di

prevenzione e di contrasto alle violenze di genere e dei servizi per le donne e le ragazze, ci si aspetta infatti una riduzione di almeno un terzo dei progressi che devono essere realizzati entro il 2030 e ulteriori 2 milioni di casi di mutilazioni genitali femminili nei prossimi dieci anni, principalmente tra le bambine. In Somalia, tra i Paesi con il più alto tasso di mutilazioni genitali femminili (circa il 98 per cento), viene riportato che le famiglie stanno approfittando della chiusura delle scuole per praticare le mutilazioni genitali in modo che le bambine abbiano tempo per recuperare senza perdere le lezioni e senza che la loro assenza venga notificata. Infine, rispetto ai dati, è importante sottolineare che questa pratica non è più solo confinata nei Paesi del Sud del mondo: si registrano infatti casi anche in Australia, nell'Unione europea, in Giappone, nel Regno Unito e negli Stati Uniti.

Per inquadrare il fenomeno da un punto di vista sociale ed economico, si evidenzia come le mutilazioni genitali femminili siano generalmente prevalenti tra le famiglie più povere, meno istruite e nelle aree rurali. Diverse evidenze suggeriscono che vi sia una correlazione con l'alto tasso di abbandono scolastico, la bassa partecipazione alle attività scolastiche e i livelli d'istruzione delle madri.

Negli ultimi vent'anni nei Paesi ad alta incidenza del fenomeno la percentuale di donne e ragazze contrarie a questa pratica è raddoppiato; al contempo, però, in Paesi come l'Egitto, il Gambia, la Guinea, il Mali o la Sierra Leone più della metà della popolazione femminile è ancora favorevole.

Le convenzioni internazionali sui diritti umani condannano le mutilazioni genitali femminili come forme di violenza di genere e la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza richiede ai Governi di prendere tutte le misure efficaci e appropriate per abolire le pratiche tradizionali dannose per la salute dei bambini. Anche l'Agenda 2030 del 2015, che impegna 193 Paesi a raggiungere 17 obiettivi di sviluppo sostenibile, include esplicitamente il *target* 5.3, che prevede l'eliminazione di ogni tipo di pratica tradizionale dannosa come i matrimoni infantili e le mutilazioni genitali femminili entro il 2030. Tuttavia, perché ciò avvenga, è necessario agire concretamente attraverso interventi multisettoriali che consentano di produrre un cambiamento nelle norme sociali basate su credenze tradizionali radicate, su dinamiche di potere e di gestione delle risorse squilibrate tra uomini e donne, che sono all'origine di queste pratiche tradizionali dannose.

Quindi come contrastare questo fenomeno? Riporto ora un esempio degli interventi che stiamo effettuando in Etiopia. Nonostante il Governo etiope si sia impegnato attraverso una *roadmap* nazionale per eliminare i matrimoni precoci e le mutilazioni genitali femminili entro il 2025, queste sono ancora diffuse e riguardano in particolar modo le ragazze più piccole. In Etiopia il 65 per cento delle donne tra i quindici e i quarantanove anni e il 16 per cento delle ragazze di età inferiore ai quattordici anni ha subito una qualche forma di mutilazione genitale e la metà di loro prima dei cinque anni. Queste sono prevalenti in gran parte del Paese e sono pra-

ticare da molti gruppi etnici, sia nelle comunità rurali che in quelle urbane, indipendentemente dalla fede religiosa. Se da una parte del Paese si registra una diminuzione delle mutilazioni genitali femminili tradizionali, dall'altra stanno emergendo *trend* preoccupanti come quello della medicalizzazione.

Il nostro intervento insiste anche su una regione come quella del South Omo, una zona rurale in cui le pratiche tradizionali dannose sono fortemente radicate. In quest'area lavoriamo attraverso un approccio integrato che comprende attività nelle scuole (sia di educazione pre-primaria che primaria), protezione e promozione dei diritti delle bambine e dei bambini. Promuoviamo il coinvolgimento attivo di tutti gli attori della comunità, inclusi gli uomini e i *leader* comunitari religiosi, in attività di sensibilizzazione sui gravissimi rischi per la salute che questa pratica comporta, in attività di prevenzione, ma anche per identificare i casi e promuovere il *referral* attraverso meccanismi di protezione su base comunitaria.

Le *partnership* strategiche sviluppate con le organizzazioni religiose, quelle della società civile, le alte strutture a livello comunitario, con le iniziative guidate dai giovani e con il Governo stesso sono state fondamentali per mobilitare la comunità verso un cambiamento. Con il nostro programma ci poniamo l'obiettivo di contribuire a porre fine a tutte le forme di mutilazioni genitali femminili costruendo sul coinvolgimento comunitario e capitalizzando sull'impegno del Governo nazionale. Abbiamo, infatti, supportato direttamente il Ministero per le donne, i bambini e i giovani nello sviluppo della *roadmap* e stiamo ora lavorando a livello locale per promuoverne l'implementazione sul campo. Usiamo diversi *forum* di dialogo, piattaforme di discussione, gruppi comunitari per raggiungere il consenso e per giungere a una presa d'impegno pubblica a sostegno dell'abolizione della pratica.

Le organizzazioni su base comunitaria e quelle religiose nell'area di intervento hanno integrato, ad esempio, il tema delle mutilazioni genitali nei loro statuti in modo che chiunque supporti o pratichi questa forma di violenza venga segnalato al sistema giudiziario. Lavoriamo con gruppi di giovani nelle scuole, che poi sensibilizzano a loro volta il resto della comunità. Il coinvolgimento degli uomini e dei bambini è, inoltre, una strategia chiave laddove nelle credenze locali le mutilazioni genitali sono viste come una precondizione per il matrimonio e un deterrente a relazioni prematrimoniali.

Attraverso il nostro programma, assistiamo donne e ragazze che hanno subito le mutilazioni genitali femminili per assicurare loro l'accesso ai servizi sanitari, all'istruzione e al supporto economico. Attraverso percorsi di *referral* rafforzati, le ragazze possono beneficiare infatti di servizi medici e di altro tipo. Promuoviamo la loro partecipazione alle attività generatrici di reddito per sostenerle in un percorso di indipendenza economica, per promuovere il loro *empowerment*, proteggere loro e i loro figli. Le evidenze ci dimostrano che, quanto più le ragazze frequentano la scuola, tanto più sono consapevoli dei rischi e contrarie alle pratiche tradizionali dannose.

Sulla base della nostra esperienza pluriennale di lavoro sul campo per porre fine alle pratiche tradizionali dannose, tra cui le mutilazioni genitali femminili, raccomandiamo quindi ai Governi nazionali di investire innanzitutto nell'educazione e nell'*empowerment* delle ragazze, sensibilizzandole sulle conseguenze e sui rischi delle mutilazioni genitali femminili. Alcuni studi dimostrano, infatti, che le donne che sono consapevoli dei rischi associati sono meno propense a continuare la pratica. Rafforzare i programmi antimutilazioni genitali femminili nelle scuole è fondamentale per creare degli spazi sicuri di apprendimento e discussione sulle diverse forme di pratiche tradizionali dannose attraverso l'uso di materiali o linguaggio *child friendly*; in secondo luogo, sviluppare e implementare dei piani di azione nazionale adeguatamente finanziati e dotati di meccanismi di *accountability* per porre fine a queste pratiche. Si dovrebbero coinvolgere diversi Ministeri, quello della salute, dell'educazione, della giustizia, della protezione infantile e delle finanze, unitamente ai dipartimenti che si occupano di donne e giovani.

Raccomandiamo, inoltre, di lavorare con tutti gli attori della comunità, con le loro ragazze, le loro famiglie, gli uomini e i bambini maschi, i *leader* religiosi per promuovere il cambiamento delle norme sociali, raccogliere consensi e supporto per porre fine alle mutilazioni genitali femminili e rafforzare meccanismi di protezione formali e informali. Particolarmente rilevante in questo senso, come si è detto, è anche il coinvolgimento dei *leader* religiosi per le loro capacità d'influenza sulle credenze, le attitudini e i comportamenti dei membri della comunità, ma anche degli uomini e dei bambini come attori di cambiamento.

In ultimo, raccomandiamo di rafforzare i sistemi di raccolta dati affinché siano disaggregati per genere ed età per poter raggiungere ogni bambina e ragazza, in particolare nei contesti umanitari, per poter realizzare delle analisi accurate e informare la definizione delle politiche e degli interventi.

SCARICABAROZZI. Innanzitutto, vi ringrazio dell'opportunità che ci viene offerta. Abbiamo preparato una relazione, che vi invieremo anche in forma scritta, che descrive in particolare come noi interveniamo in Italia contro le mutilazioni genitali femminili e riportiamo anche alcune considerazioni rispetto alla risposta attualmente promossa dalle istituzioni in Italia.

La lotta contro le pratiche lesive dei diritti delle donne è una delle priorità della strategia globale di ActionAid e il nostro impegno per porre fine alle mutilazioni genitali femminili è parte di una visione più ampia, in cui donne e ragazze possano avere il controllo sul proprio corpo e godere dei loro diritti sessuali e riproduttivi, con la garanzia di vivere libere da ogni forma di violenza.

Il nostro approccio parte dalla volontà di potenziare la capacità di donne e ragazze di sfidare gli squilibri di potere all'interno dei nuclei familiari e delle comunità; un percorso di *empowerment*, quindi, che parte dal livello personale fino a coinvolgere e contagiare tutta la collettività. Moni-

toriamo, inoltre, le politiche dedicate alla prevenzione e al contrasto della violenza e di pratiche lesive come le mutilazioni genitali femminili, coinvolgendo donne e ragazze e le loro comunità nella promozione di un cambiamento strutturale in grado di porre fine nel lungo periodo al fenomeno.

L'impegno di ActionAid in Italia contro le mutilazioni genitali femminili nasce dal riconoscimento di quanto esse siano un fenomeno globale che riguarda anche l'Europa interessata da flussi migratori provenienti da Paesi a tradizione escissoria. ActionAid ha avviato un primo intervento sul tema nel 2016 con un progetto europeo di durata biennale dal titolo AFTER (*Against FGM/C through empowerment and rejection*) e implementato in Italia (in particolare nelle città di Milano e Roma), ma anche in Spagna, Belgio, Irlanda e Svezia.

Il progetto si è fondato sui seguenti assi: l'*empowerment* di donne e ragazze provenienti da Paesi a rischio e la loro mobilitazione contro la pratica attraverso percorsi guidati da *community trainer*, ossia donne provenienti da Paesi a tradizione escissoria identificate e formate anche attraverso lo scambio con esperti di ActionAid coinvolti in programmi di prevenzione e contrasto alle mutilazioni genitali femminili in alcuni Paesi africani.

Il secondo asse riguarda la sensibilizzazione rivolta a uomini provenienti da Paesi in cui si praticano le mutilazioni genitali femminili guidata da uomini appartenenti alle stesse comunità e anche coinvolgendo *leader* religiosi, il monitoraggio delle politiche nazionali e regionali e l'*advocacy* verso le istituzioni e, infine, le campagne di sensibilizzazione rivolte al grande pubblico.

È attualmente in corso il Progetto Chain, sempre di durata biennale e avviato nel 2020, che implementiamo in *partnership* con un consorzio europeo impegnato in attività di prevenzione e contrasto in Italia (in particolare nella città di Milano), Germania, Francia, Belgio e Spagna. Il progetto ha come obiettivo principale l'elaborazione partecipata di una catena d'intervento che delinei procedure *standard* a livello locale per l'attuazione di interventi volti a prevenire le pratiche lesive dei diritti delle donne (in particolare le mutilazioni genitali femminili, ma anche i matrimoni precoci forzati), riconoscere potenziali casi di mutilazioni genitali femminili e di matrimoni precoci forzati, prendere in carico e accompagnare vittime e potenziali vittime verso servizi rilevanti che prevedano interventi di supporto informati, consapevoli e sensibili alle differenze culturali. Tale obiettivo è perseguito promuovendo il protagonismo di donne e ragazze in tutto il processo, in particolare di figure di *community trainer*, persone (donne e uomini) formate e autorevoli provenienti da Paesi in cui le pratiche sono diffuse e in grado di sensibilizzare le proprie comunità di appartenenza al fine di favorire la tolleranza zero verso le mutilazioni genitali femminili e altre pratiche tradizionali lesive. Centrale in tale processo è anche il coinvolgimento, il confronto e la formazione di tutti gli attori pubblici e privati rilevanti nel territorio, al fine di garantire una responsabilità collettiva per l'implementazione e per la sostenibilità della catena d'intervento.

Attraverso lo studio del fenomeno, l'analisi delle politiche, ma soprattutto il confronto costante con le donne e le ragazze, incluse esperte professioniste provenienti da Paesi a tradizione escissoria, ActionAid ha identificato le seguenti criticità rispetto alla risposta istituzionale in Italia alle mutilazioni genitali femminili. Procedo per punti.

Il cambiamento non può che venire dalle comunità stesse. Le mutilazioni genitali femminili sono un tema delicato ad alto rischio di stigma sociale verso la popolazione migrante, oltre che un tabù di cui si parla poco in pubblico, fattore che incancrenisce l'impossibilità per donne e ragazze di accedere ai servizi di supporto. È fondamentale costruire un dialogo transculturale che parta dalla conoscenza e dal confronto sulle mutilazioni genitali femminili quali pratiche culturali e identitarie, coinvolgendo innanzitutto le donne e le ragazze affinché siano agenti attive di cambiamento presso le loro comunità di appartenenza, evitando quindi l'imposizione di una mera lettura occidentale di un fenomeno che rimane nelle sue cause ed espressioni una violazione dei diritti umani delle bambine, delle ragazze e delle donne. Coinvolgere uomini e *leader* religiosi è un'altra componente importante di una strategia complessiva di contrasto alle mutilazioni genitali femminili.

Vengo al secondo punto. Le mutilazioni genitali femminili, così come altre pratiche tradizionali lesive, devono essere parte di una strategia più ampia contro tutte le forme di violenza di genere. Ogni forma di violenza è grave e lede il diritto delle donne di autodeterminarsi. Trattare le mutilazioni genitali femminili come problema a sé stante rischia di aumentare il rischio di stigmatizzare le comunità praticanti e chiudere quindi ogni possibilità di dialogo e, allo stesso tempo, di far apparire più tollerabili altre forme di violenza come quella domestica e le molestie sul luogo di lavoro. La strategia del Governo, incluso il prossimo Piano d'azione nazionale contro la violenza per il prossimo triennio 2021-2023 e la strategia nazionale per la parità di genere, deve partire quindi da tale presupposto.

In terzo luogo, occorre una strategia coraggiosa, sperimentale e continuativa nel tempo. Rispetto ad altri Paesi europei con storia più lunga d'immigrazione, il nostro Paese conta su poche sperimentazioni e interventi che rendono difficile l'identificazione di buone pratiche replicabili. Benché vi siano stati certamente alcuni sforzi di comprendere e approfondire il fenomeno anche con la formazione di figure sanitarie e produzione di linee guida d'intervento sempre in campo sanitario, sono poche le sperimentazioni volte a prevenire le mutilazioni genitali femminili e ancora meno su altre pratiche come i matrimoni precoci forzati.

La scarsa attenzione verso la prevenzione e il coinvolgimento diretto delle comunità praticanti in tale attività è stato inoltre messo in luce già nel 2013 dall'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere (EIGE) in riferimento al contesto europeo in generale. Si tratta di argomenti complessi che abbracciano vari ambiti oltre a quello sanitario e che richiedono un impegno serio e continuativo di riflessione e analisi per meglio comprendere come agire efficacemente in termini di prevenzione e di risposta.

L'ultimo punto riguarda i pochi fondi e la scarsa *accountability*. La legge 9 gennaio 2006, n. 7, recante «Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile», dispone lo stanziamento annuale di 5 milioni di euro (previsti dall'articolo 9) specificatamente per finanziare campagne informative con un importo pari a 2 milioni di euro, formazione di personale sanitario con un importo di 2,5 milioni di euro e la gestione di un numero verde dedicato con un importo di 500.000 euro. Nel corso degli ultimi anni, tuttavia, il Parlamento ha autorizzato una spesa di gran lunga inferiore a quanto previsto dalla legge. L'ultima legge di bilancio relativa al 2020-2021, ad esempio, ha stabilito un ammontare pari a 900.000 euro, meno di un quinto di quanto previsto dalla legge, confermando la scarsa attenzione dedicata alle attività di prevenzione e di supporto in materia di mutilazioni genitali femminili.

Sono state rilevate, inoltre, serie difficoltà di tracciamento delle risorse e quindi l'identificazione della loro destinazione d'uso, nonché la poca trasparenza in merito al coordinamento in capo al Dipartimento per le pari opportunità delle attività svolte dai Ministeri competenti dirette alla prevenzione, all'assistenza alle vittime e all'eliminazione delle pratiche di mutilazione genitale femminile, come previsto dall'articolo 2 della stessa legge n. 7 del 2006.

MAGNI. Vi ringrazio sentitamente per l'invito e rivolgo un apprezzamento per l'interesse della Commissione verso il tema delle mutilazioni genitali femminili.

Molte delle cose dette dalle colleghe di Save the Children e ActionAid fanno parte della tipologia di lavoro di Amref sul campo. Amref è la più grande organizzazione non governativa africana basata a Nairobi e si occupa di mutilazioni genitali femminili, con un *focus* ovviamente sull'Africa, da più di vent'anni, attraverso non solo programmi ma anche iniziative di *advocacy* a livello globale, di sensibilizzazione e di comunicazione.

Forti di questa esperienza sviluppata e maturata in vent'anni di lavoro in Africa e dei risultati emersi da analisi d'impatto che hanno dimostrato l'efficacia dei nostri interventi sul campo, ovviamente anche in collaborazione con altre organizzazioni, circa tre anni fa abbiamo iniziato a utilizzare questa grande esperienza sviluppata in interventi focalizzati sul territorio italiano, europeo e nordamericano; l'abbiamo fatto proprio per le evidenze che i programmi implementati in Africa ci hanno fornito.

Quindi vogliamo concentrare questo intervento proprio sulla situazione in Italia e sugli interventi che stiamo implementando. Molte delle cose presenti nella mia relazione – che consegneremo oggi – sono state dette dalla dottoressa di ActionAid, che ringrazio per aver anticipato una serie di argomenti fondamentali.

Aggiungo alcuni elementi quantitativi forniti dall'ultima indagine dell'Università degli studi di Milano-Bicocca, fatta per conto del Dipartimento per le pari opportunità, che ha rilevato numeri importanti del feno-

meno di mutilazioni genitali femminili in Italia. Si parla infatti di 87.000 donne presenti sul territorio italiano escisse, di cui 7.600 minorenni e 4.600 a rischio. I numeri sono importanti a livello europeo con 600.000 donne escisse e 180.000 a rischio ogni anno. Si tratta di un problema – abbastanza nuovo per alcuni Paesi essendo legato a fenomeni migratori, mentre per altri Paesi è più storico – che ha una rilevanza quantitativa e qualitativa importante in Europa e richiede che le politiche europee, quindi anche italiane, si adeguino a una serie di raccomandazioni che sono state fatte dalle più importanti e rilevanti istituzioni europee.

La dottoressa Scaricabarozzi di ActionAid prima ha menzionato l'EIGE, ossia l'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere, che nasce per dare delle indicazioni molto chiare e che ha espresso una serie di raccomandazioni proprio all'Italia. Noi siamo molto allineati con queste raccomandazioni in quanto esse e le modalità di lavoro sulle mutilazioni genitali femminili si basano su una letteratura estesa. Tutte le modalità di lavoro spiegate prima dai colleghi di ActionAid e di Save the Children fanno parte del patrimonio delle organizzazioni che lavorano sulle mutilazioni in quanto si è dimostrata l'efficacia di determinati interventi. Nonostante questo, in Italia ci sono carenze; alcune sono state già menzionate e su alcune stiamo lavorando in questo momento, in particolare la creazione e il lavoro su un modello multisettoriale e multi *stakeholder*, ossia che includa tutti gli elementi, i contesti e i settori che sono toccati dal tema delle mutilazioni genitali femminili.

L'Italia, sempre in base alle raccomandazioni e indicazioni di EIGE, affronta il tema delle mutilazioni da un punto di vista quasi prettamente sanitario. Le mutilazioni genitali femminili, invece, sono un tema che implica il coinvolgimento di settori quali quello dell'istruzione, quello sanitario e psicologico, quello legale e della protezione. Sappiamo che le mutilazioni danno diritto alla protezione internazionale, quindi richiede un modello multisettoriale e multi *stakeholder* che oggi è particolarmente carente in Italia.

Un ulteriore elemento sottolineato dalle raccomandazioni è la necessità del coinvolgimento delle comunità interessate nelle politiche che le riguardano, quindi un percorso che renda le comunità coinvolte parte integrante delle decisioni e delle politiche che devono necessariamente emergere. Le raccomandazioni spingono anche per una cooperazione transfrontaliera e ciò ci porta a guardare a esempi di contesto come quello francese, belga, inglese, che hanno una storia di migrazione più lunga e che quindi hanno sviluppato modelli che possono essere fonte d'ispirazione o comunque di scambio di buone pratiche.

È fondamentale inoltre il lavoro con le comunità. Naturalmente Amref, essendo africana, ha una storia di coinvolgimento comunitario molto forte e di *empowerment* che lavora sul tema della violenza, ma anche sul tema della salute sessuale e riproduttiva. Non si può scindere il tema delle mutilazioni genitali femminili da quello della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi; non è solo ed esclusivamente una forma di violenza di genere.

Siamo attivi con vari progetti in Italia, l'ultimo dei quali nasce da un bando del Ministero dell'interno che per la prima volta ha posto un'attenzione importante sulle mutilazioni genitali femminili. Crediamo che sia una risposta a delle raccomandazioni che sono state fatte a livello europeo; ricordo l'ultima risoluzione del febbraio 2020, che richiama i Paesi europei a uno sforzo superiore. È un progetto che intende rafforzare la *governance* dei sistemi, dei servizi e delle reti territoriali che devono rispondere al fenomeno; quindi ritorno al punto precedente, cioè un sistema che deve essere multisettoriale e non fatto a *silos* separati, che non abbiano un collegamento tra di loro.

Lavoreremo quindi con tutto il sistema delle reti territoriali di varie città italiane proprio per elaborare modelli d'intervento efficaci nel rispondere a questi bisogni e anche all'ultima analisi che menzionavo all'inizio, dell'Università Bicocca, che non solo guarda al tema quantitativo, ma anche a quello qualitativo, ossia ai *trend* che riguardano la propensione delle donne di origine straniera a continuare o meno la pratica. Questo è un elemento fondamentale perché, nonostante le reti territoriali quantitativamente siano aumentate, è lì, nei *trend* positivi, che si sono visti qualitativamente lo sforzo e il risultato delle iniziative precedenti.

Oltre a queste raccomandazioni che nascono da una *expertise* e una competenza delle istituzioni europee, accolgo tutte le raccomandazioni espresse dalle rappresentanti di ActionAid, che fanno parte anche della nostra lista, in particolare quelle che fanno riferimento alla disposizione delle risorse economiche, perché ovviamente fanno parte di una legge e non vengono rispettate. Raccomandiamo anche un maggior confronto con la società civile, con tutte le organizzazioni che si occupano del tema, che hanno sviluppato una competenza forte e che quindi possono rappresentare una fonte di esperienza importante per questa battaglia e per massimizzare l'impatto degli interventi. Tra ONG e organizzazioni infatti esistono già forme di sinergia e questa audizione è un esempio dell'importanza del valorizzare la società civile.

Ribadisco quello che ho detto in precedenza, ossia favorire il confronto con esperienze estere europee e la partecipazione ad azioni a livello globale, in particolare di *advocacy*, che spingono verso la richiesta più forte a livello globale di sforzi aggiuntivi. Amref infatti è membro fondatore della *Global platform for action to end FGM* e, insieme a questa piattaforma, stiamo spingendo fortemente verso richieste a livello globale, così come siamo membri di *End FGM european network*, che si occupa delle politiche europee e del lavoro con il Parlamento e la Commissione europea.

Termino dicendo che abbiamo notato una forte pressione a livello europeo sul tema. Lo si è visto in molte risoluzioni e nella nuova *gender strategy 2020-2025*. Il tema è forte a livello europeo e – com'è stato detto prima – l'Italia è dotata di un buon *framework* legislativo. È l'attuazione di tale *framework* che riteniamo importante rafforzare, quindi ci mettiamo a disposizione per tutte le azioni necessarie a questo rafforzamento.

PRESIDENTE. Volevo ringraziarvi per la vostra puntuale disamina di un tema così doloroso e purtroppo attuale. Vi chiederei di mandarci le relazioni di quanto ci avete esposto oggi.

Sicuramente l'emergenza Covid ha rallentato gli obiettivi di intervento su un tema così doloroso nell'ambito delle scuole e degli enti locali, però mi chiedevo quanti riscontri positivi avevate avuto prima del Covid nel coinvolgimento anche dei genitori nell'ottica di creare una sorta di comunità educante su un tema che ci riguarda molto da vicino.

VALENTE (PD). Vi ringrazio per il contributo altamente specializzato e puntuale.

Avete fatto un quadro a grandi linee sui numeri relativi al fenomeno che registriamo in Europa, ma per capire l'incidenza, quali sono i numeri sul nostro territorio nazionale? Li avete, sono disponibili? Riusciamo a monitorare e ad avere un numero più puntuale per il nostro territorio?

RIZZOTTI (FIBP-UDC). Vorrei sapere se avete la possibilità di conoscere il numero di chi fa ricorso a cure mediche presso pediatri di libera scelta, medici di famiglia e pronto soccorso. Nel caso non aveste accesso a questi dati, che credo siano importantissimi per monitorare la situazione nel nostro Paese, cosa suggerite? Avete preparato un questionario da inviare ai pediatri e ai medici di famiglia o non avete pensato ancora a nulla a questo riguardo?

MAGNI. È un tema che stiamo osservando da vicino proprio con l'inizio di questo progetto che stavo menzionando prima e che partirà il 1° aprile; fa parte proprio del rafforzamento della *governance* dei sistemi affinché ci sia il collegamento fra tutti i settori che se ne occupano; la stessa cosa funzionerà anche con l'inclusione del mondo educativo scolastico. Per esempio, riceviamo tantissime telefonate di insegnanti che non sanno bene come muoversi. Non mi riferisco al periodo della pandemia, ma prima del Covid abbiamo ricevuto moltissime segnalazioni proprio per la difficoltà delle persone di conoscere bene i servizi a cui rivolgersi. Anche la mappatura di cui si parlava in precedenza è fondamentale; fa parte del progetto che sarà implementato con fondi europei del Ministero dell'interno.

RIZZOTTI (FIBP-UDC). Visto che il vostro progetto partirà il 1° aprile, avete già programmato i punti d'azione, oltre a quello dell'informazione e della collaborazione degli insegnanti, proprio da un punto di vista medico-sanitario?

MAGNI. No, abbiamo adesso l'avvio del gruppo di lavoro che include anche questi enti, per esempio del mondo pediatrico e dei consulenti; fanno parte del progetto, perché rafforza proprio la *governance* dei sistemi, sono quindi *partner* ufficiali del progetto. Sarà uno degli elementi chiave del progetto.

RIZZOTTI (*FIBP-UDC*). Ad aprile parte il gruppo di lavoro, ma non ancora con le idee chiare sul progetto vero e proprio?

MAGNI. Il progetto in sé ha già tutta una sua struttura, ma adesso inizia il gruppo di lavoro. Tra l'altro, è inclusa l'Università Bicocca che – come dicevo prima – ha fatto questa indagine molto approfondita per il Dipartimento per le pari opportunità, quindi ha analizzato tutta una serie di indicatori e di criteri.

In secondo luogo, è inclusa anche la Società italiana di medicina delle migrazioni, che ha una grande esperienza per il rafforzamento delle competenze degli operatori. Quella del monitoraggio è una parte chiave; ovviamente adesso non c'è il monitoraggio, ma ci sarà.

RIZZOTTI (*FIBP-UDC*). Visto che questo è proprio un gruppo di lavoro specifico sulle mutilazioni genitali femminili, sarebbe possibile per la Commissione, che potrebbe anche confrontarsi, avere una copia del progetto?

MAGNI. Assolutamente sì, molto volentieri. Sarebbe veramente molto importante questo collegamento; quindi, insieme alla nota dell'audizione di oggi, vi mandiamo anche il progetto.

SCARICABAROZZI. Vorrei aggiungere qualcosa rispetto alla formazione di operatori e operatrici a vari livelli, anche sul mondo educativo e pediatrico. Dal confronto con esperte che erano state coinvolte a partire dall'adozione della legge (il Ministero della salute aveva avviato delle formazioni che hanno riguardato ginecologhe e ginecologi, principalmente personale ospedaliero, perché c'era il bisogno di formare per riconoscere le varie tipologie di MGF e anche per poter rispondere), è emerso che l'ambito su cui si può fare effettivamente di più perché non è stato coperto nel corso degli anni è proprio la formazione di medici di base, pediatri e di altre figure sanitarie, ma anche di insegnanti. Attraverso il confronto e i nostri programmi, rileviamo infatti che c'è proprio da costruire prima una consapevolezza di base di queste figure per poi capire come intervenire, appunto perché il tema è complesso; anche in questo andrebbero poi coinvolte le comunità stesse per capire come parlare nelle scuole e per non creare più danni che benefici. È un ambito scoperto su cui sicuramente sarebbe opportuno interrogarsi a vari livelli. Ovviamente gli interventi di rete di cui parlava anche la collega di Amref sono fondamentali in questo senso per capire cosa ogni attore può fare per la presa in carico e per la risposta.

Per quanto riguarda i dati, non sono raccolti in maniera continuativa. Se non sbaglio, nel 2009 ci fu una prima rilevazione promossa dal Dipartimento per le pari opportunità, di cui la stessa Università Bicocca aveva sollevato la debolezza metodologica, per capire i numeri effettivi delle donne che vivono con una forma di mutilazione genitale femminile nel

nostro Paese. Dal 2009 praticamente è passato un decennio e abbiamo una recente indagine eseguita dall'Università Bicocca su richiesta del Dipartimento per le pari opportunità, che ha una metodologia di raccolta dati e di analisi dei dati molto più sofisticata, però è una raccolta a cui dovrebbero seguirne altre secondo delle tempistiche ben definite per raggiungere l'obiettivo di monitorare cosa succede effettivamente e come cambia il fenomeno. Soprattutto i dati servono per comprendere come agire sul fenomeno, perché ha delle caratteristiche molto specifiche da comunità a comunità, e capire quali sono le comunità più colpite aiuta a monitorare nel tempo chi coinvolgere e come intervenire in generale sul fenomeno. Forse è stata data poca rilevanza, poco rilievo, poca pubblicità a questa raccolta dati che riteniamo preziosa e indispensabile perché informa su tutte le azioni.

ORFANO. Vorrei aggiungere un'informazione rispetto alla domanda posta dalla senatrice sui dati specifici. In questo contesto è importante ricordare che il Ministero della salute ha un ruolo importante e che produce un *report*. L'ultimo è del 2018; non è reperibile in rete, però probabilmente la Commissione dovrà rapportarsi con rappresentanti del Ministero perché è fondamentale proprio per avere quei dati che sono stati sollecitati poc'anzi.

PRESIDENTE. Ringrazio le nostre ospiti per il contributo offerto ai nostri lavori.

Dichiaro conclusa l'audizione.

I lavori terminano alle ore 13,25.