



MUTILAZIONI / MODIFICAZIONI GENITALI FEMMINILI NEL LAZIO E A ROMA

Il circolo virtuoso tra ricerca e servizi

a cura di DANIELA CARRILLO E GIANCARLO SANTONE



MUTILAZIONI / MODIFICAZIONI GENITALI FEMMINILI NEL LAZIO E A ROMA

Il circolo virtuoso tra ricerca e servizi

a cura di DANIELA CARRILLO E GIANCARLO SANTONE

La presente pubblicazione è realizzata nell'ambito del progetto nazionale **“Implementazione di un modello innovativo nei percorsi di accoglienza, diagnosi prevenzione e cura, dei minori stranieri e minori stranieri non accompagnati (MSNA) nei servizi sanitari”** - Obiettivo Specifico 5, Responsabile ASL Roma 1

Il progetto è stato finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute.

Fondazione ISMU ETS
Via Copernico, 1 - 20125
Milano Tel. 02.678779.1 www.ismu.org

Immagine di copertina: Priscilla Torrini
Progetto grafico e impaginazione: Graphidea

© Copyright ASL ROMA 1, Roma 2025

Indice

Premessa.....	Pag. 4
<i>Emanuele Caredda</i>	
Introduzione	Pag. 6
<i>Rosa Costantino e Giancarlo Santone</i>	
1. Le risposte del Centro SAMIFO della ASL Roma 1 alle donne migranti nella Regione Lazio e a Roma	Pag. 11
<i>Sara Riefolo e Giancarlo Santone</i>	
2. Le M/MGF. Una pratica complessa	Pag. 24
<i>Daniela Carrillo</i>	
3. La presenza delle donne straniere da paesi a tradizione.....	Pag.36
escissoria nella Regione Lazio e a Roma	
<i>Alessio Menonna</i>	
4. Donne e bambine a rischio M/MGF: stima indiretta.....	Pag.46
dell'incidenza del fenomeno <i>Alessio Menonna</i>	
5. Le donne assistite nei presidi sanitari di ASL Roma 1.....	Pag.56
<i>Patrizia Farina e Alessio Menonna</i>	
6. Esperienza personale e attitudini nei confronti delle M/MGF.....	Pag. 66
I risultati dell'indagine	
<i>Patrizia Farina</i>	
Conclusioni	Pag. 84
<i>Daniela Carrillo e Giancarlo Santone</i>	
Riferimenti Bibliografici.....	Pag. 88
Appendice.....	Pag.113

Premessa

Oltre 230 milioni di donne e bambine nel mondo sono colpite dalle Modificazioni/Mutilazioni Genitali Femminili (M/MGF). Dopo un dibattito durato a lungo, anche all'interno dell'OMS, esse sono state riconosciute verso la fine del secolo scorso come una pratica dannosa per la salute delle bambine e delle donne.

Tale pratica resta tuttavia presente in numerosi Paesi del mondo, soprattutto in Africa e Asia. L'impatto delle M/MGF, come è ben noto, non ricade solo sui Paesi a tradizione escissoria, ma per il movimento delle popolazioni interroga tutti i Paesi del mondo sul diritto alla salute, all'integrità del proprio corpo, al valore del rispetto e della dignità delle bambine e delle donne.

Le M/MGF acquistano caratteristiche molto differenti sulla base del Paese in cui vengono praticate. Esse, infatti, possono essere praticate con modalità tribali, a maggior rischio sanitario per i *setting*, gli operatori o in genere le operatrici e gli strumenti utilizzati, oppure essere praticate in *setting* para-chirurgici; tuttavia, mantengono ovunque il loro aspetto culturale, fortemente radicato e perpetrato per ragioni identitarie, utile nelle relazioni tribali, necessario per l'affermazione dell'appartenenza comunitaria. Il fenomeno tende a crescere nei momenti di crisi economica, nel contesto di povertà o, ancor peggio, di impoverimento tipico delle guerre, perché si recede ad una brutalizzazione dell'uso del corpo della donna, in quanto in tali culture la donna mutilata acquista maggior valore di scambio nelle relazioni inter-familiari, tribali e comunitarie.

Preso atto che le ragioni alla base del perpetrarsi delle M/MGF sono fondate spesso su tradizioni che non rispettano la dignità e i diritti di donne e bambine e inoltre, che queste pratiche hanno conseguenze gravi sulla loro salute, come contrastare il fenomeno?

La legge italiana (L. 7/2006) è evoluta e forte, soprattutto per il diritto riconosciuto all'integrità del corpo femminile, per l'individuazione di risorse destinate alla divulgazione e alla formazione di operatori e operatrici dei servizi che dovrebbero intercettare e prevenire il fenomeno e per l'adeguamento nel Codice penale del reato e della sanzione riconosciuta per chi lo compie sul territorio nazionale, ma in realtà non ha agito in modo decisivo sul contrasto del fenomeno.

Il Ministero della Salute ogni anno provvede al trasferimento alle Regioni dei fondi ministeriali previsti proprio dalla L. 7/2006, per realizzare un'attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine sottoposte a pratiche di M/MGF. L'ufficio competente per questo

capitolo di spesa periodicamente monitora le attività finanziate dal fondo. Nell'ultimo monitoraggio è emerso che vengono finanziate principalmente azioni di formazione del personale sanitario e sociosanitario, formazione di persone operanti nelle comunità di accoglienza, oppure di persone appartenenti alle comunità a tradizione escissoria. Altre attività sono il finanziamento di pagine informative, di percorsi dedicati all'interno di centri di riferimento regionali, di attività di ricerca-azione.

Come anche i territori restituiscono nel corso di tali monitoraggi, per contrastare realmente le M/MGF, serve, infatti, un confronto culturale, di crescita del diritto alla salute delle bambine e delle donne a rischio; serve un lavoro di mediazione culturale per poter dialogare con culture profondamente diverse, ma che possono orientarsi, grazie ad una maggior consapevolezza, alla maggior tutela dell'integrità e della salute. È necessario lavorare per coinvolgere le comunità presenti sul nostro territorio, le famiglie, i padri e le madri delle bambine a rischio di subire questo tipo di violenza. Una vera e propria forma di violenza che non solo modifica/mutila gli organi genitali esterni, ma produce profonde ferite anche nella mente delle bambine e delle donne che le subiscono.

Lo sforzo continuo del Centro SAMIFO (Salute Migranti Forzati) della ASL Roma 1 e, in particolare, il lavoro all'interno del progetto nazionale *"Implementazione di un modello innovativo nei percorsi di accoglienza, diagnosi prevenzione e cura, dei minori stranieri e minori stranieri non accompagnati (MSNA) nei servizi sanitari"*, finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, vanno proprio in questa direzione. Il Progetto CCM, che coinvolge quattro regioni (Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Sicilia) con l'obiettivo di definire un modello di *governance* locale per la facilitazione e la sistematizzazione dell'accesso dei e delle minori stranieri/e ai servizi sanitari, ha realizzato tra le varie attività uno strumento multilingue per la prevenzione delle M/MGF sulle future generazioni: il *Passaporto della Salute per il contrasto delle MGF*. Tale azione, coordinata proprio dal Centro SAMIFO, ha la finalità di creare una cultura del dialogo per poter raccogliere la sofferenza generata dalla pratica delle M/MGF e trasformarla in una spinta in avanti, a maggior tutela della salute di bambine e donne a rischio.

Emanuele Caredda

Referente Scientifico del progetto - Ministero della Salute

Introduzione

Giancarlo Santone e Rosa Costantino

Il presente Rapporto di ricerca nasce dai risultati di uno studio condotto dal Centro SAMIFO tra il 2023 e il 2024, che ha coinvolto principalmente i consultori della ASL Roma 1 e 288 donne residenti nella città di Roma provenienti da paesi dove è presente la pratica escissoria. L'obiettivo di questo studio è stato, da un lato, quello di investigare le conoscenze e le attitudini nei confronti della pratica, dall'altro stimare l'incidenza del fenomeno nella popolazione migrante proveniente da paesi a tradizione escissoria che risiede nella Regione Lazio e nella città di Roma. Lo studio si inserisce all'interno di un progetto molto più ampio che ha avuto come target i/le Minori Stranieri/e (MS), con uno sguardo particolarmente attento ai/le Minori Stranieri/e non Accompagnati/e (MSNA).

Negli ultimi 10 anni, infatti, abbiamo assistito all'arrivo di circa 100.000 minori stranieri/e non accompagnati/e sbarcati/e in Italia dopo aver attraversato il Mediterraneo. A questi vanno aggiunti circa 50.000 minori ucraini/e, per lo più accompagnati/e, molti/e dei/le quali affetti/e da patologie croniche, degenerative, o post traumatiche sia fisiche sia psicologiche.

Si tratta di bambine/i, adolescenti e giovani segnati/e da difficili esperienze affrontate nei Paesi di provenienza così come durante il viaggio verso l'Italia. L'intensità della sofferenza fisica e psichica che caratterizza il loro vissuto, unitamente alle sfide legate al processo di adattamento e integrazione al nuovo contesto, sollecitano una presa in carico integrata, tempestiva e competente sin dalla primissima fase di ingresso nel nostro paese.

Il progetto "Implementazione di un modello innovativo nei percorsi di accoglienza, prevenzione diagnosi e cura dei minori stranieri e MSNA provenienti da paesi ad alta densità migratoria" nasce in questo contesto e dall'esperienza maturata dalle Regioni Emilia-Romagna, Toscana, Sicilia e Lazio, partner del progetto, attraverso il modello di governance sperimentato dal progetto emergenziale ICARE "Integration and Community Care for Asylum and Refugees in Emergency" finanziato dall'Unione Europea¹.

Le quattro Regioni coinvolte hanno un'alta presenza di MS e MSNA sui loro territori e sono fortemente impegnate nel perseguire l'interesse della minore, seppur con qualche disomogeneità. Infatti, il progetto ha riunito sistemi organizzativi diversi, con diverse caratteristiche dei servizi e percezione della cultura organizzativa, all'interno di contesti socioculturali anch'essi molto differenti. Al contempo, però, le quattro Regioni sono si-

1. <https://www.progettoicare.it>

milmente impegnate nella presa in carico dei/le MS e MSNA in ambiti che vanno dalla prevenzione, alla cura, al governo delle cronicità. Si consideri, inoltre, che la Legge 47/2017 prevede una serie di interventi organici in favore di questi/e minori, riconoscendoli/e in quanto persone vulnerabili titolari di diritti; tra le altre attività la legge indica le modalità e le procedure di accertamento dell'età e dell'identificazione, prevedendo la presenza dei mediatori culturali durante tutta la procedura. La legge però non è stata recepita da tutte le regioni e, soprattutto, è applicata a macchia di leopardo.

Il modello progettuale, dunque, esplora analiticamente il contesto o, meglio, i vari contesti territoriali, prosegue con l'individuazione dei possibili fattori di rischio per gli aspetti di salute fisica e psicologica, e si completa con proposte di intervento, calibrate sulla base delle evidenze di efficacia, sperimentate e applicate nell'ambito delle Regioni partecipanti. Il modello potrà essere replicato successivamente anche in altre Regioni o in altri contesti che vorranno condividere e adottare quanto sperimentato.

Per fornire assistenza sanitaria competente a questa fascia di popolazione migrante molto eterogenea nelle provenienze e con problematiche medico-sanitarie diverse e talvolta complesse, le singole Regioni hanno messo in atto attività e percorsi focalizzati sulla fase post emergenziale sanitaria e sociosanitaria. Questo perché, come evidenziato da UNICEF (2022) la presa in carico dei/le minori stranieri/e e MSNA presenta difficoltà spesso riconducibili ad aspetti organizzativi. L'attuazione dei progetti ICARE e ICARE2 nei contesti territoriali delle Regioni partner ha creato le giuste sinergie, rafforzando la rete dei servizi sanitari e sistematizzando in maniera uniforme e tempestiva l'ingresso dei/le minori nei percorsi di cura. Questa azione sistemica ha portato ad una maggiore consapevolezza a livello locale tra i vari enti coinvolti: il sistema di accoglienza, i servizi sociali e i servizi sanitari. Ha contribuito ad un maggior coinvolgimento e dialogo con i Ministeri dell'Interno e della Salute ed è rientrato nei contributi di finanziamento dell'UE. In particolare, il progetto ha cercato, e cerca tutt'oggi, di implementare e sistematizzare il percorso di assistenza dei/le minori nei servizi sanitari territoriali, in continuità con il sistema di accoglienza e nel rispetto dei contesti e delle peculiarità locali.

L'obiettivo generale del progetto, che è ancora in corso, è stato dunque la definizione di un modello di governance locale per la facilitazione e la sistematizzazione dell'accesso dei/le MS e MSNA ai servizi sanitari, attraverso sette obiettivi progettuali specifici:

Obiettivo 1. Costituzione di un board nazionale, in continuità del modello ICARE, con la partecipazione dei partner di progetto, di esperti/e, e stakeholder a livello nazionale. A questo board partecipano anche i/le referenti delle Regioni e i/le rappresentanti di enti e/o istituzioni

Obiettivo 2. Promozione di una indagine di approfondimento nelle Regioni partner sulle criticità riscontrate in relazione all'applicazione del protocollo sulla certificazione dell'età. Questa azione ha avuto lo scopo di definire procedure operative comuni affinché si stabilissero standard omogenei in tutte le Regioni. Il lavoro è stato coordinato dalla Regione Emilia-Romagna e vi hanno partecipato tutti i partner e le aziende da loro designate. Il Report di questa indagine sarà diffuso a livello transregionale e alle autorità competenti e i risultati saranno presentati durante la conferenza finale di progetto.

Obiettivo 3. Promozione di un'analisi sull'accesso alle cure della popolazione target nei contesti regionali. Questo studio ha mirato alla rilevazione delle criticità emerse, la condivisione delle pratiche e la costruzione di un modello uniforme, sostenibile e trasferibile in ottemperanza alla normativa vigente. Questo obiettivo è stato coordinato dal Meyer con la partecipazione di tutte le UO partner. I risultati di questa indagine sono stati analizzati dal board nazionale e è stato elaborato un modello uniforme di applicazione da diffondere a tutte le aziende che hanno contribuito all'indagine e alle autorità competenti; questo per fornire le informazioni utili alla sistematizzazione del percorso che sia il più omogeneo possibile e garantisca una presa in carico puntuale e tempestiva dei MSNA.

Obiettivo 4. Attività di prevenzione, con particolare attenzione alle vaccinazioni, alla promozione di incontri su stili di vita sani e alfabetizzazione sanitaria, e alla realizzazione di attività laboratoriali in complementarità con altre azioni. Questo obiettivo è stato coordinato dall'ASP Trapani e si è svolto su base regionale, per quanto riguarda le attività di promozione della salute, e su base transregionale per l'analisi sulle vaccinazioni. I risultati di quest'ultima azione saranno diffusi a livello transregionale.

Obiettivo 5. Sperimentazione di attività di prevenzione delle M/MGF sulle giovani straniere di seconda generazione con il coinvolgimento delle comunità più interessate. Obiettivo assegnato ad ASL Roma 1, che ha diffuso i suoi risultati fra i partner.

Obiettivo 6. Promozione di attività di formazione congiunta e interregionale (laddove possibile) per tutti i professionisti coinvolti nel processo di accoglienza e presa in carico sanitaria e sociosanitaria, favorendo così le competenze dei singoli e il potenziamento delle équipes multidisciplinari.

Obiettivo 7. Promozione della mediazione interculturale come parte in-

tegrante del percorso multidisciplinare di assistenza e cura.

In particolare, le attività dell'obiettivo 5 hanno comportato la realizzazione di:

I. Un *Passaporto della salute* (cfr. cap.1) sulle conseguenze sanitarie e giuridiche in caso di sottomissione a mutilazione/modificazione soprattutto durante i viaggi nei Paesi di origine.

II. Un evento formativo per mediatrici culturali, che ha contribuito ad accrescere le competenze del personale degli ambulatori del Centro SAMI-FO, in particolare sui temi dell'assistenza alle donne migranti, nel servizio di Ostetricia e Ginecologia.

III. Un'indagine sulle M/MGF nei consultori di ASL Roma 1, da cui nasce questo Rapporto.

IV. Attività di formazione congiunta, con modalità interregionale rivolte a tutti/e i/le professionisti/e coinvolti/e nel processo di accoglienza e presa in carico sanitaria e sociosanitaria, favorendo così sia le competenze individuali sia il potenziamento delle équipes multidisciplinari. Sono stati così realizzati workshop sulla cultura della mediazione interculturale nei servizi sanitari e sociosanitari, con il diretto coinvolgimento della regione Emilia-Romagna e il prezioso contributo di INMP. Inoltre, è stata condotta una ricerca sullo stato della mediazione culturale in tutte le Ausl della Regione Emilia-Romagna, ed è stato realizzato un webinar in collaborazione con INMP sul ruolo della mediazione interculturale in ambito sanitario e sue possibili evoluzioni. Inoltre, sono state realizzate le seguenti attività:

- Workshop sull'accesso ai servizi sanitari (realizzato il 11.10.23)
- Workshop sulle M/MGF a Bologna (realizzato il 06.02.2025)
- Formazione sulle M/MGF:

*“Analisi, valutazione, riconoscimento e prevenzione”
(realizzata il 23.11.23)*

“Generare il cambiamento: l’impegno della rete romana per la prevenzione e il contrasto delle Mutilazioni Genitali Femminili” (realizzato il 6 febbraio 2023).

In questo contesto, che ha posto particolare attenzione alle attività sul territorio e nei servizi, si è sviluppato il lavoro dell'ASL Roma 1 che ha realizzato uno studio conoscitivo dei bisogni della sua utenza e delle modalità di intervento, nell'ambito dell'obiettivo 5.

Il Rapporto *Mutilazioni/Modificazioni Genitali Femminili nel Lazio e a Roma. Il circolo virtuoso tra ricerca e servizi* si inserisce quindi in questo quadro formativo/informativo. Esso, infatti, è nato dall'esigenza di com-

prendere sia l'ampiezza del fenomeno che coinvolge le donne che si rivolgono alle strutture facenti capo alla ASL Roma 1, sia la complessità inerente alla pratica che non interessa tutte le donne nella stessa maniera. La survey è stata realizzata principalmente attraverso la somministrazione di questionari strutturati alle donne che si sono rivolte al Centro SAMIFO, in fase di colloquio con l'ostetrica e/o la mediatrice culturale. L'analisi dei risultati, interessante sul piano scientifico, ha anche permesso di costruire una cornice di intervento più puntuale ed efficace per le attività del Centro.

Si noti come, attraverso questa attività di raccolta dati e conseguente analisi, la ASL Roma 1 non soltanto ha acquisito delle informazioni fondamentali per rispondere ai bisogni della sua utenza, ma il Report contribuisce anche all'arricchimento del materiale sul fenomeno, che è destinato alle attività formative dei/le professionisti/e che lavorano sul tema.

1. Le risposte del Centro SAMIFO della ASL ROMA 1 alle donne migranti nella Regione Lazio e a Roma

Giancarlo Santone e Sara Riefole

Il Centro SAMIFO (Salute Migranti Forzati), struttura sanitaria a valenza regionale della ASL Roma 1, è attivo dal 2006 e offre assistenza sanitaria di base e specialistica, riabilitazione e azioni di protezione sociale a migranti forzati/e e a minori stranieri/e attraverso una governance multilivello, multidisciplinare e intersettoriale. La linea “tutela salute delle donne”, a favore di migranti vittime di violenze e abusi, incluse le M/MGF, inizia la sua attività nel 2007 attraverso la collaborazione con il consultorio. Dal 2010 entrano a far parte dell’organico del SAMIFO una ginecologa, un’ostetrica e una infermiera. Nel 2014, il Centro realizza il primo progetto di contrasto alle M/MGF. Dal 2017 ad oggi coordina progetti a valere sul FAMI che prevedono azioni riguardanti il tema delle M/MGF. Nel 2019 formalizza un percorso di deinfibulazione con la collaborazione dell’Ospedale San Filippo Neri.

Dal 2022 partecipa ad un progetto finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, con il compito di sviluppare un modello di prevenzione e contrasto delle M/MGF nelle future generazioni. Dal 2023 coordina la rete cittadina per il contrasto alle M/MGF.

1.1. La struttura e i servizi

Il Centro SAMIFO è una *“Struttura Sanitaria a valenza regionale della ASL Roma 1 per l’assistenza ai migranti forzati nonché punto di riferimento per gli enti che operano per la loro tutela in quanto si avvale di un modello organizzativo che, attraverso percorsi assistenziali integrati, riesce a soddisfare bisogni di salute complessi che richiedono contestualmente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale”* (DGR G09086 del 22 luglio 2015). Nato nel 2006 con un protocollo d’intesa con il Centro Astalli (Italia Jesuit Refugees Service) e con il patrocinio dell’UNHCR, l’Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati, il Centro SAMIFO rende concreta la fruibilità dei servizi, sia rispondendo alle necessità specifiche dei e delle migranti forzati/e, adulti/e, e minori, sia promuovendo la tutela dei loro diritti e salute. Il SAMIFO propone un *gender and cultural approach* multidisciplinare, con servizi che includono la medicina generale, la psichiatria,

la medicina legale, l'ortopedia, la psicologia, la riabilitazione psichiatrica, l'ortopedia, la neuropsichiatria infantile, la psicologia e la riabilitazione dell'età evolutiva, la logopedia, l'educazione professionale sociosanitaria, il servizio sociale. Nel quadro di una crescente attenzione alla salute femminile, l'inclusione di professioniste ginecologhe, ostetriche e infermiere è essenziale. Ogni servizio è concepito per rispondere alle difficoltà di accesso alle cure sanitarie, ai limiti di comprensione linguistica e culturale, alle problematiche complesse dei e delle richiedenti e dei e delle titolari di protezione internazionale, molto spesso vittime di guerre, torture, trattamenti inumani e degradanti, violenze di genere e sessuali così come di altre forme di violenze intenzionali.

“Il SAMIFO non è solo però un centro che fornisce assistenza sanitaria competente a una popolazione particolare, ma anche un luogo generatore di una nuova conoscenza, sia perché adegua pratiche medico-sanitarie alle esigenze di popolazioni di differenti culture, sia perché stimola risposte a problematiche nuove, coinvolgendo altri campi e saperi” (Tanese, 2016:10).

In questo modo, si realizza quel circolo virtuoso in cui l'azione alimenta la ricerca che, dal suo canto, contribuisce a migliorare la capacità dei servizi di rispondere ai bisogni.

1.2. La Mediazione Linguistico Culturale

La ridotta padronanza dell'italiano, e spesso anche di altre più comuni lingue veicolari, delle persone che si rivolgono al Centro SAMIFO, sia quando sono da poco giunte in Italia ma spesso anche a distanza di tempo, possono compromettere gravemente l'interazione con gli/le operatori/trici dei servizi sociosanitari, le relazioni con il nuovo contesto e svilire l'interazione clinica e terapeutica. In questo contesto i/le mediatori/trici linguistico-culturali (MLC) svolgono un ruolo fondamentale: non solo aiutano a superare le barriere linguistiche, ma agiscono anche come ponte culturale, facilitando la comprensione delle dinamiche sanitarie e sociali del sistema italiano e supportando le persone nel processo di adattamento a nuove modalità di cura e assistenza. Il/la mediatore/trice, infatti, non si limita a tradurre le informazioni, ma accompagna il/la paziente nel suo intero percorso di cura, garantendo che le specificità culturali e le esigenze individuali siano rispettate.

“Il ricorso alla lingua madre del paziente costituisce lo strumento di accesso non solo al mondo interno del paziente, al suo vissuto personale, ed alla sua esperienza morbosa, ma anche al suo mondo culturale, con le sue specifiche antropologie della salute e della cura” (Santone, Zorzetto, 2011).²

Questa figura professionale è dunque essenziale nel contesto in cui opera il SAMIFO: le persone che vi accedono provengono, ogni anno, mediamente da oltre 80 paesi del mondo e presentano molteplici e individuali situazioni di vulnerabilità. I/le MLC sono tutti/e specializzati/e nei temi della salute e formati/e anche nel riconoscere le sfide psicologiche e sociali che possono influenzare l’accesso alle cure, come ad esempio la paura della stigmatizzazione o la difficoltà nell’esprimere i traumi passati. Queste figure sono anche competenti nel creare un ambiente di fiducia tra il/la paziente e gli/le operatori/trici sanitari. Inoltre, svolgono un ruolo educativo di alfabetizzazione sanitaria sensibilizzando i/le pazienti sui loro diritti e doveri sanitari e sociali, e fornendo informazioni e orientamento rispetto ai servizi disponibili in un’ottica di tutela della persona assistita.

La ASL Roma 1, di cui il Centro SAMIFO è parte, considerata la multiculturalità che caratterizza la platea dei e delle utenti che accedono ai servizi, si è dotata del servizio di MLC *per facilitare l’accesso alle strutture sanitarie e sociosanitarie, favorendo l’accoglienza, l’orientamento, l’informazione e l’alfabetizzazione sociosanitaria dei e delle migranti*³

Il servizio di mediazione linguistico culturale è organizzato attraverso le seguenti tipologie di intervento:

- Postazione fissa e continuativa presso tutti i servizi territoriali della ASL, distretti sanitari, DSM, SAMIFO etc.

Le attività di mediazione relative ai distretti sono prevalentemente a supporto di consultori o di strutture ad essi afferenti. Con riferimento alle sedi del Centro SAMIFO, dei Distretti e del Dipartimento di Salute Mentale, il servizio provvede di MLC di lingua wolof, bambarà, francese, urdu, farsi, mandinga, peul, inglese, arabo, spagnolo, cinese mandarino, pidjin, edo, bangla, tigrino, amarico, russo, ucraino, somalo e turco. Il servizio è in grado di adattarsi e di rispondere ai cambiamenti, anche repentini, dell’utenza attribuibili a variabili solitamente di tipo emergenziale come, per esempio, la guerra in Ucraina.

- Intervento a chiamata programmata.

2. *Per una relazione d’aiuto e un’accoglienza transculturale. Parma 2011*

3. Delibera N. 376 del 28/03/2023

Il servizio di mediazione a chiamata programmata, modulato sulle specifiche necessità linguistiche e culturali dei singoli utenti, realizzato in presenza, è attivato nei presidi della ASL Roma 1, con un tempo garantito di risposta entro 72 ore dalla richiesta.

- Intervento urgente, in presenza, entro le 4 ore presso il Servizio che ne ha fatto richiesta;
- Intervento telefonico, da effettuarsi in caso di bisogno di traduzione immediata del colloquio tra operatore/trice e utente (es. firma di documenti, spiegazione terapie in ambulatorio o Pronto Soccorso ecc.), tutti i giorni lavorativi e festivi (7:00-19:00).

È prevista infine la traduzione scritta di materiale informativo (modalità di preparazione ad un intervento, regolamento U.O., ecc.), di documenti personali (cartellini delle vaccinazioni, cartelle mediche, ecc.) o documenti legali (consenso informato, autorizzazioni particolari, ecc.).

1.3. La linea di salute femminile

Nella introduzione del N. 1 dei quaderni del SAMIFO dedicato alle Donne Migranti il Prof. Giovanni Maria Flick spiega che *“l’analisi proposta dalla ricerca del centro (SAMIFO) sui diritti - o meglio sul disconoscimento dei diritti della donna migrante nella società contemporanea - aiuta a comprendere le molteplici ragioni della particolare vulnerabilità delle donne migranti e rifugiate sotto molteplici profili: umano, sociale, politico, giuridico, economico; e quindi a comprendere la necessità e urgenza e la globalità di un intervento efficace e adeguato per la tutela della loro salute”* (Flick, 2016:6).

La linea di salute femminile del SAMIFO nasce proprio da questa affermazione: interessare tutti gli attori e le attrici coinvolti/e nel percorso di accoglienza/assistenza con l’intento di rispondere in modo interdisciplinare, diretto e mirato alle necessità delle donne migranti.

Inizialmente, la sede del SAMIFO e del consultorio insistevano nello stesso poliambulatorio - quello di Via San Martino Della Battaglia - quindi, le attività ostetriche e ginecologiche, le visite specialistiche, gli screening e accertamenti strumentali, etc. venivano effettuati presso il consultorio familiare, e un accordo interno prevedeva un percorso dedicato alle rifugiate vittime di abusi sessuali e M/MGF.

Una volta terminati - nel giugno 2008 – i lavori di ristrutturazione del poliambulatorio di Via Luzzatti, sede definitiva del SAMIFO, si è reso necessario prevedere al suo interno il servizio di tutela della donna in quanto nella riorganizzazione aziendale non era prevista la presenza del consultorio. Grazie alla disponibilità e sensibilità dell'allora direttore del I Distretto Sanitario - che ha autorizzato il trasferimento della ginecologa e dell'ostetrica e di un'infermiera (al bisogno) - le attività sono state avviate direttamente all'interno del servizio. L'ambulatorio ostetrico-ginecologico è stato inizialmente strutturato con visite specialistiche, ecografie e test per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, con l'ausilio delle mediatrici linguistico-culturali. A fronte delle sempre più chiare e differenziate richieste dell'utenza, nel tempo la linea consultoriale è stata implementata con l'assunzione, in maniera transitoria prima (grazie ai fondi di progetti a valere sul FAMI -FARI, FARI2, ICARE, ICARE2) e poi definitiva, di personale specializzato, ginecologhe, ostetriche, psicologhe, infermiere.

Questa presenza ha permesso di predisporre incontri di salute e benessere femminile durante i quali si forniscono informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva, raccogliendo contestualmente le esigenze specifiche di ciascuna donna e ragazza che accede al servizio. A tal fine, adesso, vengono proposti anche incontri individualizzati di accompagnamento alla nascita e consulenze sull'allattamento e prime cure neonatali.

1.4. L'assistenza alle donne con M/MGF

All'età di 11-12 anni sono stata portata in un ospedale, non sapevo il motivo. Ricordo di essere stata bloccata ad un lettino e di aver provato un dolore lancinante mentre vedevo parti del mio corpo che venivano staccate e in brandelli cadevano a terra (accompagna la descrizione con un gesto).

[C.A., 55 anni nata in Somalia, testimonianza raccolta durante un incontro individuale di salute e benessere femminile]

La MLC spiega che la Signora viene da una zona della Somalia dove le bambine, inconsapevoli, vengono mutilate e quindi riaperte a forza dal marito (nel caso in cui non riesca, viene considerato meno "uomo"), sono riaperte e ricucite dopo ogni parto. La presenza crescente di donne provenienti da paesi in cui la pratica delle M/MGF è diffusa ha reso fondamentale l'integrazione di questo tema nella proposta sanitaria, stimolata anche dal fatto che la ASL Roma 1 è fra i sostenitori della iniziativa *The End FGM*

*E-Campus*⁴. Inoltre, alcuni/e professionisti del SAMIFO hanno partecipato a missioni in Kenya nei territori Masai, dove la pratica è in riduzione sia grazie al coinvolgimento di tutte le comunità sia grazie alla fornitura di beni e servizi di base (pozzi per l'estrazione di acqua potabile, costruzione di scuole, ambulatori, strade, etc.)⁵.

Il SAMIFO quindi, in virtù della sua sensibilità e competenze, ha attivato programmi specifici per la prevenzione e il contrasto delle M/MGF. In particolare, nel 2014, nell'ambito delle iniziative promosse dal Dipartimento per le Pari Opportunità, il Centro ha realizzato, insieme alla Regione Lazio e altri partner, un progetto di prevenzione e contrasto delle Modificazioni/ Mutilazioni Genitali Femminili. Il progetto rispondeva a tre finalità: a) predisporre modelli di intervento innovativi, volti a favorire l'integrazione sociale di donne e minori vittime o potenziali vittime di M/MGF; b) realizzare corsi di formazione e aggiornamento per coloro che operano su questo tema; c) organizzare eventi tesi a sensibilizzare le comunità straniere sul tema. È stata realizzata un'indagine trasversale per stimare la prevalenza delle M/MGF nelle principali comunità straniere a tradizione escissoria presenti a Roma (eritrea, somala, etiope), al fine di ovviare alla carenza di informazioni sul fenomeno. Sono state contattate 393 donne, di queste 341 hanno risposto al questionario con interviste di profondità. Inoltre, sono stati realizzati tre cicli di azione, con la partecipazione delle comunità di cui sopra, per discutere il tema delle M/MGF, sensibilizzare le donne, affrontarne le conseguenze sulla salute, individuare strategie volte al superamento della pratica.

Dall'indagine di prevalenza, dalle interviste di profondità e dai cicli d'azione è emerso come il contenimento sessuale, il rispetto delle tradizioni e il fattore religioso siano le motivazioni più riportate a giustificazione della pratica e del suo mantenimento. Quasi tutte le donne coinvolte hanno sviluppato un atteggiamento più critico sulle M/MGF. Un'alta percentuale ha riportato di avere almeno una figlia già sottoposta a escissione, e alcune, sebbene numericamente esigue, hanno affermato la loro volontà di sottoporre alla pratica le proprie figlie.

L'indagine ha contribuito allo studio di un fenomeno non ancora sufficientemente investigato, supportando altre ricerche che dimostrano come, anche in contesti di immigrazione, la pratica non sia definitivamente

4. *A European knowledge platform offering practical skills in supporting victims and survivors of FGM.* <https://endfgm-ecampus.eu>.

5. https://www.ASLroma1.it/uploads/files/48_50_Quaderni-Del-SAMIFO-2.DEF. Tipografia.27.11. DEF-197-201.pdf

abbandonata. Tutte le donne coinvolte hanno sottolineato la necessità di continuare nelle azioni di contrasto alle M/MGF, ma anche di impegnarsi più ampiamente sul fronte della tutela della salute e dei diritti, e in attività che possano contribuire al miglioramento complessivo della qualità della vita delle donne migranti. Fondamentale è apparsa la necessità di coinvolgere gli uomini nei percorsi di sensibilizzazione e ridiscussione della pratica. I risultati sono stati oggetto di pubblicazione all'interno della collana i quaderni del SAMIFO⁶. A conclusione di questo progetto è stato prodotto un video molto esplicativo nel quale le donne delle comunità etiope, eritrea e somala si incontrano per parlare di M/MGF⁷.

I risultati di questa ricerca-azione -congiuntamente alla consapevolezza della carenza formativa e informativa sul tema delle M/MGF fra le professioniste ginecologiche, ostetriche e della pediatria – hanno reso necessario affrontare il tema in maniera più strutturata e integrata. La ASL Roma 1 ha, quindi, attivato protocolli d'intesa con enti del settore, sia pubblici sia del privato sociale. Attraverso il SAMIFO, questa ASL coordina la *“Rete Territoriale di prevenzione e contrasto delle MGF sulle minori straniere - Roma”*. Si tratta di una struttura territoriale operativa permanente che vede la partecipazione di Amref Health Africa Onlus, degli Assessorati alle Politiche Sociali e Salute di Roma Capitale; alle Politiche Sociali della Sicurezza; alle Attività e Pari opportunità di Roma Capitale; e alla Scuola, Formazione e Lavoro di Roma Capitale; nonché della Cooperativa Roma Solidarietà, di CPIA3, della Casa dei Diritti Sociali, della Società Italiana Pediatria - Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante -, del Centro Informazione e Educazione allo sviluppo (CIES) onlus, di ActionAid Italia ETS, del Centro Salute Globale Università Cattolica Sacro Cuore e dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini.

Inoltre, all'interno del Piano Formativo Aziendale relativo sia al 2024 sia al 2025 la ASL Roma 1 ha inserito un modulo formativo multidisciplinare e intersettoriale dal titolo *“Generare il cambiamento: l'impegno della rete regionale per la prevenzione e il contrasto delle Mutilazioni Genitali Femminili”*. Il corso, a carattere regionale, è destinato a qualificare alcune delle sue figure professionali per diventare formatori/trici, in quella che sarà una formazione a cascata di cui saranno destinatarie tutte le ASL regionali coinvolte. Questo corso fornirà conoscenza, spunti di riflessione e strategie d'intervento agli/le operatori/trici del settore di tutte le ASL regionali impegnati/e su questo tema.

6. Quaderni del SAMIFO

7. <https://www.youtube.com/watch?v=BJS9pwxoUKk>

1.5. Il percorso di deinfibulazione e la collaborazione tra territorio e ospedale

Sono scappata perché le donne della mia famiglia sono tagliatrici e se non avessi continuato la tradizione mi avrebbero uccisa. Sono scappata dal mio villaggio con mio marito e i nostri dieci figli, loro sono rimasti in Etiopia e io sono qui da sola. Vengo da una zona a sud della Somalia dove le bambine vengono chiuse a 12 anni e riaperte prima del matrimonio. Le bambine sanno che funziona così, è indispensabile affinché la famiglia del futuro marito possa dare in dote cammelli. Le bambine sanno anche che, se non fanno questo intervento, il clitoride cresce fino a toccare terra impossibilitando la fertilità e costringendo il marito a tagliare da solo quel pezzo. Ricordo quando l'hanno fatto a me ed è sempre stato impossibile immaginare di poterlo fare ad altre. Per diventare tagliatrice è necessario fare una formazione da ostetrica. Per eseguire la faraonica si taglia dal clitoride verso il basso fino a rimuovere completamente le labbra interne. Successivamente si accostano le labbra esterne con l'aiuto di spine di acacia, lasciando un piccolo buchino per la fuoriuscita della pipì. Si posiziona poi un pezzo di tessuto imbevuto di un succo ricavato dall'albero di mirra che ha proprietà disinfettanti e cicatrizzanti e con delle corde si accostano fermamente le gambe lasciando la motilità solo dei piedi. Prima del matrimonio poi è sempre la tagliatrice che si occupa di riaprire le ragazze: si utilizza un legnetto che va inserito nel buchino lasciato per la pipì e con delle forbici si apre prima la parte superiore e poi quella inferiore.

[A.H.S., 53 anni nata in Somalia, testimonianza raccolta durante un incontro individuale di salute e benessere femminile.]

Le conseguenze fisiche legate alle M/MGF riguardano soprattutto patologie infiammatorie ricorrenti del tratto genito-urinario, sterilità, dismenorrea, dolore vulvare cronico, cheloidi, difficoltà nella minzione, dolore e/o impossibilità ai rapporti sessuali etc. con serie conseguenze per la salute psico-sessuale della donna. Al tempo stesso, però, le donne non sono sempre a conoscenza che la loro condizione sia legata alle M/MGF.

Ho subito una modifica dei genitali all'età di 18 anni ma non so né cosa abbiano fatto né il motivo. Non ho mai avuto il coraggio di chiedere e nessuno me ne ha mai parlato.

[D.H., 23 anni nata in Costa d'Avorio, testimonianza raccolta durante un incontro individuale di salute e benessere femminile]

Il servizio di tutela e salute femminile è strutturato affinché alle donne provenienti dai Paesi a pratica escissoria venga garantito uno spazio di ascolto e confronto nel quale si affronti il tema e si valutino possibili conseguenze sulla salute fisica, riproduttiva o psicologica. Qualora possibile e necessario, vengono attivati percorsi sanitari ed assistenziali per la risoluzione delle conseguenze legate alla pratica subita (per una descrizione delle diverse pratiche, si veda cap.2).

Negli ultimi anni sempre più di frequente vi sono state richieste da parte di donne, in particolare con M/MGF di tipo III, di poter recuperare aspetto e funzionamento fisiologici dei genitali esterni e di poter ridurre le conseguenze sulla propria salute psico-fisica.

Non sono mai stata sposata e non ho mai avuto rapporti sessuali ma vorrei che il mio Diamante tornasse come l'ha disegnato Dio.

[A.M. 62 anni nata in Somalia, testimonianza raccolta in occasione di incontro con l'ostetrica all'interno del percorso di deinfibulazione]

Le richieste riguardano, però, anche e soprattutto la dimensione riproduttiva e/o la possibilità di ripristinare la pervietà del canale vaginale in vista del travaglio di parto.

Morì mio padre quando avevo sette anni. Lo stesso anno nostra nonna portò me e mia sorella di sei anni nel bosco. Non sapevamo nulla. Ricordo un dolore inimmaginabile. Nei giorni successivi non ci permettevano di bere per paura che facendo pipì ci riapriremmo, le gambe serrate da una fune che ci impediva i movimenti. Due volte al giorno per sette giorni venivamo portate da nostra nonna e nostra mamma nel bosco. Venivano bruciate delle piante particolari e ci tenevano sopra questo fumo che ci avrebbe evitato infezioni. Morì anche mia nonna e alle due mie sorelle più piccole non fu fatto. Non ricordo di aver avuto problemi successivi, la pipì usciva piano piano com'è normale. Finché mi sono sposata. Prima del matrimonio una donna della famiglia di mio marito mi ha portato in Etiopia, era durante il Covid. Lì, sotto anestesia, mi avrebbero dovuto aprire ma non penso abbia funzionato perché sento molto dolore durante i rapporti. Desidero un bambino ma ho perso una gravidanza al terzo mese e temo che sia colpa di quello che mi hanno fatto a sette anni. Una mia amica ha fatto l'intervento con voi e poi ha avuto un figlio.

[H.N., 35 anni nata in Somalia, testimonianza raccolta durante un incontro individuale di salute e benessere femminile]

In quest'ottica si è ritenuto necessario sviluppare una collaborazione tra territorio (SAMIFO) ed ospedale (UOC Ostetricia e Ginecologia Ospedale San Filippo Neri) nel tentativo di garantire un percorso dedicato alla deinfibulazione (intervento chirurgico-riparatore della sutura tra le grandi labbra) garantendo al contempo una continuità assistenziale per le pazienti. Dopo un periodo di formazione rivolto agli/le operatori/trici delle due Unità coinvolte è stato possibile elaborare un percorso per la presa in carico e la gestione integrata territorio-ospedale delle pazienti che ne fanno richiesta. Tale approccio permette di garantire la continuità assistenziale che risponde alle esigenze specifiche di ciascuna donna, promuovendo l'accesso a trattamenti adeguati in tempo utile.

Sono previsti tre percorsi differenziati per pazienti con M/MGF severe, a seconda che si tratti di:

- pazienti gravide, al fine di intervenire entro la ventiquattresima settimana di gestazione, come da indicazioni OMS;
- pazienti non gravide, ma con sintomatologia prevalentemente legata alle conseguenze mediche a lungo termine;
- pazienti non gravide senza importanti conseguenze fisiche e con maggiori disagi di tipo psico-sessuale.

Il percorso prevede la visita specialistica con identificazione e classificazione della M/MGF subita, counselling ostetrico-ginecologico, incontro di restituzione in ambulatorio ostetrico-ginecologico, counselling psicologico, deinfibulazione e follow-up.

1.6. Prevenzione delle Modificazioni/Mutilazioni Genitali Femminili nelle future generazioni

Il centro SAMIFO pone dunque grande attenzione alla assistenza delle donne con M/MGF ma altrettanta ne riserva alle azioni volte alla prevenzione e al contrasto delle M/MGF. Nell'ambito del progetto nazionale CCM 2022 "Implementazione di un modello innovativo nei percorsi di accoglienza, diagnosi prevenzione e cura, dei minori e delle minori stranieri/e non accompagnati/e (MSNA) nei servizi sanitari" che vede partner le Regioni Emilia Romagna, Toscana e Sicilia, il SAMIFO ha realizzato un importante strumento per la prevenzione sulle future generazioni: il *Passaporto della Salute per il Contrasto alle MGF*. Nel panorama della salute pubblica nazionale, questo documento rappresenta una importante risorsa multilingue

per la promozione del cambiamento culturale. Il passaporto, infatti, contribuisce al raggiungimento di una maggiore consapevolezza sulle pratiche e le loro conseguenze, tra le comunità presenti nel territorio laziale interessate al fenomeno e alla prevenzione delle M/MGF nelle nuove e future generazioni. Il Passaporto integra aspetti sanitari e giuridici e fornisce un QR Code dove poter scaricare documentazione specifica nonché un numero di cellulare dedicato a chi è preoccupata/o che possa succedere ad amiche/conoscenti, o se donna che possa esserne direttamente vittima⁸. Il documento ha lo scopo di sensibilizzare le donne migranti sul pericolo che le bambine vengano sottoposte alla pratica in occasione dei viaggi di rientro nei paesi d'origine ma anche sui rischi penali che i genitori corrono per non aver protetto la minore dalla stessa pratica. L'esperienza sul campo del SAMIFO ha dimostrato che, quanto più grave è stata la forma di M/MGF subita dalla madre, tanto più basso è il rischio che la pratica venga ripetuta sulle figlie. È verosimile quindi che la consapevolezza delle conseguenze fisiche e psicologiche legate alla M/MGF influisca positivamente sulla prevenzione nelle future generazioni.

Avevo 6 anni e ancora se ci penso riesco a sentire tutti i rumori. Dopo i primi giorni non ricordo di aver avuto grandi problemi fino all'età di 18 anni, quando mi sono sposata. Da dove vengo io è il marito che deve riaprire la moglie. Ricordo il dolore insopportabile del mio primo rapporto sessuale, c'era sangue ovunque. Per i primi quattro figli sono stata ricucita dopo i parti ma dopo gli ultimi due mi sono rifiutata e non sono riusciti a ricucirmi. Non ho permesso che venisse fatto alle mie figlie, dopo che mio marito ha visto tutta la mia sofferenza è stato d'accordo con me. La sua famiglia è più potente della mia per cui se non fosse stato d'accordo le mie bambine l'avrebbero subita e non avrei potuto oppormi. Nel nostro villaggio le mie figlie venivano chiamate quelle che non sono state toccate. Le ho spronate da subito a cercare un marito lontano, dove questa pratica non era importante. Ora ho paura che venga fatta alle mie nipoti che vivono in Etiopia. Invierò a mio figlio il Passaporto della Salute per ciascuna di loro, se vogliono venirmi a trovare in Italia non possono toccarle con questo.

[W.I.D., 53 anni nata in Somalia, testimonianza raccolta durante un incontro individuale di salute e benessere femminile]

8. [Passaporto della salute](#)

All'età di 7-8 anni ho subito la faraonica. Ho 3 figlie femmine e quando erano piccole, le nonne hanno voluto che venisse fatta anche a loro. Ricordo ancora il rumore delle forbici.

[I.A.L., 52 anni nata in Somalia testimonianza raccolta durante un incontro individuale di salute e benessere femminile. Le presentiamo il Passaporto della Salute e ci chiede di consegnarglielo].

1.7. L'importanza di comprendere e quantificare per affrontare una problematica locale e globale

Per rispondere in modo adeguato al fenomeno delle M/MGF e sensibilizzare le comunità coinvolte è cruciale promuovere la raccolta di dati all'interno del contesto territoriale. Quantificare consente di monitorare la diffusione del fenomeno, individuare i gruppi a rischio e adottare politiche sanitarie mirate. Inoltre, permette di integrare le informazioni necessarie ad una risposta coerente e coordinata, ottimizzando l'allocazione delle risorse per prevenire e rispondere adeguatamente alle esigenze delle donne che hanno subito le M/MGF, oltre ad ottimizzare gli sforzi di prevenzione e contrasto del fenomeno. Una raccolta sistematica dei dati, infatti, consente di individuare le donne e le ragazze che potrebbero necessitare di un'assistenza sanitaria specifica, creando le basi per una gestione più efficace delle problematiche collegate a queste pratiche.

L'importanza di questa raccolta di dati è anche legata alla necessità di promuovere l'accesso a cure adeguate. La sensibilizzazione e l'informazione su come trattare le M/MGF sono fondamentali per garantire che le donne che vi sono state sottoposte possano ricevere un supporto medico e psicologico che rispetti le loro necessità specifiche. Gli/le operatori/trici sanitari/e che offrono il loro servizio all'interno di contesti territoriali ed ospedalieri devono essere preparati/e a gestire situazioni delicate e complesse, che implicano non solo il trattamento delle conseguenze fisiche delle M/MGF, ma anche il supporto psicologico e culturale, al fine di evitare traumi ulteriori e prese in carico inadeguate. La formazione è una condizione indispensabile sia per garantire una risposta competente, coerente e adeguata, sia per promuovere un lavoro di rete e di prossimità territoriale tra servizi sanitari. Essa è inoltre di fondamentale importanza per una corretta diagnosi e gestione delle problematiche fisiche o psicologiche connesse, ma anche per affrontare il fenomeno da una prospettiva culturale, sociale e di interesse globale. Serve un approccio privo di pregiudizi per evitare che le pazienti migranti si sentano stigmatizzate o rifiutate, con il conseguente rifiuto o ritardo nell'accesso alle cure. Una formazione adeguata degli/le operatori/trici può migliorare

significativamente la qualità delle cure e ridurre i rischi di danni durante le procedure sanitarie, impattando positivamente sui costi del SSN.

Le M/MGF non devono essere trattate come un fenomeno isolato o estraneo, ma come una problematica di salute globale che deve essere affrontata con una risposta integrata tra sanità, assistenza sociale, educazione e politiche di protezione dei diritti universali.

2. M/MGF. Una pratica complessa

Daniela Carrillo

2.1. Definire le Modificazioni/Mutilazioni Genitali Femminili

In tantissime culture i genitali, maschili e femminili, costituiscono terreno di definizione identitaria su cui si imprime appartenenze di genere e sociali. Le Modificazioni/Mutilazioni Genitali Femminili (M/MGF) hanno tali valenze ma in ragione delle loro caratteristiche, che le rendono particolarmente dannose per la salute psico-fisica delle donne, sono state accreditate tra le forme di violenza di genere combattute dall'ONU e sono divenute oggetto di attenzione, non solo nei paesi di cui sono originarie ma anche in quelli in cui sono entrate per importazione.

La definizione Mutilazioni Genitali Femminili è stata adottata dalle Nazioni Unite e dalle altre maggiori agenzie internazionali a partire dagli anni '90 del secolo scorso. Tale scelta è stata motivata dalla volontà di sottolineare tanto la dannosità delle pratiche quanto l'idea che essa rappresenti una chiara violazione dei diritti di donne e bambine, così da rafforzare l'impegno dei paesi per la loro eradicazione. In ragione delle controversie nate intorno alla nomenclatura, UNICEF E UNFPA hanno adottato dal 2008 il termine FGM/C (Female Genital Mutilation/Cutting) che risulta sicuramente più neutro (Malmström, 2011).

Ciò nonostante, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2016) è rimasta fortemente ancorata al termine Mutilazioni seppur riconoscendo che, data la diversità nella manifestazione delle pratiche, occorresse una suddivisione. Si distinguono ancora ad oggi quattro tipologie:

- TIPO I, con la rimozione parziale o totale del glande e talvolta anche del prepuzio clitorideo.
- TIPO II, in aggiunta al TIPO I si ha la rimozione totale o parziale delle piccole labbra. Potrebbe anche includere l'escissione parziale delle grandi labbra.
- TIPO III, conosciuto come infibulazione, è dato dalla cucitura quasi totale dei genitali con il mantenimento di una piccola apertura necessaria per la fuoriuscita delle urine e del sangue mestruale. Durante

questa operazione, le labbra maggiori o minori vengono tagliate e riposizionate mentre la clitoride può rimanere intatta.

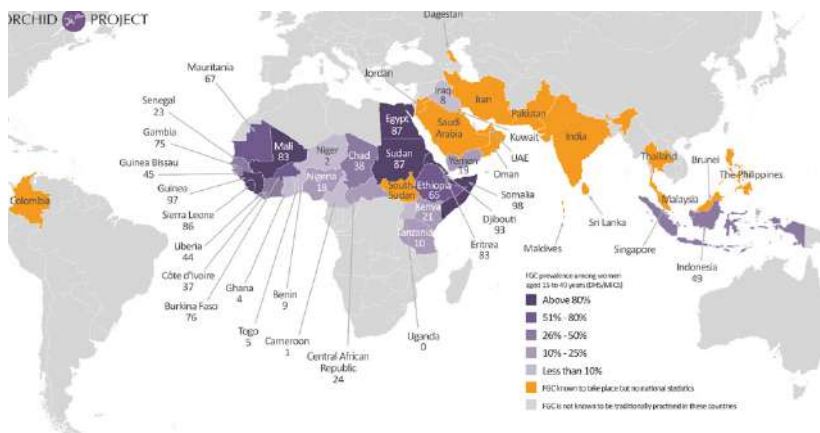
- TIPO IV include tutte le altre operazioni effettuate sui genitali femminili che non abbiano una valenza terapeutica, quali per esempio punture, perforazioni, incisioni, raschiamenti. Il piercing, molto diffuso in Europa, rientra in questa tipologia.

Le M/MGF sono realizzate prevalentemente nel continente africano con il 90% delle operazioni ascrivibili al tipo I e II. Il restante 10% appartiene alla tipologia III ed è presente soprattutto nelle regioni del Nordest o tra alcuni gruppi etnici provenienti dalle regioni sahariane (Macklin, 2012). Nonostante, dunque, la forma più dannosa ed invasiva rappresenti solo un decimo degli interventi, il riferimento ad essa ha permeato il discorso intorno alle M/MGF, tanto che il termine Mutilazioni si riferisce a tutte le tipologie, indipendentemente dalla loro gravità, dimostrando così di risentire di una visione poco consapevole della percezione che le donne interessate possono avere della pratica. A tal proposito, studiose/i di antropologia (si veda tra tutte/i Cavatorta e Fusaschi (2021)) e di etica (Earp, 2019, 2022) tra gli/le altri/e) hanno proposto diciture più inclusive e dialoganti oltre che rispettose delle nomenclature locali, quali escissione, circoncisione o semplicemente chirurgia genitale. Con l'adozione del termine M/MGF, in questa sede, non si intende sminuire il bagaglio di sofferenze che esse possono portare con sé, riconoscendo che "la sofferenza fisica, psicologica e/o sessuale, non è sempre proporzionale alla severità della cicatrice genitale visibile" (Abdulcadir, 2024: 160), piuttosto si intende riconoscere la diversità delle posizioni di tutti i soggetti coinvolti, *in primis* le donne.

2.2. Origini e diffusione

Tracciare la storia delle M/MGF è un traguardo impossibile; esse precedono l'inizio dell'era cristiana e la vastità della loro diffusione nonché la diversità delle manifestazioni rende ancora più arduo il compito. Tracce di modificazioni dei genitali femminili sono state trovate in alcune mummie egizie, mentre Erodoto (V sec. a.C.) riferiva che fenici, ittiti ed etiopi praticavano la circoncisione femminile. Non è neanche chiaro se la loro diffusione sia avvenuta a seguito di un movimento di popolazione o come

trasmissione culturale. Ad oggi esse sono presenti in aree del globo molto più ampie di quelle storicamente segnate dal fenomeno, circoscritto principalmente all'Africa e a qualche regione del vicino oriente.



Le migrazioni internazionali hanno poi fortemente concorso alla globalizzazione della prevalenza delle M/MGF nel mondo e sebbene le percentuali, così come i numeri assoluti, rivelino un fenomeno contenuto, esso richiede un'attenzione particolare come si vedrà più avanti.

Le M/MGF sono portatrici di valenze multiple, che si sono stratificate negli anni e nei luoghi rendendo impossibile rintracciare delle motivazioni univoche. Ciò nonostante, per comprendere le ragioni della loro esistenza e perpetuazione è importante fare ordine nell'universo dei determinanti riconoscendo però la riduttività di tale operazione, che rischia di avallare discorsi parziali e stereotipanti.

In linea molto generale si possono distinguere:

- *determinanti socioculturali*, le M/MGF conferiscono appartenenza al gruppo rafforzando la coesione sociale ed in questo senso sono legate all'identità etnica. Rinunciare ad esse può rappresentare un tradimento, che comporta sanzioni ed espulsioni. Lo stesso accade in ragione della loro valenza di identità di genere: le M/MGF contribuiscono a consolidare e rafforzare il senso di sorellanza;
- *determinanti sessuali*, nelle narrazioni di quante sono interessate dalla pratica vi è un forte richiamo alla funzione regolatrice che le M/MGF avrebbero sugli impulsi sessuali delle ragazze e delle donne. L'ablazione della clitoride, se non l'infibulazione, contribuirebbe infatti ad abbassare il desiderio sessuale, in modo da garantire la castità prima del matrimonio e la fedeltà dopo. Si inserisce qui il tema del controllo sul corpo delle donne: le M/MGF per educare e proteggere le donne da se stesse, percepite come incapaci di controllare i propri desideri o istinti;
- *determinanti religiose*, tra le più controverse, hanno avuto nel tempo, e continuano ad avere, un ruolo importante tanto nel giustificare le pratiche quanto nel combatterle. Le M/MGF non appartengono ad alcuna religione, essendo presenti in gruppi che si professano cristiani, musulmani, animisti e in nessuna di queste vi sono chiari riferimenti all'obbligatorietà della pratica. Al contrario, soprattutto nelle religioni più seguite, il ruolo dei leaders religiosi è diventato negli anni sempre più cruciale per le campagne anti-M/MGF in cui si è enfatizzato il valore culturale più che religioso delle pratiche. Eppure, non si può nascondere il legame esistente tra l'importanza attribuita dalle maggiori religioni alla castità e alla modestia femminile e il controllo sulla sessualità che si attribuisce alle pratiche;
- *determinanti economiche* legate soprattutto all'attrattività matrimoniale. All'interno di un gruppo che pratica le M/MGF, averle subite diventa un fattore discriminante nel mercato matrimoniale, che è fondamentale soprattutto in quei contesti in cui il matrimonio è l'unico dispositivo che garantisce a una donna sia *status* sociale sia sicurezza economica. Le ragioni economiche sono però rilevanti anche per chi realizza le operazioni. Le praticanti tradizionali (in larga parte donne) così come il personale sanitario attivo nella esecuzione delle pratiche ha in esse una fonte di reddito che può rivelarsi molto importante, soprattutto quando ne è la principale;

- *determinanti igieniche ed estetiche*, la percezione dei genitali femminili, soprattutto nei riguardi degli standard estetici, non è né universale né costante. Tra alcune popolazioni, specialmente in Africa Orientale o alcune zone del Mali e della Mauritania, i genitali femminili sono percepiti come brutti, sporchi e maleodoranti. Le operazioni di taglio e di chiusura sono allora fondamentali per il processo di abbellimento, secondo uno standard che li vuole uniformi e piacevoli allo sguardo. Inoltre, alla chiusura e al contenimento delle secrezioni e degli odori si associa il concetto della purezza, così importante nell'immaginario femminile di alcune culture. Il valore dato all'organo modificato, considerato più bello, puro, igienico e pieno di valore simbolico anche in termini di accentuazione della femminilità non deve essere sottovalutato in quanto può giustificare la richiesta di una chiusura successiva, a seguito per esempio di una riapertura post-partum (Johnson-Agbakwu e Manin, 2021).

I fattori elencati contribuiscono solo in parte a descrivere l'universo di significati che le pratiche portano con sé e, soprattutto, per essere esplicativi richiedono di essere considerati nel loro insieme. In questo quadro è fondamentale riconoscere il valore protettivo e non punitivo che assumono le M/MGF che agiscono sulle bambine. Esse conferiscono loro un senso di appartenenza (alla comunità, al genere, alla famiglia), proteggendole dai propri istinti biologici e aiutandole ad assumere il loro ruolo "naturale" all'interno della comunità. Al contempo, come sottolineano Fusaschi e Cavatorta (2021) è proprio il concetto di genere che tiene dentro tutti i determinanti, portando con sé anche tutte le contraddizioni che le M/MGF racchiudono. Al controllo della donna si associa l'ideale di femminilità da raggiungere e poi trasmettere per garantire l'appartenenza ad un universo che è solidale e si costruisce non solo e comunque per gli uomini, come spesso si tende a semplificare. Guardando invece alla moltitudine di significati che ancora oggi le M/MGF portano con sé si comprende perché esse non siano ancora completamente eradicata ma, come mosse da una insita plasticità, si modificano e si adattano ai contesti che cambiano.

Le campagne di eradicazione, infatti, hanno ormai una storia decennale. Esse hanno avuto un ruolo determinante nel generare un cambiamento di passo, però hanno anche concorso non soltanto nel proporre/imporre delle categorie di senso concepite dallo sguardo esterno, ma anche a determinare azioni e reazioni a tale sguardo, che si sono tradotte in modi diversi. Il risultato è molto positivo visto che la prevalenza si è universalmente abbassata, ma al contempo le modalità di effettuare le operazioni

sono cambiate. Tra questi cambiamenti, sono importanti l'abbassamento dell'età in cui le pratiche si realizzano, l'abbandono delle forme più invasive e invalidanti e il ricorso alla medicalizzazione.

Non vi è un'età prestabilita per effettuare le operazioni, in genere esse avvengono prima dei 15 anni e, anche se più raramente, possono avvenire poco prima del matrimonio. In molte comunità, però, le M/MGF erano/sono tradizionalmente realizzate in un'età di transizione per segnare il passaggio tra l'infanzia e la pubertà. Per tali ragioni sono state ascritte ai riti di passaggio (Gruenbaum, 2001). L'illegalità che ormai circonda quasi ovunque le pratiche ha spinto a realizzarle su bambine sempre più piccole, così come già accade in altre comunità. Questo è possibile se, come insiste Fusaschi (2014), riferendosi alla definizione di Bordieu, le M/MGF hanno un ruolo in quanto riti di istituzione, e non di passaggio, che porta all'iscrizione ad un genere.

Le M/MGF, dunque, come affare di donne, voluto dalle donne e gestito da esse. Questo non deve però oscurare il ruolo che gli uomini, anche quando non direttamente coinvolti, hanno nella loro perpetuazione o meno. Nel riconoscimento della forza del patriarcato, però, non si può sminuire il ruolo che le donne hanno nella significazione e perpetuazione delle pratiche e l'ombra del patriarcato può opacizzare una corretta lettura del significato simbolico che ancora vi si attribuisce.

Il cambiamento investe anche la tipologia delle pratiche e, a questo proposito, la Somalia rappresenta un esempio particolarmente interessante. Nonostante sia tra i paesi in cui è più alta la tradizione del III tipo, le azioni delle campagne anti-M/MGF, la legge, seppure arrivata solo nel 2012, e la consapevolezza dei rischi connessi alla salute hanno fatto propendere per l'adozione di forme meno invasive, tipicamente di primo o secondo tipo. Queste operazioni sono adesso descritte come "sunna", termine che assume un doppio valore. Da un lato mutua dall'Islam, enfatizzando un legame (presunto) con la religione musulmana, dall'altro si distacca dai termini legati all'infibulazione e alle pratiche così come erano descritte prima, togliendo quell'elemento di percepita barbarie ormai connesso alle pratiche (Sulaiman et al, 2017). Tutto questo concorre ovviamente alla loro perpetuazione.

Un effetto analogo si ha con la medicalizzazione. Come si vedrà più avanti, essa riguarda tutte le operazioni che sono fatte sotto la supervisione o diretta partecipazione di personale sanitario, in qualunque luogo. Le campagne di contrasto che hanno sottolineato le conseguenze negative delle pratiche sulla salute delle donne hanno spinto verso forme percepite come più sicure. In questo modo, il coinvolgimento del personale sanitario

con l'adozione di forme meno invasive e la realizzazione degli interventi in età molto piccola ne aumentano la legittimazione.

Gli sconvolgimenti geopolitici che interessano particolarmente le aree a maggiore tradizione escissoria hanno degli effetti significativi sul destino delle M/MGF. infatti, gli sfollamenti, le migrazioni forzate, i campi profughi costituiscono un luogo in cui progressi e arretramenti vanno di pari passo. I primi sono determinati dalla presenza di organizzazioni che promuovono campagne anti-M/MGF, dall'esposizione a narrative diverse sulla religione e sul controllo del corpo delle donne, dall'assenza di membri della famiglia allargata che incidono sulla scelta dei genitori. L'incertezza per il futuro, però, come la perdita di mezzi di sussistenza, l'interruzione dei percorsi scolastici e soprattutto il senso di insicurezza, relativamente al destino delle proprie figlie, spingono verso le pratiche in quanto queste rispondono alle necessità di protezione dalle pulsioni sessuali, alle difficoltà economiche, offrendo potenziali maggiori opportunità di matrimonio, al minacciato senso di appartenenza etnico (Barret et al., 2020).

I cambiamenti che stanno investendo le pratiche sono dunque il risultato di molti fattori, tra cui l'incontro/scontro con pensieri e attitudini diversi che giocano un ruolo molto forte, come avviene nella migrazione.

2.4. Le pratiche in migrazione

L'evento migratorio, nel nostro studio, è inquadrato come un movimento da un contesto a tradizione escissoria, in cui le M/MGF hanno una valenza e un significato positivo, a un altro in cui sono condannate e l'averle subite può essere molto penalizzante. Queste contrastanti visioni, che possono avere un profondo impatto negativo sulle persone, instillando senso di inadeguatezza, vergogna e insicurezza che conducono alla chiusura, dall'altro possono creare un terreno di ascolto e scambio con altre visioni (Vloeberghs et al. 2011).

La migrazione, infatti, può promuovere l'incontro con altre narrative e altri immaginari che possono influenzare posizioni fino ad allora mai messi in discussione. Il caso delle M/MGF è, a questo proposito, emblematico, dato che diversi elementi che le giustificano possono presentarsi sotto una luce diversa. Uno dei più importanti riguarda le motivazioni religiose, soprattutto nei confronti dell'Islam. Come detto prima, le M/MGF sono antecedenti all'arrivo dell'Islam e vi è consenso tra i religiosi esperti della legge coranica che esse non sono richieste e moltissime popolazioni di religione musulmana non praticano alcuna forma di chirurgia genitale femminile.

L'incontro con queste visioni mette fortemente in discussione la valenza religiosa attribuita alla pratica (Barret, 2021).

Il confronto riguarda però anche il corpo, particolarmente in due aspetti. In primo luogo, il confronto con le altre donne contesta cosa è considerato "normale", bello e accettabile, soprattutto quando la maggioranza ha altri canoni. In secondo luogo, anche il rapporto con il proprio corpo può essere oggetto di nuove narrazioni. Molte donne che hanno subito le pratiche sono portate a riconsiderare quanto avevano fino ad allora percepito come parte integrante dell'identità femminile, e quindi accettabile se non normale, compresi alcuni aspetti invalidanti legati alle forme più invasive (Vloeberghs et al., 2012).

La rinuncia alle pratiche avviene a maggior ragione quando anche le opportunità matrimoniali si allargano, non soltanto comprendendo uomini che non vengono da società a tradizione escissoria, ma anche altri che, in terra di emigrazione, hanno preso familiarità e decidono di scegliere donne non modificate/mutilate. In migrazione gli aspetti considerati più "appropriati" nelle donne diventano più legati ai suoi comportamenti che alle caratteristiche fisiche dei genitali (Gutiérrez-García, 2022, Kawous et al., 2022).

Questo avviene anche perché il contesto ricevente può, in generale, permettere di avviare un dibattito sulle pratiche in maniera più libera di quanto avvenga nei paesi di origine. Come emerso chiaramente in un progetto realizzato recentemente in Italia che ha coinvolto donne di diverse generazioni provenienti da paesi a tradizione escissoria, in migrazione può cadere quella condizione di tabù che è particolarmente penalizzante per le giovani generazioni www.sostienici.amref.it/yact/#progetto. Durante il progetto, le ragazze coinvolte hanno riconosciuto il valore di un dialogo aperto, anche con gli uomini, in cui le pratiche non siano né ragione di vergogna né di stigma, ma al contrario rappresentino terreno di cambiamento.

A dimostrazione però della difficoltà di tracciare un quadro omogeneo di quanto avviene tra comunità differenti e in contesti altri, si riporta la ricerca di Johansen (2019) che racconta di una transizione, nelle comunità somale diasporiche residenti ad Oslo, verso la privatizzazione delle pratiche, al contrario di quanto avviene in Somalia, dove le M/MGF sono un tema molto dibattuto. L'atteggiamento riportato in Norvegia, che spesso accompagna l'abbandono, però è anche indice di un disimpegno nei confronti della lotta ancorché una risposta alla transitorietà con cui le pratiche sono percepite. Il silenzio attorno ad esse risulta dalla difficoltà di ricono-

scere le posizioni degli altri membri della comunità, in entrambi i contesti, su quanto è messo così tanto in discussione. Si tratta di un altro modo di affrontare un cambiamento e negoziare con la volontà della famiglia di origine.

L'evento migratorio può quindi rappresentare una forma di liberazione dalle decisioni della famiglia estesa (forme di coabitazione intergenerazionale influenzano la scelta di adesione), soprattutto quando si ricostruisce una famiglia nucleare (Barret, 2021; Vloeberghs et al., 2011). Questo però non implica che l'influenza della famiglia di origine sia trascurabile. Al contrario, la ricerca realizzata da Alhassan et al. (2016) riporta chiaramente come non solo le periodiche visite ai parenti ma anche le telefonate, lo scambio di doni e altre forme di supporto socioaffettivo pesano nell'imporre adesione alle norme per evitare la perdita di membri del gruppo. A questo proposito, la stigmatizzazione da parte della famiglia di origine, dove soprattutto le persone più anziane possono accusare di mancato rispetto delle tradizioni e svalutazione della cultura, a seguito del rifiuto a perpetuare le M/MGF può avere effetti su entrambi i contesti di appartenenza, quello di origine e quello di destinazione.

Il tema del rifiuto e della stigmatizzazione è importante anche nel comprendere atteggiamenti di attaccamento alle pratiche e rinegoziazione di esse in chiave continuativa. Vivere infatti in contesti percepiti come non accoglienti, quando non apertamente ostili, può spingere verso un richiamo identitario, di cui le M/MGF sono una forma fisicamente tangibile (Jinnah and Lowe, 2015; Farina e Ortensi, 2014). Questo è ancor più vero quando la società ricevente è percepita anche come pericolosa e corruttiva: le M/MGF ritornano ad essere quel dispositivo educativo/protettivo imprescindibile nel percorso di costruzione dell'identità femminile.

In Italia, il fenomeno delle M/MGF è emerso con maggiore rilevanza negli ultimi decenni a causa dei flussi migratori da paesi dove la pratica è diffusa. Secondo l'ultima indagine campionaria condotta dall'Università Milano Bicocca per conto del Dipartimento Pari Opportunità nel 2019, al 1° gennaio 2018 si stimavano circa 87.600 donne escluse in Italia, di cui 7.600 minorenni. La prevalenza varia grandemente tra le comunità superando l'80% tra maliane, somale, sudanesi e burkinabé, mentre per altre nazionalità è inferiore al 30%. Tra le generazioni più giovani si registra una decisa riduzione del fenomeno. L'indagine ha rivelato inoltre che il supporto alla pratica in Italia è relativamente basso, con solo il 9% delle donne favorevoli, la quasi totalità delle quali ha subito la pratica. Tuttavia, esiste un certo numero di donne che, pur non sostenendo direttamente le M/MGF non vi si op-

pongono apertamente, invocando la libera scelta di ciascuna. Tra i gruppi di donne più favorevoli vi sono le burkinabé, le egiziane e le nigeriane. Molte di quante si dichiarano favorevoli si esprimono per la medicalizzazione come compromesso tra il rispetto della tradizione e la riduzione dei danni alla salute. L'indagine rivela inoltre che l'opposizione alle M/MGF è nel complesso di poco superiore al 70%, raggiungendo il 92% tra le donne che non le hanno subite. L'istruzione e l'inserimento nel mondo del lavoro si rivelano fattori protettivi, riducendo l'opinione positiva nei confronti delle pratiche. Le donne interrogate con l'indagine sottolineano che le principali motivazioni al sostegno sono culturali e sociali, dall'adesione alle tradizioni alle norme di comunità, nonché alla percezione del ruolo della donna nella società e nel mercato matrimoniale.

2.5. Le strutture sociosanitarie e la medicalizzazione

Le M/MGF sono inscindibilmente pratiche che intervengono sul corpo femminile e che possono provocare danni temporanei e/o permanenti. Come già discusso, esse possono essere causa di insorgenza di infezioni croniche, ascessi, cisti, formazione di eccessivo tessuto cicatriziale, danni all'uretra con conseguenza incontinenza urinaria, danni al sistema riproduttivo con aumentato rischio di infertilità e mestruazioni molto dolorose, problemi nella vita sessuale. Lo stesso evento può rivelarsi traumatico per le bambine, comportando un maggior rischio di sindrome da stress post traumatico con effetti anche sul piano psicologico (end-fgm).

Shell-Duncan and Hernlund (2000) riportano però come la maggior parte della letteratura che si occupa delle conseguenze sul piano medico e psicologico delle M/MGF si riferisca a statistiche costruite principalmente sulla infibulazione, la forma più invasiva e invalidante, ma anche la meno diffusa. Inoltre, sul piano sessuale, ricerche dimostrano che la capacità dei tessuti di rispondere agli stimoli tende a rimanere intatta, sfatando il diffuso pregiudizio secondo cui le M/MGF compromettono gravemente, o addirittura annullano, il piacere sessuale delle donne che le hanno subite, inclusa la tipologia più invasiva (Johnson-Agbakwu e Manin, 2021; Macklin, 2012, Obermeyer, 2005).

Secondo Abdulcadir “la letteratura sull'impatto delle MGF/E sulla funzione psicosessuale manca di prove definitive, soprattutto a causa della mancanza di studi che abbiano differenziato il tipo di taglio/lesione/tessuto interessato e l'eventuale coinvolgimento del clitoride o altri fattori come l'età a cui la MGF/E è avvenuta” (Abdulcadir, 2024: 161).

Ovviamente, questo non può incidere sul dovere di prendersi cura delle persone che soffrono per quanto hanno subito né devono essere tralasciate le bambine a rischio, piuttosto occorre lavorare affinché le strutture sociosanitarie, che sono il luogo privilegiato in cui intercettare, comprendere, accompagnare, e curare le ferite provocate dalle M/MGF, non si trasformino in luoghi iatrogeni.

La consapevolezza di aver subito una pratica modificante/mutilante può accompagnarsi ad un maggiore riconoscimento dei sintomi che questa provoca, amplificando però il sentimento di vergogna e dolore (Vloeberghs et al. 2012). D'altro lato, l'atteggiamento stigmatizzante, stereotipato e intriso di body-shaming spesso presente nella cultura dominante in contesto migratorio può generare effetti dannosi, influenzando negativamente la percezione di sé, la relazione con il proprio corpo e la propria autostima, anche nell'ambito della sfera sessuale (Johnson-Agbakwu e Manin, 2021).

È proprio l'enfasi posta sulle conseguenze sulla salute, però, che ha spinto verso la medicalizzazione delle pratiche. L'OMS ha rilasciato nel 2008 un comunicato congiunto contro la medicalizzazione dichiarando che essa contribuisce a condonare e quindi perpetuare le pratiche. Nella definizione di medicalizzazione, la stessa agenzia incorpora tutte le M/MGF praticate da un operatore/trice sanitario/a, di qualsiasi livello, realizzate in ogni luogo, sia un ospedale pubblico, una clinica privata, o una casa (WHO 2010). Shell-Duncan et al. (2017) in una disamina sugli effetti della medicalizzazione rilevano inoltre che il termine ha, con il tempo, inglobato anche il semplice utilizzo di materiale sanitario, come ferri chirurgici, anestetici, antisettici e antinfiammatori. Lo stesso dicasi per il supporto dato dal personale sanitario, in termini di somministrazione di farmaci, anche quando l'intervento è realizzato da praticanti tradizionali. Al contrario, le studiose sottolineano come non vi sia alcuna relazione chiara tra l'adozione della medicalizzazione e la continuazione o abbandono della pratica. Piuttosto, studi da loro riportati hanno dichiarato una correlazione tra la medicalizzazione e l'adozione di forme meno invasive. È pur vero, però, che la mancanza di ricerche accurate sulle conseguenze delle pratiche nonché di una procedura medica approvata, che non può esistere data la segretezza con cui avvengono le operazioni, non permette di escludere conseguenze sanitarie a lungo termine (Ikechukwu et al., 2021).

Uno studio realizzato da Ortensi et al. (in stampa) ha fatto emergere una inaspettata, seppur contenuta, richiesta di M/MGF in Italia. Le donne che hanno dichiarato di voler ricorrere a questa forma hanno un livello di scolarizzazione piuttosto alto, problematizzando questa dimensione che è

solitamente correlata all'abbandono della pratica. Inoltre, la medicalizzazione, e quindi l'affidamento delle pratiche al personale sanitario è metafora di modernità, contrapposta alla barbarie delle forme tradizionali: un modo di traghettare le pratiche, con il loro carico di significati, soprattutto identitari, attraverso il tempo e lo spazio.

2.6. Conclusioni

Le M/MGF sono pratiche in transizione. Rappresentano una violenza di genere, ma sono anche una questione di genere. È difficile inquadrarle in maniera univoca e proprio i cambiamenti cui sono andate incontro con l'adozione di modalità sempre meno invasive e la richiesta di medicalizzazione dimostrano che il declino non equivale alla sparizione. Il carico di significati di cui sono portatrici necessita di un ascolto limpido e non giudicante. Concorrono, con le lotte verso il loro abbandono e le resistenze per la loro perpetuazione, alla complessità del composito universo femminile. Fermo restando il valore che chi scrive dà alla lotta verso ogni forma di involontaria (in età minore) modificazione/mutilazione dell'apparato genitale femminile, è innegabile riflettere su quanto i cambiamenti in corso dicono sul ruolo delle donne e sulle loro scelte.

Lavorare con le donne e per le donne portatrici di M/MGF comporta fare un passo indietro rispetto ad atteggiamenti stereotipanti e pregiudizievoli. La creazione di spazi dedicati a queste donne, aperti al dialogo, al confronto e alla cura è fondamentale per validare i bisogni, supportare i cambiamenti, creare nuove narrazioni.

3. La presenza delle donne straniere da paesi a tradizione escissoria nella Regione Lazio e a Roma

Alessio Menonna

3.1. La presenza anagrafica

Secondo i più recenti dati Istat, al 1° gennaio 2024, su un totale di circa 59 milioni di residenti in Italia, la popolazione straniera è composta da poco più di 5,2 milioni di persone, con una leggera maggioranza di donne e bambine (50,5%)⁹. Questa lieve prevalenza femminile è di poco inferiore a quella che alla stessa data si riscontra nella popolazione italiana residente (51,1% di donne e bambine). Considerando il luogo di nascita l'incidenza della popolazione femminile nata all'estero è superiore sia a quella nella popolazione italiana sia a quella delle nate in Italia (52,5%). In valore assoluto i e le residenti in Italia nati/e all'estero, sono oltre 1,4 milioni in più rispetto alle persone con cittadinanza straniera¹⁰ e tra le donne il divario è superiore rispetto agli uomini.

Le nate all'estero sono oltre 3,5 milioni, circa 853mila in più rispetto al totale delle straniere¹¹. Questi dati indicano una forte presenza di migranti che hanno acquisito la cittadinanza italiana, elemento rilevante per quanto riguarda le M/MGF poiché l'anzianità di permanenza e l'integrazione nel tessuto sociale hanno effetto positivo sull'abbandono del fenomeno (Farina et al., 2016).

9. Non sono disponibili dati sulla popolazione non iscritta in anagrafe. L'ultima stima, riferita all'intero territorio nazionale, è quella proposta dalla Fondazione Ismu al 1° gennaio 2023 che non è distinta per genere, cittadinanza, regione di residenza o età.

10. Questo gruppo è maggiore perché comprende chi non possiede la cittadinanza italiana, anche se nato/a in Italia.

11. I maschi nati all'estero, invece, sono meno di 3,2 milioni, solamente 567mila in più rispetto ai maschi con cittadinanza straniera.

Tab. 1 – Popolazione residente in Italia, nel Lazio e a Roma al 1° gennaio 2024 per genere e luogo di nascita (in parentesi la proporzione di donne)

Popolazione	Italia	Lazio	Roma
Residente totale	58.971.230	5.714.745	2.751.747
di cui F	30.124.502 (51,1%)	2.944.083 (51,5%)	1.443.396 (52,5%)
Residente straniera	5.253.658	643.312	351.872
di cui F	2.651.008 (50,5%)	325.958 (50,7%)	183.314 (52,1%)
Residente nata all'estero	6.673.691	730.330	397.052
di cui F	3.504.396 (52,5%)	389.242 (53,3%)	216.730 (54,6%)

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat

In questo contesto, al 1° gennaio 2024, la regione Lazio è al secondo posto in Italia per iscrizioni anagrafiche della popolazione straniera (più di 643mila), e per presenza di donne o bambine (quasi 326mila, il 50,7% del totale). Queste ultime hanno un’incidenza rispettivamente del 12,2% e del 12,3% – circa un ottavo – sul totale nazionale. Il Lazio è anche in seconda posizione per numero di nati e nate all’estero: più di 730mila all’inizio dello scorso anno, pari al 10,9% del totale nazionale. Di questi/e, oltre 389 mila sono donne e bambine, pari all’11% del totale femminile residente in Italia. A livello nazionale, la componente femminile di nate all’estero raggiunge il 53,3%¹².

Al primo gennaio 2024 Roma è prima per numero di migranti iscritti/e in un singolo Comune. Vi risiedono più di 397mila persone nate all’estero, di cui quasi 217mila donne e bambine. Si tratta di una prevalenza femminile del 54,6%, la più alta registrata in tutti i contesti territorialmente in esame e per ogni sottogruppo demografico (italiano, straniero o nato o all’estero).

Sul totale della popolazione residente in città, i e le nate all’estero incidono per il 14,4% e all’interno della sola componente femminile questo valore raggiunge il 15%. Si tratta, di nuovo, di livelli superiori a quelli regionali, già a loro volta maggiori rispetto a quelli nazionali: una particolarità del capoluogo nazionale degna di attenzione.

12. Si noti che per l’insieme di uomini e donne la differenza tra il numero di nati/e all’estero e quello delle persone con cittadinanza straniera è relativamente meno elevata rispetto a quella riscontrata mediamente nel resto d’Italia. Inoltre, se in Italia i/le nati/e all’estero al 1° gennaio 2024 incidono per l’11,3% sulla popolazione residente complessiva, mentre quanti hanno cittadinanza straniera per l’8,9%; nel Lazio alla stessa data questi due valori risultano leggermente più alti, pari al 12,8% e 13,2%.

I dati Istat dettagliano, anche a livello comunale, la popolazione residente¹³ per cittadinanza, o Paese di nascita, e sesso (o per età e sesso). Al 1° gennaio 2024, a Roma, i primi quattro paesi di nascita a prevalenza femminile sono: Romania (59,6%), Filippine (61,5%), Ucraina (79,5%) e Perù (64,2%). Il Bangladesh, quarta provenienza, in termini di numerosità complessiva, ha invece la minima incidenza di donne (26,5%). Scorrendo la graduatoria le donne costituiscono più spesso la maggioranza, anche se di poco, tra le persone provenienti da Moldova e Brasile mentre Cina e Albania mostrano composizioni più equilibrate anche in virtù del diverso percorso migratorio. In Lazio le incidenze femminili sono simili a quelle romane, tranne che per l'India¹⁴ (al 38,3%). In termini assoluti al 1° gennaio 2024 le provenienze con maggiore presenza femminile sono rumene, filippine, ucraine, polacche, peruviane e moldave. Anche il contesto italiano, dove i principali Paesi esteri di nascita delle residenti sono nell'ordine Romania (535mila), Albania (275mila), Ucraina (226mila), Marocco (222mila), Moldova (143mila) e Cina (120mila), presenta un quadro simile: minime variazioni di composizione tra femmine e maschi all'interno dei diversi collettivi per Paesi di nascita.

13. Non è possibile valutare le componenti non censite dalle anagrafi. Tuttavia, se si volesse applicare a tutti i collettivi femminili in esame la medesima ripartizione dei non residenti sui/le residenti e per fasce d'età, mediamente verificata dal Rapporto della Fondazione Ismu sull'intero territorio nazionale, si dovrebbe aumentare di circa un ottavo tutti i risultati qui discussi.

14. L'insediamento indiano ha caratteristiche molto diverse tra il capoluogo e i contesti rurali. A Roma, la popolazione è minore e più equilibrata per genere, occupata principalmente in attività di ristorazione, vendite o servizi. All'esterno, una popolazione più numerosa, legata all'agricoltura, composta principalmente da uomini soli.

Tab. 2 – Nate all'estero e residenti in Italia, nel Lazio e a Roma al 1° gennaio 2024, per principali Paesi di nascita (% donne sul totale delle presenze). Ordinamento decrescente per numerosità a Roma (in migliaia)

	Italia	Lazio	Roma
Nate all'estero	3.504.396 (52,5%)	389.242 (53,3%)	216.730 (54,6%)
Romania	535.054 (59,6%)	90.709 (56,5%)	36.330 (59,6%)
Filippine	88.707 (60,2%)	23.317 (61,8%)	20.817 (61,5%)
Ucraina	226.444 (76,2%)	21.641 (77,9%)	12.743 (79,5%)
Perù	83.447 (61,4%)	12.070 (64,1%)	9.375 (64,2%)
Bangladesh	46.553 (24,7%)	9.985 (24,5%)	8.406 (26,5%)
Polonia	73.663 (77,6%)	13.020 (72,4%)	7.162 (72,4%)
Cina	119.476 (50,4%)	9.326 (51,0%)	7.048 (50,9%)
Moldova	142.513 (65,9%)	11.481 (65,4%)	6.382 (67,2%)
India	79.435 (41,7%)	12.107 (38,3%)	5.568 (48,7%)
Brasile	88.224 (62,5%)	8.853 (65,0%)	4.995 (65,3%)
Albania	274.756 (49,3%)	13.811 (50,3%)	4.592 (51,9%)
Egitto	51.140 (30,1%)	5.805 (26,8%)	4.074 (29,3%)
Francia	71.219 (59,5%)	7.588 (60,6%)	3.922 (61,3%)
Ecuador	49.117 (6,01%)	4.973 (63,0%)	3.889 (62,7%)
Fed. Russa	66.768 (75,9%)	6.548 (77,5%)	3.859 (78,0%)
Sri Lanka	44.440 (46,3%)	4.751 (46,5%)	3.838 (47,2%)

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat.

3.2. Iscrizioni anagrafiche da paesi a pratica escissoria

I collettivi di donne o bambine nate in Paesi target M/MGF¹⁵ sono meno numerosi nella graduatoria generale. A Roma il totale di questa popolazione ammonta a poco meno di 14mila unità e incide per il 6,4% sul totale delle nate all'estero. Nel Lazio il valore sale a 22mila unità: solo il 5,8% del totale delle nate in un paese diverso dall'Italia; la percentuale sale al 6,1% se si considera il territorio nazionale. La minore presenza di donne provenienti da questi paesi è dovuta sia ad una minore immigrazione complessiva verso l'Italia, sia perché più spesso si tratta di una migrazione maschile. Infatti, nell'insieme delle provenienze da stati target M/MGF la proporzione di donne è circa un terzo del totale in Italia (31,6%), un po' più nel Lazio (33%) e a Roma (34,3%).

L'Egitto è il principale Paese a tradizione escissoria, le donne e bambine residenti al 1° gennaio 2024 sono 51mila unità, di cui 6mila nel Lazio e più di 4mila a Roma. Per questo Paese l'incidenza della popolazione femminile è attorno al 30%. Al secondo posto troviamo la Nigeria, sia in Italia (46mila donne e bambine) sia nel Lazio (4mila) ma conta meno di 2mila unità femminili a Roma, superata dalle 3 mila etiopi. Tra le nigeriane, la componente di donne e bambine è di poco superiore al 40% del totale. Le etiopi, invece, compongono uno dei pochi collettivi a maggioranza femminile (60%) e risultano al ventesimo posto nella graduatoria dei gruppi di donne e bambine nate all'estero e residenti a Roma al 1° gennaio 2024. A livello nazionale le etiopi sono meno di 15mila, la metà circa delle 31mila senegalesi e quasi nello stesso numero delle ghanesi. Nel Comune di Roma gli altri gruppi di donne o bambine nate in Paesi target M/MGF sono composti da meno di mille unità (cfr. Appendice statistica).

15. Si usa la dicitura semplificata "Paesi target M/MGF" per indicare l'insieme dei Paesi in cui la pratica è stata rilevata.

Tab. 3 – Nate all'estero residenti in Italia, nel Lazio e a Roma al 1° gennaio 2024, per principali Paesi di nascita target M/MGF a Roma (in parentesi % sul totale dei/le nati/e in ciascun Paese estero)

	Italia	Lazio	Roma
Nate in Paesi M/MGF			
	214.040 (31,6%)	22.382 (33,0%)	13.978 (34,3%)
Egitto	51.140 (30,1%)	5.805 (26,8%)	4.074 (29,3%)
Etiopia	14.964 (57,7%)	4.110 (61,5%)	2.927 (61,8%)
Nigeria	45.775 (43,1%)	4.279 (41,2%)	1.956 (43,6%)
Eritrea	5.050 (52,9%)	1.281 (47,5%)	931 (46,0%)
Somalia	4.083 (32,3%)	878 (30,1%)	564 (27,0%)
Kenya	2.955 (62,0%)	732 (66,7%)	485 (65,1%)
Senegal	30.816 (24,3%)	845 (18,8%)	484 (19,7%)
Indonesia	3.425 (81,0%)	676 (77,6%)	475 (74,0%)
Camerun	7.602 (45,0%)	638 (44,7%)	327 (43,7%)
Costa d'Avorio	13.289 (35,6%)	522 (26,1%)	235 (23,4%)
Iraq	1.908 (23,7%)	336 (20,6%)	208 (18,1%)
Burkina Faso	4.710 (26,1%)	260 (34,8%)	170 (43,1%)
Ghana	15.936 (32,5%)	340 (24,8%)	168 (30,9%)
Guinea	2.040 (14,8%)	256 (18,2%)	136 (19,1%)
Tanzania	1.125 (56,4%)	197 (52,0%)	124 (45,9%)
Sudan	818 (23,8%)	137 (21,4%)	113 (21,3%)

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat

3.3. Il profilo d'età nella regione Lazio e a Roma

Il profilo d'età per singola cittadinanza¹⁶ residente nel Lazio e a Roma al 1° gennaio 2024 è determinato dall'uso dei dati di servizio concessi dall'Istat, con valori sulla popolazione femminile residente al 1° gennaio 2023. Questo divide per fasce d'età quinquennali, fino all'ultima aperta delle ultracinquantenni, e singola cittadinanza o Paese di nascita per target M/MGF¹⁷. Tali valori, oltre che per la descrizione demografica dei contesti territoriali, sono fondamentali per una stima differenziata d'incidenza del fenomeno M/MGF e dei suoi fattori di rischio di cui si darà conto diffusamente nel successivo capitolo¹⁸.

3.3.1. Il profilo d'età nella regione Lazio

Al di là della classe decisamente più numerosa delle ultracinquantenni – 8.984 donne provenienti da Paesi target M/MGF pari al 40,1% del totale – le classi più popolate sono le quattro più elevate in età riproduttiva, ciascuna con incidenze attorno al 10% sul totale delle nate all'estero. Così, nel Lazio sono stimate 2.141 nate in Paesi target M/MGF in età 30-34 anni, 2.419 in età 35-39 anni, 2.332 in età compresa fra i 40 e i 44 anni, e 2.245 in età 45-49.

Sempre in riferimento a questi Paesi, le 25-29enni nate all'estero (1.746) sono meno numerose e quelle nelle classi più giovani ancora più residuali: le 20-24enni (872), le 15-19enni (591), le 10-14enni (546), le 5-9enni (401), e soprattutto le 0-4enni (105). Infatti, seppure vivano nel Lazio molte minorenni e seconde generazioni con cittadinanza di Paesi target M/MGF, molto spesso esse sono nate in Italia. Questo, in particolare, permette di ritenerle generalmente meno a rischio in relazione alle pratiche, rispetto alle coetanee nate all'estero.

16. Il dettaglio diretto e ufficiale non è possibile poiché i siti del Comune di Roma e della Regione Lazio non forniscono informazioni congiunte di cittadinanza ed età.

17. Si ringrazia il Contact Center dell'Istat e in particolare la dr.ssa Cinzia Conti per aver fornito i dati. Essendo riferiti all'anno solare precedente, il numero di donne e bambine residenti nel Lazio al 1° gennaio del 2024 per fasce d'età quinquennali fino ai 50 anni di età e Paese di nascita è stato ottenuto per riproporzionamento. Con qualche ulteriore cautela, si possono ricalibrare i risultati a livello regionale rispetto al Comune di Roma.

18. In particolare, con l'applicazione di singoli fattori correttivi per Paese di nascita all'interno delle fasce d'età selezionate, da 21.613 donne e bambine nate in Paesi target per M/MGF al 1° gennaio 2023, si passa ad un totale di 22.382 un anno dopo, ipotizzando una presenza risibile di donne per le quali i motivi di privacy non consentono di identificare precisamente cittadinanza ed età. Confrontando la numerosità di ogni nazionalità al 1° gennaio 2023 e 1° gennaio 2024 si osserva uno scostamento in eccesso al massimo di un paio di centinaia di unità per egiziane e nigeriane. Tale dato è compatibile con un incremento annuo di popolazione nell'ordine del 4%, verosimile e spiegabile con un aumento del fenomeno migratorio negli ultimi dodici mesi.

Di contro, molte maggiorenni e donne più anziane originarie da Paesi target M/MGF sono divenute con il tempo italiane. Applicando qui il criterio della cittadinanza, anziché quello utilizzato dello stato di nascita, si sarebbero perse rispetto alla contabilizzazione delle M/MGF che, allorché avvengono, sono generalmente praticate in patria nei primi anni di vita o comunque in età minore.

Escludendo le nate in Italia e considerando tutte le acquisite alla cittadinanza italiana nate all'estero dal punto di vista dei Paesi di nascita prevalenti fino ai 14 anni, è sempre l'Egitto al primo posto tra la popolazione femminile nata in Paesi target M/MGF, con 61 bambine di età 0-4 anni, 241 bambine, fra le 5-9enni, e 300 bambine 10-14enni venute alla luce lì e residenti nel Lazio al 1 gennaio 2024; esse hanno incidenze rispettivamente del 58,3%, 60,0% e 55,0% delle egiziane sui rispettivi totali da Paesi target di M/MGF.

La prevalenza egiziana scende al 47,8% – tra le 15-19enni - e soprattutto al 31,1% fra le 20-24enni per l'aumento nella classe delle nigeriane¹⁹. Le nate in Etiopia, invece, rappresentano la maggioranza relativa fra le ultracinquantenni, con 2.832 donne pari al 31,5% del totale anche in conseguenza della storia migratoria, fra le più vecchie in Italia, controbilanciate dalle donne nigeriane (solo il 9,7%) fra i flussi più recenti.

Egitto, Nigeria ed Etiopia rappresentano complessivamente quasi due terzi (per la precisione il 63,4%) dei Paesi di nascita di quante arrivano da aree a tradizione escissoria. A moltissima distanza, infatti, ci sono tutti gli altri stati: al quarto posto l'Eritrea con una quota del 5,7% e 1.281 donne o bambine nate lì e residenti nel Lazio al 1° gennaio 2024; e poi con valori ancora inferiori la Somalia con un'incidenza del 3,9% e complessivamente 878 persone di sesso femminile, il Senegal (3,8% e 845), il Kenya (3,3% e 732), l'Indonesia (3,0% e 676), il Camerun (2,9% e 638), la Costa d'Avorio (2,3% e 522). Nell'ordine, sono presenti, con quote superiori al singolo punto percentuale d'incidenza Ghana, Iraq, Burkina Faso e Guinea, mentre tutti gli altri – la maggioranza assoluta, ben 17 Paesi su un totale di 31 target per M/MGF – sono al di sotto di tale soglia e quindi complessivamente poco significativi in termini di numero di residenti sul territorio regionale laziale.

19. Nelle due fasce d'età appena superiori, il numero di nate in Nigeria è perfino maggiore rispetto a quello di nate in Egitto: 756 contro 415 tra le 25-29enni e 658 a fronte di 461 fra le 30-34enni. Passando alle 35-39enni, invece, il conteggio torna ad essere leggermente favorevole alle nate in Egitto, 578 a fronte delle 571 nate in Nigeria, e successivamente comunque ancora abbastanza equilibrato nelle due ultime fasce d'età quinquennali che i dati permettono di considerare: quella delle 40-44enni con 510 nate in Egitto a fronte di 576 in Nigeria, e quella delle 45-49enni con 444 donne nate in Egitto e 497 in Nigeria. Per queste due ultime fasce d'età sono però da considerare le donne nate in Etiopia, con 306 migranti in età compresa fra i 40 e i 44 anni e soprattutto 404 in età compresa fra i 45 e i 49 anni.

3.3.2. Il profilo d'età a Roma

Per quanto riguarda la città di Roma, il quadro cambia un poco. In particolare, secondo le stime²⁰, sono quasi 6mila le donne ultracinquantenni nate da Paesi target di M/MGF, il 42,3% del totale. Tra le altre donne appartenenti allo stesso contingente, poi, il 9-10% ricade nelle fasce appena precedenti (tale valore è del 10-11% in Lazio), con circa 1300 unità nella fascia 45-49 e 1500 in quella 40-44. Il 7,1% ha fra i 25 e i 29 anni di età (meno di un migliaio di donne; rappresentano il 7,8% nel Lazio). Infine, solamente il 3,7% ha fra i 20 e i 24 anni d'età, il 2,7% fra i 15 e i 19 anni, il 2,5% fra i 10 e i 14 anni, l'1,9% fra i 5 e i 9 anni e lo 0,5% meno di 5 anni. In questi ultimi cinque gruppi, i valori d'incidenza sono molto simili a quelli registrati complessivamente in Regione.

Dal punto di vista delle nazionalità, inoltre, a Roma le nate in Egitto rafforzano la prevalenza fra i gruppi delle più giovani: 62,6% d'incidenza fra le 0-4enni, 64,2% tra le 5-9enni, 59,2% tra le 10-14enni. Rispetto al contesto regionale sono anche le più numerose tra le 15-19enni nate in Paesi M/MGF, che pure rappresentano il 52,5% in Lazio. Le egiziane mantengono la prevalenza relativa anche tra le 20-24enni (che rappresentano per il 36,5%), come avviene nell'intero Lazio, e la perdono a favore delle nate in Nigeria tra le 25-29enni. Diversamente dal contesto regionale, poi, sono le più numerose anche per tutte le classi di età (età feconda) successive. Infine, come nel Lazio, anche a Roma, tra le ultracinquantenni le donne etiopi sono le più numerose. I gruppi femminili più numerosi residenti a Roma ad inizio 2024, infatti, sono quelli delle donne ultracinquantenni nate in Etiopia (più di 2mila), seguono le coetanee nate in Egitto (poco meno di 1.600) e le nate in Eritrea (554). Altri gruppi particolarmente rilevanti in valore assoluto sono costituiti dalle donne nate in Egitto con circa 300-400 presenze in ciascuna fascia d'età quinquennale compresa tra i 25 e i 49 anni di età e quelle nate in Etiopia, limitatamente alle più anziane 45-49enni (288). Infine, si registrano le donne nate in Nigeria per cui vi sono circa 300 unità nella macro-fascia 25-44 anni e molte meno tra le over-50.

20. In assenza di dati ufficiali per età e cittadinanza, che il Contact Center dell'Istat ha potuto fornire solo per Regione, si sono applicati i medesimi profili per fasce registrati nel Lazio all'interno di ogni sottogruppo nazionale femminile.

Nel complesso a Roma al primo gennaio 2024 le donne nigeriane sono molto meno numerose delle nate in Etiopia (quasi 3 mila, pari al 20,9% della popolazione target) per la ridotta numerosità delle prime fra le ultra-cinquantenni. Al primo posto ci sono sempre le nate in Egitto, più di 4mila e con un'incidenza del 29,1%, che, come detto, coprono la maggioranza assoluta delle presenze target fino ai 20 anni di età. In totale questi tre gruppi rappresentano quasi i due terzi delle donne o bambine nate in Paesi target per M/MGF (64%). A seguire, molto distanziate, ci sono le nate in Somalia (564, pari al 4,0% d'incidenza sui 31 stati complessivamente considerati), in Kenya (485, il 3,5%), Indonesia (475, il 3,4%) e Camerun (327, il 2,3%).

4. Donne e bambine a rischio M/MGF: stima indiretta dell'incidenza del fenomeno

Alessio Menonna

4.1. Le stime in Lazio

Come dettagliato nel precedente capitolo, considerando a rischio M/MGF tutta – e solo²¹ – la popolazione femminile nata nei 31 Paesi considerati internazionalmente target del fenomeno e residente in Italia al 1° gennaio 2024, si ha un contingente di 214mila persone, di cui 22mila residenti nel Lazio (il 10,5% del totale) e 14mila nella città di Roma (il 6,5% del totale nazionale ma il 62,5% di quello regionale). Attenendosi solo alle prevalenze del fenomeno nei diversi Paesi di origine, il rischio di aver subito le pratiche risulta elevatissimo per alcuni stati e molto basso per altri. Una recente ricognizione della situazione realizzata nell'ambito del progetto europeo DORA²² mostra che l'incidenza di M/MGF nei paesi di origine è superiore al 90% in Somalia, Guinea e Gibuti ma anche inferiore al 5% in Camerun, Ghana, Niger e Uganda per citarne solo alcuni.

Seguendo il processo di aggiornamento delle prevalenze al 2022²³ e la correzione per il coefficiente migratorio²⁴ si passa da una stima massima di incidenza del 98,1% per le donne emigrate in Italia e nate in Somalia e poi poco sopra il 90% per quelle nate in Guinea (90,2%), a più Paesi al di sotto del 5% d'incidenza. Questo avviene sia in ragione della riduzione del fenomeno nei paesi di origine, sia per processi di selezione. Chi emigra infatti è in possesso di caratteristiche meno correlate al fenomeno e appartenente a una popolazione più giovane mediamente meno colpita da M/MGF.

21. Come già discusso in precedenza potrebbero essere considerate a rischio anche le nate in Italia con cittadinanza in uno dei Paesi target M/MGF, avendo la possibilità di effettuare l'operazione in uno dei viaggi in patria oppure clandestinamente in Italia. D'altra parte, anche donne o bambine con background migratorio in uno degli stati non ritenuti target – soprattutto se nate là – potrebbero in realtà essere state oggetto di questa pratica. Queste due tipologie di donne o bambine per le quali la probabilità di M/MGF è marginale non sono incluse come complessivamente "a rischio" in questa ricerca.

22. Il progetto europeo DORA (capofila Università di Bologna) prevede un avanzamento nella metodologia di stima della prevalenza M/MGF fra le donne in emigrazione. L'articolo Ortensi L.E., Farina P., Menonna A. A revised estimation of the occurrence of Female genital mutilation/cutting in Italy for the year 2023 è stato sottoposto a rivista internazionale e in attesa di valutazione.

23. I dati si riferiscono a indagini campionarie condotte nell'ambito delle DHS o delle MICs, alcune delle quali molto vecchie. Per questa ragione, i risultati per età sono stati trasferiti in modo da ricostruire la situazione al 2022 sulla base delle risultanze negli anni precedenti. La curva dell'incidenza di M/MGF per le fasce d'età giovanili su cui non sono disponibili informazioni si modella in virtù della tendenza d'evoluzione dei tassi specifici di M/MGF effettivamente rilevati nel tempo. Si rimanda al testo di ricerca citato per i dettagli tecnici

24. La letteratura considera generalmente che le ipotesi di selezione nella propensione a migrare si riferiscano più spesso a donne giovani, provenienti da contesti urbani, e con maggior benessere, piuttosto che donne anziane, provenienti da contesti rurali e con minor benessere. Rapporti redatti nei paesi di origine e le indagini condotte in Italia indicano che il primo profilo è complessivamente meno associato al fenomeno delle M/MGF rispetto al secondo. Per questo motivo sono state moltiplicate

Se si applicano i medesimi tassi specifici per età quinquennali attualizzati al 2022 e corretti per le ipotesi migratorie alle popolazioni nate all'estero e residenti nel Lazio e a Roma si può abbastanza agevolmente²⁵ ricostruire il fenomeno M/MGF anche a livelli territoriali inferiori, quantomeno per le principali cittadinanze ed età. Come mostrato in Tab 1, in Lazio si stima la presenza di circa 13mila donne e bambine con M/MGF. Limitatamente alle minori di 15 anni, al 1° gennaio 2024 è stimato "a (forte) rischio M/MGF"²⁶ il 58,4% del totale delle donne e bambine genericamente considerate a rischio, in base al loro luogo di nascita (poco più di 22mila). Tale percentuale rappresenta il 3,4% di tutte le nate all'estero.

Ad inizio 2024, più di un terzo della popolazione con M/MGF o a forte rischio di esserlo limitatamente alle minori di 15 anni²⁷ nel Lazio è nata in Egitto (5mila unità). Le donne e le bambine egiziane sono il gruppo più numeroso tra i Paesi target e uno dei collettivi maggiormente sovrarappresentati per il numero di persone su cui è stata effettuata la pratica, rispetto alla componente femminile totale proveniente da Paesi target. Le donne e bambine nate in Egitto rappresentano così il 35,6% del totale associato a M/MGF nel Lazio al 1° gennaio 2024.

Anche l'Etiopia, seconda con una stima di circa 2.700 donne, con o a rischio M/MGF, è un po' sovrarappresentata: il 20,5% sul totale delle donne e bambine su cui è stata effettuata – o comunque forte ne sarà il rischio contro il 18,4% sul totale femminile nato in stati target. La Nigeria è al contrario sottorappresentata, nonostante in fase di stima si sia avuta l'accortezza di considerare la provenienza Edo della maggior parte delle emigrate da tale Paese. Le nigeriane rappresentano il 16,8% tra le donne con/e a rischio M/MGF e il 19% delle donne totali.

le incidenze specifiche per fasce d'età quinquennali di M/MGF per un fattore correttivo, che è media dei rapporti incrociati tra le incidenze di M/MGF rilevati nell'ultima indagine campionaria al paese di origine rispetto ai risultati massimamente o minimamente correlati agli episodi migratori, in relazione alle tre variabili di selezione citate. Per ottenere le medie complessive nazionali, si sono infine applicati i tassi specifici per fasce d'età quinquennali aggiornati e corretti per fattori d'emigrazione alle strutture demografiche, per anno di nascita delle migranti in Italia che sono diverse rispetto a quelle nei Paesi di origine.

25. Sono stati mantenuti costanti i tassi specifici di M/MGF calcolati sulla base della struttura per età di ogni fascia d'età a livello nazionale, costruiti cioè sulla base della numerosità di ogni età entro ogni fascia d'età in Italia, non nel Lazio o a Roma, dove peraltro questi dati così raffinati sarebbero ricostruiti.

26. Come meglio dettagliato nei testi di metodologia di riferimento per le minori di 15 anni si parla di "rischio di M/MGF" – e non già di M/MGF – ed esso è definito dalla prevalenza di M/MGF nella classe delle 15-19enni. Tale rischio di incidenza stimato, Paese per Paese, non è da confondere con il collettivo complessivamente a mero rischio per il solo fatto di essere nato in uno stato target, anche se la duplice espressione del termine "rischio" può provocare equivoci.

Tutte le donne e le bambine nate in uno dei 31 Paesi target sono definite inizialmente a rischio. Per le maggiori di 15 anni si può calcolare la popolazione con M/MGF (avendo a disposizione età e prevalenza), mentre per le minori di 15 anni la popolazione a rischio (o "a forte rischio") M/MGF sono quelle che hanno o avranno subito M/MGF se manterranno la stessa probabilità dell'evento delle 15-19enni nate nel medesimo stato.

27. Per semplicità di lettura, ci si rivolgerà a questo insieme come "associato a M/MGF"

Tab. 1 Stima delle donne e delle bambine nate all'estero e residenti nel Lazio al 1° gennaio 2024 con M/MGF (o a forte rischio M/MGF limitatamente alle minori di 15 anni) per fasce d'età e principali paesi di nascita

Paese di nascita	Classi di età			Totale.	%
	0-14	15-49	50+		
Egitto	405	2.273	1.969	4.647	35,6
Etiopia	24	693	1.964	2.681	20,5
Nigeria	14	1.487	692	2.193	16,8
Eritrea	13	352	678	1.043	8,0
Somalia	2	353	504	859	6,6
Indonesia	7	234	90	331	2,5
Guinea	6	161	64	231	1,8
Senegal	9	132	46	187	1,4
Burkina Faso	7	97	54	158	1,2
Sudan	7	65	54	126	1,0
Altri	18	385	204	607	4,6
Totale	512	6.232	6.319	13.063	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat, DHS e MICs (in appendice tutte le nazionalità)

Per quanto riguarda, invece, la componente stimata a rischio (o associato a M/MGF) Egitto, Etiopia e Nigeria - in ordine contrario a quanto descritto per le over 14 anni- rappresentano da soli il 72,9% dei Paesi da cui provengono le donne e le bambine a rischio residenti nel Lazio al 1° gennaio 2024; le stesse nazionalità rappresentano invece solo il 50% delle nate in paesi target che non hanno subito M/MGF. A distanza, si collocano le nate in Eritrea, poco più di mille, pari all'8% del totale, e le nate in Somalia, meno di 900, cioè il 6,6% del totale. Valori di molto inferiori si registrano per tutti gli altri collettivi: le nate in Indonesia²⁸ in Guinea, Senegal e Burkina Faso. Infine, le nate in Sudan e Costa d'Avorio stimate con o a forte rischio di M/MGF sono solamente poco sopra il centinaio di unità; per i restanti 19 paesi target considerati, i valori assoluti stimati si assestano sulle decine di unità. In 12 casi, le stime di donne o bambine associate a M/MGF sono inferiori alle dieci unità. Un secondo elemento cruciale per comprendere il fenomeno riguarda l'età. Infatti, il 48,4% della popolazione con o a rischio M/MGF è ultracinquantenne mentre solamente il 3,9% ha meno di 15 anni di età, nonostante la stima di prevalenza per queste bambine e ragazze sia anche più prudente trattandosi per loro di "rischio

28. La stima per questo collettivo è suscettibile di correzione per la scarsità di dati dal paese di origine.

complessivo” – senza cioè per tutte l’effettivo accadimento dell’evento di M/MGF – e senza ipotizzare una diminuzione del fenomeno rispetto alle 15-19enni attribuibile a un cambiamento nelle nuove generazioni o perché l’operazione non è stata ancora effettuata.

Da questo punto di vista, se consideriamo la popolazione femminile nata in Paesi target e residente nel Lazio al 1° gennaio 2024 le ultracinquantenni incidono solamente per il 40,1% (cioè, oltre 8 punti percentuali meno rispetto al collettivo delle donne con o a rischio di M/MGF) mentre le minori di 15 anni per il 4,7% (quasi un punto percentuale in più), a conferma di una sovrarappresentazione delle prime e una sottorappresentazione delle seconde nel collettivo con M/MGF.

In generale anche tutte le altre fasce d’età quinquennali precedenti quella delle ultracinquantenni risultano sottorappresentate all’interno della popolazione stimata con M/MGF rispetto a quella femminile complessivamente nata in Paesi target, con punte di un paio di punti percentuali di differenza tra le 25-29enni (5,6% versus 7,8%) e le 30-34enni (7,8% versus 9,6%), mentre sono sovrarappresentate solamente le ultracinquantenni.

In questo contesto, se è pur vero che il fenomeno tende a diminuire d’incidenza con le nuove generazioni esso comunque non è soggetto ad un così rapido calo, almeno a prima vista. Infatti, se si considerano le minori di 20 anni, l’incidenza delle M/MGF sul totale del gruppo di pari età proveniente da Paesi target è del 47,4% (48,7% a forte rischio tra le minori di 15 anni e 45,2% con M/MGF tra le 15-19enni), mentre considerando tutti gli intervalli di età l’incidenza delle M/MGF è pari al 58,4%. Inoltre, salendo di età, dal 47,4% medio tra le minori di 20 anni l’incidenza diminuisce – e non sale – al 43,6% tra le 20-24enni e al valore minimo del 41,6% tra le 25-29enni, per infine sì ma solo dopo risalire progressivamente al 52,2% delle 35-39enni, al 55,2% delle 40-44enni, al 57,4% delle 45-49enni, raggiungendo il valore massimo del 70,3% tra le ultracinquantenni.

Tab. 2 - Stima della prevalenza di M/MGF (o forte rischio M/MGF limitatamente alle minori di 15 anni) tra le donne e le bambine nate all'estero e residenti nel Lazio al 1° gennaio 2024, per fasce d'età e principali Paesi di nascita

Paesi	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+	Tot.
Egitto	67,2	67,3	65,7	68,2	76,6	80,9	83,6	84,5	87,8	80,1
Etiopia	41,8	42,4	40,4	45,1	52,8	60,0	60,2	58,4	69,3	65,2
Nigeria	16,8	..	22,4	29,9	37,2	47,7	59,6	69,5	79,0	51,3
Senegal	..	..	..	20,9	22,4	22,1	22,5	22,3	22,2	22,1
Somalia	..	..	98,6	98,5	97,9	98,5	97,6	97,9	97,7	97,8
Sudan	..	..	..	..	87,9	91,8	88,9	94,7	93,9	92,0
Eritrea	67,5	63,9	71,4	..	68,1	75,1	79,9	81,9	89,0	81,4
(31)	48,7	45,2	43,6	41,6	47,6	52,2	55,2	57,4	70,3	58,4

Nota: l'indicazione “..” sostituisce la presenza di un dato tendenzialmente molto basso (meno di dieci unità)

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat e indagini DHS e Mics

D'altra parte, la leggera ripresa di forza del fenomeno nelle età più giovani di cui si è appena detto – con una prevalenza più alta nelle fasce con età inferiori ai 25 anni piuttosto che fra le 25-29enni – non è da leggere però in termini “sociologici” come una recrudescenza delle M/MGF tra le nuove generazioni. Piuttosto essa è un effetto statistico da imputare alla diversa composizione per nazionalità delle fasce d'età. Le nate in Egitto, infatti, rappresentano più di tre quarti delle minori di 20 anni provenienti da Paesi target impattando notevolmente con la loro prevalenza di M/MGF, alta al proprio interno (67,2%), sulla media generale della prevalenza di M/MGF di questo gruppo d'età. Si consideri però, da questo punto di vista, che le restanti minori di 20 anni, non nate in Egitto, hanno mediamente una prevalenza del fenomeno al proprio interno pari al 24,2%.

Se, poi, tra le 20-24enni nate in Egitto si ha una prevalenza stimata del 65,7% per il complesso di tutte le altre nate in altri Paesi target la stima sale al 33,6%; e soprattutto tra le 25-29enni nate in Egitto l'incidenza sale al 68,2%, balza al 76,6% fra le 30-34enni e cresce ancora all'80,9%, all'83,6% e all'84,5% in tutte le fasce d'età quinquennali successive, fino all'87,8% tra le ultracinquantenni. Per il complesso di tutte le altre donne nate in altri Paesi target M/MGF l'incidenza del fenomeno tra le 25-29enni è molto simile a quello delle 20-24enni (33,3%), per poi crescere in tutte le classi d'età quinquennali seguenti al 39,7%, poi al 43,2%, al 47,2%, al 50,7%, fino al massimo prevedibile anche in questo caso del 64,5% tra le ultracinquantenni (la Tab. 5 indica solo le nazionalità più importanti e tendenzialmente con le prevalenze maggiori, ma molte altre cittadinanze hanno incidenze del fenomeno M/MGF al proprio interno molto basse e non sono rappresentate).

Dunque, come si può osservare dai numeri precedenti, sia tra le egiziane sia tra le altre nazionalità la prevalenza tendenzialmente cresce all'aumentare dell'età – o, meglio, storicamente: diminuisce con le nuove generazioni – e il fatto che la media delle più giovani sia superiore a quella delle 25-29enni deriva solamente dal fatto che nel Lazio le nate in Egitto sono molte rispetto a quelle di altre nazionalità con prevalenze di M/MGF minori mentre l'incidenza delle egiziane tra le più anziane è inferiore e quindi influenzano meno la media generale.

La situazione a Roma non cambia molto, con un'incidenza di donne e bambine cui è associata la pratica pari al 58,8% del totale di popolazione femminile nata in Paesi target, a fronte del 58,4% calcolato per la regione. Si tratta di quasi 8mila donne con M/MGF più ulteriori circa 350 bambine a forte rischio.

Dal punto di vista delle nazionalità, però, la prevalenza egiziana è ancora maggiore, il 39,2% (era al 35,6% nel Lazio), con oltre 3mila donne cui sono associate le M/MGF sul totale di meno di 5mila in tutta la regione. Anche l'Etiopia, con quasi 2mila donne e bambine con o a forte rischio di M/MGF, è sovrarappresentata, seppure in modo più lieve, con una quota sul totale cittadino del 21,4%, cioè di quasi un punto percentuale superiore rispetto al totale nel Lazio.

È invece la Nigeria ad essere fortemente sottorappresentata nella capitale rispetto alla diffusione di questo fenomeno, con meno di un migliaio di casi e una quota dell'11,9%, mentre a livello regionale raggiungeva il 16,8%. L'Etiopia a Roma mostra valori assoluti piuttosto paragonabili a quelli dell'Eritrea che segue in graduatoria (oltre 700 casi, per una quota dell'8,9% sul totale cittadino, superiore all'8,0% sul totale regionale) diversamente da quanto avviene a livello regionale. Al quinto posto si conferma la Somalia, con circa 550 casi e una quota del 6,7% in linea con quella in Lazio.

In definitiva, la graduatoria nelle prime posizioni non muta: i primi cinque Paesi rappresentano l'88,1% del fenomeno, contro l'87,4% nel Lazio. Meritano menzione i circa 230 casi riferibili all'Indonesia – su cui pesa, peraltro, una minor affidabilità del risultato – e poi poco sopra il centinaio quelli che fanno capo a Guinea, Burkina Faso, Senegal e Sudan; una cinquantina, infine, quelli di donne e bambine nate in Kenya, Mali e Costa d'Avorio, e ancora meno per Sierra Leone, Gambia ed Iraq. Ben 15 dei 31 stati target, la metà, ha non più di 11 casi totali (Tanzania) e meno di 50 nel complesso.

Tab. 3 – Stima delle donne e delle bambine nate all'estero e residenti a Roma al 1° gennaio 2024 con M/MGF (o a forte rischio M/MGF limitatamente alle minori di 15 anni), per fasce d'età quinquennali e Paese di nascita

Paese di nascita	Classi di età			Totale	%
	0-14	15-49	50+		
Egitto	285	1.594	1.344	3.223	39,2
Etiopia	17	494	1.251	1.762	21,4
Nigeria	6	681	288	975	11,9
Eritrea	10	256	466	732	8,9
Somalia	2	227	325	554	6,7
Indonesia	4	164	63	231	2,8
Guinea	2	85	34	121	1,5
Burkina Faso	5	65	36	106	1,3
Senegal	5	77	24	106	1,3
Sudan	5	54	45	104	1,3
Altri	10	203	95	308	3,7
Totale	351	3.900	3.971	8.222	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat e indagini DHS e Mics (in appendice tutte le nazionalità)

Un secondo aspetto interessante riguarda le fasce d'età, per cui a Roma incide un po' di più che nel Lazio quella delle minori di 15 anni, al 4,3% anziché al 3,9%, a scapito di quella delle 15-49enni (al 47,4% anziché al 47,7%) ma non di quella delle ultracinquantenni (al 48,3% anziché al 48,4%). Dal punto di vista delle cittadinanze le nate in Egitto mostrano complessivamente a Roma una prevalenza M/MGF del 79,1% un punto percentuale inferiore rispetto a quella calcolata per il Lazio semplicemente perché nella capitale la prevalenza di ultracinquantenni è inferiore rispetto alla regione; e ancora di più ciò vale per l'Etiopia (60,2% versus 65,2%) e la Nigeria (49,8% versus 51,3%).

Tab. 4 – Confronto donne e bambine nate all'estero e residenti nel Lazio e a Roma al 1° gennaio 2024 con M/MGF (o a forte rischio M/MGF limitatamente alle minori di 15 anni), per Paesi di nascita

Lazio						
Paese	M/MGF	<15 anni	15-49	50+	% M/MGF	V.%
Egitto	4.647	8,7	48,9	42,4	80,1	35,6
Eritrea	1.043	1,2	33,7	65,0	81,4	8,0
Etiopia	2.681	0,9	25,8	73,3	65,2	20,5
Nigeria	2.193	0,6	67,8	31,6	51,3	16,8
Senegal	187	4,8	70,6	24,6	22,1	1,4
Somalia	859	0,2	41,1	58,7	97,8	6,6
Sudan	126	5,6	51,6	42,9	92,0	1,0
Totale	13.064	3,9	47,7	48,4	58,4	100,0
Roma						
Paese	M/MGF	<15 anni	15-49	50+	% M/MGF	V.%
Egitto	3.223	8,8	49,5	41,7	79,1	39,2
Eritrea	732	1,4	35,0	63,7	78,6	8,9
Etiopia	1.762	1,0	28,0	71,0	60,2	21,4
Nigeria	975	0,6	69,8	29,5	49,8	11,9
Senegal	106	4,7	72,6	22,6	21,9	1,3
Somalia	554	0,4	41,0	58,7	98,2	6,7
Sudan	104	4,8	51,9	43,3	92,0	1,3
Totale	8.222	4,3	47,4	48,3	58,8	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat e indagini DHS e Mics (in appendice tutte le nazionalità)

È interessante notare che tutte e tre le provenienze principali associate a M/MGF mostrano incidenze della pratica più basse a Roma che nel Lazio, ma ciò è dovuto alle età mediamente inferiori. Inoltre, in media le incidenze nazione per nazione sono più basse nella capitale che non in regione ma, nonostante ciò, quella complessiva sul totale di donne e bambine nate nei paesi target è al contrario seppur di poco superiore (58,8% contro

58,4%). Il dato a prima vista anomalo anche in questo caso è il risultato di importanti effetti di composizione statistica: la presenza femminile egiziana, infatti, è più rilevante a Roma (dove incide per il 39,2%) che in regione (al 35,6%), e lo è meno quella nigeriana (11,9% contro 16,8%). Il fatto che le egiziane siano molto più numerose sbilancia la media complessiva fra tutte le nazionalità verso i valori elevati espressi da tale collettivo piuttosto che verso quelli più moderati riferibili complessivamente a quello nigeriano o ad altri con prevalenze di M/MGF inferiori.

5. Le donne assistite nei presidi sanitari di ASL Roma 1

Patrizia Farina e Alessio Menonna

5.1. La presenza nei presidi sanitari e nei distretti

Nel corso del 2023 i presidi consultoriali della ASL Roma 1 hanno fornito un totale di 3.816 assistenze a donne straniere maggiorenni, di cui 492 (12,9%) provenienti da Paesi target M/MGF, più di un caso ogni otto. La proporzione di questo collettivo fra le assistite è relativamente molto elevata se si considera che – come dettagliato nei precedenti capitoli del Rapporto – nel complesso a Roma a fine anno si possono calcolare residenti non più di 14mila persone di genere femminile nate in stati target M/MGF su un totale di quasi 217mila iscritte in anagrafe, pari complessivamente al 6,4%, circa la metà di quella riportata tra le assistite dai presidi sanitari di ASL Roma 1.

SAMIFO ha fornito da solo 506 assistenze in totale di cui 261 a donne provenienti da Paesi target M/MGF. In altre parole, all'interno del Centro SAMIFO ben il 51,6% delle prestazioni complessive verso donne straniere con almeno 18 anni di età ha avuto come beneficiaria una persona proveniente da uno stato in cui è testimoniata la pratica escissoria, mentre fra gli altri centri distrettuali di ASL Roma 1 la quota scende complessivamente ad un ben più modesto 7% (231 su 3.310), in linea con il dato sulle residenti e non raggiungendo mai il 10% in nessun presidio.

Mediamente, comunque, la probabilità di erogare una prestazione a una persona proveniente da Paesi target M/MGF sul totale delle assistenze effettuate verso donne straniere maggiorenni durante il 2023 è stata al SAMIFO 7,3 volte quella registrata complessivamente altrove. Il Centro SAMIFO, inoltre, è stato l'unico presidio in grado di dettagliare quante delle assistite erano portatrici di M/MGF (91) per un'incidenza complessiva del fenomeno reale del 34,9%. Il dato è di molto inferiore alle stime proposte per Roma nei precedenti capitoli (58,8%). Uno scostamento così rilevante è imputabile alla diversità delle provenienze al SAMIFO che ha assistito un numero sostanzialmente insignificante di egiziane che hanno una prevalenza escissoria molto alta al paese di origine e seppure in misura minore anche in migrazione.

Il Centro è anche riuscito a dettagliare che quasi la metà (40) delle donne portatrici di M/MGF ha subito la pratica di primo tipo, 33 del secondo e 18 del terzo tipo. Infine, sono state registrate anche le problematiche avanzate dalle donne di natura psicosessuale, o le richieste di informazioni e orientamento rispetto alla salute e il benessere legate alle procedure per la de-infibulazione.

Nessun'altra struttura ha raccolto sistematicamente informazioni del tipo appena descritto. Perciò non conoscendo la reale presenza di donne con M/MGF collegata alla cittadinanza non è possibile inferire direttamente la prevalenza M/MGF per singola nazionalità. Si può tuttavia descrivere il panorama delle provenienze osservate per presidio e indirettamente inferire circa l'intensità del fenomeno.

Al proposito si osservano fortissime *specializzazioni etniche* nelle provenienze delle donne assistite fra i diversi centri: detto della particolarità del presidio Tagliamento dove in prima posizione c'è l'Etiopia (che comunque ha pochi casi) e se è vero che nove centri sui restanti undici hanno le egiziane al primo posto fino ad un massimo di 27 assistite in Iacobini (la maggioranza assoluta sulle 44 complessivamente in questo centro), sul fronte opposto Cassia non ha nemmeno un'egiziana e ha in prima posizione le nigeriane. Queste ultime, d'altra parte registrano il loro massimo (13 su 27 assistite) in Puccinotti, numerosità seconda solo al centro SAMIFO dove le donne di questa provenienza sono ben 87, il 70% dell'intero collettivo.

Tab. 1- Donne straniere maggiorenni assistite durante il 2023 nei presidi ASL Roma 1, per principali provenienze e potenziale M/MGF

Presidio	Ang	Puc	Tag	Fre	Rov	D.G.	Sil	Tor	Iac	MIM	Cas	Cla	SAMIFO	Totale	%
Distretto	1	2	3	13	14	15									
Totale donne	190	287	260	231	271	40	200	171	475	621	313	251	506	3.816	
Provenienti da paesi target	6	27	12	7	16	3	8	9	44	49	29	21	261	492	
Con M/MGF													91		
Nigeria	0	13	2	0	4	0	0	0	4	3	9	2	87	124	49,2
Egitto	2	3	1	3	4	2	3	4	27	14	0	10	4	77	78,2
Senegal	1	0	1	1	2	0	1	1	5	12	5	0	32	61	22,0
Etiopia	1	3	3	0	2	0	0	0	0	2	0	2	31	44	63,6
Eritrea	0	3	0	1	0	0	2	0	0	0	4	0	30	40	83,0
Somalia	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	20	23	97,9
Sudan	0	1	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0	1	6	90,8
Altre, di cui:	2	4	4	2	2		2	4	6	17	11	7	56	146	

Note: Le abbreviazioni per i distretti sono le seguenti: "Ang" = Viale Angelico; "Puc" = Puccinotti; "Tag" = Tagliamento; "Fre" = Frentani; "Rov" = Rovani; "D.G." = "Dina Galli; "Sil" = Silveri; "Tor" = Tornabuoni; "Iac" = Iacobini; "M.M." = Monte Mario; "Cas" = Cassia; "Cla" = Clauzetto.

La % indicata nell'ultima colonna è quella di stima d'incidenza di M/MGF per le ultra-quindicenni presentato in questo Rapporto.

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat e ASL Roma 1

Al contrario, solo un'egiziana ogni venti si è rivolta o è stata intercettata dal Centro SAMIFO dirigendosi verso gli altri dodici presidi, soprattutto Iacobini, Monte Mario e Clauzetto.

5.2. La specializzazione dei presidi e la presenza anagrafica

La differente specializzazione o associazione fra provenienze e presidi sanitari può essere veicolata da una molteplicità di fattori fra cui, ad esempio, la qualità del rapporto con la struttura e con il personale medico o la presenza di mediatrici culturali della stessa nazionalità e altro ancora. Essa potrebbe anche avere basi demografiche territoriali – potrebbe, cioè, dipendere dalla diversa presenza numerica delle donne dei differenti gruppi in un distretto piuttosto che in un altro. A questo proposito vengono in soccorso i dati relativi alle residenti dei sei distretti elaborati dalla stessa ASL Roma 1²⁹ entro cui sono presenti 12 presidi sanitari e il centro SAMIFO. Nel distretto 14 (nella sfera Iacobini e Monte Mario) si concentra il maggior numero egiziane maggiorenni iscritte in anagrafe (un quarto del totale) e le utenti con tale nazionalità sono in numero molto più elevato rispetto agli altri territori. La maggioranza delle residenti maggiorenni senegalesi abita nei distretti 15 (nella sfera Cassia e Clauzetto) e 14 (Iacobini e Monte Mario). Il distretto 14 si caratterizza anche per una forte specializzazione nei confronti dell'assistenza alle egiziane oltre che alle senegalesi, agevolata anche dal fatto che è la zona dove entrambe sono relativamente più residenti che altrove. Per le seconde va precisato anche che SAMIFO ha fornito la maggior parte delle assistenze (32 su 61), e sulle 77 assistite, solo quattro erano egiziane.

La distribuzione delle assistenze alle nigeriane è più eterogenea, essendo presente nei distretti 1, 14 e 15, (nei presidi Puccinotti, Iacobini, Monte Mario, Cassia e Clauzetto) oltre al SAMIFO. Escludendo quest'ultimo osserviamo che in questi distretti le iscrizioni anagrafiche nigeriane sono consistenti.

A parte le principali nazionalità va osservato che, considerando tutte le nazionalità, il 21% delle maggiorenni nel distretto 14 tra quelle con cittadinanza di Paesi target M/MGF è stata accolta dai presidi durante il 2023. La quota scende all'8% nel distretto 15 e si attesta al 4-5% nei rimanenti quattro territori dell'ASL Roma 1.

29. Grazie alla cortese collaborazione del dott. Ascanio Iannace, dell'Uosd Salute Migrante.

Un ulteriore 9% delle residenti ha ricevuto assistenza dal Centro SAMIFO, portando la media complessiva al 16%. In definitiva si può confermare, prendendo in considerazione le principali nazionalità, che la concentrazione in alcuni presidi è almeno in parte guidata dalla prossimità dell'abitazione al presidio stesso pur rimanendo anche possibili altre modalità di selezione da parte delle utenti.

5.3. La stima delle M/MGF nei distretti

Circa una donna ogni sei residenti è stata accolta in una struttura durante il 2023³⁰, per poco meno di metà nei presidi sul territorio e per poco più di metà dal centro SAMIFO. Per avere un ordine di grandezza delle potenziali donne con M/MGF si può produrre una stima indiretta con la procedura adottata anche nei capitoli precedenti. È bene chiarire ancora una volta che si tratta di una stima indiretta che propone l'intensità del fenomeno utilizzando una metodologia³¹ che coniuga una prevalenza alla numerosità delle donne. Seguendo questa procedura l'ipotesi più probabile è (Tab 2) che oltre ai 91 casi con M/MGF accertati da SAMIFO ve ne siano stati altri 125 complessivi tra le beneficiarie del 2023 nei dodici distretti della ASL, per un totale di 216 donne.

30. *Ipotizzando che ogni persona non abbia ricevuto più di un'assistenza.*

31. *La stessa metodologia utilizzata per la stima della prevalenza in Lazio e a Roma.*

Tab. 2 – Stima delle donne straniere maggiorenni assistite durante il 2023 nei presidi di ASL Roma 1 con M/MGF, per provenienza

Presidio	Ang	Puc	Tag	Fre	Rov	D.G.	Sil	Tor	Iac	M.M.	Cas	Cla	SAMIPO	Totale
Distretto	1	2	3	3	3	3	13	14	15	15	15	15	15	15
Totale	4	14	5	5	9	3	5	5	27	25	10	13	91	216
Egitto	2	2	1	2	3	2	2	3	21	11	0	8	2	59
Nigeria	0	6	1	0	2	0	0	0	2	1	4	1	29	46
Eritrea	0	2	0	1	0	0	2	0	0	0	3	0	17	25
Etiopia	1	2	2	0	1	0	0	0	0	1	0	1	13	21
Somalia	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	13	16
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0	5	10
Altre, di cui:	1	2	0	2	3	1	1	2	1	9	2	3	12	39
Sudan	0	1	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0	1	6
% (A)	2,1	4,9	1,9	2,2	3,3	7,5	2,5	2,9	5,7	4,0	3,2	5,2	18,1	5,7
% (B)	66,7	51,9	41,7	71,4	56,3	100,0	62,5	55,6	61,4	51,0	34,5	61,9	35,0	44,0

Note: (A) = Su totale straniere maggiorenni assistite; (B) Su totale straniere maggiorenni assistite provenienti dai Paesi target M/MGF.
 Le abbreviazioni per i distretti sono le seguenti: “Ang” = Viale Angelico; “Puc” = Puccinotti; “Tag” = Tagliamento; “Fre” = Frentani; “Rov” = Rovani;
 “D.G.” = “Dina Galli; “Sil” = Silveri; “Tor” = Tornabuoni; “Iac” = Iacobini; “M.M.” = Monte Mario; “Cas” = Cassia; “Cla” = Clauzetto.

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat e ASL Roma 1.

Nel presidio Dina Galli il massimo dell'indicatore è del 100% avendo chiesto assistenza due egiziane e una sudanese, le cui probabilità di essere portatrici di M/MGF sono molto alte. Un solo centro su dodici registra un valore inferiore a quello calcolato per il SAMIFO, precisamente il presidio di Cassia con un'incidenza del 34,5%; e ciò perché, come già rilevato, SAMIFO ha fornito assistenza ad un insieme di nazionalità nel loro complesso meno associate al fenomeno M/MGF.

Passando poi alle principali nazionalità è possibile stimare il numero di donne portatrici di M/MGF nei principali distretti. In dettaglio, sono 59 i casi di egiziane con M/MGF beneficiarie dei servizi di ASL Roma 1 rappresentando poco più di un quarto (il 27,3%) del totale complessivamente stimato per tutte le cittadinanze. Al secondo posto si stimano 46 nigeriane in maggioranza assoluta in SAMIFO (29) e poi un massimo di 6 altrove (Pucinotti), pari complessivamente al 21,3% del totale di 216; e più a distanza in terza posizione 25 eritree, di cui ben 17 in SAMIFO e un massimo solo di 3 (Cassia) tra i centri sul territorio. Le eritree risultano pari complessivamente all'11,6% del totale. Seguono 21 etiopi (di cui 13 in SAMIFO), 16 somale (di cui anch'esse 13 in SAMIFO), e 10 senegalesi (di cui la metà in SAMIFO e un massimo di 3 in Monte Mario, considerando i diversi centri sul territorio), con tutte le altre nazionalità con valori ad una sola cifra di stima in valore assoluto.

5.4. Stima della popolazione totale a rischio o fortemente a rischio di M/MGF nel territorio ASL Roma 1

Seppure per cittadinanza e non per Paese di nascita – e con la sola distinzione tra maggiore o minore età – i dati sulle residenti con nazionalità di paesi a pratica M/MGF³² forniti da ASL Roma 1 dettagliatamente per ogni distretto permettono anche una stima della popolazione complessiva portatrice di tale specificità al 1° gennaio 2024 all'interno di questi territori³³.

Inoltre, si tratta in questo caso di stime ottenute con il criterio della cittadinanza delle donne e delle bambine e non secondo quello dell'effettivo Paese di nascita, più pregnante rispetto all'effettiva probabilità di avere o non avere M/MGF, come meglio e in maniera preferibile si è potuto operare in precedenza.

32. Come detto, non è disponibile il dettaglio per la sola Indonesia, che peraltro rappresenta il solo stato asiatico rappresentato e per cui vi è un'unica informazione d'incidenza del fenomeno raccolta in patria, contrariamente ad una collezione molto più articolata e dettagliata per tutti gli altri Paesi. Inoltre, il dato in questo territorio è meno affidabile perché non deriva nemmeno dall'informazione precisa della loro distribuzione nei distretti.

33. Anche in questo caso come per i risultati a livello regionale e comunale, è esclusa la popolazione non iscritta in anagrafe e in particolare quella irregolarmente presente.

Con queste premesse, comunque, si stimano al 1° gennaio 2024 poco più di 2 mila donne o bambine con M/MGF (per le minori di 15 anni di età sono considerate anche le giovani definite a forte rischio), che da questo punto di vista rappresentano poco più di un quarto del totale cittadino stimato nel capitolo precedente in oltre 8mila.

L'incidenza di M/MGF sul totale delle residenti da Paesi target entro il territorio di ASL Roma 1 è comunque del 51,7%, non tanto inferiore a quelle calcolate per Roma (58,8%) e per l'intero Lazio (58,4%). Il numero relativamente basso in valore assoluto sul totale cittadino – poco più di un quarto in un totale di sei distretti su quindici – dipende soprattutto da una minore presenza entro questi distretti di donne provenienti da Paesi target.

Piuttosto, è ancora più rilevante come l'incidenza di M/MGF del 51,7% fra le donne e le bambine di stati target in questo contesto sia superiore a quella calcolabile tra le assistite dai presidi, che è del 43,9%. In altri termini sembra esserci una maggior associazione fra centri e donne senza M/MGF piuttosto che il contrario. Ciò, peraltro, è ancora più eclatante considerando il fatto che i presidi hanno fornito assistenza solamente a donne maggiorenni che hanno mediamente incidenze superiori di M/MGF rispetto alle minorenni. Il confronto più corretto sembra così rinforzare questa assunzione poiché, considerando solo le maggiorenni, l'incidenza del fenomeno entro il territorio ASL Roma 1 sale al 57,5% rendendo il divario ancora maggiore rispetto al 43,9% calcolato tra le assistite. Questo testimonia che le donne da Paesi target siano meno intercettate o meno propense a rivolgersi ai presidi. Se però si esclude SAMIFO, l'incidenza di M/MGF tra le assistite provenienti da Paesi target è stimata al 54,1%, poco più di tre punti percentuali inferiore a quella calcolabile entro la popolazione femminile di tali stati residente nell'area di pertinenza di ASL Roma 1.

Tab. 3 – Stima delle donne e delle bambine residenti entro il territorio di competenza di ASL Roma 1 al 1° gennaio 2024 con M/MGF (o a forte rischio M/MGF limitatamente alle minori di 15 anni), per distretto, maggiore o minore età e principali cittadinanze

Distretto	1		2		3		13		14		15		Totale		Totale	
	0-17	>17	0-17	>17	0-17	>17	0-17	>17	0-17	>17	0-17	>17	0-17	>17	Donne	%
Fascia d'età																
Egitto	19	73	16	44	28	81	29	84	41	116	35	87	168	485	653	30,9
Eritrea	16	158	0	65	1	20	2	21	0	18	1	48	20	330	350	16,6
Etiopia	6	71	3	64	3	28	1	18	3	30	3	49	19	260	279	13,2
Somalia	6	89	1	38	1	22	4	15	0	8	0	18	12	190	202	9,6
Nigeria	3	65	0	12	2	31	0	33	2	25	1	25	8	191	199	9,4
Senegal	2	7	1	3	1	3	1	4	4	12	3	13	12	42	54	2,6
Sudan	3	7	0	2	1	5	1	1	0	2	0	3	5	20	25	1,2
Altre	5	99	1	16	3	35	4	26	7	42	12	101	32	319	351	20,3
	60	569	22	244	40	225	42	202	57	253	55	344	276	1.837	2.113	100,0
Totale	629		266		265		244		310		399		2.113			
	(29,8%)		(12,6%)		(12,5%)		(11,5%)		(14,7%)		(18,9%)		(100,0%)			

Note: Per Benin, Camerun, Ghana, Gibuti, Liberia, Maldive, Niger, Repubblica Centrafricana, Uganda e Yemen il valore stimato è 0 per ogni fascia d'età e distretto. Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat, e ASL Roma 1

Dal punto di vista più generale delle cittadinanze cui sono associate le M/MGF entro i confini di ASL Roma 1, al 1° gennaio 2024 si confermano ai primi posti le egiziane, eritree, etiopi, nigeriane e somali. Queste prime cinque nazionalità coprono i quattro quinti del fenomeno M/MGF all'interno della ASL Roma 1 e sono seguite da donne provenienti da Burkina Faso, Guinea, Indonesia e Senegal, Sudan, Kenya, Costa d'Avorio e Iraq.

Se infine consideriamo l'età, le 276 minorenni rappresentano il 15% del totale, ma incidono massimamente nei distretti 14, 13, 3 e 15. Incidono meno negli altri distretti anche se, in valore assoluto, segnano il numero massimo in quanto si tratta dell'area decisamente più popolata. Incrociando i dati delle età per le cittadinanze proprio le egiziane mostrano la più elevata prevalenza di minorenni (25,7%), mentre le altre cittadinanze segnano valori decisamente più bassi e compresi fra il 9,7% delle guineane e il 4,0% delle nigeriane.

6. Esperienza personale e attitudini nei confronti delle M/MGF. I risultati dell'indagine

Patrizia Farina

6.1. Le donne intervistate

Come è noto, e più volte ribadito anche nei capitoli precedenti, il fenomeno delle M/MGF è circoscritto a un numero limitato di paesi cosicché le donne sono state selezionate in base al paese di nascita o alla cittadinanza³⁴. Considerando queste caratteristiche (Tab.1) osserviamo una significativa concentrazione di donne provenienti da alcuni paesi: sono infatti sufficienti cinque provenienze per raggiungere i due terzi delle intervistate.

Il confronto fra paese di nascita e cittadinanza attuale rivela inoltre che delle 21 donne nate in Italia, meno della metà possiede anche la cittadinanza italiana. Cinque di loro sono arrivate prima del 1990 e nessuna dopo il 2010 stante le lunghe procedure e i requisiti richiesti per ottenerla. Più in generale le donne egiziane hanno ottenuto più delle altre lo *status* di cittadina italiana; per contro le nigeriane sono le donne che nonostante l'alta numerosità la possiedono meno.

34. D'ora in poi i riferimenti alle singole cittadinanze o paesi di nascita verranno messi in luce solo per quelle numericamente significative o significative per una specifica distribuzione di frequenza. Le tabelle complete sono comunque disponibili nell'Appendice statistica.

Tab. 1 Paese di nascita e cittadinanza delle donne intervistate

Nazione	Paese di nascita		Cittadinanza		
	Donne	%	Donne	%	% Italiana
Nigeria	75	27,0	77	27,7	5,2
Somalia	39	14,0	37	13,3	18,9
Egitto	34	12,2	41	14,7	48,8
Etiopia	29	10,4	24	8,6	16,7
Eritrea	14	5,0	16	5,8	6,3
Sudan	13	4,7	14	5,0	28,6
Senegal	10	3,6	11	4,0	9,1
Yemen	8	2,9	11	4,0	54,5
Gibuti	6	2,2	6	2,2	66,7
Iraq	5	1,8	6	2,2	33,3
Mali	5	1,8	6	2,2	33,3
Ciad	4	1,4	5	1,8	20,0
Guinea	4	1,4	4	1,4	
Benin	3	1,1	3	1,1	66,7
Costa d'Avorio	3	1,1	3	1,1	33,3
Mauritania	2	0,7	2	0,7	
Niger	2	0,7	2	0,7	
Camerun	1	0,4	1	0,4	
Italia	21	7,6	9	3,2	
Totale	278	100,0	278	100,0	100,0

L'anzianità della presenza in Italia è un fattore rilevante poiché condiziona la familiarità con i servizi in generale e quelli sanitari in particolare, nell'ipotesi che la conoscenza del territorio e anche solo il possesso di informazioni sui servizi disponibili renda più agevole alle donne l'accesso agli stessi. A questo proposito l'indagine rivela che la permanenza media delle donne è relativamente elevata (13 anni) poiché quasi la metà è giunta in Italia nel decennio scorso (48.2%) e solo il 14% nell'ultimo quinquennio, di queste il 40% è di origine somala.

Tab. 2 Periodo di arrivo in Italia delle donne intervistate

Periodo	Donne	%
fino al 2000	56	20,1
2001-2010	49	17,6
2011-2020	134	48,2
2021-2024	39	14,0
Totale	278	100,0

Questi flussi condizionano in parte la tipologia insediativa. Il 93% di chi non possiede la cittadinanza italiana ha una titolarità di soggiorno che si distribuisce secondo quanto indicato nella Tab 3. Si noti che quasi il 60% delle donne ha fatto domanda di asilo o di protezione³⁵ in contrasto con il 22% circa che ha intrapreso un percorso più lineare essendo in Italia per lavoro o per motivi familiari. Considerando solo le sette provenienze più numerose, del primo gruppo fanno parte soprattutto donne somale e nigeriane (entrambe con percentuali superiori al 70); le seconde, con un percorso meno faticoso, sono più frequentemente di origine egiziana o etiope.

Tab.3 Possesso del permesso di soggiorno per motivo

Tipologia	Donne	%
Nessun permesso	5	2,4
Asilo	80	38,1
Protezione	43	20,5
Lavoro	22	10,5
Famiglia		
	25	11,9
Non noto	35	16,7
Totale	210	100,0

Un'altra caratteristica generale rilevante riguarda lo stato civile e soprattutto la convivenza, quest'ultima peraltro connessa alla tipologia di permesso appena descritta. Come si può osservare dalla Tab.4 prevalgono le coniugate, ma non va sottovalutata la proporzione di nubili oltre che di vedove o separate/divorziate (una su cinque).

35. La domanda di protezione o asilo non è distinta dal possesso di un permesso per uno di questi motivi.

Se decliniamo il dato per paese di nascita si nota una rilevante differenziazione: fra le donne somale ed egiziane la proporzione di nubili è rispettivamente del 5 e 17%; fra le nigeriane la proporzione sale al 68%.

Tab.4 Stato civile delle donne intervistate

	Donne	%
Nubile	69	24,8
Coniugata	121	43,5
Altro	59	21,2
Non noto	29	10,4
Totale	278	100,0

Lo stato civile rileva una condizione giuridica che non si riflette completamente sulla tipologia di convivenza. La Tab.5 segnala infatti che poco più del 50% delle donne vive sola o con i figli e le figlie, mentre la presenza del partner non supera il 30%³⁶. Due terzi delle donne sole provengono da Somalia o Nigeria; la proporzione scende un po' a favore delle egiziane ed etiopi quando si considerano in abitazione con i figli o le figlie.

Tab. 5 Tipologia di convivenza

	Donne	%
Vive sola	106	38,1
Vive con partner/partner e figli	84	30,2
Vive sola con figli	38	13,7
Vive in altra tipologia (mista)	48	17,3
Non noto	2	0,7
Totale	278	100,0

Nell'ambito del nucleo va precisato che la presenza o meno di figli e figlie è riferita alla convivenza. Nella realtà molto spesso le donne vivono in famiglie spezzate non solo per l'assenza di partner, ma anche della prole e la Tab. 6 ne è un esempio. Solo il 30% delle donne, infatti, dichiara di non averne, la maggioranza ne indica almeno uno o una e un terzo più di tre, ma il numero è di molto inferiore in confronto al nucleo di convivenza.

36. Un numero esiguo di partner (7) si ritrova in "Vive in altra tipologia" ciò che farebbe salire la proporzione al 32%.

Tab.6 Numero totale di figli e figlie (in Italia o altrove)

	Donne	%
Nessun figlio o figlia	84	30,5
Fino a 2	87	31,6
3-4	70	25,5
5 o più	34	12,4
Non noto	3	1,1
Totale	278	100,0

6.2. La conoscenza della pratica

Nel valutare la diffusione della pratica in tutte le sue componenti è importante mettere all'inizio in evidenza alcune risposte logicamente consequenziali, la prima delle quali è riferibile alla conoscenza del fenomeno. Al proposito la Tab.7 informa che il 92% delle donne coinvolte nell'indagine ha risposto positivamente alla domanda "Conosce le M/MGF". Inoltre, la metà conosce altre donne che vivono in Italia e l'hanno subita e l'88% crede l'abbiano subita al paese di origine o non sanno dove è stata praticata.

Tab. 7 Conoscenza della pratica e del luogo di intervento

	Donne	%
Sì, so che esistono le M/MGF	257	92,4
Conosco donne che vivono in Italia e le hanno subite	138	53,7
Credo siano state fatte al paese di origine	121	87,7

Pur rimanendo molto elevata la proporzione di donne che conosce le M/MGF, essa è inferiore fra le nate in Nigeria, in Senegal e in Italia e supera di poco il 50% la conoscenza fra le donne somale, etiopi ed eritree.

Tab. 8 Conoscenza del fenomeno M/MGF per paese di nascita e conoscenza di donne con M/MGF presenti in Italia (% di sì)

Paese di nascita	Donne	Ovunque	In Italia
Nigeria	75	84,0	45,0
Somalia	39	100,0	56,0
Egitto	34	100,0	74,0
Etiopia	29	100,0	52,0
Eritrea	14	100,0	54,0
Sudan	13	100,0	38,0
Senegal	10	70,0	40,0
Italia	21	90,0	45,0

Considerando alcuni caratteri sociodemografici è possibile individuare ulteriori differenziazioni. Ricordando che il punteggio medio della conoscenza del fenomeno è pari al 92% e quello relativo alla conoscenza di altre donne migranti in Italia portatrici di M/MGF è pari al 53%, la Tab 9 rende esplicito innanzitutto il legame esistente fra le rispondenti e la propria cerchia familiare. Laddove nella famiglia - in senso esteso - alcune donne hanno subito la M/MGF la conoscenza del fenomeno è straordinariamente elevata.

La stessa tabella mostra inoltre una riduzione della conoscenza del fenomeno fra le donne più giovani, in particolare quando è riferita alle migranti in Italia. Ancora leggermente più bassa è la proporzione di donne giunte recentemente nel nostro paese che afferma di sapere. Le percentuali sono più alte fra le donne di arrivo meno recente e questo è anche comprensibile alla luce del fatto che chi è qui da più tempo è anche potenzialmente più inserita nella rete della propria comunità. Infine, la Tab 9 informa anche della seppure leggera rilevanza della scolarizzazione essendo maggiore la conoscenza del fenomeno tra chi ha avuto accesso all'università rispetto alle altre.

Tab. 9 Conoscenza del fenomeno M/MGF e conoscenza di donne con M/MGF in Italia per classe di età, periodo di arrivo e scolarizzazione (% sì)

	Donne	Del	
Familiari con M/MGF		fenomeno	Delle donne in Italia
Nessuna	128	84,0	35,7
Una	75	100	62,2
Più di una	74	98,6	64,4
		Del	
Età in classi	Donne	fenomeno	Delle donne in Italia
18-28	61	83,6	31.9
29-39	76	95,0	53.8
40-49	47	92,2	52.1
50 e più	73	98,6	64.4
		Del	
Periodo di arrivo in Italia	Donne	fenomeno	Delle donne in Italia
Prima del 2000	53	94,6	70.4
2001-2010	48	98,0	64.6
2011-2020	117	87,3	43.9
2021-2024	39	100,0	28.2
		Del	
Scolarizzazione	Donne	fenomeno	Delle donne in Italia
0-5 anni	63	87,5	43.7
6-12 anni	143	94,7	49.3
13 e più anni	42	93,3	65.9

6.3. L'esperienza personale

Nel valutare la diffusione della pratica in tutte le sue componenti è importante mettere in evidenza alcune risposte logicamente consequenziali, la prima è il legame fra conoscenza del fenomeno ed esperienza personale anche se, come si avrà modo di sottolineare, la conoscenza generica dell'esistenza delle M/MGF non necessariamente implica quella più intima sul proprio corpo e in particolare sul tipo d'intervento subito e sull'età in cui è stato effettuato.

Tab. 10 Esperienza personale delle donne intervistate

	Donne	%
Ha subito M/MGF	197	70,9
Non ha subito M/MGF	9	3,2
Non dice se l'ha subita o no	72	25,9
Totale	278	100,0

La Tab. 10 mostra che più di due terzi delle donne è portatrice di M/MGF e solo il 3% dichiara di non averla subita. Va tuttavia sottolineato che il silenzio espresso da un quarto delle donne non è un dato neutrale poiché fra le donne che non si esprimono può esserci una quota che per svariati motivi, non ultimo il desiderio di non essere giudicata, non ha voluto dichiarare questa condizione. Per questo motivo si dovrebbe considerare l'ammontare di donne che dichiarano di essere portatrici di M/MGF una indicazione al ribasso della frequenza dell'evento nel collettivo.

Come è ragionevole attendersi contribuiscono a determinare questa proporzione le donne di diversa provenienza (Tab 11).

Tab. 11 Esperienza personale di M/MGF delle donne intervistate per paese di nascita

Paese di nascita	Donne	Sì	No	Non risponde	Totale
Egitto	34	97.1		2.9	100.0
Somalia	39	94.9		5.1	100.0
Sudan	13	84.6		15.4	100.0
Etiopia	29	79.3		20.7	100.0
Eritrea	14	71.4		28.6	100.0
Nigeria	75	65.3	4.0	30.7	100.0
Senegal	10	40.0		60.0	100.0
Italia	21	4.8	14.3	80.9	100.0
Altri paesi*	43	67.4	7.0	25.6	100.0

* Media dei valori

Considerando i principali paesi di nascita emerge chiaramente che almeno due di questi, Egitto e Somalia, sono fra i più numerosi e contemporaneamente mostrano proporzioni molto elevate di donne con M/MGF lasciando ben poco spazio alle non risposte e ai no. Anche il contingente nigeriano ha una proporzione di no molto bassa, ma quasi un terzo non risponde. Le donne senegalesi, in numero relativamente contenuto, hanno subito meno frequentemente le M/MGF, ma otto su dieci non hanno risposto alla domanda. Una notazione a parte va riservata alle nate in Italia, a tutti gli effetti Nuove generazioni. Per quanto numericamente poco rilevanti si constata un profilo decisamente differente con l'assenso all'esperienza M/MGF di una sola persona e una maggiore consapevolezza riguardo al fatto di non averla subita, mentre le molte non rispondenti sono probabilmente più determinate da ignoranza del fenomeno che dal timore di esplicitare la condizione.

Dati ancora una volta alcuni caratteri sociodemografici (Tab.12) l'intensità del fenomeno si sgrana. Esso è meno intenso fra le generazioni più giovani – quasi la metà di queste donne dichiara di aver subito M/MGF e, anche se va sempre tenuta presente l'alta percentuale di non risposte, le giovani sono anche più sicure di qualsiasi altro gruppo di età di non averle subite. Al contrario, le generazioni di età superiore ai 50 l'hanno quasi universalmente subita lasciando il margine di incertezza (5.4%) più basso.

Tab 12 Esperienza personale M/MGF per classe di età, periodo di arrivo e scolarizzazione (%)

Classe di età	Donne	Sì	No	Non risponde	Totale
18-28	73	47.9	6.8	45.2	100.0
29-39	80	66.3	2.5	31.3	100.0
40-49	51	76.5	3.9	19.6	100.0
50+	74	94.6		5.4	100.0
Anno di arrivo	Donne	Sì	No	Non risponde	Totale
fino al 2000	56	62.5	5.4	32.1	100.0
2001-2010	49	69.4		30.6	100.0
2011-2020	134	74.6	3.7	21.6	100.0
2021-2024	39	71.8	2.6	25.6	100.0
Anni di istruzione	Donne	Sì	No	Non risponde	Totale
0-5 anni	72	77.8	4.2	18.1	100.0
6-12 anni	151	73.5	2.0	24.5	100.0
13 e più anni	45	55.6	6.7	37.8	100.0

Per quanto riguarda l'arrivo in Italia le differenze non sono eclatanti e l'esito dipende molto dall'intensità dei flussi in particolari periodi storici. Ritroviamo le donne egiziane in tutti i periodi, le nigeriane si concentrano principalmente fra il 2011 e il 2020, le somale hanno accentuato l'ingresso nell'ultimo periodo. La distribuzione per scolarizzazione in linea con la letteratura mostra meno donne con M/MGF e una maggiore consapevolezza del fatto di non averla subito fra le donne istruite rispetto a quelle meno scolariate.

Anche se la proporzione di chi dichiara di aver subito M/MGF è alta, nondimeno più della metà delle donne (56,9%) non sa a quale intervento è stata sottoposta; un terzo circa ha subito le tipologie peggiori di M/MGF (secondo e terzo tipo) e solo l'8,7% sa di aver subito una forma meno invasiva dal punto di vista fisiologico. In definitiva è interessante mettere in rilievo il fatto che i tipi più invalidanti di M/MGF sono maggiormente riconosciuti dalle donne, contrariamente a quelle di primo tipo che possono sfuggire alla percezione individuale e può essere identificato solo per la narrazione di altri. Infatti, in alcune note a margine si legge che più di una donna ha detto "Non ne avevo mai sentito parlare fino a quando me l'ha detto la ginecologa" oppure "Non sapevo che esistono diversi tipi di M/MGF". Molte affermano anche di aver ignorato la loro condizione perché non ne hanno mai parlato con la madre. Ancora una volta si noti che il

collettivo nigeriano è consapevole di aver subito M/MGF quando è di terzo tipo (il meno comune anche nel paese di origine) e non sappiano indicarne altri, probabilmente perché la stragrande maggioranza delle donne di questa provenienza hanno subito le M/MGF di primo tipo (Tab.13).

Tab. 13 Tipo di intervento fra le donne che hanno subito la pratica per principali paesi di nascita

Paese	Tipo di intervento						Età media
	Donne	Primo	Secondo	Terzo	Non sa	Totale	
Nigeria	47			4.3	95.7	100.0	3
Somalia	37	2.7	8.1	21.6	67.6	100.0	7
Egitto	33	18.2	48.5	24.2	9.1	100.0	9
Etiopia	23		4.3	17.4	78.3	100.0	5
Sudan	11	18.2	27.3	27.3	27.3	100.0	6
Eritrea	10		20.0		80.0	100.0	5
Senegal	4	25.0			75.0	100.0	7
Italia	1				100.0	100.0	6
Totale*	195	8.7	21.0	13.4	56.9	100.0	

**Riferito a tutte le donne che hanno subito M/MGF*

Infine, l'indagine conferma la propensione alla procedura in sicurezza fra le donne egiziane (il 57% degli interventi è stato fatto in strutture sanitarie o similari) ma nella maggior parte dei casi la casa è il luogo dominante, nel complesso pari al 64%. Vale la pena di notare, ancora una volta, che un terzo delle donne nigeriane che sanno di aver subito M/MGF non sono in grado di dire il luogo dove ciò è avvenuto, probabilmente anche a causa della bassa età in cui viene effettuata.

Tab. 14 Luogo dell'intervento fra le donne che hanno subito la pratica per principali paesi di nascita

Paese	Donne	Casa	Struttura	Altro	Non sa	Totale
Nigeria	47	36.2		29.8	34.0	100
Somalia	37	86.5	8.1	5.4		100
Egitto	33	42.4	57.6			100
Etiopia	23	60.9		39.1		100
Sudan	11	100.0				100
Eritrea	10	50.0		50.0		100
Senegal	4	75.0		25.0		100
Italia	1	100.0				100
Totale generale	195	64.6	11.3	15.9	8.2	100

6.4. Le madri e l'essere madre

L'indagine ha previsto una breve sezione relativamente alla condizione della madre delle intervistate e alla loro esperienza, come madre. Per quanto riguarda il primo aspetto solo un terzo delle donne dichiara che la madre ha subito la pratica e principalmente in casa. Tuttavia, considerando ancora le note a margine i due terzi mancanti sono ascrivibili soprattutto al silenzio fra le due generazioni confermato fra l'altro dalla quasi totalità di donne che non sa a quale tipo di M/MGF è stata sottoposta la madre. La mancanza di comunicazione è particolarmente intensa fra le egiziane (85%) e le nigeriane (97%); è grosso modo equivalente fra le somale e meno intensa fra le eritree (33%). La "catena di trasmissione" da madre a figlia nel sostanziale silenzio è confermata dal fatto che il 70% delle donne che ha subito la pratica ha anche dichiarato che anche la madre l'ha subita (e solo il 4% che non l'ha subita).

Per quanto riguarda il secondo aspetto si osserva che poco meno della metà delle donne coinvolte nello studio ha avuto almeno una figlia³⁷ non necessariamente in Italia o convivente (272 pari al 45.2% della progenie). Considerando sia le informazioni contenute nel database sia le testimonianze a margine, si contano 53 casi di figlie con M/MGF, dato che rappresenta poco meno del 20% del totale. Se si considerano i paesi di nascita delle donne intervistate si rileva che la scelta di non sottoporre le figlie è differenziata spaziando dal 50% fra le sudanesi o il 73% delle somale alla totalità delle senegalesi, dato spinto anche dalla prevalenza alta o bassa nei rispettivi paesi di origine.

37. Lo schema di indagine adottato consente solo valori approssimativi della numerosità complessiva delle figlie sottoposte a M/MGF. Il totale è stato recuperato sommando informazioni da testimonianze o talvolta dallo stesso database quando lo spazio per la compilazione era libero anche per un numero di figlie superiore a due.

La distribuzione per altre caratteristiche restituisce specificità rilevanti (Tab. 15). Innanzitutto, si manifesta un divario molto consistente fra generazioni: le donne di età superiore ai 50 non hanno sottoposto le figlie a M/MGF in misura di molto inferiore a quella delle donne delle altre classi di età, a conferma dei processi di abbandono della pratica in atto nelle generazioni più giovani. Anche la distribuzione per periodo di arrivo in Italia è interessante poiché mette in rilievo sia la rilevanza del paese di origine, sia il tempo ivi trascorso. Infatti, le donne con anzianità migratoria molto ridotta hanno trascorso gran parte della loro vita al paese di origine dove l'adesione alle M/MGF e la pressione affinché le si perpetui è più elevata e per questo mostrano percentuali di abbandono più basse. Ciò è peraltro confermato dal fatto che le donne in possesso anche o solo della cittadinanza italiana mostrano proporzioni di gran lunga superiori di rifiuto (rispettivamente l'87 contro il 77%). Infine, merita una notazione di rilievo il fattore protettivo dell'istruzione. Infatti, solo poco più della metà delle donne con meno di sei anni di scuola non ha sottoposto le figlie a M/MGF; al contrario la totalità delle laureate non l'ha fatto.

Tab. 15 Donne che non hanno sottoposto le figlie a M/MGF per paese di nascita, classi di età e istruzione (%)

<i>Paese</i>	
Sudan	50.0
Somalia	73.3
Etiopia	79.9
Eritrea	80.0
Nigeria	81.5
Egitto	91.3
Senegal	100.0
<i>Classe di età</i>	
18-28	87.5
29-39	92.9
40-49	91.4
50+	63.8
<i>Arrivo in Italia</i>	
fino al 2000	80.6
2001-2010	79.3
2011-2020	87.3
2021-2024	65.2
<i>Istruzione</i>	
0-5 anni	53.5
6-12 anni	90.4
13 e più anni	100.0

Guardando esclusivamente alle figlie di cui si ha traccia completa (prima e seconda) si evince che in tutti i casi l'intervento è stato realizzato al paese di origine, in maggioranza in casa, ad un'età media di sei anni. Vale la pena di sottolineare anche che ben due terzi delle donne, pur dichiarando di aver sottoposto le figlie alla pratica, non hanno saputo dirne il tipo, forse perché si tratta di una standardizzazione medico-sanitaria estranea alla loro conoscenza.

6.5. Le intenzioni

Un’ultima dimensione indagata e di straordinaria rilevanza per la prevenzione della pratica sulle bambine riguarda le intenzioni. Al proposito sono state formulate due domande circa le intenzioni future riguardo alla pratica in generale e nel caso avesse avuto una figlia³⁸.

Tab. 16 Opinioni delle donne sul mantenimento della pratica in generale e nei confronti delle figlie.

	Opinione sulle figlie		Opinione in generale	
	Donne	%	Donne	%
Sì	1	0.4	2	0.7
No	235	84.5	229	82.4
Rito di passaggio	9	3.2	9	3.2
Non so	23	8.3	27	9.7
Non si esprime	10	3.6	11	4.0
Totale	278	100.0	278	100.0

La Tab 16 mostra chiaramente che le intenzioni delle donne consultate vanno nella direzione dell’abbandono della pratica essendo il dato superiore all’80% per entrambe le risposte. Solo due donne si esprimono favorevolmente, altre optano per il rito di passaggio (3.2%) ma è ambigua la lettura di chi è incerta (‘non so’ 8.3 e 9.7%) o rimane in silenzio (‘non si esprime’ 3.6 e 4%). Le incerte possono essere considerate donne in transizione che non aderiscono più alla norma, ma forse non hanno ancora trovato sufficienti ragioni o sostegno per abbandonarle. A giudicare dalle testimonianze, chi non ha risposto è più probabilmente favorevole e non lo dice per timore di essere giudicata immaginando che in questo territorio il rifiuto della pratica sia quello che ci si aspetta. Le differenze fra le percentuali di “no” alle due domande sono lievi, ma si rendono molto evidenti declinando le risposte rispetto al paese di nascita: le donne egiziane ed eritree, infatti, sono più propense a proteggere le figlie piuttosto che a contrastare genericamente la pratica comunque elevata.

Considerando solo la domanda relativa alle intenzioni rispetto alle figlie (Tab. 17) sono evidenti sia l’esiguo numero di donne favorevoli, sia il gran numero di donne che non le perpetrerebbe.

38. Il questionario completo è disponibile in Appendice.

Di gran lunga più interessante è evidenziare le differenze nella “area grigia” e soprattutto quella dei “non so”. Ben un terzo delle donne egiziane si esprime in questo senso, seguite dalle sudanesi ed etiopi, rispettivamente il 15 e il 10%. Chi è arrivato fra il 2000 e il 2010 è più incerta e la proporzione di incerte cresce significativamente al crescere dell’età. È invece un risultato inaspettato l’elevata percentuale di donne molto istruite e incerte, fatto che potrebbe essere correlato alla bassa numerosità del gruppo, ma anche a un conflitto irrisolto fra adesione a una norma e consapevolezza del danno.

Tab. 17 Risposta alle domande sulla continuazione della pratica sulle figlie

<i>Paese</i>	<i>Sì</i>	<i>No</i>	<i>Riti</i>	<i>Non so</i>	<i>Non si esprime</i>	<i>Totale</i>
Nigeria	1.3	84.0		8.0	6.7	100
Somalia		92.3	5.1		2.6	100
Egitto		61.8		32.4	5.9	100
Etiopia		86.2		10.3	3.4	100
Eritrea		92.9	7.1			100
Sudan		76.9	7.7	15.4		100
Senegal		90.0	10.0			100
Italia		95.2			4.8	100
Altre		88.4	9.3	2.3	0.0	100
<i>Periodo di arrivo</i>	<i>Sì</i>	<i>No</i>	<i>Riti</i>	<i>Non so</i>	<i>Non si esprime</i>	<i>Totale</i>
fino al 2000		87.5	1.8	8.9	1.8	100
2001-2010		81.6	4.1	10.2	4.1	100
2011-2020	0.7	83.6	3.7	8.2	3.7	100
2021-2024		87.2	2.6	5.1	5.1	100
<i>Età</i>	<i>Sì</i>	<i>No</i>	<i>Riti</i>	<i>Non so</i>	<i>Non si esprime</i>	<i>Totale</i>
18-28		89.0		5.5	5.5	100
29-39	1.3	87.5	2.5	5.0	3.8	100
40-49		82.4	3.9	11.8	2.0	100
50+		78.4	6.8	12.2	2.7	100
<i>Istruzione</i>	<i>Sì</i>	<i>No</i>	<i>Riti</i>	<i>Non so</i>	<i>Non si esprime</i>	<i>Totale</i>
0-5 anni		88.9	5.6	4.2	1.4	100
6-12 anni	0.7	84.1	3.3	7.3	4.6	100
13 e più anni		77.8		17.8	4.4	100

La letteratura e anche le indagini condotte in Italia informano circa il legame forte fra esperienza della madre, opinione della rete di amicizie e comunitarie e la reiterazione della M/MGF sulle figlie. A questo proposito la Tab. 18 è eloquente: le donne che hanno avuto almeno una figlia sottoposta a M/MGF più probabilmente mantengono la norma sostituendo l'intervento con i riti di passaggio, anche se rimane alta la proporzione di incerte. Il fatto di conoscere altre donne della rete familiare e amicale con M/MGF traina in misura importante l'incertezza. Infine, l'aver avuto la madre mutilata/modificata non consente di verificare l'effetto sulle intenzioni future perché, proprio a conferma delle difficoltà di comunicazione fra generazioni, manca la proporzione di "no" senz'altro contenuta nel non so.

Tab 18 Risposta alle domande sulla continuazione della pratica per esperienza pregressa sulle figlie, per la rete di amicizie che ha subito la pratica e per condizione della propria madre

Figlie con M/MGF	Sì	No	Rito di passaggio	Non sa	Non si esprime	Totale
Nessuna	0.4	86.8	1.6	8.0	3.2	100
almeno una		64.3	17.9	10.7	7.1	100
Conoscenze	Sì	No	Rito di passaggio	Non sa	Non si esprime	Totale
Nessuna	0.8	88.3	1.6	4.7	4.7	100
Una o più		81.3	4.7	11.3	2.7	100
La madre	Sì	No	Rito di passaggio	Non sa	Non si esprime	Totale
Ha subito		89.7	6.2	2.1	2.1	100
Non noto	0.6	81.8	1.7	11.6	4.4	100

La presenza di esperienze proprie e di altre ha l'effetto di ingrossare l'area grigia dell'incertezza, caratteristica fondamentale di individuazione dei profili con cui costituire alleanze. Alleanze che devono essere promosse non solo con le donne, ma anche con gli uomini e la famiglia nel suo complesso, dal momento che alla domanda "A chi la decisione" le donne rispondono per un terzo la famiglia, il 10% la madre e il 20 % il solo padre.

Conclusioni

Daniela Carrillo e Giancarlo Santone

Il presente volume ha preso le mosse da una ricerca condotta all'interno dei consultori della ASL Roma 1, che ha avuto la finalità di indagare il fenomeno delle M/MGF nella popolazione migrante afferente ai servizi e i bisogni di cura e di prevenzione che esso ingenera.

Lo studio ha esaminato dati provenienti da fonti diverse, analizzati con metodologie diverse, così da restituire un quadro il più puntuale possibile. Il Rapporto è suddiviso in diversi capitoli, il primo dei quali descrive il progetto che ha reso possibile la ricerca e l'organizzazione dei servizi in cui essa è stata realizzata. Il secondo capitolo è stato dedicato alla disamina delle M/MGF, dei suoi significati e delle dinamiche di cambiamento in atto, soprattutto in relazione agli eventi migratori.

Questo contributo ha avuto l'obiettivo di offrire una chiave di lettura dei dati che provengono da fonti diverse. La prima è di natura amministrativa che ha permesso di enumerare le donne provenienti da paesi a tradizione escissoria residenti nella Regione Lazio, a Roma capitale e fino al dettaglio della popolazione residente nei diversi distretti territoriali (terzo capitolo). Utilizzando questi dati è stato possibile fornire (quarto e quinto capitolo) una stima indiretta della popolazione che potrebbe avere subito qualche forma di M/MGF o che potrebbe essere a rischio di subirla fra le minori di 15 anni.

A questo proposito gli autori del rapporto sottolineano che, pur riconoscendo l'indubbio valore delle stime indirette, sarebbe auspicabile che invece o in aggiunta si moltiplicassero gli sforzi per ottenere dai servizi territoriali e ospedalieri di ginecologia e ostetricia una rilevazione diretta. Questa potrebbe essere prodotta, ad esempio, mediante la compilazione di una casella appropriata all'interno delle cartelle elettroniche. Si otterrebbe, così, sia una dimensione quantitativa del fenomeno sia il legame fra questo e alcune caratteristiche individuali. L'introduzione di queste procedure sarebbe oltremodo utile per il monitoraggio, fin dalla nascita, della condizione delle bambine e per il sostegno all'abbandono delle pratiche a partire dalla condizione delle madri. È noto, infatti, che azioni di protezione delle bambine sono pressoché inutili se le madri non sono state oggetto di M/MGF. Fra le donne che le hanno ricevute, invece, la perpetrazione delle pratiche è più frequente, saperlo è un tassello essenziale per accompagnare queste donne nell'interruzione della tradizione.

La seconda fonte di dati analizzata dal Rapporto proveniva dalle risposte a una indagine coordinata dal Centro SAMIFO e condotta da mediatrici

che lavorano presso le strutture della ASL Roma 1 (capitolo sesto). Le risposte delle 278 donne intervistate, provenienti da paesi dove le M/MGF sono diffuse, hanno permesso di indagare sia la loro condizione, rispetto alla esperienza personale e alla conoscenza delle pratiche, sia e soprattutto la loro volontà di perpetuare il fenomeno. In altri termini, anche se rappresenta un campione di comodo questa rilevazione è stata preziosa perché entra nelle pieghe della conoscenza che hanno le stesse donne, portatrici di M/MGF, della loro condizione nonché dell'opinione sul fenomeno.

Si tratta di un lavoro preliminare che richiederebbe approfondimenti viste le tante domande di ricerca ma che consente, nondimeno, alcune considerazioni conclusive. In primo luogo, la ricerca ha chiaramente dimostrato che il fenomeno non è risibile e che le richieste ai servizi sociosanitari non possono essere minimizzate. Esiste, infatti, una popolazione di donne presenti in Italia che ha subito pratiche di cui porta su di sé le conseguenze fisiche e psicologiche. A fronte del difficile riconoscimento del danno, anche da parte degli/le operatori/trici, e della delicatezza del tema che richiede molta preparazione per essere trattata, la formazione del personale dedicato, pur se indispensabile potrebbe non essere sufficiente. La ricerca ha infatti dimostrato l'importanza di monitorare il fenomeno e di comprendere il bisogno di cura, espresso e inespresso. Per questa ragione, si ritiene che le M/MGF dovrebbero entrare a pieno titolo nei LEA, in modo da ottenere un monitoraggio standardizzato, e quindi comparabile, della diffusione e delle caratteristiche del fenomeno, e una presa in carico delle donne diffusa sul territorio nazionale.

In secondo luogo, è emerso che una ragguardevole percentuale di donne non sa circostanziare a quale tipo di M/MGF è stata sottoposta, né ha contezza di quale sia la tradizione familiare da cui proviene e quindi la condizione della madre. Si consideri che, come descritto nel capitolo 2, in letteratura è ormai acclarato che le donne non portatrici di M/MGF non le consentono sulle figlie. Questa difficoltà, dunque, che molte donne hanno nel descrivere le proprie condizioni e nel risalire alle forme che hanno interessato le madri, rientra nel quadro, più generale ma ovviamente non assoluto, delle M/MGF vissute come tabù. La mancanza di dialogo intergenerazionale su questo tema, che molto spesso si associa anche ai temi della sessualità e del funzionamento del corpo, è cruciale nella perpetuazione delle pratiche e nel definire la capacità di auto-determinazione delle donne. Il contesto di emigrazione può rivelarsi privo delle figure di confronto, che invece esistono nei paesi di origine, e questo può lasciare le donne ancora più spaesate nei confronti delle figlie, appartenenti alle nuo-

ve generazioni, che invece rispondono a stimoli e suggestioni provenienti per lo più dai contesti riceventi. Emerge, quindi, il bisogno di favorire queste interazioni, di affiancare le donne e le giovani delle nuove generazioni nell'instaurare un dialogo foriero di positive negoziazioni e conseguenti cambiamenti.

In terzo luogo, è risultato evidente che, nonostante le pratiche siano in evidente remissione come dimostrato anche dall'indagine, che discrimina per generazione di nascita, il fenomeno continua a manifestarsi. In Italia, il numero di donne portatrici di M/MGF e di bambine a rischio è destinato ad aumentare sia per il continuo afflusso di donne da paesi dove esse sono ancora diffuse, sia per la nascita di bambine da famiglie dove la tradizione escissoria fa ancora parte del patrimonio culturale di riferimento.

A tal proposito, la ricerca qui presentata ha dimostrato che, interrogate sulla propria opinione a proposito della perpetuazione della pratica, circa il 10% delle donne ha risposto "non so" e ad esse poi si aggiunge circa il 4% di quante non hanno risposto. Se si sommano le due percentuali si arriva ad un 15% di donne che non si sono mostrate risolte nel dichiarare una posizione di netto abbandono, e quindi, di concorrere all'eliminazione delle pratiche. L'istruzione e l'anzianità migratoria emergono come fattori chiave nel loro rifiuto. Le aree di incertezza persistono soprattutto tra donne con forti legami con le comunità dove le pratiche sono ancora socialmente accettate. Le azioni di sensibilizzazione e supporto devono concentrarsi sulle donne più giovani, meno istruite e di recente immigrazione, al fine di offrire alternative culturali e sociali. A tal fine, si ritiene opportuno diffondere il «*Passaporto della Salute per il Contrasto alle MGF*» - un importante strumento per la prevenzione sulle future generazioni - nei punti nascita regionali, al fine di informare e sensibilizzare le donne e gli uomini provenienti dai paesi a rischio escissorio.

Sarebbe necessario che le strutture sociosanitarie moltiplicassero lo sforzo di collaborazione con le comunità immigrate al fine di portare alla luce il fenomeno e dialogarne con competenza e rispetto. Il coinvolgimento delle comunità implica il coinvolgimento degli uomini; soggetti che spesso si auto-escludono o vengono esclusi dalle discussioni che riguardano il futuro delle loro figlie o il benessere delle proprie mogli e compagne. È invece fondamentale renderli attori di un processo che li investe in prima persona, si pensi a tal proposito alle conseguenze delle scelte matrimoniali dei giovani di nuova generazione, spesso completamente ignari delle pratiche e delle loro conseguenze.

In definitiva la ricerca si inserisce pienamente nel quadro degli interventi a contrasto e a prevenzione delle M/MGF, che sottolineano l'importanza di un monitoraggio costante ed esaustivo del fenomeno, di rispondere a un bisogno di cura non sempre chiaramente espresso, la necessità di allargare le azioni di formazione e prevenzione non solo agli operatori/trici, ma anche alle comunità immigrate coinvolte in tutti i loro componenti, inclusi gli uomini e le nuove generazioni. L'esperienza del Centro SAMIFO ha dimostrato la virtuosità di un circolo in cui i dati raccolti dai monitoraggi e analizzati in maniera approfondita contribuiscono alla produzione di materiale di formazione per i percorsi rivolti al personale sociosanitario, come indicato dalla legge a contrasto delle M/MGF. Azioni di formazione, queste, che aggiungono ai fondamentali moduli sul fenomeno, sulle modalità del servizio di rispondere, sulle competenze transculturali del personale sociosanitario, altri moduli che descrivono precisamente le caratteristiche dell'utenza del territorio in cui si interviene e con esse i bisogni di cura espressi e inespressi. Questo *modus operandi*, facilmente replicabile, potrebbe avere una ricaduta positiva, tanto sulle competenze degli/le operatori/trici quanto sulla salute delle donne che accedono ai servizi

Riferimenti bibliografici

Abdulcadir, J. (2024). Mutilazioni genitali femminili. Che cosa vuol dire «ricostruzione»? *Psiche*, 11(1), 159-174.

Alhassan, Y. N., Barrett, H., Brown, K., & Kwah, K. (2016). Belief Systems Enforcing Female Genital Mutilation in Europe. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 9(1), 29–40. <https://doi.org/10.1108/ljhrh-05-2015-0015>

Barrett, H. R., Bedri, N., & Krishnapalan, N. (2020). The Female Genital Mutilation (FGM) – migration matrix: The case of the Arab League Region. *Health Care for Women International*, 42(2), 186–212. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1789642>

Cavatorta, G., & Fusaschi, M. (2021). Le modificazioni dei genitali femminili nel discorso dei diritti umani delle donne. *Morale umanitaria, assoggettamento e vernacularizzazione. Scienza & Politica. Per Una Storia Delle Dottrine*, 33(64), 33–51. <https://doi.org/10.6092/issn.1825-9618/13708>

Earp, B. D. (2019, December 24). Mutilation or enhancement? What is morally at stake in body alterations. *Practical Ethics*. Retrieved from <https://blog.practicaethics.ox.ac.uk/2019/12/mutilation-or-enhancement-what-is-morally-at-stake-in-body-alterations/>

Earp, B.D. (2022). Genital Cutting as Gender Oppression: Time to Revisit the WHO Paradigm. *Front. Hum. Dyn.* 4:778592. doi: 10.3389/fhumd.2022.778592

End FGM European Network. (n.d.). What is FGM? Retrieved January 21, 2025, from <https://www.endfgm.eu/female-genital-mutilation/what-is-fgm/>

Farina, P., & Ortensi, L. (2014). The mother-to-daughter transmission of female genital cutting in emigration as evidenced by Italian survey data. *Genus*, 70(2-3), 111–137.

Farina, P., Ortensi, L. E., & Menonna, A. (2016). Estimating the number of foreign women with female genital mutilation/cutting in Italy. *European Journal of Public Health*, 26(4), 656–661

Fusaschi, M. (2014). Luoghi della migrazione e corpi della tradizione. Aggravanti e attenuanti culturali in materia di modificazioni dei genitali femminili. *Studi emigrazione*, (193), 161-174.

Flick, G.M. Introduzione. In Santone G. (a cura di) *Donne Migranti - Quaderni del SAMIFO n.1*. Roma 2016

Gutiérrez-García AI, Solano-Ruiz C, Perpiñá- Galvañ J, Siles- González J, Jimenez- Ruiz I. Female Genital Mutilation as a Social Norm: Examining the Beliefs and Attitudes of Women in This Diaspora. *Qualitative Health Research*. 2022; 32(7):1153-1166. doi:10.1177/10497323221097885 <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01710-1>

Gruenbaum, E. (2001). *The female circumcision controversy: an anthropological perspective*. University of Pennsylvania Press.

Ikechukwu, I., Isah, E. C., & Ehinze, S. E. (2021). Medicalization of female genital cutting in Sapele Local Government Area, Delta State, Nigeria: The implication for health care provision in Nigeria. *Journal of Community Medicine and Primary Health Care*, 33(1), 30-40.

Jinnah, Z., & Lowe, L. (2015). Circumcising circumcision: renegotiating beliefs and practices among Somali women in Johannesburg and Nairobi. *Medical Anthropology*, 34(4), 371-388.

Johansen R.E.B. (2019). Blurred transitions of female genital cutting in a Norwegian Somali community. *PLoS ONE* 14(8): e0220985. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220985>

Johnson-Agbakwu, C. E., & Manin, E. (2021). Sculptors of African women's bodies: Forces reshaping the embodiment of female genital cutting in the West. *Archives of Sexual Behavior*, 50(7), 1949–1957. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02047-3>

Kawous, R., Allwood, E., Middelburg, A., van der Kwaak, A., Geraci, D., Bos, M., & van den Muijsenbergh, M. E. T. C. (2022). Attitude and intention of migrant populations in the Netherlands regarding female genital mutilation/cutting. *BMC Women's Health*, 22(1), 1–405. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01979-5>

Macklin, R. (2012). Seven Things to Know about Female Genital Surgeries in Africa. *Hastings Center Report*, 42(6), 19–27. <https://doi.org/10.1002/hast.81>

Malmström, M. F. (2011). UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation-Cutting : Accelerating Change : Annual Report 2010 : Nurturing Change from Within. Retrieved from UNFPA-UNICEF website: <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:nai:diva-1581>

Obermeyer, C. M. (2005). The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence. *Cult. Health Sex.* 7, 443–461. doi: 10.1080/14789940500181495

OMS (2016), WHO Guidelines on the Management of Health Complications from Female Genital Mutilation, Genève, World Health Organization.

Ortensi, L., Farina, P., Carrillo D., & Ripamonti E. (in press). Exploring support for medicalised female genital mutilation/cutting: A study on migrant women living in Italy. *PLoS ONE*

Shell-Duncan, B., Njue C., & Moore Z. (2017). The Medicalisation of Female Genital Mutilation /Cutting: What do the Data Reveal. February 2017, Evidence to End FG-M/C: Research to Help Women Thrive. New York: Population Council

Sulaiman M, Kipchumba E, Magan M. (2017). Changing Social Norms in Somalia: Baseline Report on CHNAGES Project Addressing Women Empowerment, Female Circumcision and Early Marriage. Save the Children

Tanese A. Premessa. In Santone G. (a cura di) *Donne Migranti - Quaderni del SAMI-FO n.1*. Roma 2016

UNICEF, Rapporto di mappatura sulle mutilazioni genitali femminili. Apr. 2022, www.datocms-assets.com/30196/1649406104-unicef-rapporto-mappatura-esecutivo-web.pdf. Accessed 5 Feb. 2025

Vloeberghs, E., Knipscheer, J., Van der Kwaak, A., Naleie, Z., & Van den Muijsenbergh, M. (2011). *Veiled pain: A study in the Netherlands on the psychological, social, and relational consequences of female genital mutilation*. Utrecht: Pharos, Dutch Centre of Expertise on Health Disparities. ISBN: 978-90-75955-72-9.

Vloeberghs, E., Van der Kwaak, A., Knipscheer, J., & Van den Muijsenbergh, M. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health*, 17(6), 677–695. <https://doi.org/10.1080/13557858.2013.771148>

World Health Organization (WHO). (2010). Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (2025). Fact Sheet on FGM. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>Capitolo 1

Appendice

Tab. 2 - Nate all'estero residenti in Italia, nel Lazio e a Roma al 1° gennaio 2024, per principali Paesi di nascita (e, tra parentesi, loro incidenza sul totale dei nati in ciascun Paese estero).

Ordinamento decrescente per numerosità a Roma

		<i>Italia</i>	<i>Lazio</i>	<i>Roma</i>
#	Totale, di cui:			
1	Romania	3.504.396 (52,5%)	389.242 (53,3%)	216.730 (54,6%)
2	Filippine	535.054(59,6%)	90.709 (56,5%)	36.330 (59,6%)
3	Ucraina	88.707(60,2%)	23.317 (61,8%)	20.817 (61,5%)
4	Perù	226.444(76,2%)	21.641 (77,9%)	12.743 (79,5%)
5	Bangladesh	83.447(61,4%)	12.070 (64,1%)	9.375 (64,2%)
6	Polonia	46.553(24,7%)	9.985 (24,5%)	8.406 (26,5%)
7	Cina	73.663(77,6%)	13.020 (72,4%)	7.162 (72,4%)
8	Moldova	119.476(50,4%)	9.326 (51,0%)	7.048 (50,9%)
9	India	142.513(65,9%)	11.481 (65,4%)	6.382 (67,2%)
10	Brasile	79.435(41,7%)	12.107 (38,3%)	5.568 (48,7%)
11	Albania	88.224(62,5%)	8.853 (65,0%)	4.995 (65,3%)
12	Egitto	274.756(49,3%)	13.811 (50,3%)	4.592 (51,9%)
13	Francia	51.140(30,1%)	5.805 (26,8%)	4.074 (29,3%)
14	Ecuador	71.219(59,5%)	7.588 (60,6%)	3.922 (61,3%)
15	Russia	49.117(6,01%)	4.973 (63,0%)	3.889 (62,7%)
16	Sri Lanka	66.768(75,9%)	6.548 (77,5%)	3.859 (78,0%)
17	Germania	44.440(46,3%)	4.751 (46,5%)	3.838 (47,2%)
18	Spagna	114.548(56,2%)	7.175 (59,0%)	3.423 (61,2%)
19	Stati Uniti	24.001(65,0%)	4.270 (62,2%)	3.123 (61,3%)
20	Etiopia	29.986(55,7%)	4.905 (57,3%)	3.071 (57,1%)
21	Regno Unito	14.964(57,7%)	4.110 (61,5%)	2.927 (61,8%)
22	Colombia	38.141(55,9%)	5.768 (58,6%)	2.917 (58,6%)
23	Marocco	30.429(62,9%)	4.363 (60,5%)	2.725 (58,5%)
24	Libia	221.844(45,4%)	7.020 (44,6%)	2.664 (47,8%)
25	Argentina	15.331(51,0%)	3.860 (51,2%)	2.414 (52,5%)
26	Svizzera	53.254(51,8%)	4.797 (54,4%)	2.406 (55,6%)
27	Tunisia	101.100(53,7%)	4.801 (55,1%)	2.182 (55,5%)
28	Georgia	48.099(37,3%)	4.558 (42,6%)	2.026 (46,1%)
29	Nigeria	29.119 (87,2%)	2.827 (86,8%)	1.970 (88,0%)
30	Venezuela	45.775 (43,1%)	4.279 (41,2%)	1.956 (43,6%)
31	Cuba	38.428 (58,1%)	4.297 (58,6%)	1.900 (57,9%)
		31.412 (73,6%)	3.604 (72, 4%)	1.745 (69,5%)

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat.

Tab. 3 - Nate all'estero residenti in Italia, nel Lazio e a Roma al 1° gennaio 2024, per Paesi di nascita target M/MGF (e, tra parentesi, loro incidenza sul totale dei nati in ciascun Paese estero compresi i maschi). Ordinamento decrescente per numerosità a Roma

		<i>Italia</i>	<i>Lazio</i>	<i>Roma</i>
#	Totale, di cui:	214.040 (31,6%)	22.382 (33,0%)	13.978 (34,3%)
12	Egitto	51.140 (30,1%)	5.805 (26,8%)	4.074 (29,3%)
20	Etiopia	14.964 (57,7%)	4.110 (61,5%)	2.927 (61,8%)
29	Nigeria	45.775 (43,1%)	4.279 (41,2%)	1.956 (43,6%)
	Eritrea	5.050 (52,9%)	1.281 (47,5%)	931 (46,0%)
	Somalia	4.083 (32,3%)	878 (30,1%)	564 (27,0%)
	Kenya	2.955 (62,0%)	732 (66,7%)	485 (65,1%)
	Senegal	30.816 (24,3%)	845 (18,8%)	484 (19,7%)
	Indonesia	3.425 (81,0%)	676 (77,6%)	475 (74,0%)
	Camerun	7.602 (45,0%)	638 (44,7%)	327 (43,7%)
	Costa d'Avorio	13.289 (35,6%)	522 (26,1%)	235 (23,4%)
	Iraq	1.908 (23,7%)	336 (20,6%)	208 (18,1%)
	Burkina Faso	4.710 (26,1%)	260 (34,8%)	170 (43,1%)
	Ghana	15.936 (32,5%)	340 (24,8%)	168 (30,9%)
	Guinea	2.040 (14,8%)	256 (18,2%)	136 (19,1%)
	Tanzania	1.125 (56,4%)	197 (52,0%)	124 (45,9%)
	Sudan	818 (23,8%)	137 (21,4%)	113 (21,3%)
	Togo	2.076 (32,1%)	175 (34,7%)	102 (36,2%)
	Uganda	712 (55,7%)	156 (55,7%)	89 (45,9%)
	Benin	1.214 (34,8%)	183 (43,0%)	83 (39,7%)
	Mali	1.194 (5,3%)	123 (4,4%)	61 (3,3%)
	Sierra Leone	618 (24,4%)	115 (29,5%)	56 (28,7%)
	Gambia	1.024 (4,2%)	70 (3,5%)	45 (4,6%)
	Yemen	201 (43,9%)	54 (49,1%)	42 (54,5%)
	Liberia	328 (15,3%)	57 (31,3%)	26 (31,3%)
	R. Centrafrica.	121 (39,0%)	33 (45,2%)	24 (46,2%)
	Mauritania	178 (21,0%)	29 (16,3%)	19 (13,8%)
	Niger	202 (14,0%)	41 (24,6%)	19 (21,3%)
	Ciad	131 (24,5%)	24 (39,3%)	16 (36,4%)
	Guinea-Bissau	353 (12,7%)	21 (10,4%)	13 (15,1%)
	Gibuti	46 (59,0%)	7 (58,3%)	4 (50,0%)
	Maldives	6 (20,0%)	2 (40,0%)	2 (66,7%)

Nota: i numeri nella prima colonna indicano il posizionamento nella graduatoria per tutti i Paesi.

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat.

Tab. 4 – Stima delle donne e delle bambine nate all'estero e residenti nel Lazio al 1° gennaio 2024 con M/MGF (o a forte rischio M/MGF limitatamente alle minori di 15 anni), per fasce d'età quinquennali e Paesi di nascita

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+	V.A.	V.%
Egitto	41	162	202	190	178	283	353	468	426	375	1.969	4.647	35,6
Etiopia	2	8	14	13	18	29	70	143	184	236	1.964	2.681	20,5
Nigeria	2	5	7	7	49	226	245	272	343	345	692	2.193	16,8
Eritrea	1	4	8	12	24	8	72	72	75	89	678	1.043	8,0
Somalia	0	1	1	7	40	59	87	59	49	52	504	859	6,6
Indonesia	2	4	1	2	3	25	51	69	55	29	90	331	2,5
Guinea	1	2	3	4	24	19	27	34	28	25	64	231	1,8
Senegal	2	3	4	7	8	11	19	32	28	27	46	187	1,4
Burkina Faso	0	3	4	8	5	9	13	15	19	28	54	158	1,2
Sudan	0	3	4	3	1	7	12	17	13	12	54	126	1,0
Costa d'Avorio	0	1	2	4	5	8	14	20	16	15	29	114	0,9
Mali	0	2	2	4	10	13	20	13	12	11	21	108	0,8
Kenya	0	1	2	1	1	2	7	9	13	10	48	94	0,7
Sierra Leone	0	1	1	2	4	8	9	20	3	12	30	90	0,7
Iraq	0	1	1	1	1	2	3	5	5	5	29	53	0,4
Gambia	1	1	1	0	8	14	11	6	3	1	1	47	0,4
Tanzania	0	0	0	0	0	0	1	2	2	4	11	20	0,2
Liberia	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	11	16	0,1
Mauritania	0	0	0	0	0	1	2	3	2	4	3	15	0,1
Guinea-Bissau	0	0	1	1	1	0	1	1	3	0	1	9	0,1
Yemen	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	3	8	0,1
Benin	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	3	7	0,1
Ciad	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	7	0,1
Ghana	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	5	0,0
Gibuti	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	5	0,0
R. Centrafricana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4	0,0
Togo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0,0
Camerun	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0,0
Totale	52	202	258	267	380	726	1.020	1.264	1.286	1.289	6.319	13.063	100,0

Nota: Per Maldive, Uganda e Niger il valore stimato è 0 per ogni fascia d'età. Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat e indagini DHS e Mics.

Tab. 5 – Stima delle donne e delle bambine nate all'estero e residenti a Roma al 1° gennaio 2024 con M/MGF (o a forte rischio M/MGF limitatamente alle minori di 15 anni), per fasce d'età quinquennali e Paesi di nascita

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+	V.A.	V.%
Egitto	29	114	142	133	125	198	247	329	299	263	1.344	3.223	39,2
Etiopia	1	6	10	9	13	21	50	102	131	168	1.251	1.762	21,4
Nigeria	1	2	3	3	23	104	112	124	157	158	288	975	11,9
Eritrea	1	3	6	9	17	6	52	53	54	65	466	732	8,9
Somalia	0	1	1	4	25	38	56	38	32	34	325	554	6,7
Indonesia	1	2	1	1	2	17	36	48	39	21	63	231	2,8
Guinea	0	1	1	2	13	10	14	18	15	13	34	121	1,5
Burkina Faso	0	2	3	6	3	6	9	10	13	18	36	106	1,3
Senegal	1	2	2	4	5	7	11	18	16	16	24	106	1,3
Sudan	0	2	3	2	1	6	10	14	11	10	45	104	1,3
Kenya	0	0	1	0	1	2	5	6	9	7	25	56	0,7
Mali	0	1	1	2	5	7	10	6	6	5	10	53	0,6
Costa d'Avorio	0	1	1	2	2	4	6	9	7	7	12	51	0,6
Sierra Leone	0	0	0	1	2	4	4	10	2	6	14	43	0,5
Gambia	1	1	1	0	5	9	7	4	2	1	1	32	0,4
Iraq	0	1	1	1	1	1	2	3	3	3	11	27	0,3
Tanzania	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	6	11	0,1
Mauritania	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	2	9	0,1
Liberia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	6	0,1
Yemen	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2	5	0,1
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+	V.A.	V.%
Chad	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	4	0,0
Djibouti	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	4	0,0
Guinea-Bissau	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	3	0,0
Benin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,0
R. Centrafricana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,0
Ghana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,0
Togo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,0
Totale	35	139	177	181	243	440	635	797	802	802	3.971	8.222	100,0

Nota: Per Maldive, Camerun, Uganda e Niger il valore stimato è 0 per ogni fascia d'età.

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat e indagini DHS e Mics.

Tab. 6A – Donne e bambine nate all'estero e residenti nel Lazio al 1° gennaio 2024 c
on M/MGF (o a forte rischio M/MGF limitatamente alle minori di 15 anni), per Paesi di nascita

Paese	M/MGF	<15	15-49	50+	% M/MGF	V.%
Indonesia	331	2,1	70,7	27,2	49,0	2,5
Iraq	53	3,8	41,5	54,7	15,8	0,4
Maldiva	1	0,0	0,0	100,0	50,0	0,0
Yemen	8	0,0	62,5	37,5	14,8	0,1
Costa d'Avorio	114	2,6	71,9	25,4	21,8	0,9
Benin	7	0,0	57,1	42,9	3,8	0,1
Burkina Faso	158	4,4	61,4	34,2	60,8	1,2
Camerun	2	0,0	50,0	50,0	0,3	0,0
Rep. Centrafricana	4	0,0	25,0	75,0	12,1	0,0
Chad	7	0,0	71,4	28,6	29,2	0,1
Egitto	4.647	8,7	48,9	42,4	80,1	35,6
Etiopia	2.681	0,9	25,8	73,3	65,2	20,5
Gambia	47	6,4	91,5	2,1	67,1	0,4
Ghana	5	0,0	40,0	60,0	1,5	0,0
Djibouti	5	0,0	40,0	60,0	71,4	0,0
Guinea	231	2,6	69,7	27,7	90,2	1,8
Guinea-Bissau	9	11,1	77,8	11,1	42,9	0,1
Kenya	94	3,2	45,7	51,1	12,8	0,7
Liberia	16	0,0	31,3	68,8	28,1	0,1
Mali	108	3,7	76,9	19,4	87,8	0,8
Mauritania	15	0,0	80,0	20,0	51,7	0,1
Niger	0	N/A	N/A	N/A	0,0	0,0
Nigeria	2.193	0,6	67,8	31,6	51,3	16,8
Senegal	187	4,8	70,6	24,6	22,1	1,4
Sierra Leone	90	2,2	64,4	33,3	78,3	0,7
Somalia	859	0,2	41,1	58,7	97,8	6,6
Sudan	126	5,6	51,6	42,9	92,0	1,0
Tanzania	20	0,0	45,0	55,0	10,2	0,2
Togo	3	0,0	33,3	66,7	1,7	0,0
Uganda	0	N/A	N/A	N/A	0,0	0,0
Eritrea	1.043	1,2	33,7	65,0	81,4	8,0

Nota: N/A indica dato non disponibile (per assenza di persone cui è associata M/MGF).

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat e indagini DHS e Mics.

Tab. 6B – Donne e bambine nate all'estero e residenti a Roma al 1° gennaio 2024 con M/MGF (o a forte rischio M/MGF limitatamente alle minori di 15 anni), per Paesi di nascita

Paese	M/MGF	<15	15-49	50+	% M/MGF	V.%
Indonesia	231	1,7	71,0	27,3	48,6	2,8
Iraq	27	7,4	51,9	40,7	13,0	0,3
Maldiva	0	N/A	N/A	N/A	0,0	0,0
Yemen	5	0,0	60,0	40,0	11,9	0,1
Costa d'Avorio	51	3,9	72,5	23,5	21,7	0,6
Benin	1	0,0	0,0	100,0	1,2	0,0
Burkina Faso	106	4,7	61,3	34,0	62,4	1,3
Camerun	0	N/A	N/A	N/A	0,0	0,0
Rep. Centrafricana	1	0,0	0,0	100,0	4,2	0,0
Chad	4	0,0	50,0	50,0	25,0	0,0
Egitto	3.223	8,8	49,5	41,7	79,1	39,2
Etiopia	1.762	1,0	28,0	71,0	60,2	21,4
Gambia	32	9,4	87,5	3,1	71,1	0,4
Ghana	1	0,0	0,0	100,0	0,6	0,0
Djibouti	4	0,0	50,0	50,0	100,0	0,0
Guinea	121	1,7	70,2	28,1	89,0	1,5
Guinea-Bissau	3	0,0	100,0	0,0	23,1	0,0
Kenya	56	1,8	53,6	44,6	11,5	0,7
Liberia	6	0,0	33,3	66,7	23,1	0,1
Mali	53	3,8	77,4	18,9	86,9	0,6
Mauritania	9	0,0	77,8	22,2	47,4	0,1
Niger	0	N/A	N/A	N/A	0,0	0,0
Nigeria	975	0,6	69,8	29,5	49,8	11,9
Senegal	106	4,7	72,6	22,6	21,9	1,3
Sierra Leone	43	0,0	67,4	32,6	76,8	0,5
Somalia	554	0,4	41,0	58,7	98,2	6,7
Sudan	104	4,8	51,9	43,3	92,0	1,3
Tanzania	11	0,0	45,5	54,5	8,9	0,1
Togo	1	0,0	0,0	100,0	1,0	0,0
Uganda	0	N/A	N/A	N/A	0,0	0,0
Eritrea	732	1,4	35,0	63,7	78,6	8,9

Nota: N/A indica dato non disponibile (per assenza di persone cui è associata M/MGF).

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat e indagini DHS e Mics.

Capitolo 4

Tab. 1 - Donne straniere maggiormente assistite durante il 2023 nei presidi (tra parentesi il distretto) di ASL Roma 1, per provenienza ed eventuale presenza di M/MGF

	Ang (1)	Puc (2)	Fre (2)	Rov (3)	D.G. (3)	Sil (13)	Tor (13)	Iac (14)	M.M. (14)	Cas (15)	Cla (15)	SAMI- FO	Totale	%
(A)	190	287	260	231	271	40	200	171	475	621	313	251	506	3.816
(B)	6	27	12	7	16	3	8	9	44	49	29	21	261	492
(C)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	91	n.d.
NIG	0	13	2	0	4	0	0	0	4	3	9	2	87	124
EGI	2	3	1	3	4	2	3	4	27	14	0	10	4	77
SEN	1	0	1	1	2	0	1	1	5	12	5	0	32	61
ETH	1	3	3	0	2	0	0	0	0	2	0	2	31	44
ERI	0	3	0	1	0	0	2	0	0	0	4	0	30	40
COS	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	5	3	21	32
SOM	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	20	23
KEN	1	1	1	0	0	0	0	1	1	2	2	1	6	16
CAM	0	1	0	0	1	0	0	0	1	4	3	0	5	15
GUI	0	0	0	0	0	0	0	1	5	0	1	2	9	90,6
IRA	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4	9
MAU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	46,2
SIE	0	1	0	1	0	0	1	2	0	2	0	1	0	8
SUD	0	1	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0	1	6
MAL	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	2	5
GAM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	4
TAN	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	3
TOG	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3
BUR	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
UGA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
LIB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	27,0

Note: (A) = Totale donne straniere maggiormente assistite; (B) di cui provenienti dai Paesi target M/MGF; (C) di cui con M/MGF. La notazione "n.d." indica "dato non disponibile". Le abbreviazioni per i presidi sono le seguenti: "Ang" = Viale Angelico; "Puc" = Puccinotti; "Tag" = Tagliamento; "Fre" = Frentani; "Rov" = Rovani; "D.G." = "Dina Galli; "Sil" = Silvert; "Tor" = Tornabuoni; "Iac" = Iacchini; "M.M." = Monte Mario; "Cas" = Cassia; "Cla" = Clauzetto. La % indicata nell'ultima colonna è quella di stima d'incidenza di M/MGF per le ultra-quindicenni utilizzata nel presente Rapporto.

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat, indagini DHS e Mics e ASL Roma 1.

Tab. 2 - Stima delle donne straniere maggiorenni assistite durante il 2023 nei presidi di ASL Roma 1 con M/MGF, per provenienza

	Ang	Puc	Tag	Fre	Rov	D.G.	Sil	Tor	Iac	M.M.	Cas	Cla	SAMIFO	Totale
	(1)		(2)		(3)		(13)		(14)			(15)		
Totale	4	14	5	5	9	3	5	5	27	25	10	13	91	216
EGI	2	2	1	2	3	2	2	3	21	11	0	8	2	59
NIG	0	6	1	0	2	0	0	0	2	1	4	1	29	46
ERI	0	2	0	1	0	0	2	0	0	0	3	0	17	25
ETH	1	2	2	0	1	0	0	0	0	1	0	1	13	21
SOM	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	13	16
SEN	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0	5	10
GUI	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	0	1	1	8
SIE	0	1	0	1	0	0	1	2	0	2	0	1	0	8
SUD	0	1	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0	1	6
COS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	5
MAL	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	4
MAU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
GAM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
BUR	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
IRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
KEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
CAM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LIB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UGA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% (A)	2,1	4,9	1,9	2,2	3,3	7,5	2,5	2,9	5,7	4,0	3,2	5,2	18,1	5,7
% (B)	66,7	51,9	41,7	71,4	56,3	100,0	62,5	55,6	64,4	51,0	34,5	61,9	35,0	44,0

Note: (A) = Su totale donne straniere maggiorenni assistite; (B) Su totale donne straniere maggiorenni assistite provenienti dai Paesi target M/MGF. Le abbreviazioni per i presidi sono le seguenti: "Ang" = Viale Angelico; "Puc" = Puccinotti; "Tag" = Tagliamento; "Fre" = Frentani; "Rov" = Rovani; "D.G." = "Dina Galli; "Sil" = Silveri; "Tor" = Tornabuoni; "Iac" = Iacobi; "M.M." = Monte Mario; "Cas" = Cassia; "Cla" = Clauzetto.

Forte: nostre elaborazioni su dati Istat, indagini DHS e Mics e ASL Roma 1.

Tab. 9 – Stima delle donne e delle bambine residenti entro il territorio di competenza di ASL Roma 1 al 1° gennaio 2024 con M/MGF (o a forte rischio M/MGF limitatamente alle minori di 15 anni), per distretto, maggiore o minore età, cittadinanza

Distretto	(1)		(2)		(3)		(13)		(14)		(15)		Totale	Tot.	Tot.
Fascia d'età	0-17	>17	0-17	>17	0-17	>17	0-17	>17	0-17	>17	0-17	>17	0-17	>17	(V.A.)
Egitto	19	73	16	44	28	81	29	84	41	116	35	87	168	485	653
Eritrea	16	158	0	65	1	20	2	21	0	18	1	48	20	330	350
Etiopia	6	71	3	64	3	28	1	18	3	30	3	49	19	260	279
Somalia	6	89	1	38	1	22	4	15	0	8	0	18	12	190	202
Nigeria	3	65	0	12	2	31	0	33	2	25	1	25	8	191	199
Burkina Faso	0	29	0	2	0	17	0	6	1	2	2	14	3	70	73
Guinea	1	19	0	3	0	2	0	3	0	9	6	29	7	65	72
Indonesia	2	16	1	7	1	6	1	6	2	7	2	10	9	52	61
Senegal	2	7	1	3	1	3	1	4	4	12	3	13	12	42	54
Mali	1	10	0	0	1	1	0	1	1	5	0	13	3	30	33
Sierra Leone	0	2	0	0	1	2	2	2	2	8	1	12	6	26	32
Sudan	3	7	0	2	1	5	1	1	0	2	0	3	5	20	25
Kenya	0	5	0	2	0	2	0	3	0	3	0	9	0	24	24
C. d'Avorio	0	5	0	1	0	2	0	1	1	2	1	9	2	20	22
Iraq	1	4	0	1	0	1	0	1	0	3	0	3	1	13	14
Gambia	0	2	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	6	7
Tanzania	0	3	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	7	7
Chad	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2
Mauritania	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2
Guinea-B.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Togo	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Totale	60	569	22	244	40	225	42	202	57	253	55	344	276	1.837	2.113
	629		266		265		244		310		399		2.113		
	(29,8%)		(12,6%)		(12,5%)		(11,5%)		(14,7%)		(18,9%)		(100,0%)		100,0

Note: Per Benin, Camerun, Ghana, Gibuti, Liberia, Maldive, Niger, Repubblica Centrafricana, Uganda e Yemen il valore stimato è 0 per ogni fascia d'età e distretto. Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat, indagini DHS e Mics e ASL Roma 1.

Capitolo 6

Tab. 1 Paese di nascita e cittadinanza delle donne intervistate

Paese		Donne	%
Benin		3	1,1
Camerun		1	0,4
Ciad		4	1,4
Costa d'Avorio		3	1,1
Egitto		34	12,2
Eritrea		14	5,0
Etiopia		29	10,4
Gibuti		6	2,2
Guinea		4	1,4
Iraq		5	1,8
Italia		21	7,6
Mali		5	1,8
Mauritania		2	0,7
Niger		2	0,7
Nigeria		75	27,0
Senegal		10	3,6
Somalia		39	14,0
Sudan		13	4,7
Yemen		8	2,9
Totale		278	100,0

Tab. 8 Conoscenza del fenomeno M/MGF per paese di nascita e conoscenza di donne con M/MGF presenti in Italia (% di sì)

	Donne	Ovunque	Italia
Benin	3	100,0	0
Camerun	1	100,0	0
Ciad	4	100,0	33,3
Costa d'Avorio	3	100,0	66,7
Egitto	34	100,0	73,5
Eritrea	14	100,0	53,8
Etiopia	29	100,0	51,7
Gibuti	6	83,3	33,3
Guinea	4	100,0	25,0
Iraq	5	100,0	40,0
Italia	21	90,5	52,4
Mali	5	100,0	50,0
Mauritania	2	100,0	0,0
Niger	2	0,0	0,0
Nigeria	75	84,0	45,3
Senegal	10	70,0	40,0
Somalia	39	100,0	56,4
Sudan	13	100,0	38,5
Yemen	8	87,5	71,4
Totale	278	92,4	51,0

Capitolo 3

Tab. 4 – Stima delle donne e delle bambine nate all'estero e residenti nel Lazio al 1° gennaio 2024 con M/MGF (o a forte rischio M/MGF limitatamente alle minori di 15 anni), per fasce d'età quinquennali e Paesi di nascita

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+	V.A.	V.%
Egitto	41	162	202	190	178	283	353	468	426	375	1.969	4.647	35,6
Etiopia	2	8	14	13	18	29	70	143	184	236	1.964	2.681	20,5
Nigeria	2	5	7	7	49	226	245	272	343	345	692	2.193	16,8
Eritrea	1	4	8	12	24	8	72	72	75	89	678	1.043	8,0
Somalia	0	1	1	7	40	59	87	59	49	52	504	859	6,6
Indonesia	2	4	1	2	3	25	51	69	55	29	90	331	2,5
Guinea	1	2	3	4	24	19	27	34	28	25	64	231	1,8
Senegal	2	3	4	7	8	11	19	32	28	27	46	187	1,4
Burkina Faso	0	3	4	8	5	9	13	15	19	28	54	158	1,2
Sudan	0	3	4	3	1	7	12	17	13	12	54	126	1,0
Costa d'Avorio	0	1	2	4	5	8	14	20	16	15	29	114	0,9
Mali	0	2	2	4	10	13	20	13	12	11	21	108	0,8
Kenya	0	1	2	1	1	2	7	9	13	10	48	94	0,7
Sierra Leone	0	1	1	2	4	8	9	20	3	12	30	90	0,7
Iraq	0	1	1	1	1	2	3	5	5	5	29	53	0,4
Gambia	1	1	1	0	8	14	11	6	3	1	1	47	0,4
Tanzania	0	0	0	0	0	0	1	2	2	4	11	20	0,2
Liberia	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	11	16	0,1
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+	V.A.	V.%
Mauritania	0	0	0	0	0	1	2	3	2	4	3	15	0,1
Guinea-Bissau	0	0	1	1	1	0	1	1	3	0	1	9	0,1
Yemen	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	3	8	0,1
Benin	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	3	7	0,1
Ciad	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	7	0,1
Ghana	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	5	0,0
Gibuti	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	5	0,0
R. Centrafricana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4	0,0
Togo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0,0
Camerun	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0,0
Totale	52	202	258	267	380	726	1.020	1.264	1.286	1.289	6.319	13.063	100,0

Nota: Per Maldive, Uganda e Niger il valore stimato è 0 per ogni fascia d'età. Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat e indagini DHS e Mics.

Tab 11 Esperienza personale M/MGF delle donne intervistate per paese di nascita

	Donne	Sì	No	Non risponde	Totale
Benin	3	66,7		33,3	100,0
Camerun	1	0,0		100,0	100,0
Ciad	4	100,0		0,0	100,0
Costa d'Avorio	3	66,7		33,3	100,0
Egitto	34	97,1		2,9	100,0
Eritrea	14	71,4		28,6	100,0
Etiopia	29	79,3		20,7	100,0
Gibuti	6	66,7		33,3	100,0
Guinea	4	75,0		25,0	100,0
Iraq	5	60,0	20,0	20,0	100,0
Italia	21	4,8	14,3	81,0	100,0
Mali	5	80,0		20,0	100,0
Mauritania	2	100,0		0,0	100,0
Niger	2	0,0	100,0	0,0	100,0
Nigeria	75	65,3	4,0	30,7	100,0
Senegal	10	40,0		60,0	100,0
Somalia	39	94,9		5,1	100,0
Sudan	13	84,6		15,4	100,0
Yemen	8	62,5		37,5	100,0
Totale	278	70,9	3,2	25,9	100,0

Tab 13 Tipo di intervento fra le donne che hanno subito la pratica per paese di nascita

	Donne	Primo	Secondo	Terzo	Non sa	Totale
Benin	2	100,0				100,0
Ciad	4		100,0			100,0
Costa d'Avorio	2				100,0	100,0
Egitto	33	18,2	48,5	24,2	9,1	100,0
Eritrea	10		20,0		80,0	100,0
Etiopia	23		4,3	17,4	78,3	100,0
Gibuti	4	25,0	75,0			100,0
Guinea	3		66,7		33,3	100,0
Iraq	3	33,3	66,7		0,0	100,0
Italia	1				100,0	100,0
Mali	4	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
Mauritania	2	100,0				100,0
Nigeria	47			4,3	95,7	100,0
Senegal	4	25,0			75,0	100,0
Somalia	37	2,7	8,1	21,6	67,6	100,0
Sudan	11	18,2	27,3	27,3	27,3	100,0
Yemen	5		80,0		20,0	100,0
Totale	195	8,7	21,0	13,3	56,9	100,0

Tab. 14 Luogo dell'intervento fra le donne che hanno subito la pratica per paese di nascita

	Donne	Casa	Struttura	Altro	Non sa	Totale
Benin	2	100,0				100,0
Ciad	4	100,0				100,0
Costa d'Avorio	2	100,0				100,0
Egitto	33	42,4	57,6			100,0
Eritrea	10	50,0		50,0		100,0
Etiopia	23	60,9		39,1		100,0
Gibuti	4	100,0				100,0
Guinea	3	100,0				100,0
Iraq	3	100,0				100,0
Italia	1	100,0				100,0
Mali	4	100,0				100,0
Mauritania	2	100,0				100,0
Nigeria	47	36,2		29,8	34,0	100,0
Senegal	4	75,0		25,0		100,0
Somalia	37	86,5	8,1	5,4		100,0
Sudan	11	100,0				100,0
Yemen	5	100,0				100,0
Totale	195	64,6	11,3	15,9	8,2	100,0

Tab. 15 Donne che non hanno sottoposto le figlie a M/MGF per paese di nascita, classi di età e istruzione (%)

Benin	50,0
Ciad	100,0
Costa d'Avorio	91,3
Egitto	80,0
Eritrea	78,9
Etiopia	75,0
Gibuti	66,7
Guinea	100,0
Iraq	100,0
Italia	100,0
Mali	100,0
Mauritania	100,0
Niger	81,5
Nigeria	100,0
Senegal	73,3
Somalia	50,0
Sudan	66,7
Yemen	80,4

Tab. 17 Risposta alle domande sulla continuazione della pratica sulle figlie per paese di nascita

Paese	Sì	No	Riti	Non sa	Non si esprime	Totale
Benin		100,0				100,0
Camerun		100,0				100,0
Ciad		100,0				100,0
Costa d'Avorio		100,0				100,0
Egitto		61,8		32,4	5,9	100,0
Eritrea		92,9	7,1			100,0
Etiopia		86,2	0,0	10,3	3,4	100,0
Gibuti		83,3	16,7			100,0
Guinea		75,0	25,0			100,0
Iraq		80,0		20,0		100,0
Italia		95,2			4,8	100,0
Mali		80,0	20,0			100,0
Mauritania		100,0				100,0
Nigeria		100,0				100,0
Nigeria	1,3	84,0		8,0	6,7	100,0
Senegal		90,0	10,0			100,0
Somalia		92,3	5,1		2,6	100,0
Sudan		76,9	7,7	15,4		100,0
Yemen		87,5	12,5			100,0



Ministero della Salute



ASL
ROMA 1



Il questionario

Programma 2022 – Obiettivo 7

Buongiorno,

il questionario che sta per compilare fa parte del progetto Implementazione di un modello innovativo nei percorsi di accoglienza, diagnosi prevenzione e cura, dei minori stranieri e minori stranieri non accompagnati (MSNA) nei servizi sanitari promosso dal Centro nazionale per la prevenzione e controllo delle malattie – CCM 2022 - del Ministero della Salute Italiano.

Il Centro SAMIFO - struttura sanitaria a valenza regionale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 - è partner del progetto insieme alla Regione Emilia Romagna, Toscana e Sicilia.

Il SAMIFO svilupperà, fra l'altro, anche azioni volte alla prevenzione delle Mutilazioni dei Genitali Femminili. L'obiettivo principale è realizzare un intervento che coinvolga direttamente le donne nella riflessione sulla pratica e nello sviluppo di iniziative ed eventi di sensibilizzazione con il coinvolgimento dell'intera comunità per un cambiamento "culturale" sul tema delle MGF.

Sono inoltre previste attività di formazione volte agli operatori sanitari in particolare alle mediatrici linguistico-culturali.

Il progetto intende inoltre elaborare, per il contrasto e la prevenzione delle MGF, un "passaporto della salute" da portare con sé in occasione dei viaggi di rientro nei paesi di origine, per una corretta informazione sulle conseguenze sanitarie e giuridiche in caso fosse praticata la MGF.

Il questionario è in completo anonimato. Potrà compilarlo da sola, o con il supporto della mediatrice culturale.

Grazie per il tempo che ci dedica.

Giancarlo Santone, medico/psichiatra responsabile regionale del progetto.

DATI SOCIO-DEMOGRAFICI

1) Mi può dire il suo anno di nascita? _____

2) Dove è nata? (*stato di nascita*) _____

3) Quale è la sua cittadinanza? _____

4) Possiede anche la cittadinanza italiana? a) Sì b) No

5) È mai stata scuola? a) Sì b) No
 Se sì, per quanti anni? _____

6) Da quanto tempo si trova in Italia? (*mese e/o anno di arrivo*) _____

7) Può indicare tra i familiari elencati quali abitano abitualmente con lei?
(*ammesse più risposte*)

a) Nessuno

b) Marito/partner

c) Figli

d) Genitori

e) Fratelli e/o sorelle

f) Altri parenti
(zii, cugini, cognati ecc.)

8) Quale è il suo stato civile?

a) Nubile (non sposata)

b) Coniugata (sposata)

c) Separata/divorziata

d) Vedova

Se sposata/convivente, di che nazionalità è suo marito/compagno?

9) Quanti figli o figlie ha? _____ 10) Ha figlie femmine?

a) Sì b) No

Se sì, quante? _____

11) Ha il permesso di soggiorno?

- a) Sì b) No c) In attesa di rinnovo

Se sì, quale? (studio, lavoro, protezione, ecc.)

CONOSCENZE, ATTEGGIAMENTI E COMPORTAMENTI

12) Sappiamo che nel Paese dal quale proviene esiste la pratica di MGF. Lei ne è a conoscenza? a) Sì b) No

13) Sappiamo inoltre che molte donne provenienti da questi Paesi e che ora si trovano a Roma hanno fatto MGF. Lei ne conosce qualcuna? a) Sì b) No

14) Se sì: sa dove queste persone l'hanno effettuata?

- a) Italia
b) Paese provenienza
c) sia Italia che Paese di provenienza
d) Non so

15) All'interno della propria famiglia sono presenti persone che hanno fatto MGF (*madri, figlie, sorelle*)? a) Sì b) No c) Non so

16) Se sì: chi sono? (ammesse più risposte)

1) lo

- Dove è avvenuta la pratica?

- a) Italia b) Paese provenienza

- In quale luogo?

- c) Struttura sanitaria d) Domicilio e) Altro

- Sa che tipo di pratica? f) I tipo g) II tipo h) III tipo i) non so

- A che età è stata effettuata? _____

2) Specifica persona (madre, figlia, sorella, cugina...) _____

- Dove è avvenuta la pratica? a) Italia b) Paese provenienza

- In quale luogo?

- c) Struttura sanitaria d) Domicilio e) Altro

- Sa che tipo di pratica?

- f) I tipo g) II tipo h) III tipo

i) non so

- A che età è stata effettuata? _____

3) Specifica persona (*madre, figlia, sorella, cugina...*) _____

- Dove è avvenuta la pratica? a) Italia b) Paese provenienza

- In quale luogo?

c) Struttura sanitaria d) Domicilio e) Altro

- Sa che tipo di pratica? f) I tipo g) II tipo

h) III tipo i) non so

- A che età è stata effettuata? _____

4) Specifica persona (*madre, figlia, sorella, cugina...*) _____

- Dove è avvenuta la pratica? a) Italia b) Paese provenienza

- In quale luogo? c) Struttura sanitaria d) Domicilio e) Altro

- Sa che tipo di pratica? f) I tipo g) II tipo

h) III tipo i) non so

- A che età è stata effettuata? _____

17) In futuro, se dovesse avere figli (o altre figlie) e se fosse lei sola a decidere

a) Non le sottoporrei alla pratica per nessun motivo

b) Farei fare un rito di passaggio alternativo (danze, ecc.)

c) Le sottoporrei alla pratica senza asportazione (puntura, taglio...)

d) Non so

21bis) Nel caso non sia da sola a decidere, a chi spetta la decisione?

a) Padre

b) Madre

c) Famiglia

18) In generale, indipendentemente dal fatto che lei ha o non ha figlie, pensa che questa pratica dovrebbe continuare?

a) No

b) No, solo come rito simbolico (danze, feste) senza alcun intervento sul corpo della donna

c) Sì, ma dovrebbe essere fatta in condizioni di sicurezza (con assistenza medica, ambiente sterile ecc.)

d) Sì in ogni caso

e) Non so

19) Note _____:

Autori

Daniela Carrillo, antropologa, è ricercatrice presso la Fondazione Ismu-ETS e assegnista di ricerca presso la Università di Milano Bicocca. Da sempre attenta ai temi della salute, da più di 10 anni si interessa alle migrazioni femminili in Italia e in particolare alle Mutilazioni/Modificazioni Genitali Femminili.

Patrizia Farina è docente di demografia all'università Milano Bicocca. Ha maturato oltre 25 anni di esperienza nella progettazione e nel coordinamento di indagini campionarie. Ha partecipato a molti progetti nazionali ed europei ed è autrice di diversi articoli sulla stima diretta e indiretta della popolazione femminile migrante portatrice di mutilazione genitale e delle bambine a rischio.

Alessio Menonna è ricercatore sociale specializzato in statistica sociale, con focus in sociologia delle migrazioni e migrazioni internazionali. Dal 2002 è ricercatore del settore statistica della Fondazione ISMU ed è stato co-autore dei Rapporti annuali provinciali lombardi sull'immigrazione. È coautore di numerose pubblicazioni scientifiche e report regionali sul tema M/MGF.

Sara Riefolo, ostetrica, lavora al Centro Samifo dell'ASL Roma 1. Si occupa della salute e del benessere femminile delle donne e ragazze migranti attraverso incontri individuali e di gruppo oltre a consulenze di accompagnamento alla nascita e sostegno all'allattamento al seno e prime cure neonatali. Coordina il percorso di deinfibulazione del Centro SAMIFO in collaborazione con l'Ospedale San Filippo Neri di Roma e accompagna nelle varie tappe, insieme alle Mediatrici Linguistico Culturali, le donne che accedono al servizio.

Giancarlo Santone, medico, è direttore del Centro SAMIFO, struttura sanitaria a valenza regionale, del quale presiede il comitato scientifico. È inoltre direttore della UOSD Salute Migranti, referente regionale piani salute FAMI, è esperto in cooperazione internazionale e responsabile regionale e aziendale di numerosi progetti finanziati da fondi europei e nazionali. È ancora direttore scientifico e docente in diversi corsi di formazione e autore e curatore di articoli e report.

La presente pubblicazione è realizzata nell'ambito del progetto nazionale
**“Implementazione di un modello innovativo nei percorsi di accoglienza, diagnosi
prevenzione e cura, dei minori stranieri e minori stranieri non accompagnati
(MSNA) nei servizi sanitari”** - Obiettivo Specifico 5, Responsabile ASL Roma 1
Il progetto è stato finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione
e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute.