



unità locale
SOCIO-SANITARIA **ASOLO**

UNA CASA PER L'UOMO
*Società Cooperativa
Sociale*



Dipartimento Materno Infantile
ULSS N°8 - Regione Veneto U.O. Consultorio Familiare
Direttore: P. Borsellino



ATTI DEL CONVEGNO

**MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI:
DONNE, CULTURE, IDENTITA' E SALUTE**

Castelfranco Veneto

10 giugno 2011

INDICE

1. Introduzione dei lavori.....	5
Dott. Gianluigi Bianchin	
2. Cenni alla problematica delle mutilazioni genitali femminili.....	7
Dott.ssa Mariateresa Silvestri	
3. Un' indagine conoscitiva tra le donne immigrate nel territorio dell'Ulss 8.....	21
Dott.ssa Rosalma Gaddi, Dott.ssa Ilaria Baldin	
4. Dibattito.....	45
5. L'accoglienza e la cura delle complicità legate alle mutilazioni genitali femminili.....	49
Dott. Omar Abdulcadir	
6. Mutilazioni genitali femminili: un approccio transculturale per una nuova identità di donne.....	59
Dott.ssa Bridget Yorgure	
7. Dibattito Finale.....	67

DOCENTI

Dott. Omar Abdulcadir

Medico ginecologo, Direttore del Centro Riferimento e Prevenzione e Cura MGF nell'azienda Ospedaliera "Careggi" di Firenze.

Dott.ssa Bridget Yorgure

Assistente Sociale, esperta mediatrice culturale e responsabile del Centro Donna Interculturale e Servizio Antiviolenza del Comune di Rovigo.

Dott.ssa Rosalma Gaddi, Dott.ssa Ilaria Baldin

Psicologhe, svolgono da tempo la loro attività in ambito multiculturale. Attualmente operano presso la Cooperativa "Una casa per l'uomo" di Montebelluna.

Dott.ssa Mariateresa Silvestri

Medico ginecologo, distretto socio-sanitario 2 di Valdobbiadene-Montebelluna, U.L.S.S. 8 Asolo

MODERATORE

Dott. Gian Luigi Bianchin

Direttore Servizi Sociali azienda U.L.S.S. 8 Asolo

Dott. Pasquale Borsellino

Direttore Unità operativa materno-infantile, età evolutiva e famiglia, Distretto socio-sanitario 2 di Valdobbiadene-Montebelluna, U.L.S.S. 8 Asolo

INTRODUZIONE DEI LAVORI Dott. G.L. Bianchin

Dott. Gian Luigi Bianchin: Vi porto i saluti del Direttore generale Dott. Renato Mason e del Presidente della Conferenza dei sindaci Dott. Fiorenzo Berton . I miei complimenti per l'organizzazione e un caloroso saluto a tutti i relatori. Siamo grati alla Regione Veneto che ci permette di affrontare e confrontarci su questa tematica importante.

Qualche spunto di riflessione: cosa si può dire preliminarmente che non sia scontato intorno a questo tema?

In primo luogo, come si è già visto nell'incontro fatto con i medici di medicina generale a Vedelago, confrontarci con questo tema ci ricorda quello che Erodoto chiamava "la forza, la potenza del nomos". Le prescrizioni normative sono così fortemente caratterizzanti la struttura dell'identità che l'approccio razionale illuminista, per cui il comportamento umano può modificarsi in funzione di indicazioni e percorsi educativi che siano "per natura" evidenti e comprensibili alla ragione umana, si rivela parziale e talora fallimentare. La forza imperiosa delle prescrizioni normative può anche portare un popolo a morire. Se andate in Grecia, ad Atene, è facile avere le stesse sensazioni provate da Freud, quando è salito sull'acropoli: "troppo bello per essere vero!". Ma se andate a Sparta non c'è niente della Sparta antica, ci sono solo i resti di quella ellenistica, perchè la costituzione spartana, proscrivendo ogni indulgenza al bello e al ludico, di fatto portò alla costruzione di strutture edilizie private e collettive molto semplici e sobrie; questo fatto – unitamente alla prescrizione dell'endogamia – ha portato lentamente alla scomparsa della civiltà spartana e può spiegare l'attuale assenza di reliquie strutturali.

Una seconda considerazione: sappiamo tantissimo su questo tema dal punto di vista clinico: le metodiche, le complicità, la diversità di comportamenti in rapporto alle aree geografiche, ma quello che mi sembra mancare dal punto di vista dell'analisi antropologica è capire il senso di questa prescrizione. Pare venga trasmessa in modo matri-lineare e tutte le donne della famiglia fanno pressione perché la piccola vi si sottoponga. Mi piacerebbe sapere che tipo di spiegazione danno le donne rispetto a questa pratica che è femminile. Anche le nostre mediatrici culturali che c'erano all'incontro di Vedelago ci hanno riferito che il messaggio trasmesso è: "l'ha fatto tua nonna, tua mamma, lo devi fare anche tu", punto. Ma non è possibile che il tema finisca qui; secondo me ci deve essere qualcosa di segreto, di intrigante, che crea un qualche presumibile "vantaggio", nell'applicazione di questa pratica, perché se no è difficile spiegare questa procedura così profondamente lesiva. Non so se sia fattibile arrivare al cuore del

problema, o se sia talmente tabù da non potervi arrivare. Mi resta questo dubbio e mi chiedo che cosa può significare in termini di “contro potere” femminile, e spero che i relatori sapranno darci delle spiegazioni.

Infine la terza ed ultima considerazione: nessuno sa bene quello che si può fare, ma indubbiamente il confronto tra le culture, i movimenti dei popoli, le contaminazioni sono la strada maestra ed imprescindibile per un superamento di queste pratiche. A mio avviso però possono essere importanti anche delle prescrizioni altrettanto forti rispetto a quelle culturali che possono venire dagli Stati. Vi sono esempi storici di cambiamenti epocali ottenuti per effetto di imposizioni. Pensate a cos'è successo nel Giappone: nel 1945 arrivano gli americani e sostanzialmente impongono in maniera forzosa l'apertura della nazione alla “cultura occidentale” . Il Giappone ha cambiato radicalmente pelle nel giro di qualche anno. Magari la stessa cosa può avvenire riguardo alle MGF: se dietro a queste pratiche c'è una grande forza normativa, devono essere pensate e perseguite prescrizioni normative altrettanto forti per poterle contrastare.

Vi ringrazio per l'attenzione e buon lavoro.

CENNI ALLA PROBLEMATICHE DELLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI Dott.ssa

M.T. Silvestri

Dott. Pasquale Borsellino: “Mi viene da fare questa considerazione : che ciò che ci aiuta e ci salva nella nostra quotidianità operativa è la capacità di introdurre degli elementi culturali nel nostro lavoro. Noi non possiamo permetterci, per le cose difficili che facciamo, di essere degli organismi semplici, che a stimolo emettono una risposta semplice. Abbiamo il dovere di introdurre degli elementi, degli strati di conoscenza, di complessità che ci portino a cercare di dare risposte il più complesse possibili a situazioni che certo semplici non sono. Tutto quello che ha che fare con l'introdurre elementi di dubbio, elementi di approfondimento, perché no, di precarietà del pensiero, sono elementi molto importanti per far sì che si diventi operatori che danno soluzioni complesse a situazioni complesse. Per cogliere, accompagnare la sofferenza umana, bisogna essere persone con un profondo strato culturale, intendendo per cultura la conoscenza di determinati meccanismi e narrazioni di uomini che ci sono stati prima di noi.

Ora la parola alla Dott.ssa Silvestri, che è Dirigente e ginecologa del nostro Servizio di Consultorio familiare, che ci introdurrà sul tema, soprattutto sulla normativa e sulle linee guida che lo Stato italiano ha pensato di mettere in campo per contrastare questo fenomeno così pervasivo , e così importante.”

Dott.ssa Maria Teresa Silvestri: “ Grazie a tutti voi che siete qui, e grazie di cuore a tutti quelli che hanno lavorato per la realizzazione di questo Convegno. La mia introduzione sarà generale, non parlerò nello specifico delle MGF perché ne parlerà dopo il Dott. Abdulcadir.



MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI: DONNE, CULTURA, IDENTITA' E SALUTE

Castelfranco Veneto
10 giugno 2011

MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

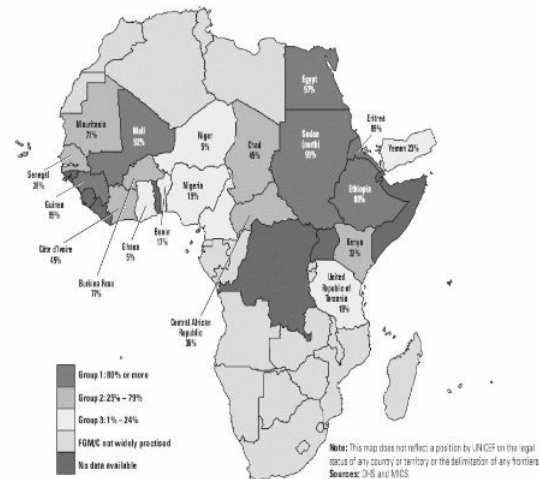
L'OMS definisce in questo modo tutte le forme di rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre loro modificazioni in assenza di qualsiasi indicazione terapeutica e le classifica in 4 tipi in base al

grado di lesione
prodotta



L'OMS calcola che nel mondo siano state sottoposte a MGF circa 130 milioni di donne in 28 Paesi africani e in Medio Oriente (Iran, Iraq, Yemen, Oman, Arabia Saudita), con tracce in Malesia, Indonesia e India.

FIGURE 1: FGM/C prevalence among women aged 15-49



LEGISLAZIONE NEI PAESI AFRICANI

- In nessun paese africano la legislazione sostiene le MGF
- In Ghana, Uganda ed Etiopia sono proibite dalla Costituzione
- In molti paesi sono in vigore leggi che le contrastano (Benin, Burkina Faso, Ciad, Costa d'Avorio, Guinea, Mali, Niger, Togo)
- In altri sono in vigore Decreti che puniscono chi pratica le MGF (Eritrea, Kenia) o
- Articoli del Codice Penale applicabili alla MGF (Camerun, Djibuti, Mauritania, Senegal, Tanzania)

		Stima % in ragazze/donne 15-49
Somalia	2005	97.9
Egitto	2005	95.8
Guinea	2005	95.6
Sierra Leone	2005	94.0
Gibuti	2006	93.1
Mali	2001	91.6
Sudan settentrionale (circa 80% del totale della popolazione dell'indagine)	2000	90.0
Eritrea	2002	88.7
Etiopia	2005	74.3
Gambia	2005	78.3
Burkina Faso	2005	72.5
Mauritania	2001	71.3
Guinea-Bissau	2005	55.4
Liberia	Dati da vari studi	45.0
Ciad	2004	44.9
Costa d'Avorio	2005	41.7
Kenya	2003	32.2
Senegal	2005	28.2
Yemen	1997	22.6
Nigeria	2003	19.0
Benin	2001	16.8
Repubblica Unita di Tanzania	2004	14.6
Togo	2005	5.8
Ghana	2005	3.8
Niger	2006	2.2
Cameroon	2004	1.4
Uganda	2006	0.6

I NOSTRI NUMERI

Nella nostra ULSS risiedono attualmente

- 524 bambine tra 0 e 13 anni
- 80 ragazze tra 14 e i 18 anni
- 670 donne tra 19 e 45 anni
- 95 donne sopra i 45 anni.



originarie di paesi ad alto rischio di MGF

Legge n.7 9 gennaio 2006



L'Italia è stata il primo paese europeo a varare una legge specifica volta a contrastare le MGF e a punire chi le pratica, nonostante tali pratiche fossero già sanzionabili rientrando all'interno delle previsioni dell'articoli 582 e 583 del nostro Codice Penale (lesioni personali e circostanze aggravanti con relative sanzioni).

LE SANZIONI



L'art. 6 della Legge inserisce tale pratica nel Codice Penale come reato grave (art.583-bis) punendo

con la **reclusione da 4 a 12 anni** "chi cagiona" (ossia la praticante tradizionale o il medico che la effettuano, ma anche gli stessi genitori o familiari che l'hanno richiesta) una clirodectomia, un'escissione, un'infibulazione o qualsiasi altra pratica che abbia effetti dello stesso tipo;

- La pena varia seconda dell'entità dei danni causati dalla lesione, ed è aumentata un terzo se effettuate su una bambina di età inferiore ai 18 anni e/o se effettuata per fini di lucro.
- Nel caso l'intervento sia stato eseguito da un medico, questi non potrà più svolgere la professione per un periodo che va dai 3 ai 10 anni.
- **Il reato viene punito anche quando è commesso all'estero** da cittadino italiano o da straniero residente in Italia a danno di un cittadino italiano o straniero residente in Italia.

IL NUMERO VERDE



La legge 7/2006 ha previsto l'istituzione, presso il Ministero dell'interno, di un **Numero Verde Gratuito (800 300 558) Contro le pratiche di mutilazione genitale femminile**. Il servizio, disponibile dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 14.00 e dalle 15.00 alla 20.00, è gestito dalla Direzione Centrale Anticrimine del Dipartimento della pubblica sicurezza; le telefonate sono ricevute da personale specializzato del Servizio Centrale Operativo della Polizia di Stato che, oltre all'assistenza, ha il compito di comunicare le eventuali notizie di reato alle Squadre Mobili territorialmente competenti.

LE LINEE GUIDA



- Sono previste dalla legge per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche e sono state emanate con decreto ministeriale del 17 dicembre 2007,
- Sono destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile.
- La prima parte illustra il fenomeno delle MGF e gli strumenti giuridici disponibili per contrastarlo.
- La seconda è costituita dalle indicazioni per gli operatori sanitari e gli operatori socio-culturali che operano con le comunità di immigrati, perché possano affrontare correttamente queste problematiche nell'esercizio della loro professione, per assistere e riabilitare le donne che ne sono state vittime e per prevenirne il ricorso.

LA FORMAZIONE

La formazione degli operatori è fondamentale per facilitare la comunicazione, soprattutto in riferimento all'approccio da tenere con le donne e le bambine già sottoposte a tali pratiche.

Tali operatori sono rappresentati dal personale medico (pediatra, mmg , ginecologo, urologo) e da ogni altro operatore sanitario che comunque si relazioni con le donne e con le bambine già sottoposte a tali pratiche (ostetriche, infermiere, psicologi) .



- Gli operatori sanitari del Servizio Sanitario Nazionale dovrebbero avere una conoscenza di base di che cosa sono le MGF, gli aspetti sanitari, antropologici e sociologici ad esse connessi.

- I medici di base e i pediatri di libera scelta dovrebbero essere in grado di cogliere i risvolti sanitari delle MGF e di individuare il rischio che eventualmente potrebbe correre una bambina che vive in comunità con tradizioni escissorie.

- L'eventuale riscontro di una MGF avvenuta durante la permanenza in Italia comporta l'obbligo di denuncia alle Autorità competenti. (Legge 9 gennaio 2006, n. 7, art. 6).

- **Se il medico ha le necessarie informazioni culturali e scientifiche sulle MGF, l'impostazione di un rapporto medico-paziente disteso e di fiducia evita reticenze, imbarazzi e curiosità.**

- **L'approccio ad una donna che ha avuto esperienza di MGF dovrebbe essere di tipo multidisciplinare.**

- **Se necessario, sarebbe opportuno avere la collaborazione di interpreti e mediatrici culturali, di solito meglio accettate dalle donne stesse, nel rispetto della loro cultura e tradizione.**

- **Personale specializzato dovrebbe essere previsto per affrontare le situazioni a rischio, trattare patologie particolarmente complesse come ad esempio gli interventi chirurgici di deinfibulazione (in preparazione del parto, durante il parto o per libera scelta della donna per la sua salute e benessere).**
- **L'approccio clinico e psicologico ad una donna che ha avuto esperienza di MGF dovrebbe essere effettuato preferibilmente da operatori di sesso femminile (ginecologhe, infermiere, ostetriche, psicologhe). Ove ciò non è possibile l'operatore sanitario di sesso maschile dovrebbe essere sempre assistito ed operare alla presenza di una o più collaboratrici**
- **Gli operatori sanitari dovrebbero essere a conoscenza dei vari tipi di MGF, tenendo presente che è sempre necessario adattarsi alla descrizione fatta dall'interessata, al fine di creare una relazione interpersonale positiva e non ferire la suscettibilità della donna o della bambina che ha subito MGF.**
- **La visita ginecologica può essere difficile, dolorosa, talvolta addirittura impossibile da effettuare; l'operatore, nell'effettuare la visita con delicatezza, non dovrebbe insistere nell'effettuarla se questa provoca dolore eccessivo. E' comunque fondamentale limitare visite ed altre procedure allo stretto necessario.**

- L'assistenza alla gravidanza e al parto dovrebbero essere effettuate con particolari accorgimenti nelle donne con MGF, anche in considerazione del fatto che tali pazienti vanno più facilmente incontro a complicanze.

- La deinfibulazione andrebbe eseguita per le MGF di tipo III e per tutte quelle che occludono in qualche modo l'ostio vaginale.
Tale intervento viene effettuato in anestesia locale o locoregionale e in rari casi viene eseguito in anestesia generale per scelta della donna.

- Per le donne con MGF, ricoverate presso le U.O. di Ostetricia e Ginecologia sarebbe opportuno integrare le informazioni contenute nella cartella clinica con specifiche informazioni relative alle MGF subite.



Progetto: - Benvenuta Mamma - Sostegno alla relazione Madre - Bambino nel primo anno di vita

Ospedale: CPR MBL

SCHEMA DI RILEVAZIONE DATI

MADRE _____ età: _____ BAMBINO _____

Nazionalità: italiana straniera: quale _____ nato il _____ M. F. 1° 2° 3° 4°

Difficoltà di comunicazione (lingua): S NO trasferimento in patologia neonatale S NO

MGF NO S 1° 2° 3° 4°

Residenza _____ a motivo di _____

Via _____ tel. _____

PADRE _____

TRAVAGLIO E PARTO

Collaborante S POCO NO

Parto EUTOCICO DISTOCICO

T.C.

MEF

Disponibilità evento nascita BUONA DUBBIA ASSENTE

Accoglienza neonato BUONA DUBBIA ASSENTE

NOTE: _____

ASPETTO RELAZIONALE

Attenzione e cura di sé BUONA DUBBIA ASSENTE

Attenzione e cura del bambino BUONA DUBBIA ASSENTE

Dimostrare interesse S POCO NO

Si isola S POCO NO

Range spesso S POCO NO

Chiede informazioni S POCO NO

Difficoltà pratiche nell'allattamento al seno S POCO NO

motivo: _____

Allattamento artificiale S NO

NOTE: _____

Segnala dati particolari S NO

L'Operatore _____

Determinante è anche la formazione delle figure professionali (mediatori/trici culturali, assistenti sociali, volontariato) che operano con le comunità di immigrati provenienti dai Paesi con tradizioni escissorie.



- Sarebbe opportuno che il mediatore/trice culturale manifestasse, nel proprio lavoro, discrezione, sensibilità e conoscenza del fenomeno delle MGF, con rispetto per le posizioni delle donne ed equilibrio nella traduzione nelle due direzioni.
- Il ruolo della mediatrice culturale, come quello dell'assistente sociale, nell'attività di mediazione culturale, dovrebbe favorire il rapporto tra istituzioni e famiglie, anche nel tentativo di far emergere l'atteggiamento nei confronti delle mutilazioni genitali.

Un ruolo importante è svolto anche dagli **operatori della scuola** (insegnanti, responsabili della formazione e dell'educazione alla salute).



- E' importante che gli insegnanti sappiano riconoscere i possibili comportamenti delle bambine, il timore, l'ansia o l'aspettativa di un evento importante per la loro vita, i sintomi conseguenti ad una mutilazione avvenuta altrove.
- E' importante per gli insegnanti stabilire un rapporto di fiducia e di dialogo con le famiglie.
- E' importante per gli insegnanti osservare eventuali cambiamenti dei comportamenti che potrebbero essere l'espressione dell'avvenuta mutilazione.

L'impegno di tutti per ridurre le MGF e le loro conseguenze



UN'INDAGINE CONOSCITIVA TRA LE DONNE IMMIGRATE NEL TERRITORIO

DELL'ULSS 8 Dott.ssa Rosalma Gaddi, Dott.ssa Ilaria Baldin, Dott.ssa Chiara Moretti

Dott. Paquale Borsellino: "Adesso avremo lo spaccato di un lavoro fatto sul territorio tra le donne straniere all'interno di focus group e la cosa importante è il materiale che ci sarà offerto: gli elementi emersi nel contatto diretto con le donne straniere. Do la parola alla Dott.ssa Ilaria Baldin e alla Dott.ssa Rosalma Gaddi, che lavorano entrambi per la Cooperativa "Una casa per l'uomo". Spendo due parole per parlare della collaborazione con la Cooperativa, che dura da tantissimi anni: ci permette di realizzare progetti ad alta integrazione; ha la caratteristica di incontrarci sempre su idee, pensieri e progetti da realizzare, quindi la voglio ringraziare pubblicamente la cooperativa tutta, come voglio anche ringraziare la Dott.ssa Chiara Moretti, una delle artefici di questo progetto.

MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI: DONNE, CULTURE, IDENTITA' E SALUTE

Un'indagine conoscitiva tra le donne immigrate nel territorio dell'ULSS n. 8

Dott.ssa Rosalma Gaddi, Dott.ssa Ilaria Baldin, Dott.ssa Chiara Moretti, Cooperativa "una casa per l'uomo"

PREMESSA

L'“Indagine sulla salute al femminile” è stata realizzata dalla cooperativa “Una casa per l'uomo” di Montebelluna in collaborazione con l'Unità operativa materno-infantile, età evolutiva e famiglia - Servizio di Consultorio familiare dell'Azienda ULSS n.8 Asolo nel quadro del Piano Formativo Locale sulle Mutilazioni Genitali Femminili, finanziato dalla Regione del Veneto.

Diverse sono le premesse che, dal tema specifico delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF), hanno portato ad indagare immagini, rappresentazioni, conoscenze delle donne straniere sul tema della salute in senso ampio.

Riteniamo, innanzitutto, che **le MGF siano pratiche che condizionano la salute (così come intesa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nella celebre definizione¹) delle donne e, per esteso, delle loro comunità di appartenenza, nel Paese di origine e in quello di arrivo.**

Qualsiasi intervento sul tema si iscrive dunque di necessità nella cornice più ampia della protezione e promozione della salute pubblica, da agire nei sistemi sociali in un'ottica generativa dei diritti primari dell'essere umano.

I sistemi sociali e le culture che ne sono espressione condizionano, d'altro canto, l'idea individuale e collettiva di “salute” e le pratiche ad essa legate.

Tali idee, infine, influenzano le relazioni interpersonali e, nel caso specifico, la relazione d'aiuto fra operatore socio-sanitario ed utente.

¹ Nella Costituzione dell'OMS la salute viene definita come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia".

L'INDAGINE

I Obiettivi e strutturazione dell'attività

Partendo da tali presupposti il Comitato scientifico, espressione del partenariato progettuale, ha ideato un disegno di ricerca-azione che nella sua prima fase (marzo-giugno 2011) ha visto la realizzazione dell' "Indagine esplorativa sulle rappresentazioni di genere in merito al binomio donna e salute".

L'indagine si prefiggeva l'obiettivo di esplorare le rappresentazioni delle donne straniere sul binomio "donna e salute" allo scopo di:

- a. individuare eventuali rappresentazioni legate a specifiche culture di appartenenza;
- b. individuare eventuali rappresentazioni trasversali alle diverse culture di appartenenza;
- c. derivare linee guida spendibili nel lavoro futuro.

Sono stati attivati 7 gruppi di donne straniere, ciascuno omogeneo per nazionalità delle partecipanti.

I gruppi nazionali individuati (Albania, Cina, Ghana, India, Marocco, Macedonia, Romania) sono stati scelti in base al criterio della rappresentatività rispetto alla composizione della popolazione immigrata residente nel territorio.

Al fine di non influenzare l'attività proposta, le donne - coinvolte nell'attività dalle mediatrici linguistico-culturali della cooperativa "Una casa per l'uomo" – non sono state preventivamente informate sugli scopi dell'indagine.

E' stato infine attivato un gruppo di confronto composto da donne italiane, con l'idea che le informazioni derivanti dal lavoro con le native potessero aiutare a discriminare gli aspetti legati all'appartenenza di genere e/o culturale da quelli più strettamente connessi all'esperienza migratoria.

Ogni gruppo, composto da un minimo di 5 ad un massimo di 15 donne, ha visto inoltre la presenza di:

- di un conduttore (psicologa), incaricato di attivare le dinamiche del gruppo attraverso la proposta di un esercizio collettivo (il collage, successivamente descritto);
- un osservatore (educatore), incaricato di rilevare la frequenza delle informazioni

emergenti riportandole sullo strumento appositamente preposto (griglia di osservazione);

- una mediatrice-linguistico culturale, per favorire il coinvolgimento attivo delle donne anche con un basso livello di alfabetizzazione in lingua italiana e per facilitare il flusso di informazioni fra le donne del gruppo e gli operatori presenti.

Gli incontri, della durata di 3 ore, hanno visto la seguente strutturazione:

1. attivazione del gruppo sul tema “Salute al femminile” attraverso la tecnica non verbale del collage;
2. compilazione di un questionario tradotto in lingua;
3. diffusione di materiali informativi sui Servizi socio-sanitari territoriali.

Il questionario di cui al punto n.2 conteneva items relativi a quattro principali aree tematiche:

- a. anagrafica e auto-percezione di salute;
- b. conoscenza dei Servizi socio-sanitari e principali criticità nell’accesso e nella fruizione degli stessi;
- c. reti di cura in Italia e nel Paese di origine;
- d. conoscenza delle MGF.

Lo strumento ha permesso la raccolta di dati inerenti la tematica oggetto di ricerca confrontabili con le informazioni ricavate nel primo step del lavoro (collage).

L’elaborazione dei dati ha posto a confronto:

- le rappresentazioni ricavate dall’attività 1 (collage) con le rappresentazioni delle operatrici italiane facenti parte del Comitato scientifico, emerse dal brainstorming funzionale all’individuazione delle categorie descrittive inserite successivamente nella griglia di osservazione (vedi in seguito);
- le rappresentazioni emerse nei diversi gruppi dalla medesima attività;
- le rappresentazioni di cui sopra e le informazioni derivanti dai questionari.

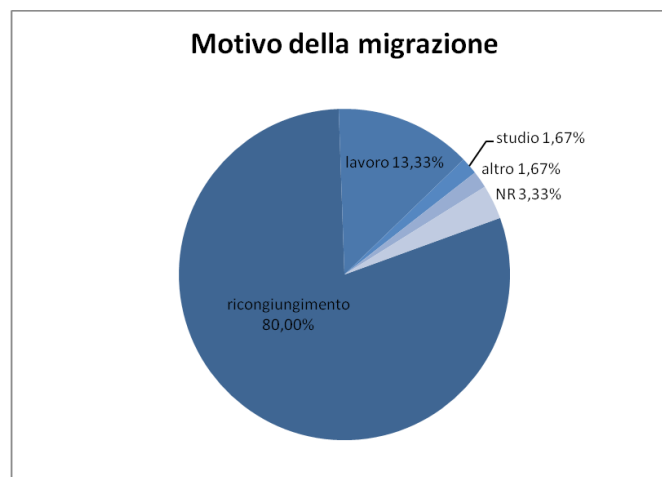
Il campione

Hanno partecipato all'indagine 60 donne straniere e 5 donne italiane.

I dati sul campione, derivati dall'elaborazione della prima parte del questionario, ci dicono che le donne immigrate sono arrivate in Italia mediamente da 8 anni, hanno un'età media di 36 anni (range 17-55 anni), sono coniugate (il 75%) e con figli (il 75%).

Professano in prevalenza la religione Musulmana (50%) e quella Cristiana (27%).

Dal grafico sotto riportato emerge in modo evidente che il ricongiungimento familiare è il principale motivo che ha spinto alla migrazione seguita, in misura nettamente inferiore, da motivi legati al lavoro.

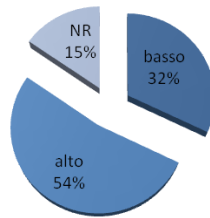


Il 45% delle donne ha una scolarità media, avendo frequentato almeno 8 anni di scuola nei propri Paesi di origine. Circa il 35% ha una scolarità superiore (3 o 5 anni); il 10% un diploma di laurea.

Il 5% ha conseguito la licenza elementare (o equiparabile); il 5% non dichiara alcun titolo di studio.

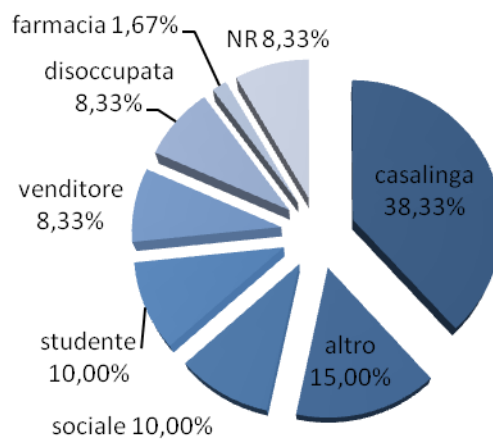
La percezione di avere una buona competenza nella lingua italiana è condivisa dal 54% del campione.

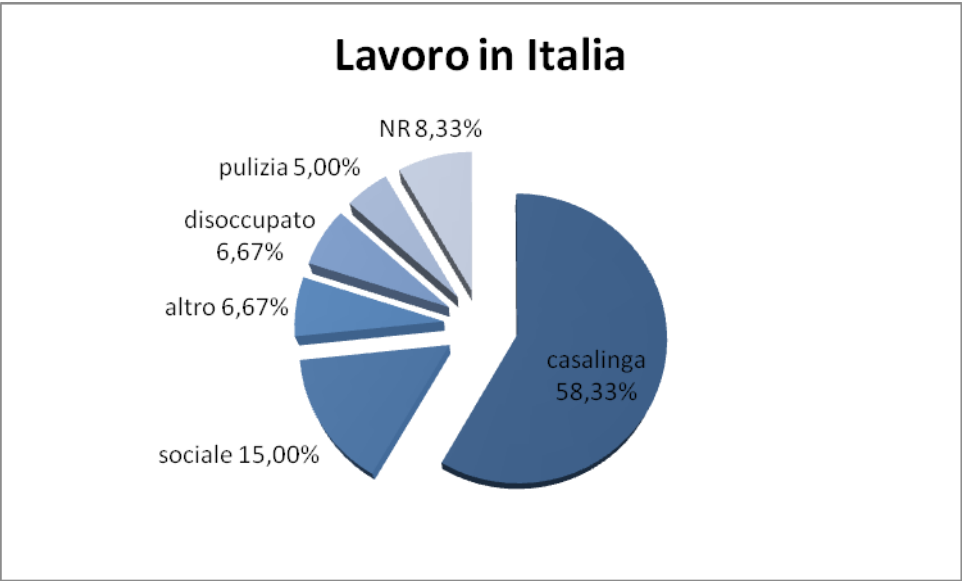
Autopercezione di competenza nella lingua italiana



La professionalità delle donne pare differenziarsi nel confronto tra il pre ed il post migrazione, nei termini di un aumento della percentuale di donne che si definiscono casalinghe (dal 38,33% nel Paese di origine al 58,33% in Italia). La percentuale di chi si definisce disoccupata è pressoché invariata.

Lavoro paese origine





Il gruppo delle donne italiane presenta caratteristiche analoghe tranne che per la condizione lavorativa (l'83% lavora) e il livello d'istruzione medio-alto (nell'83 % dei casi).

III Attivazione del gruppo sul tema “salute al femminile” attraverso tecniche non verbali: IL COLLAGE

Al fine di indagare le rappresentazioni delle donne straniere sul binomio “donna e salute”, si è scelto di attivare i gruppi attraverso una tecnica non verbale che permettesse di accedere al “mondo interno” delle partecipanti attraverso codici visivi di risonanza emotivo-cognitiva.

Il processo creativo d'un collage per immagini ha permesso l'integrazione della comunicazione verbale: laddove le barriere linguistiche delle partecipanti non italofone avrebbero potuto rendere difficile la comunicazione dei propri vissuti, l'utilizzo di immagini ritagliate da riviste mirava a facilitare le donne nell'espressione di idee ed emozioni collegate al concetto di salute.

L'attività si è strutturata in diverse fasi:

1. In una prima fase la conduttrice ha chiesto alle partecipanti di scegliere individualmente e ritagliare dalle riviste 5 immagini sul tema.
2. Contestualmente l'osservatrice ha rilevato, nella griglia preposta, la frequenza di emersione di temi assimilabili alle categorie prescelte dal Comitato scientifico.
3. Le partecipanti hanno quindi concordato collettivamente la scelta delle immagini con cui costruire un collage di gruppo, attribuendo poi un'etichetta verbale alle immagini selezionate.
4. Le donne hanno infine commentato le immagini e l'osservatrice ha raccolto i loro commenti.

La tabella seguente riporta i valori percentuali per singola categoria, calcolati a partire dalle frequenze assolute rilevate nella griglia d'osservazione:

Vengono evidenziate le percentuali superiori al 50%, indicative della maggior emersione di temi riconducibili alle categorie in questione.

La frequenza di emersione di ciascuna categoria di rappresentazioni è stata confrontata con quella delle altre categorie semantiche nel gruppo omoculturale (ingroup) e tra i diversi gruppi (outgroup).

Frequenze percentuali per categoria semantica

L'analisi delle frequenze rivela l'emersione prevalente di **rappresentazioni trasversali ai diversi gruppi nazionali/culturali**.

Le categorie principalmente emerse nel campione delle donne straniere sono la CURA DI SÉ (che emerge con frequenze elevate in tutti e 7 i gruppi); il BENESSERE PSICOLOGICO (che emerge in 6 dei gruppi); l'AMBIENTE (4 gruppi); le EMOZIONI, il BENESSERE FISICO/MALATTIA e la RELAZIONE DI COPPIA (in 3 gruppi); la MATERNITÀ (2 gruppi); la GENITORIALITÀ (1 gruppo).

La maggior parte delle donne ha scelto immagini afferenti alle categorie della CURA DI SÉ (alimentazione sana, praticare sport, dormire bene, estetica, lettura, norme igieniche) e del BENESSERE PSICOLOGICO (relazioni con gli altri, possibilità di uscire, viaggiare, avere una casa, benessere economico, spiritualità).

Non sembrano viceversa emergere rappresentazioni legate a specifiche nazionalità/culture, ad eccezione delle categorie GENITORIALITÀ e SESSUALITÀ emerse in maniera significativa solo tra le donne ghanesi. È interessante notare, nell'ingroup, l'emersione della categoria RELAZIONI DI COPPIA ma non della categoria MATERNITÀ.

L'analisi delle categorie sconfirma alcune previsioni, forse legate ad un'immagine stereotipata della popolazione target e/o di alcuni gruppi nazionali.

La categoria MATERNITÀ emerge come significativa solo in 2 dei gruppi (Romania e India), malgrado le caratteristiche anagrafiche del campione di sopra riportate (il 75% delle partecipanti è madre). In nessuno dei due casi ha correlazioni con le categorie GENITORIALITÀ, SESSUALITÀ e RELAZIONI DI COPPIA.

Le RELAZIONI DI GENERE non emergono mai come rappresentazioni significative.

Il gruppo delle donne cinesi ha un profilo assimilabile agli altri gruppi nazionali. Per loro il concetto di salute è legato, in maniera significativa, anche alla categoria delle EMOZIONI.

Inoltre, la categoria MORTE non emerge mai in nessuno dei gruppi, e solo nel gruppo delle donne indiane emergono rappresentazioni legate all'APPARTENENZA RELIGIOSA, peraltro non prevista dal Comitato scientifico tra le categorie di rilevazione.

Il campione delle donne italiane si uniforma alla tendenza rilevata nel definire la salute principalmente attraverso rappresentazioni legate alla CURA DI SÉ.

Emerge però tra loro in maniera significativa la categoria MATERNITÁ che, a differenza che nei gruppi delle donne indiane e romene, ha correlazioni con le dimensioni RELAZIONI DI COPPIA e

SESSUALITÁ (ma non con la dimensione della GENITORIALITÁ).

Il gruppo delle donne italiane è l'unico, insieme a quello delle donne ghanesi, in cui emerge in maniera significativa la categoria SESSUALITÁ che, anche nel loro caso, ha una correlazione con la categoria RELAZIONE DI COPPIA.

Riassumendo: le donne straniere coinvolte nell'attività tendono a comportarsi come un campione unico, non particolarmente caratterizzato da differenze legate a singoli gruppi nazionali/culturali.

Le differenze non sono significative anche nel confronto tra donne italiane e straniere.

L'idea che le donne hanno della salute è abbastanza omogenea e ha a che fare con la cura della persona e il suo benessere psico-fisico.

Rimane l'interrogativo su quali siano i fattori di comunanza che orientano i temi emersi (l'appartenenza di genere?).

IV Analisi sul tema della salute e sulle pratiche ad essa legate attraverso la somministrazione di uno strumento di rilevazione: IL QUESTIONARIO

Vengono di seguito riportati i dati ricavati dalla somministrazione del questionario (si veda al punto I “Obiettivi e strutturazione dell’attività”).

Lo strumento è stato compilato dalle partecipanti in maniera autonoma, grazie alla traduzione in lingua.

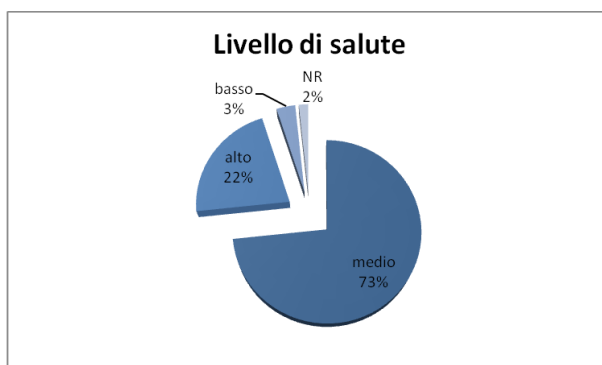
Nell’analisi seguente non vengono evidenziate comparazioni tra i diversi gruppi nazionali/culturali poiché l’analisi comparativa dei dati non ha rilevato differenze significative, eccetto che per l’ultima delle aree indagate, ovvero la conoscenza della pratica delle MGF.

Condizioni di salute autopercepite

La prima parte del questionario ha indagato la percezione che le donne hanno del proprio livello di salute (attuale e precedente al percorso migratorio), i concetti da loro associati al tema della salute e le pratiche messe in atto per ottenere un buon livello di salute.

L’analisi delle risposte evidenzia che il 95% delle donne ritiene di avere un livello medio o alto di salute.

Dopo la migrazione la situazione è rimasta invariata o è migliorata per il 77% circa delle donne, è peggiorata per il 18% di esse.



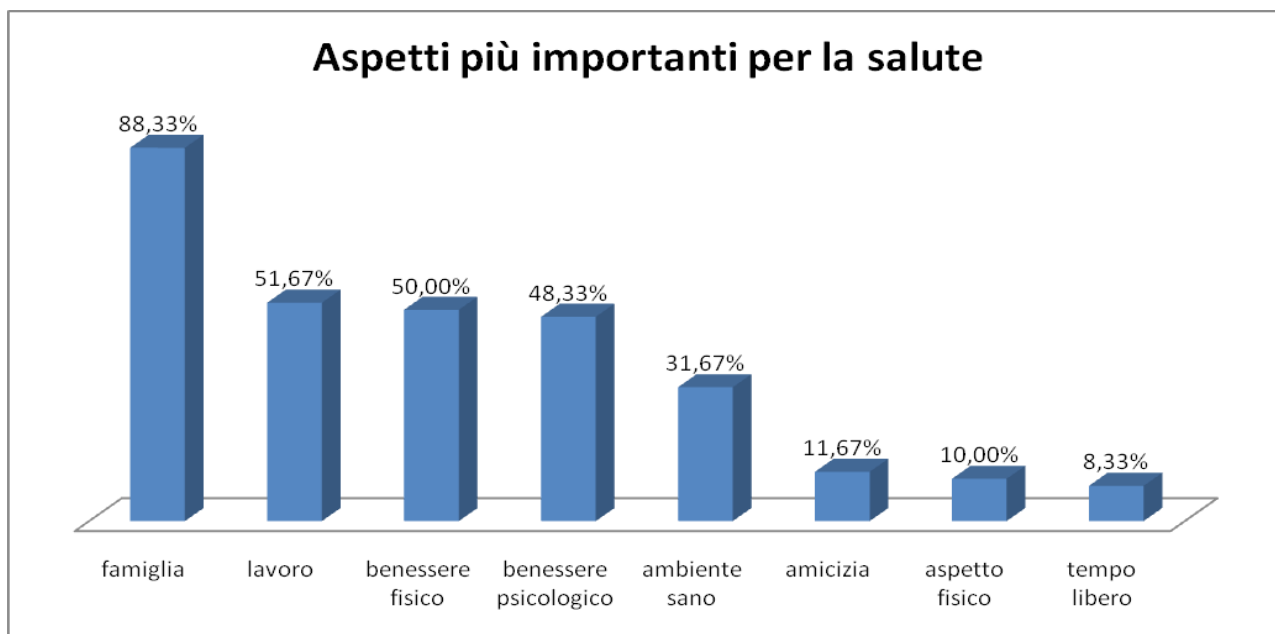


Dalla domanda che indagava il significato attribuito al concetto di salute emerge che per molte donne (il 45%) essa ha significato di “valore assoluto”, intendendo con ciò che la salute è un bene primario che determina fortemente lo stile e la qualità della vita.

Il resto del campione attribuisce alla salute significati per così dire “più concreti”, rimandando ad aspetti fisici, psicologici e spirituali che richiamano il concetto di salute così come inteso nella già citata definizione dell'O.M.S.

Attribuzione di significato al concetto di salute	n	%
Aspetti valoriali	27	45,00%
Aspetti fisici e psichici	10	16,67%
Aspetti legati a specifiche pratiche/attività	4	6,67%
Aspetti legati a componenti fisiche/spirituali/psicologiche	4	6,67%
Aspetti legati al benessere della famiglia	2	3,33%
N.R.	13	21,67%
Totale	60	100,00%

Gli aspetti indicati dalle donne come principali nel determinare la salute sono la famiglia (88%), il lavoro (52%), il benessere fisico (50%) e quello psicologico (48%).



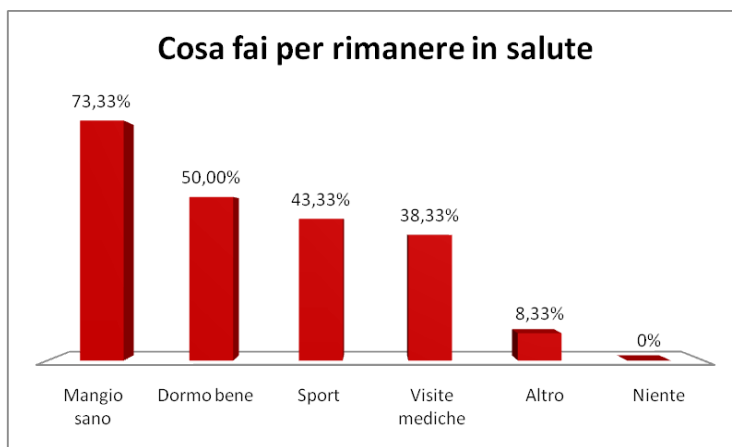
La tabella di sotto riportata, che analizza i dati relativi alla scelta del lavoro come aspetto importante per la salute scorporati per nazionalità e occupazione professionale in Italia, evidenzia come siano soprattutto le casalinghe ad attribuire al lavoro un ruolo determinante per definire il concetto di salute.

É possibile ipotizzare che le donne vivano il lavoro domestico come stressante perchè non prevede una remunerazione economica: ciò concorderebbe con il fatto che anche le donne che si definiscono disoccupate (rumene e ghanesi) evidenziano l'importanza del lavoro per definire il concetto di salute, mentre per le donne che hanno un lavoro remunerato le percentuali di scelta diminuiscono.

Paese	Casalinga	Sociale	Altro	Disoccupato	Pulizia	NR	Totale
Albania	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Cina	25%	0%	25%	0%	0%	50%	100%
Ghana	25%	0%	0%	50%	25%	0%	100%
India	0%	100%	0%	0%	0%	0%	100%
Macedonia	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Marocco	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Romania	50%	0%	0%	50%	0%	0%	100%
Totale	67,74%	9,68%	3,23%	9,68%	3,23%	6,45%	100%

Rispetto infine alle pratiche messe in atto per ottenere un buon livello di salute, si evidenziano la consapevolezza dell'importanza di uno stile di vita "sano" (buone pratiche nell'alimentazione, nel riposo, nella pratica sportiva) e di effettuare periodicamente controlli sanitari.

A tal proposito sottolineiamo l'alta percentuale di adesione delle donne intervistate alle campagne di prevenzione.



Donne che nell'ultimo biennio ha effettuato esami di screening	n	%
si	47	78,33%
no	12	20%
NR	1	1,67%
Totale	60	100%
Esami effettuati		
pap test	38	63,33%
mammografia	4	6,67%
sangue occulto nelle feci	7	11,67%

Ci si è infine occupati dei temi legati alla salute sui quali le donne vorrebbero ricevere più informazioni:

Informazioni su	n	%
Salute donna	21	35%
Temi specifici	13	21,67%
Salute generale	9	15%
Psicologia	4	6,67%

La categoria "Salute donna" riguarda la vita e la salute della donna, il tumore al seno, il ciclo mestruale, le informazioni di carattere ginecologico.

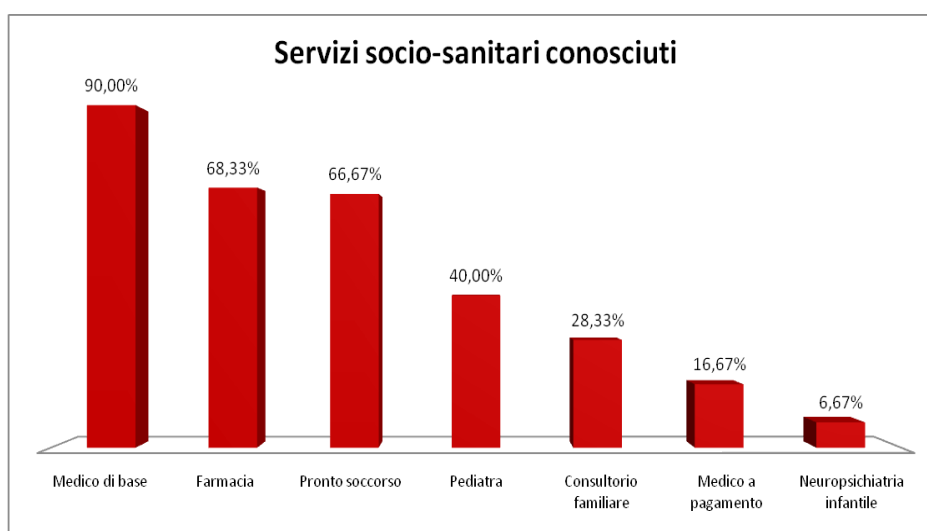
Nella categoria "Temi specifici" sono state inserite le seguenti risposte: cura dei denti e della pelle, dieta, informazioni su malattie varie (ai reni, mal di testa, diabete, polmonari, anemia, dermatologiche, sessualmente trasmissibili ecc...).

Nella categoria “Salute generale” sono state inserite le seguenti risposte: informazioni in generale sulla salute, il mangiare sano, le medicine alternative, la salute dei bambini, il benessere fisico.

Conoscenza delle offerte di cura e dei Servizi socio-sanitari

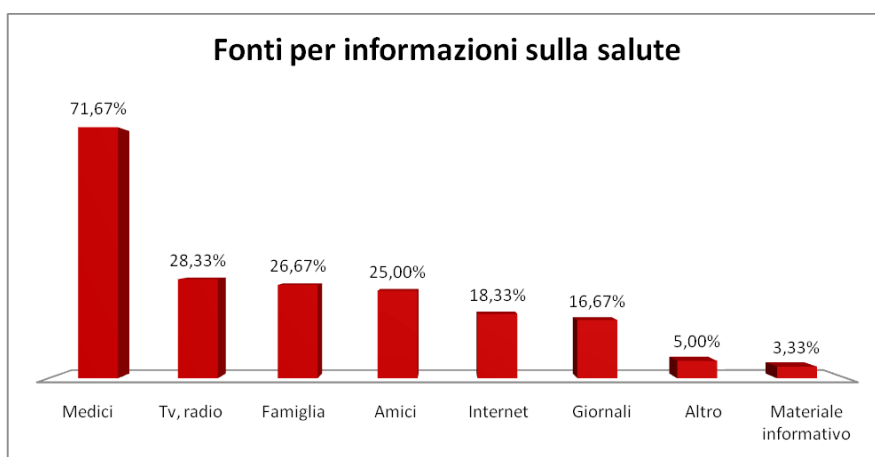
La seconda parte del questionario era composta da domande riguardanti la conoscenza e le fonti di informazione rispetto al tema salute e Servizi socio-sanitari.

Le informazioni che emergono da questa sezione permettono di evidenziare una buona conoscenza e fruizione dei Servizi socio-sanitari (MMG, Farmacia, Pronto Soccorso soprattutto) e una valutazione positiva degli stessi.



Ricorso all'assistenza medico-sanitaria	n	%
medico di base	50	83,33%
pronto soccorso	37	61,67%
farmacista	31	51,67%
medico specialista con ticket	18	30%
medico specialista a pagamento	10	16,67%
altro professionista	4	6,67%

Coerentemente, la fonte principale per le informazioni sulla salute è il MMG, che risulta essere la figura più conosciuta dalle donne intervistate e quella cui viene attribuisce la maggiore fiducia.

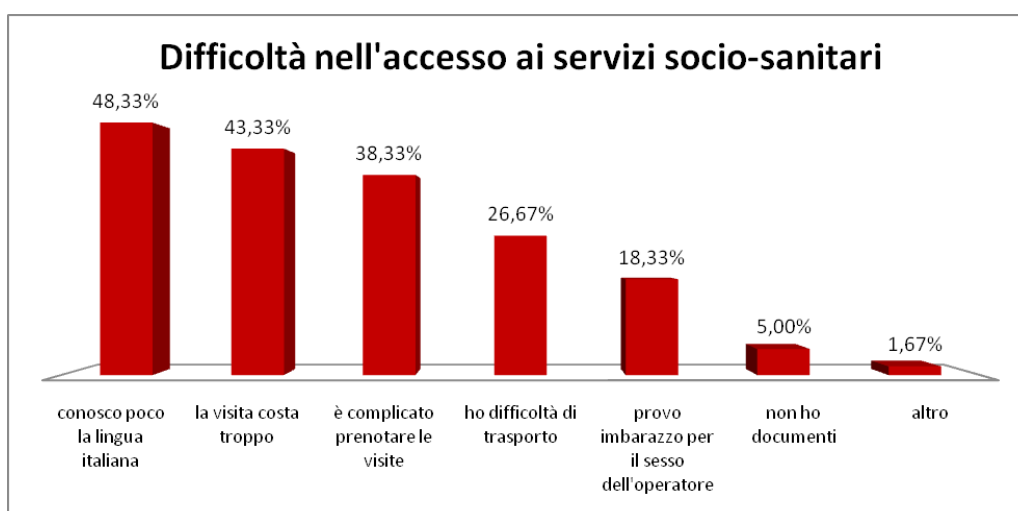


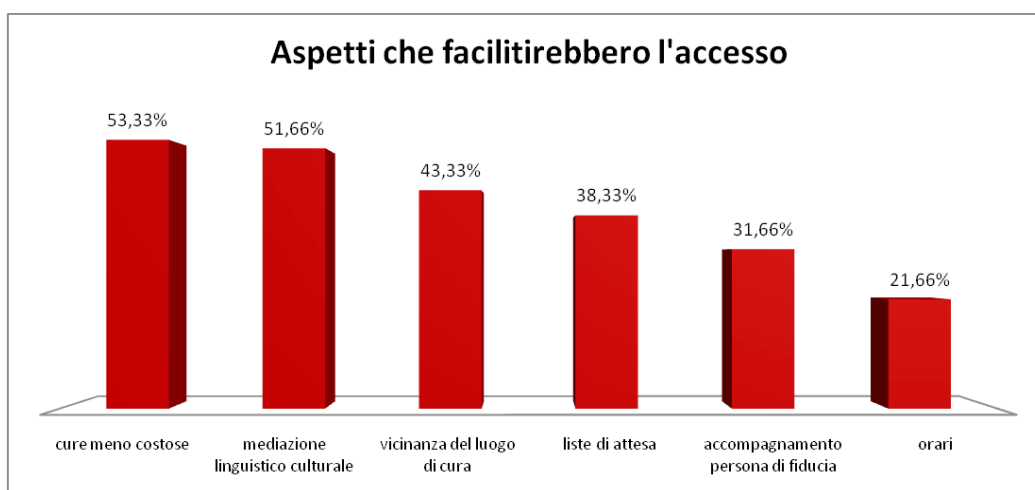
Il 67% delle intervistate riferisce di affidarsi ai sistemi di cura proposti dal Servizio Sanitario Nazionale; il restante 30% si rivolge ad altri sistemi di cura riconducibili alla cultura di appartenenza (Imam, cura con erbe tradizionali, medicina cinese ecc...). Un terzo di queste ultime dichiara di non avere difficoltà nell'attuazione di tali pratiche in Italia.

Rispetto alle difficoltà di accesso ai Servizi sanitari si nota che meno del 12 % delle intervistate dichiara di aver riscontrato particolari difficoltà.

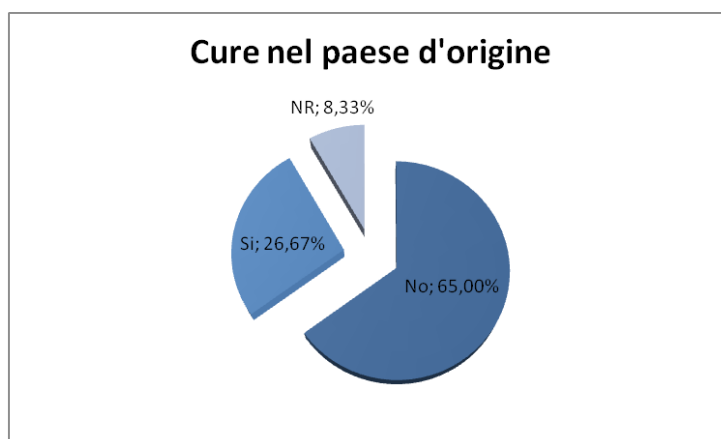
Le difficoltà più rilevanti sono ascrivibili alla comunicazione in lingua italiana, ai costi delle prestazioni e alle procedure di prenotazione.

Secondo le donne si faciliterebbe l'accesso alle cure attraverso la presenza di Mediatori linguistico-culturali, l'abbattimento dei costi e la vicinanza ai luoghi di residenza delle strutture di cura.





Il 27% delle donne riferisce però di praticare delle cure sanitarie anche nel Paese di origine: nella maggior parte dei casi (31%) si tratta di cure dentistiche.



Reti di cura in Italia e nel Paese di origine

La terza parte del questionario indagava le differenze nella rete di cura che le donne, in situazioni di malattia, attivano in Italia rispetto al Paese d'origine.

La tabella successivamente riportata evidenzia che è in ogni caso la famiglia il luogo in cui si chiede principalmente sostegno, ma mentre nel Paese di origine è il genitore la figura deputata all'aiuto, in Italia questa funzione è svolta dal coniuge (probabilmente a causa della lontananza della famiglia di origine). In Italia, inoltre, si cerca maggiormente il sostegno tra gli amici e i vicini di casa.

Sostegno nell'affrontare una malattia	in Italia		nel Paese di origine	
familiare	45	75%	48	80%
Figura di sostegno				
genitore	3	5%	19	31,67%
coniuge	28	46,67%	2	3,33%
fratello	0	0%	5	8,33%
cognato	0	0%	2	3,33%
suocera	0	0%	7	11,67%
figli	2	3,33%	0	0%
amico	7	11,67%	1	1,67%
vicino di casa	4	6,67%	1	1,67%
altro	2	3,33%	4	6,67%

Le donne evidenziano inoltre la preferenza della relazione di genere quando si tratta di parlare della propria salute (58%).

Con chi parli della tua salute?	n.	%
donne	35	58,33%
uomini	16	26,67%
donne/ uomini	8	13,33%
NR	1	1,67%
Totale	60	100%

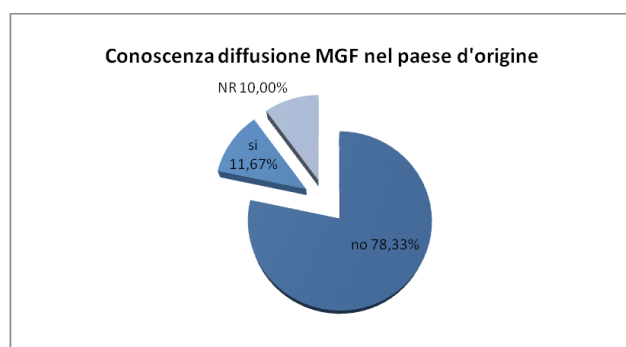
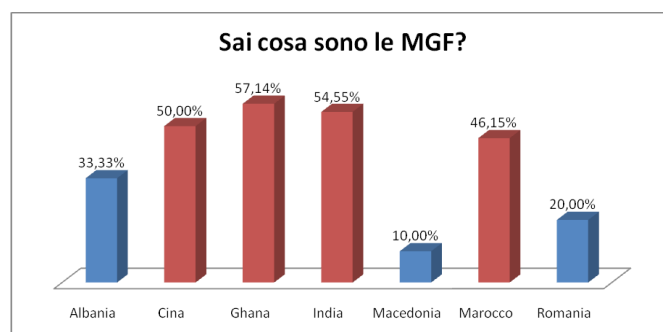
Conoscenza delle MGF

L'ultima parte del questionario ha indagato le conoscenze delle donne sulle Mutilazioni Genitali Femminili.

Il 53% delle donne che hanno risposto al questionario dichiara di non sapere cosa siano le MGF.

Il 50% delle donne cinesi, il 57% delle donne ghanesi e il 54% delle donne indiane conoscono le pratiche; il 71% delle donne ghanesi ne conosce la diffusione nel proprio Paese di origine.

Tre delle donne a cui è stato somministrato il questionario dichiarano di aver subito una MGF. L'87% delle intervistate dichiara di non conoscere nessuna donna che è stata sottoposta a tale pratica.



Il 68% del campione dichiara di essere contrario alla pratica delle MGF, mentre il 10% esprime neutralità e il 20% non risponde alla domanda. Il 30 % delle donne che hanno risposto al questionario si pone quindi in un atteggiamento di non giudizio o non si sente nelle condizioni di poter esprimere una valutazione in merito.

Questo dato potrebbe essere giustificato dalle scarse o non precise informazioni in possesso, soprattutto per le donne che appartengono a culture che non prevedono la pratica, oppure dalla messa in discussione della pratica soprattutto per le donne che provengono da culture che la consentono.

Paese	a favore		contraria		neutra		NR	
Albania		0%	4	66,67%		0%	2	33,33%
Cina		0%	5	62,50%		0%	3	37,50%
Ghana	1	14,29%	4	57,14%	1	14,29%	1	14,29%
India		0%	9	81,82%		0%	2	18,18%
Macedonia		0%	10	100%		0%		0%
Marocco		0%	6	46,15%	4	30,77%	3	23,08%
Romania		0%	3	60%	1	20,00%	1	20%
Totale	1	1,67%	41	68,33%	6	10%	12	20%

Il raffronto tra i dati emersi dall'attività del collage e quelli raccolti attraverso il questionario ci dice, in maniera coerente, che le donne considerano la salute come qualcosa di sostanzialmente legato al benessere psico-fisico e alla possibilità di prendersene cura.

Il questionario, che entrava nel merito dell'argomento con domande "più dirette" sul tema, ha evidenziato come la dimensione familiare e quella lavorativa siano aspetti considerati particolarmente importanti per godere di una "buona salute". L'importanza della famiglia (d'origine e/o nucleare) ritorna anche nel capitolo dedicato alle "reti di cura": è principalmente all'interno di essa che si cerca aiuto e sostegno nel momento del bisogno.

Se le relazioni di genere non risultano tra le rappresentazioni più significative evocate nell'attività del collage è invece vero che ritornano ad essere citate quando si parla "concretamente" di salute: della propria salute e, supponiamo, dei propri dubbi e delle proprie curiosità in merito, le donne preferiscono parlare con altre donne.

CONCLUSIONI

La natura del lavoro effettuato non permette certamente di trarre conclusioni generalizzabili né ha la pretesa di fornire un quadro esaustivo su ciò che tutte le donne coinvolte pensano, sentono e sanno sui temi indagati. La scelta del campione, la sua consistenza numerica, le modalità di coinvolgimento delle donne e forse proprio la loro disponibilità a partecipare all'attività fanno del campione uno spaccato interessante ma non rappresentativo della popolazione immigrata presente nel territorio.

E tuttavia proprio i risultati emersi dall'analisi dei dati riportano all'attenzione un interrogativo di fondo, un quesito su chi siano veramente le donne straniere, su quanto l'immaginario su di loro esistente – che condiziona la relazione individuale ma anche la realizzazione delle politiche “di genere” – sia fondato su basi reali di conoscenza piuttosto che su idee preconcepite e stereotipate. Ancora una volta si ribadisce quindi come solo nel rapporto diretto con l'individuo maturi una conoscenza della persona che non ne appiattisce le differenze e l'identità stemperandole nelle caratteristiche del gruppo (nazionale, culturale ecc..) di appartenenza.

Le rappresentazioni emerse dall'attività non verbale del “collage” e, in maniera coerente, dai dati del questionario, rimandano ad un concetto di salute articolato, complesso, eterogeneo, non particolarmente legato all'appartenenza nazionale/culturale, se non in alcuni casi già in precedenza commentati. Un'idea, comune alle donne straniere e italiane, legata al benessere fisico e psichico mantenuto attraverso la cura di sé in senso ampio, le pratiche funzionali ad uno stile di vita corretto, la frequenza dei Servizi socio-sanitari e l'adesione alle loro campagne di screening, l'attivazione di reti di cura che fanno capo al sistema familiare e il confronto soprattutto “al femminile”.

Informazioni da tenere presenti quando e se si vorrà agire, in futuro, mettendo in atto interventi di informazione, sensibilizzazione, prevenzione che dovranno guardare alla differenza culturale soprattutto nei termini della facilitazione alla fruizione dei servizi, come ci ricordano le donne straniere citando la difficoltà linguistica come una delle principali criticità che condizionano l'accesso al nostro Sistema sanitario.

Interventi che, probabilmente, dovranno considerare come popolazione target tutta la popolazione femminile, italiana e straniera, creando magari occasioni di incontro, confronto e scambio funzionali all'emersione di quei fattori di comunanza che l'indagine ha ben evidenziato.

Interventi che, infine, le donne paiono apprezzare, chiedendo più informazioni su temi

legati alla salute e, specificamente, alla salute delle donne e auspicando che l'attività proposta venga replicata in futuro.

Un commento infine sulla capacità dimostrata dalle donne straniere di lasciarsi coinvolgere in un'attività non consueta, "non funzionale", se così si può dire, cioè non strettamente connessa al conseguimento di un obiettivo riconosciuto (es. l'alfabetizzazione). In un'ottica di lavoro di comunità sarebbe interessante pensare alla possibilità di attivazione di questa parte di popolazione nei processi di promozione della salute, a fianco e a supporto degli operatori territoriali, con il ruolo di "mediatrici di comunità", guardando per esempio al modello francese delle "femmes relais".

Da tali considerazioni e dalla valutazione positiva dell'esperienza si traggono linee guida per lo sviluppo futuro della stessa, che potrebbe orientarsi su azioni di

- ❖ **diffusione e comunicazione**, per restituire al territorio interessato informazioni sul progetto e sugli esiti della prima annualità;
- ❖ **informazione**, rivolte alla popolazione migrante e a chi opera a contatto con la stessa (insegnanti, operatori sociali e socio-sanitari, volontari dell'associazionismo italiano e straniero), allo scopo di diffondere una corretta conoscenza sulle implicazioni sociali, sanitarie, legislative legate alla pratica dell'MGF;
- ❖ **prevenzione**, in continuità con quanto già realizzato sul tema della salute e dei diritti, attraverso la restituzione degli esiti dell'indagine alle donne coinvolte; la formazione del personale (mediatrici-linguistico-culturale); il coinvolgimento della popolazione maschile; la creazione e il consolidamento delle reti territoriali fra servizi che operano a contatto con la componente femminile della popolazione migrante.

DIBATTITO

Dott. Pasquale Borsellino: Ora diamo spazio alle domande, intanto ne propongo una io: Ilaria quanto avete dovuto decostruire nelle vostre conoscenze, come donne e come operatrici, nel momento in cui avete incontrato donne con una cultura e appartenenza diversa? Quanto avete dovuto mettere in discussione i presupposti che voi utilizzate normalmente nell'essere donne occidentali e operatrici?

Dott.ssa Ilaria Baldin: "Io potrei dirvi che stiamo ancora decostruendo: anche nella preparazione del power-point ci siamo chieste quanto possiamo tirare delle conclusioni, quanto possiamo lasciare la questione aperta, chissà quante altre fasi saranno necessarie prima di poter dire che abbiamo scoperto qualcosa. L'atteggiamento che personalmente ho utilizzato nell'indagine è la sospensione del giudizio, per quanto possibile, nel rispetto delle persone che si vanno ad incontrare e nella umile accettazione che il nostro pregiudizio, negativo o positivo, nei confronti delle donne e della salute delle donne straniere, non può essere evitato, perché siamo esseri umani. Quindi deve far parte del nostro processo di lettura del reale e della complessità che andiamo ad incontrare; per cui partiamo da uno stereotipo che aggancia la realtà e ci permette di conoscerla giustificandola e, se possibile cerchiamo di falsificarlo ogni volta. Se riusciamo a falsificarlo allora abbiamo scoperto qualcosa."

Dott.ssa Rosalma Gaddi: "Sono perfettamente d'accordo con Ilaria, credo che questo sia un processo molto lungo e molto difficile; questa domanda mi fa pensare alle sensazioni che ho avuto incontrando queste donne e in particolare quando ho incontrato una donna che ha dichiarato di aver subito una mutilazione. Nel suo racconto c'era così tanta normalità, per quello che era successo, da avermi completamente disarmata rispetto ai pensieri su quanto questa pratica possa essere contrastata. Abbiamo visto anche dai dati raccolti quanto sia facile dichiararsi contrari alle pratiche della MGF, ma l'incontro con l'altro ti mette di fronte a situazioni più complesse, quindi non si tratta più di condivisione di pensiero, di essere favorevole o contrario, ma di entrare in empatia con le persone. Attraverso l'incontro con le diversità culturali si riesce a lavorare sui propri stereotipi come relatori e di conseguenza avendo un'influenza più culturale. L'immagine della cultura che non è qualcosa di fermo, fisso e stabile, noi la incontriamo in continuazione perché la Cooperativa lavora molto con le famiglie, con i ragazzi, con gli adulti immigrati e ci

troviamo, molto spesso, a cogliere che l'idea di cultura che loro portano in Italia è quella del momento in cui hanno lasciato il loro paese d'origine. Loro continuano a tenerla ferma mentre la cultura che c'è nel loro paese d'origine continua a muoversi e queste riflessioni e questi incontri aiutano a muovere le loro culture.

Domanda: "Rispetto all'ultima riflessione che faceva la Dott.ssa Gaddi, volevo chiedere in riferimento a questa diacronicità, a questo movimento della cultura, se avete notato o rilevato delle differenze tra le generazioni di immigrati.

Dott.ssa Ilaria Baldin: "Non abbiamo dei dati che suffraghino quello che sto per dire; posso portare una mia osservazione di quando ho incontrato alcune donne, per esempio il gruppo delle donne rumene, dove c'era una buona fetta di giovanissime e una di donne più mature. Le più giovani sceglievano immagini legate alla cura estetica di sé, le più mature sceglievano immagini legate alla salute per poi raccontare episodi di sofferenza e malattia nel primo periodo dopo la migrazione. Per cui mi vien da dire che quel primo incontro poteva essere l'apertura di un percorso che metteva a confronto la prima e la seconda generazione.

Dott. Omar Abdulcadir: "Rispetto alla domanda sulla seconda e terza generazione: la prima generazione arriva con un'identità forte, di appartenenza ad un gruppo; arrivando in Italia mantiene la propria cultura, la propria tradizione cercando di integrarsi nel paese che lo ospita. Il problema nasce quando nascono i bambini di seconda generazione, i quali, se non hanno una famiglia forte che trasmette i valori e le tradizioni belle del loro paese di provenienza, si trovano in balia di due culture. Loro possono trovarsi in una casa dove la famiglia è "chiusa" e a loro viene spesso negata un'integrazione istantanea. Quando questo bambino è fuori di casa entra in contatto con la cultura del paese ospitante, ma rientrando in casa si trova estraneo nella propria famiglia e nascono dei contrasti. Facendo lo stesso discorso sulle MGF è stata fatta una ricerca sulle donne che arrivano mutilate in Italia, che avevano già con una forte identità e una propria sessualità, legata ad un uomo che le vuole loro bene, che le ama. Le donne di seconda generazione si trovano bombardate dai media e hanno una mutilazione mentale che è peggiore della MGF. Tanto è vero che ho tantissime richieste di ricostruzione del clitoride di donne giovani che non hanno bisogno ma si trovano in una patologia psicologica forte data dalla società in cui sono venute e in cui non trovano sostegno.

Dott. Pasquale Borsellino:” Bene Dottore, penso che siamo tutti in attesa di sentire la sua relazione dopo la pausa, voi volevate aggiungere qualcosa, volevate precisare qualcosa?”

Dott.ssa Rosalma Gaddi: “Solo una precisazione: il Dottore diceva che la presenza di valori forti nella famiglia fa sì che ci siano meno difficoltà nei ragazzi di seconda generazione, ho capito bene?”

Dott. Omar Abulcadir: “Se la famiglia, soprattutto una famiglia che ha una cultura medio alta, trasmette i valori della propria cultura, della propria identità, tenendoci fortemente all’ accettazione nella società ospitante, il bambino diventerà il tramite tra la società a cui appartiene e la società in cui diventa cittadino. Ciò vuol dire che diventa forte e partecipa alla vita del paese che lo ha accolto; diventa fragile nel momento in cui non trova sostegno dalla propria famiglia perché anche la famiglia stessa si trova a disagio e non è entrata in sintonia con il paese che la ospita.

Dott.ssa Rosalma Gaddi: “La ringrazio per il chiarimento”.

Dott. Pasquale Borsellino:”A questo proposito l’esperienza clinica ci permette di vedere gli stessi aspetti a cui fa riferimento il Dott. Abulcadir quando parliamo di diversi miti familiari presenti nei genitori di un ragazzo italiano. Spesso ci troviamo con genitori che danno messaggi diversi allo stesso figlio; quello che accade è che un figlio si crei un terzo genitore cioè la comunicazione che dà la madre rispetto a quella del padre si scontrano così tanto tra di loro che questo ragazzo resta in balia di se stesso, cioè incomincia a credere e a farsi un’idea del mondo e della realtà che non appartiene né ai valori della madre né a quelli del padre. Quindi ho come la sensazione che iniziative d’incontro di diverse culture che si stanno facendo sul territorio alla fine ci porteranno alla considerazione che, al di là della provenienza culturale, ogni famiglia è un mito, ogni famiglia è portatrice di un pensiero a-priori, che dovremo cercare di capire. Per far questo andiamo nel territorio senza un messaggio preventivo da portare, non abbiamo un’idea a priori certa, non abbiamo degli elementi forti per cui dire se fai questo e quello non ti capita questo. Quindi gli operatori devono andare senza armatura nel territorio, senza questa conoscenza certa e far riferimento a quella che è la cultura del pensiero debole. La debolezza del pensiero non sta nella fragilità del pensiero debole, che non sappiamo

cos'è, ma un pensiero che sappia incontrare l'altro senza un'idea dominante dell'altro e penso che sia davvero un lavoro difficile.

L'ACCOGLIENZA E LA CURA DELLE COMPLICANZE LEGATE ALLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI Dott. Omar Abdulcadir

Dott. Pasquale Borsellino: "Adesso do la parola ad Omar Abdulcadir, medico ginecologo, Direttore del Centro Riferimento e Prevenzione e Cura MGF nell'azienda Ospedaliera "Careggi" di Firenze. Avvertiamo che le immagini e il materiale che verrà proiettato nei prossimi minuti è abbastanza crudo.

Dott. Omar Abdulcadir:"Buongiorno a tutti, prima di iniziare volevo farvi una domanda alla quale risponderete dopo la mia relazione. Io vengo dall'Africa, ho una cultura oltre che africana anche europea e araba. Voi sapete che nei paesi arabi e nei paesi sub sahariani, come in Europa del resto, la figura del vecchio saggio , del padre, del genitore è sempre una figura rispettabile. In un paese dove esiste il nomadismo, dove i cammelli sono molto importanti per la famiglia c'era un vecchio viandante che andò nel deserto a cercare persone nuove che lo ospitassero. Questo povero vecchio si fermò per strada e chiamò i tre figli e disse: "io sto per morire, vi lascio i miei averi", dicendo che la metà di essi sarebbe andata al primogenito, un terzo al secondogenito e un nono dei cammelli all'ultimo figlio . Morto il genitore, dopo averlo sepolto, i figli si riunirono e videro cosa aveva lasciato loro il padre. Aveva lasciato 17 cammelli, ma diciassette è un numero indivisibile, quindi lascio a voi dividere i cammelli per i tre figli.

Ora vediamo il filmato che è una storia vera: la mia storia.

(PROIEZIONE DEL FILMATO)

Nota bene:La relazione di Omar Abdulcadir è stata supportata da delle foto che non vengono riportate negli atti.

Dott. Omar Abdulcadir: " Questo è stato un cortometraggio che noi abbiamo fatto assieme all'Ospedale Meyer, è la storia che avete visto: "Il coraggio di Milga". Milga è il nome di mia sorella, io ho sette sorelle, che sono state mutilate davanti a me. Ho voluto raccontare la loro storia in un libro che abbiamo scritto io e mia moglie. Non sono riuscito a salvare queste mie sorelle ma la mia battaglia è per le donne che hanno bisogno di essere aiutate rispetto a questa pratica.

A proposito del termine MGF che viene usato molto spesso, se avete sentito stamattina, le donne che hanno subito questa pratica non si sentono mutilate, è un termine che è stato usato per combattere, coniato diversi anni fa dalle femministe africane. Nessuna donna

quando viene negli ambulatori o si rivolge a noi per essere curata , viene perché è portatrice di una forma di mutilazione. Arriva per altri motivi, siamo noi poi a trovare la soluzione e a dire che il motivo per cui è venuta da noi dipende dalla mutilazione. Nel mondo anglosassone viene usata la parola “cutting”, quindi non più mutilazione ma solo “taglio”, nel mondo francese usano “excision” quindi “escissione”. Quindi quando abbiamo di fronte a noi una donna proveniente da questi paesi dobbiamo stare molto attenti all'accoglienza, per ottenere la sua fiducia. Dobbiamo trattare l'argomento in modo adeguato e consono alla persona, capendone la cultura. Vi illustro il mio lavoro: dirigo il Centro Riferimento e Prevenzione e Cura MGF nell'azienda Ospedaliera “Careggi” di Firenze; oltre a seguire le donne in gravidanza e la cura delle MGF, mi dedico soprattutto alla deinfibulazione, che è un'operazione per cercare di ripristinare la lesione arrecata durante l'intervento di MGF. E' molto importante in ambito sanitario avere gli strumenti idonei per poter mostrare alle donne le caratteristiche dei loro organi genitali e le conseguenze, legate alla MGF, che possono avere e come poterle risolvere. Rispetto alle MGF c'è una nuova classificazione che è diversa dalla vecchia che conosciava l'esistenza di soltanto 4 tipi, senza elencare quali erano le differenze tra un primo tipo e un secondo tipo. Per farvi capire un primo tipo può diventare infibulazione, il secondo tipo può diventare soltanto una mutilazione senza infibulazione. Sono stati fatti dei sottotipi, quindi quando vedete una donna è importante chiedersi da dove viene questa persona, se appartiene ad un paese dove si pratica il 90% o l'80% della mutilazione genitale, soprattutto del terzo tipo quindi infibulazione, o se viene da altri paesi dove si fanno tutti i tipi, quindi si può già valutare di quale tipo può essere portatrice questa donna. Questo è un primo tipo(foto): questa donna è una donna egiziana che ha subito un primo tipo a cui è stato tolto il prepuzio, se fai una visita normale non te ne accorgi, perché è intatta manca soltanto il prepuzio, quello che si vede è la protuberanza del clitoride, che non ha più la protuberanza del prepuzio. Il primo tipo viene suddiviso in 1°A e 1°B , solo rimozione del glande o anche rimozione del clitoride. Poi c'è quella del secondo tipo, rimozione totale o parziale delle piccole labbra, con o senza escissione delle grandi labbra: anche questa suddivisa in 2° A e 2°B. Il terzo tipo è quello che noi chiamiamo infibulazione: è il restringimento dell'orifizio vaginale attraverso una chiusura completa e quindi tagliando e avvicinando le piccole e le grandi labbra e creando questo piccolo orifizio, dove a volte non entra nemmeno un cotton fioc; anche questo è suddiviso in 3°A e 3° B: rimozione e opposizione delle piccole labbra, rimozione e opposizione delle grandi labbra. Molte volte il clitoride è conservato, il più famoso uomo che faceva infibulazione in Somalia, a Mogadiscio, dal 1960 al 2003,

negli ultimi anni si era pentito di dover togliere tutto e quando le famiglie gli portavano le bambine lasciava il clitoride intatto e chiudeva solo le grandi labbra. A volte saltano i punti e noi facciamo gli interventi per far urinare la donna tranquillamente. Come vedete (foto) anche qui i punti sono saltati e si vede che quando queste donne vanno in bagno l'urina esce in tutti questi punti lasciati dalla cicatrice, e si chiama urina "a pioggia". Per chi è educatore, o insegnante nella scuola è molto importante conoscere queste cose per osservare le bambine che vanno alle scuole elementari. I primi tempi in cui non si parlava di MGF, mi chiedevano: "ma come mai questa bambina l'anno scorso era attiva, sempre presente e ora sta molto in bagno?" Questa è una delle avvisaglie di cui tener conto. Succede che le bambine durante le vacanze estive tornano nel paese d'origine e quando ritornano in Italia quando vanno in bagno ci stanno 20 o 40 minuti.

Esiste un quarto tipo, che non è classificato, e che comprende anche il piercing, che si vede spesso in Europa.

Esiste anche la pratica del longinifismo (allungamento delle piccole labbra) che una volta, per chi studiato medicina, si considerava come fosse un difetto della natura e invece in Africa, nella zona dei grandi laghi, quando le bambine hanno 7-8 anni, o appena hanno le mestruazioni a 9 anni, le nonne e le zie le aiutano a tirare i genitali esterni, è una moda di bellezza, è l'opposto delle MGF, è l'esaltazione della sessualità.

Una considerazione che si deve fare prima di parlare di MGF: dal punto di vista occidentale ci possono avere implicazioni:

- Biologiche perchè sono toccate parti sensibili e viene eliminato spesso il piacere sessuale. Quindi si espone la bambina a rischi per la sua salute, a un danno fisico e psichico non necessario.
- Etiche legate al valore della dignità femminile e quindi ad una possibile antica cultura patriarcale.
- Legali in quanto è un abuso, è una violenza contro una bambina, che poi diventerà una donna. E' una violazione dell'identità psicofisica femminile.

Considerando questo dal punto di vista delle pazienti sottoposta a MGF, ci sono delle implicazioni:

- Sociali perchè sono una cosa legata profondamente alla società, conferiscono alla bambina e alla famiglia uno status sociale. Tanto è vero che questa bambina, fino a 7- 8 anni, prima delle MGF, gioca con i bambini, salta, e poi dal giorno in cui viene fatta la MGF cambia completamente. Nessuno dice niente ma modifica automaticamente il carattere, diventa donna, si responsabilizza. La famiglia le

concede degli oneri che prima non erano concessi e viene data importanza alla bambina che acquisisce completa identità femminile e personale nella comunità. La bambina acquisisce onore e orgoglio, questo fa sì che ci sia una identità culturale forte in cui il clitoride è considerato solo un'appendice o addirittura "sporco". Rifiutare vuol dire stigma, vergogna, esclusione sociale.

- estetiche personali in quanto canone di bellezza, espressione di purezza, pulizia, garanzia di verginità, tutela di castità e fedeltà. Quindici giorni fa ho partecipato al primo Convegno della chirurgia estetica dei genitali esterni, ringiovanimento dei genitali, io ho parlato delle MGF. C'è stato un caso negli USA, dove una donna somala che aveva partorito aveva chiesto di essere re-infibulata. Il giorno in cui le hanno detto di no, perché è illegale lei si è rivolta ad un avvocato, e ha detto: "voi donne occidentali e americane fate il ringiovanimento e io che chiedo un intervento per essere accettata da mio marito lo rifiutate!". La causa è ancora in corso. La domanda: è giusto fare la re-infibulazione? In Somalia, al nord, una donna ogni volta che partorisce viene reinfibulata, per quaranta giorni rimane con la propria famiglia per tornare giovane e rientrare come nuova sposa. Parlavamo di canoni di bellezza, espressione di purezza, di pulizia, garanzia di verginità, noi dobbiamo considerare queste cose prima di giudicare.

E' molto importante disimparare la nostra cultura per imparare la cultura dell'altro . Se voi guardate in tutta la letteratura, non si parla mai di mutilazioni, si parla di pulizia, di purificazione, di bellezza, di riduzione. Di complicanze se ne parla ma molte donne mutilate non correlano certi disturbi alla propria mutilazione e credono si tratti di sofferenze normali dell'essere donna, oppure si vergognano a parlarne perché si sentono oggetto di studio, quello che però si richiede è attenzione e sensibilità.

Durante il parto c'è difficoltà a monitorare la posizione del feto e se non si interviene prima della fase di espulsione la donna si lacera completamente. Il lavoro che faccio è un intervento chirurgico riparativo: creare uno orifizio vaginale normale e ricostruire per quanto sia possibile l'anatomia dei genitali esterni. Mi chiedo perché non utilizzare la chirurgia estetica per fare dei miglioramenti estetici ai genitali, per fare qualcosa di terapeutico, per aiutare. Molti colleghi mi dicono: "Come mai a noi non capita mai di trovarne?" "Perché una donna deve arrivare al matrimonio vergine e si concede al marito per essere aperta?" bisogna parlarci con queste donne, bisogna lavorarci, per dar loro la possibilità di decidere di farsi deinfibulare. E' molto importante avere il consenso del partner per evitare problemi nella coppia: mi sono trovato in un caso dove il marito,

dall'Arabia Saudita, mi ha detto: "Se tocchi mia moglie ti ammazzo". Non è solo una prestazione, è importante conoscere l'intero processo vissuto dalla donna che intraprende questo percorso, le sue resistenze, la sua cultura dominante. E' molto importante l'educazione attiva alla salute, gliela dobbiamo dare.

Molti miei colleghi dicono: "ma come ha fatto a restare incinta questa donna completamente chiusa? Può fare una visita ostetrica durante il percorso della gravidanza? Come facilitare il parto?" Tanti anni fa, in Italia, c'è stato il boom dei parti cesarei perché nessuno voleva rischiare con una donna mutilata. Abbiamo quindi cercato di far conoscere ai nostri colleghi questa pratica. Si deve tener conto però che, se la donna fa un cesareo, nel mondo islamico non è accettato volentieri; perché non vogliono avere una o due gravidanze ma ne vogliono cinque o sei. E' noto che dopo due cesarei cominciano ad esserci problemi, dopo il terzo ancora di più, ma io ho visto una donna con sette cesari in Inghilterra. E' molto importante tenere sotto controllo le donne, fare delle visite ginecologiche, gli esami, il pap-test perché in una donna completamente chiusa l'urina ristagna e ci possono essere infezioni croniche. Spesso se non bastano le terapie bisogna fare l'intervento di deinfibulazione. Molte volte le donne "chiuse" presentano anche cisti da ritenzione. Altro genere di problemi sono quelli psicosessuali: le donne hanno difficoltà ad avere rapporti e così si rivolgono a noi in accordo con il proprio marito.

Per la deinfibulazione le tecniche che utilizziamo sono di due tipi:

- il laser, quando troviamo un'infibulazione molto serrata, dove la cicatrice è molto spessa, perché la bambina è stata cucita più volte in quanto i punti saltavano, e in presenza di complicazioni come le ciste da ritenzione.
- a lama fredda, chirurgia tradizionale, quando la cicatrice è sottile senza complicanze. Nei casi in cui si possa è molto importante ricostruire una parvenza di piccole labbra a protezione.

Le donne molte volte non arrivano ai servizi nei primi mesi della gravidanza ma al sesto mese, è importante non aspettare fino al parto per fare, durante il travaglio, la deinfibulazione.

Noi abbiamo fatto un protocollo e abbiamo programmato la deinfibulazione alla dodicesima settimana. Questo perché sono donne che lavorano, che non hanno il tempo di venire e che vengono quando hanno un problema. Nel momento in cui vengono a fare una prima ecografia noi programiamo la deinfibulazione. E' importante il colloquio iniziale con la paziente per conoscere le sue aspettative, per spiegare le conseguenze dell'intervento e i cambiamenti che avverranno. Il rischio è

che nel momento di far decidere a lei fino a dove essere aperta non sappia decidere e rifiuti. E' importante dare il consenso informato e bisognerebbe ridurlo e tradurlo in lingua comprensibile. E' utile conoscere che a seconda delle zone di provenienza ci si trova di fronte ad interventi con anatomia modificata. Ci sono bambine già mutilate a sette giorni nelle zone arabe, a cinque, sei, sette anni in Somalia e in Mali e ci sono zone dove la infibulazione viene praticata quando le ragazze si trovano il fidanzato come in Nigeria, o al primo bambino: "dicono che fanno una festa con il marito e dopo vanno a farsi infibulare".

L'intervento è semplicissimo dura 15-20 minuti e noi lo facciamo in anestesia locale. Mi sono trovato con altri colleghi di Londra dove lo fanno in anestesia totale e lo giustificano perché dicono che non vogliono far ricordare alla donna il trauma che ha subito.

Noi invece cerchiamo di far superare il trauma con il colloquio, con il parlare, con l'informazione e far capire i benefici che può avere. Inoltre l'anestesia generale è costosa e con maggiori complicazioni quindi noi utilizziamo l'anestesia locale con la carbocaina al 2% messa nelle varie parti, attendiamo l'effetto dell'anestesia e cominciamo. E' importante vedere fin dove arriva la cicatrice e che non ci siano tessuti attaccati, solleviamo per vedere lo spessore della cicatrice prima di fare l'incisione dopo di che tagliamo almeno un centimetro sopra lo sbocco dell'uretra in modo che questa donna possa urinare tranquillamente e creiamo una parvenza di piccole labbra. Si fanno poi le cure post intervento; e noi non abbiamo avuto nessun caso di infezione. Una sola ragazza è tornata: era il caso di una mutilazione mentale. Questa ragazza di ventidue anni, nata in Francia e vissuta a Parigi portata a sei anni nel suo paese dove è stata mutilata, fino ai 18-20 anni ha condotto una vita normale, ma nel momento in cui ha incontrato un ragazzo si è trovata a dire che era mutilata e lì è nato il suo problema. Mi ha detto che voleva ricostruirsi il clitoride, che le mancava. Ma il problema non era tutto lì, era altro: era psicologico. Cerchiamo sempre di avere una consulenza psicologica e sessuale con questi ragazzi poiché è veramente molto importante per le loro scelte. Personalmente sono contrario alla ricostruzione del clitoride perché da vari studi emerge che le richieste sono soprattutto da paesi francofoni, da donne di terza generazione, il cui vero problema è quello di una mancanza di identità e ciò che più serve è l'aiuto psicologico.

Rispetto alle cose da fare dopo l'intervento: igiene accurata dopo la deinfibulazione, fare manovre giornaliere di divaricazione dei bordi della ferita in modo che i lembi tagliati non si attacchino e urinare sempre, per 2-3 giorni, immersi in acqua tiepida per non sentire il

bruciore.

Ora sta cambiando la mentalità delle ragazze giovani che vengono da sole, mentre prima era il marito che doveva dare il consenso per la deinfibulazione. Ora le ragazze cominciano a dire che è più importante la loro salute e non hanno interesse ad arrivare vergini al matrimonio, per uno che non conoscono e che forse diventerà il loro marito. Per loro è più importante la salute e perciò decidono di fare la deinfibulazione. Ho avuto in cura un'infermiera in Eritrea perché non aveva figli e voleva fare degli esami per avere un bambino. Volevo fare l'ecografia e ho trovato una cisti da ritenzione grossa come un mandarino. Abbiamo chiesto: "come mai una donna che lavora ai Servizi Sanitari non è mai andata dal ginecologo?" e lei mi ha detto "da noi si va dal ginecologo per due motivi: o se sei malata o se sei incinta". Un'altra ragazza alla quale abbiamo tolto la cisti, dopo cinque settimane dall'intervento, è tornata dicendo che non viveva più la sessualità felice di prima con il marito e che dal momento dell'intervento aveva avuto problemi. Abbiamo cercato di capire questa ragazza e lei diceva: "mi avete tolto il clitoride!". Ho dovuto prendere l'anatomia normale e fargliela vedere e ho dovuto farle fare anche una consulenza psicologica per farle capire come stavano le cose: durante i rapporti con il marito la cisti comprimeva la struttura clitoridea, creando piacere, e dopo l'asportazione ha dovuto re imparare ad avere rapporti con il marito. E' molto importante non solo essere psicologi ma etnopsicologi, nel senso di riuscire a capire la mentalità altrui per poter entrare nel profondo della psiche di queste donne. Il 90% degli interventi che faccio sono deinfibulazioni parziali ma mi capitano anche deinfibulazioni totali. Durante l'intervento è molto importante fare attenzione alla simmetria del taglio.

Ci sono donne che si presentano con grossi dolori cronici che non sanno descrivere, il 90% delle donne dopo i trentacinque anni presentano grossi dolori pelvici, iniziati dopo il matrimonio o in seguito al taglio cesareo che ha creato delle aderenze e quindi si propone una valutazione e una diagnosi.

Sono molto importanti la comunicazione tra il medico e il paziente e le facilitazioni all'accesso: le donne da noi vengono direttamente (spesso decidono di venire quando vanno al mercato perché è uno dei pochi momenti in cui hanno un po' di tempo), sono accolte subito e poi decidiamo insieme gli appuntamenti successivi. E' molto importante creare una rete tra il consultorio e l'ospedale: il consultorio deve diventare il punto di riferimento per queste donne ma è in ospedale che vengono seguite per fare la deinfibulazione. Alle donne che seguiamo durante la gravidanza e che sono in attesa di una bambina, chiediamo già che intenzioni hanno per la loro figlia rispetto alle mutilazioni

e le facciamo seguire in modo costante dal consultorio pediatrico. E' molto importante dare informazioni: sull'assistenza, sulla gravidanza, sulla prevenzione delle malattie sessuali, sull'educazione e sulla riproduzione, sull'allattamento e sulla nutrizione.

E' stata fatta una ricerca da una studentessa sulle donne che hanno fatto un intervento di deinfibulazione:

- ❖ i motivi che le hanno indotte sono:
 - il 46% per motivi medici,
 - il 46% per ragioni sessuali
 - altro
- ❖ dubbi e resistenze a fare il passo finale:
 - nessuno
 - paura del giudizio degli altri, perché si sente meno accettata
 - paura di fare la cosa sbagliata
- ❖ aspettative sulla deinfibulazione:
 - rapporti sessuali meno dolorosi
 - rapporti sessuali più piacevoli
 - meno dolori mestruali
- ❖ Emozioni provate subito dopo la deinfibulazione:
 - felicità immensa
 - il senso di libertà
- ❖ Cambiamenti dovuti alla deinfibulazione che hanno reso la paziente più soddisfatta:
 - rapporti sessuali meno dolorosi
 - urinare con facilità
- ❖ Sentimenti provati nel momento in cui la paziente ha guardato i propri genitali deinfibulati:
 - senso di libertà
 - le donne dicono: "urino come un uomo in 2 minuti"
 - più bella
- ❖ Conosci altre donne deinfibulate?
 - Il 20% conoscono altre donne deinfibulate
 - Il 26% ha subito un'influenza per farsi deinfibulare
- ❖ Lo consiglieresti ad altre donne?
 - l'80% dice che influenzerà altre donne
- ❖ Faresti infibulare tua figlia?

il 100% dice di no

di cui il 33% dice che le farebbe fare la sunna

La sunna è una parola che ha una forte connotazione religiosa anche se con la religione non c'entra niente. La sunna sarebbe il 1° tipo della classificazione delle MGF e molte donne sono ancora convinte di farla fare alle figlie.

Questo è il mio pensiero: è impossibile giudicare senza conoscere e per conoscere è necessario non perdere mai di vista il valore dell'esperienza e le condizioni personali di chi si sottopone alle MGF.

MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI: UN APPROCCIO TRANSCULTURALE PER LA NUOVA IDENTITA' DI DONNE Dott.ssa Bridget Yorgure

Dott. Pasquale Borsellino:” Adesso do la parola a Bridget Yorgure: Assistente Sociale, esperta mediatrice culturale e responsabile del Centro Donna Interculturale e Servizio Antiviolenza del Comune di Rovigo.

Dott.ssa Bridget Yorgure:Già questo titolo mette in relazione due elementi che sono fra loro agli antipodi: la mutilazione genitale femminile, appunto, e l'identità della donna che la subisce.

Mentre pensavo ad alcune riflessioni da proporre a voi, gentile pubblico, oggi, mi sono domandata che cosa significhi per me, che cos'è la mia identità. Intanto sono: una donna, nera, immigrata e al tempo stesso professionista sociale, qui con voi per discutere di questi temi seguendo il difficile ed aleatorio tema dell'identità.

Preciso meglio: nel momento in cui devo affrontare un tema quale quello dell'identità della donna migrante in relazione alla MGF, sono davvero consapevole di quale sia la mia identità o di quali siano le mie identità ? Entro quali spazi fisici, ideali e culturali mi muovo? Mentre provavo a fare questa mia introspezione mi sono balenati in testa due flash che rispondono a quello che mi sento io oggi:

da un lato ho provato a pensare alla donna in Africa o in Asia, di qualche comunità costretta a subire la violenza della mutilazione.

Se per identità intendiamo “chi sono io” verso me stessa e verso l'ambiente con cui intrattengo relazioni sociali ed interagisco, il primo elemento che appare in tutta evidenza è che l'identità della donna che subisce la mutilazione genitale è, di fatto, identità negata, perché lesa per sempre!!!!

Lo è perchè qualcuno ha già deciso che quella donna deve essere sottomessa ad una idea di società il cui ruolo è quello di garantire la prosecuzione del lignaggio, avendo la certezza che questa funzione non venga compromessa da eventuali relazioni esterne, controllandone la sessualità.

Questa, in ultima analisi, è la ragione vera della mutilazione di una donna: sia questa una bambina, una adolescente, una promessa sposa!!!!!!

Agli occhi della donna immersa nel contesto culturale in cui avviene la MGF queste

evidenze, però, appaiono un po' meno chiare!!!! Perchè sono meno chiare?? Mi spiego meglio!!!

Sono meno chiare perchè al fenomeno della MGF sono attribuiti valori e significati che sembrano essere alla base della comunità stessa!!!!, senza questi valori la comunità sembra non poter esistere.

In altri termini: certe pratiche, anche inumane come la guerra (quanti nostri figli mandiamo in guerra al giorno d'oggi? E quanti tornano in bare?), il sacrificio umano, per essere accettate dal gruppo necessitano di essere coperte con sovrastrutture culturali in grado di "inventare" significati che le rendano indispensabili al gruppo!! (Ecco perché un giovane sceglie di fare il militare, per difendere la patria, anche in Africa, per convincere una donna, per renderla più bella per suo marito! E' quello che accade per la MGF!!)

La MGF, infatti, viene a volte legata a ritualità di passaggio da un'età infantile, verso un'età adulta che vede la donna pronta per concepire e quindi per il matrimonio. Talvolta, invece, la MGF è uno strumento di inclusione nel gruppo familiare: si pensi, ad esempio, che in alcune realtà della Nigeria è legata al primo bagno che la nonna paterna deve fare alla neonata, ritualità in cui la nuova arrivata riceve i doni e viene, di fatto, accettata nella famiglia.

E' proprio in queste costruzioni sociali che si insidia in maniera perversa la MGF. Spesso, infatti, viene perso di vista il grave danno fisico inflitto in favore del rituale, che, affonda le sue radici nei secoli e che per questo può essere ascritto al "*mana*" della comunità.

L'aspetto più angosciante è vedere anche come, le donne stesse della comunità, siano le prime a veicolare queste pratiche ed essere per questo al tempo stesse vittime e carnefici.

ACCANTO A QUESTA SENSAZIONE, HO DI FRONTE A ME UN ALTRO FLASH:

non riesco a togliermi di dosso quei cartelli che tappezzano le nostre città raffiguranti giovani donne, magrissime, fino al limite dell'anoressia, che ostentano una fisicità il cui richiamo sessuale è inevitabile.

Tutte noi, credo, potremmo affermare, che è molto meglio essere in grado di esprimere un richiamo sessuale che essere private di uno degli elementi che costituiscono la nostra esistenza come il piacere sessuale.

Sono d'accordo: ma non è questo il punto! Sono, certo, due situazioni opposte, ma... mi domando... e vi propongo: hanno qualcosa in comune questi due flash, e, se sì, cosa hanno in comune ?

Secondo me ciò che queste due realtà hanno in comune , fino al punto di volerle quasi a considerare un continuum, è una cosa sola **L'UOMO**, anzi, permettetemi di dirlo ancora più brutalmente:**IL MASCHIO**.

LA DONNA MUTILATA E LA DONNA “MODELLA” SONO ENTRAMBE il RISULTATO CULTURALE di due società che hanno posto al centro della loro convivenza lo **sfruttamento del corpo della donna**: come strumento di prosecuzione familiare, da un lato, e come strumento di piacere sessuale da collegare a qualche prodotto commerciale, dall'altro.

Se pensassimo alle implicazioni sanitarie che lo stereotipo di donna nel mondo della moda produce sulle giovani ragazze, che rischiano di diventare vittime della taglia 38, forse potremmo vedere queste due realtà molto meno diverse!

Si potrebbe obiettare che gli strumenti di coercizione verso le donne mutilate sono più forti rispetto alle prassi occidentali.

Forse!:

io, tuttavia, rimango dell'idea che la prima forma di pressione rimane quella, appunto, psicologica in entrambi i casi!

Si potrebbe anche affermare che la donna occidentale decide autonomamente se mangiare o meno, se essere o meno assimilata ad un liquore piuttosto che ad un profumo! E' vero! Sarebbe però anche interessante riflettere su come il gruppo e la comunicazione di massa riesce ad imporre i propri modelli sulle coscienze delle persone.

Cosa fa una donna oggi per essere accettata in una società che vive l'invecchiamento quasi come una malattia e comunque come un tabù?

Del resto, anche in questo caso, mi viene in supporto il concetto delle scienze umane, usato sia in ambito sociologico, sia della psicologia sociale che in ambito antropologico di “antropopoiesi” ossia: di come la società ha la capacità di modificare l'aspetto fisico dei suoi membri per ragioni di tipo culturale!

Per dirla con Bordieu: il corpo come “habitus”

Io, come donna di questa società occidentale sento forte, il bisogno di oppormi a questa concezione. Non vi nascondo che, vista anche dal punto della mia femminilità, mi sento molto, come dire, frustrata nel pensare che il mio valore dipenda “da quanto grosse sono le mie tette”! O dalla taglia che porto! Può darsi che io sia più agguerrita di altre data la

mia robustezza, ma non credo sia solo questo il punto!!!

In queste affermazioni, da Marzo scorso, trovo suffragio anche dalle affermazioni dal nostro presidente della Repubblica Giorgio Napolitano che, in occasione della festa della donna ha affermato: “la donna è sempre più ridotta da soggetto ad oggetto a causa del modello consumistico che colpisce soprattutto le ragazze. Le ragazze italiane rischiano di vedere sacrificate le loro potenzialità e le loro energie per raggiungere una parità che di fatto appare troppo lontana”

Proviamo, allora, a soppesare questa considerazione con il tema di oggi, quello, appunto, dell'identità e ricordiamoci che l'identità di ciascuno di noi è strettamente collegato a molti altri concetti fra cui:

quello di

- autopercezione,
- eteropercezione,
- riconoscimento,
- relazione,
- interdipendenza.

Secondo me l'identità della donna migrante è il risultato di come questa donna si percepisce in seguito alle relazioni positive o meno che riesce a costruire nel momento in cui si sente accolta o non accolta, quindi riconosciuta.

A seconda di come questi “scambi con il mondo nuovo” avvengono, la donna migrante è nelle condizioni di avviare o non avviare delle relazioni che portano a rinegoziare la propria identità alla luce delle nuove conoscenze, delle nuove emozioni che il suo percorso migratorio le ha consentito di acquisire.

Scusate se mi soffermo: ma per me quello che ho appena detto è il senso del mio intervento oggi!

E voglio provare a ridire in altre parole quello che ho appena affermato: secondo me la nuova identità della donna migrante è strettamente connessa alla capacità della donna autoctona, indigena, di sapere e volere, a sua volta, ripensare alla sua di identità, avendo, la capacità di riflettere e criticare, come fa la migrante, la sua cultura di partenza!

Io, donna migrante, penso che potrei avere due atteggiamenti di fronte alla MGF totalmente diversi se mi si dicesse:

“Tu hai un problema, sei mutilata e questo non è giusto e io, donna occidentale, ti spiego il perché”

piuttosto che se mi si dicesse:

“uno dei problemi della donna in tutto il mondo è che il suo corpo è utilizzato per fini non prioritari per la donna stessa ed imposti da una società ancora, purtroppo, troppo maschilista!”

Riflettiamoci bene su questo! Il dialogo vero, franco, quello che porta a mettere in discussione i soggetti è l'unico strumento che conduce alla comprensione. Ecco perché l'approccio multiculturale è quello che io apprezzo di più!

Di questo sono molto convinta dato che, molto spesso, mi è capitato di parlare con donne seguite dai centri, a volte educativi, a volte sanitari, che hanno lamentato approcci troppo impositivi: devo anche onestamente riconoscere che ciò avveniva di più in passato, Tanto più una donna si sentirà riconosciuta e apprezzata in un sistema di nuove relazioni, tanto meglio potrà mettere in discussione il proprio sistema di valori.

Un atteggiamento di questo tipo porterebbe a trovare nuove identità da rinegoziare anche per quelle donne che non sono partite, che sono ancora nei loro villaggi e nelle loro comunità.

Da questo punto di vista posso dire che, per il superamento della MGF, alla donne “fa bene” migrare nei paesi in cui questa pratica non è adottata.

Nella mia esperienza di operatrice sociale, infatti, posso dire di aver incontrato in più occasioni donne che, proprio in questo paese, libere da condizionamenti sociali, hanno realizzato l'inutilità di questa pratica e la sua dannosità. A questo proposito lo scambio che la donna migrante ha con la propria terra di origine consente l'introduzione di informazioni che hanno spesso una funzione deterrente rispetto a queste pratiche.

Attenzione, però, a non sottovalutare il problema!!! Perché questa nostra società che è spesso portatata a proporsi nei confronti del diverso in termini antagonistici ed anche paternalistici, rischia di produrre anche effetti contrari.

Oggi, purtroppo accade anche che, in certi casi, il disagio del migrante si trasformi in un rifiuto della cultura di arrivo esasperando la propria identità di partenza dando origine a quel fenomeno che i sociologi delle migrazioni chiamano “**arroccamento**”. In altre parole: se la realtà in cui arrivo è una realtà in cui sto male e non mi sento accolta è naturale che mi riconosca maggiormente, magari idealizzandola, nella mia realtà, e quindi nella sua cultura, di provenienza.

E allora la domanda che noi dobbiamo farci è perchè una donna nigeriana, a Verona, decide di praticare la MGF alle bambine della sua comunità? E come mai i genitori portavano le loro figlie a fare queste pratiche??? Secondo me è venuta meno la capacità delle culture di contaminarsi reciprocamente. E questo dipende sia dalla cultura dei migranti, sia, però, dalla capacità della cultura di arrivo di avviare un dialogo!!!

Quante donne ho avuto modo di vedere che hanno deciso di coprirsi con il velo, solo dopo il loro arrivo in Europa!!!!.

Spesso accade, anche, che il migrante sia sospeso tra due culture, e che, infine non sia a proprio agio in nessuna delle comunità: né in quella da cui proviene, né in quella che la accoglie. Desidero affrontare questo argomento perchè mi sembra, molto spesso, che la fretta di cogliere aspetti più concreti, più essenziali, faccia perdere di vista questa sensazione che molti migranti invece provano: di essere senza terra, senza patria, costretti in “gabbie” culturali che non comunicano tra loro.

E troppe volte fra queste gabbie ci sono le donne, troppo spesso anche le mamme che, magari, devono decidere sulla mutilazione genitale delle figlie.

Un altro aspetto che vorrei affrontare in conclusione è un invito a non considerare l'identità come un qualcosa di riducibile a definizione.

Vorrei dire che esistono tante identità quante sono le donne e gli uomini di questo pianeta e che saremo tanto più brave a ridurre la MGF quanto più riusciremo ad avviare un dialogo con tutti questi soggetti, dato che, in ultima analisi, ciascuno di noi agisce e decide in base all'acculturamento che il luogo, il tempo e le persone hanno prodotto su di noi.!

Vorrei aggiungere due parole sulla mediazione culturale. Tra i tanti lavori, ho fatto anche il lavoro di mediatrice culturale: oggi spesso i mediatori culturali sono visti solo come un interprete, un mediatore linguistico, ma mediare culture è una cosa ben più difficile, significa tradurre, come dice la parola stessa *trans duco* ossia portar da una cultura all'altra e viceversa, significa avere la consapevolezza che non esiste mai una cultura perfettamente sovrapponibile ad un'altra. Significa saper negoziare nuove forme di

interpretazione dei fenomeni alla base delle varie culture presenti in un determinato territorio, significa avere la capacità di decostruire le interpretazioni che si danno ai fatti, per poi rinegoziare altre interpretazioni che possano garantire forme di convivenza serena. La mediazione culturale in campo MGF è problematica, in quanto si tratta di mediare elementi che sono apparentemente di difficile mediazione, per questo, secondo me, in questo ambito la vera forma di mediazione si traduce in:

- ❖ informazione nei consultori, nelle scuole, nei luoghi di aggregazione delle nostre ragazze e ragazzi
- ❖ aver voglia e tempo di mettersi sotto un immaginario baobab a parlare, giorno dopo giorno, incontro dopo incontro, per ore e ore, e spiegare loro che le MGF sono contro non solo ai principi della società del Nord ma anche contro le società africane, dove 17 paesi hanno aderito al protocollo. L'iniziativa di lotta contro queste pratiche è partita proprio da alcune donne africane. Sono state le donne africane che hanno detto che questa pratica è una di quelle che non andavano bene e si sono date da fare per oltre trent'anni fino ad arrivare alla "Carta dei diritti delle Donne". La mediazione culturale, meglio dire interculturale, deve sfruttare lo strumento comunicativo del telling stories, in cui non si guarda al tempo che si perde ma si pensa al valore del tempo passato insieme, al racconto che si fa durante questo arco di tempo. In questo modo è possibile lavorare e decostruire le ragioni che giustificano le MGF, partendo dal punto di vista di chi lo infligge: la donna che ho chiamato vittima e carnefice.

La scienza, l'OMS, sono strumenti di condivisione straordinari. Dobbiamo avere la capacità di capire che la fedeltà al proprio partner, se deve esserci, deve essere trasmessa come un valore e non imposta con il bisturi. Per le MGF si può morire, tante bambine sono morte e tante bambine rimangono lese, con identità negata, per errori di queste macabre operazioni. Se vogliamo veramente prevenire queste pratiche lo si potrà fare solo con il dialogo costante e continuo.

Molto si può fare con le giovani generazioni, la seconda e la terza generazione, investendo per far conoscere il fenomeno alle bambine e anche ai bambini, avendo cura di informare quelli che domani saranno chiamati, in quanto informati, ad ostacolare fino a far scomparire la pratica delle MGF. Vi ringrazio per la vostra pazienza.

DIBATTITO FINALE

Dott. Pasquale Borsellino: Conoscevamo i relatori e sapevamo che erano di grande spessore ma come sempre è bene farsi sorprendere dalla qualità delle cose che son state dette. Due considerazioni brevissime e poi lascio spazio per le domande. Ringrazio Omar Abdulcadir per quello che ci ha portato, partendo dalla sua esperienza personale: ci ha dato l'idea che si può fare tantissimo per questo tipo di problemi, come lui fa quotidianamente. Ma soprattutto ci ha dato la sensazione che queste persone vengano accolte al Centro con cura, rispetto e con una delicatezza straordinaria. Sai prenderti cura di queste donne in modo completo e totale, ascoltandole sul piano emotivo, psicologico e curandole in queste parti ferite. Grazie davvero per questa lezione.

Ho sentito parte del discorso della Bridget in altre occasioni e quello che mi ha sempre sconvolto e stupito è che, partendo dalle MGF, ad un certo punto dice a tutti noi: " ma che cos'è la mutilazione? E' vero che in alcune parti del mondo le donne vengono mutilate nei genitali ma è vero anche che ci sono altri tipi di mutilazioni meno evidenti ma forse più pervasive e più pericolose." Il punto è: quanto la cultura mutila? Quante mutilazioni può portare una cultura nel corpo e nell'anima? Una cultura che diventa etnocentrica, totale, dove non ci può essere dissenso, che ti obbliga in uno stile di vita, nel modo che hai di rapportarti con il mondo non è forse mutilante? Non lo fa con mezzi repressivi ma con mezzi più subdoli, a volte nascosti ma altrettanto pervasivi di cui non ci accorgiamo e allora ti ritrovi a fare certe scelte essendo vittima di questi meccanismi, senza esserne nemmeno tanto consapevole. Mi sembra che di stimoli ce ne siano stati dati molti e provate ad essere generosi anche voi e a farci capire se i relatori hanno colpito nel segno.

Domanda: Gli studi che avete fatto sono solo su donne somale?

Dott. Omar Abdulcadir: Noi abbiamo selezionato le donne non in base alla loro provenienza ma in base al tipo di mutilazione. Erano donne soprattutto portatrici di una MGF del terzo tipo: infibulazione. Provenienti dal Mali, dal Sudan, dalla Somalia, dall'Etiopia, dall'Eritrea e dall'Egitto.

Domanda: Mi sono chiesta se sulle donne mutilate sono maggiori i casi di endometriosi, quanti casi hai visto?

Dott. Omar Abdulcadir: Il problema della relazione tra mutilazione ed endometriosi è ancora in fase di studi. Abbiamo trovato molte donne con forti dolori pelvici legati a parti cesari ripetuti e molte infezioni croniche perché queste donne sono state mal curate.

Dott.ssa Maria Teresa Silvestri: Vorrei dire qualcosa sull'endometriosi, tradurre per i non medici, l'endometrio è quella parte interna dell'utero, quella che dà la mestruazione, di cui una piccola parte passa attraverso le tube e cade dentro la pancia e di solito viene riassorbita. Se si impianta, ogni mese, si hanno piccole mestruazioni e la pancia si riempie di questo tessuto e fa male. Quando la donna è chiusa, il sangue fa fatica ad uscire dalla vagina, esce soprattutto dalle tube e si impianta. Quindi uno pensa che nelle donne chiuse è più facile che ci sia il problema dell'endometriosi.

Dott. Omar Abdulcadir: All'Università di Siena stanno facendo degli studi sulla relazione tra endometriosi e MGF, vedremo cosa ne uscirà fuori.

Domanda: lo volevo chiedere alla Dott.ssa Yorgure rispetto alla riflessione che lei ha fatto sul rapporto tra identità e culture, anche in base alla sua esperienza come mediatrice culturale. Lei diceva che il bisturi non è la via per imporre l'identità. Rispetto a questo rapporto tra identità e cultura, tra la persona e il gruppo di appartenenza, volevo capire come avete fatto a coinvolgere le famiglie e a superare le eventuali resistenze di tipo culturale?

Dott.ssa Bridget Yorgure : Innanzi tutto dico che la fedeltà non deve essere imposta con il bisturi, la giustificazione che si dà è che la donna non mutilata è una donna che cercherà gli uomini, ma questo non corrisponde al vero. Per rendere le donne consapevoli bisogna educarle, mandarle a scuola il più possibile. In Africa c'è un'alta percentuale di donne analfabete. L'educazione ci consente di parlare di noi stesse e ci permette di capire i nostri diritti e comprendere i percorsi che vogliamo intraprendere. E' importante capire che c'è modo e modo di avvicinarsi alle donne, ho fatto un lavoro di rete, nel territorio, con l'ULSS 17 per insegnare agli operatori come approcciarsi alle famiglie che si rivolgono alle strutture sanitarie. In base alla provenienza si può sospettare che sono a rischio per la pratica delle MGF. E' importante non generalizzare perché in Africa si praticano le MGF ma dipende dai paesi di provenienza e dipende anche dalla famiglia di provenienza e dalla sua educazione. La mia cultura, il mio vissuto mi ha consentito di fare nel percorso della vita delle scelte.

Domanda: Come fanno queste donne durante l'atto sessuale, se sono tutte così chiuse?

Dott. Omar Abdulcadir: Queste donne hanno i loro rapporti sessuali tranquillamente, anche se sono dolorosi. In Africa, come vuole la tradizione, gli sposi rimangono chiusi in casa per i primi sette giorni e gli amici intimi possono andarli a trovare solo dopo il quarto giorno. Il maschio deve rompere questo muro di cicatrice, questo provoca dolore per il maschio e per la femmina. Un giorno andai a trovare dei miei amici, che si erano sposati in Africa: quando lui venne ad aprirmi camminava con le gambe larghe e la donna era a letto e non riusciva a muoversi. L'utilità della verginità è dimostrare questa virilità maschile, cosa che sta decadendo ora. In altre coppie si cerca di avere rapporti piano, piano per mesi, prima di avere un rapporto completo.

Domanda: Volevo chiedere alla Dott.ssa Yorgure rispetto all'adattamento culturale e presentare un caso di una famiglia tunisina che vive a Castelfranco Veneto. Hanno quattro figlie adolescenti, nate qui e nonostante la madre non porti il velo, loro lo indossano. Io da esterna ho letto questo comportamento delle ragazze come un andare incontro al padre, il quale interpreta tutto ciò che gli capita come se il mondo ce l'avesse con lui e le bambine soffrono di questo, pur essendo inserite bene a scuola e anche nelle attività sportiva. Il fatto che usino il velo mi fa soffrire, come posso aiutarle?

Dott.ssa Bridget Yorgure: Sono d'accordo con la sua lettura, il papà di questa famiglia non accetta questa cultura e ce l'ha con il mondo. Il papà dice che il mondo ce l'ha con loro e fa credere alle loro figlie di non essere accettate, ma loro andando a scuola hanno avuto esperienze positive. Gli immigrati vivono tra due culture: in questo caso il papà dice certe cose, esternamente ne sentono altre quindi si sentono sospese tra due culture. Per aiutarle bisogna che le insegnanti e le persone che hanno vicino cerchino di entrare in dialogo con loro, per capire perché vogliono portare il velo.

Domanda: Volevo chiedere al Dott. Abdulcadir: lei ha parlato sempre di deinfibulazione con le donne adulte ma come ci si comporta con le minori a livello legale?

Dott. Omar Abdulcadir: Io ho avuto un caso a Bologna, dove il giudice ha dato il consenso per la deinfibulazione togliendo la patria potestà. Ci sono altri casi in cui le minorenni non sanno di essere infibulate perché la loro mamma gli ha sempre detto che questa è la

normalità. A volte abbiamo affidato il caso agli psicologi.

Domanda: Io volevo chiedere se avete mai fatto questo tipo di Convegno aperto al pubblico? Credo che queste tematiche dovrebbero essere fatte conoscere a tutte le famiglie. Secondo me molte famiglie non sono a conoscenza delle MGF e delle complicità, se le conoscessero potrebbero cambiare idea.

Dott.ssa Ilaria Baldin: La collega mediatrice mi dà modo di articolare un punto dell'ultima parte della presentazione dove si auspicava la possibilità di accedere alle associazioni di genitori, per poter informare, raccontare e avere dei confronti.

Dott.ssa Rosalma Gaddi: Nella nostra indagine non c'è stato modo di mettere a confronto le donne italiane con quelle immigrate. Dopo gli interventi ascoltati sono orgogliosa di aver partecipato all'indagine, perché c'è stata una contaminazione di pensieri, in primo luogo tra operatori nel comitato scientifico e sarebbe interessante poter continuare.

Dott. Omar Abdulcadir: Vi siete mai chiesti perché quando si sente parlare delle MGF (la bambina è stata mutilata dalla nonna, dalla zia, dalla mamma) non si sente mai parlare della figura maschile? Chi è il capo della famiglia? Ho intervistato maschi, laureati, a cui ho chiesto cosa ne pensavano delle MGF? La loro risposta è stata che è una cosa da femmine. Ho chiesto: "se tua moglie ti dicesse che non vuol più far infibulare tua figlia, tu cosa diresti?" La loro risposta è stata che non tocca a loro decidere. Quindi tacito consenso e continuazione della pratica.

E ora l'enigma dei cammelli, come facciamo a dividere i 17 cammelli? Il primo figlio prende nove cammelli, il secondo figlio ne prende sei, e il terzo figlio due.

Silvestri: La realtà è che ai Convegni viene solo chi è interessato. Noi ne parliamo nelle scuole, nei corsi pre parto e nei gruppi di donne straniere.

Dott.ssa Bridget Yorgure: Bisogna utilizzare ogni occasione di incontro con le donne migranti per informare ed educare: Chi fa il pap test, chi fa i corsi pre parto, durante le possibilità di incontro tra le insegnanti e le famiglie. Mi raccomando che la prima cosa nell'incontro con l'altro sia sempre un sorriso.