

LIBERA
dalle
Mutilazioni
Genitali
Femminili



L'esperienza del Comune di Reggio Emilia

LIBERA dalle Mutilazioni Genitali Femminili

L'esperienza del Comune di Reggio Emilia

LIBERA

dalle Mutilazioni
Genitali Femminili

L'esperienza del Comune di Reggio Emilia

© 2022 Comune di Reggio Emilia - Assessorato alle Pari Opportunità

LIBERA

Dalle Mutilazioni Genitali Femminili

Pubblicazione a cura di Faiza Mahri

Copertina a cura di Rohanne Gilioli

Editing a cura di Selma Cherif El Meslouhi

Publicazione del Tavolo Interistituzionale per la Prevenzione e il Contrasto alle Mutilazioni Genitali Femminili



Indice generale

Prefazione a cura di

Annalisa Rabitti, Assessora alla Cultura, Marketing territoriale, Pari
Opportunità e Città senza Barriere 7

Una sola mano non applaude

Faiza Mahri 11

Introduzione

Donare un sorriso

Faiza Mahri 13

Capitolo 1

L'altro cammino per l'integrazione

Faiza Mahri14

Mutilazioni Genitali Femminili: Informazioni e dati significativi

Faiza Mahri17

Box informativo 1

Ricerca sul campo: premessa

Patrizia Farina, Giorgia Papavero 27

Capitolo 2

Mutilazioni genitali femminili e l'azienda sanitaria locale

Elisabetta Negri 29

Mutilazioni Genitali Femminili: perché parlarne?

Andrea Foracchia 33

Da una realtà lontana a una realtà del territorio

Elsa Munarini 37

La mia storia con le Mutilazioni Genitali Femminili

Mi trovo così a sognare...si può sognare

Maria Cristina Gemmi 41

Il contrasto alle Mutilazioni Genitali Femminili

La determinazione e la perseveranza per il cammino verso il cambiamento

Mara Manghi 45

Con lo spirito del colibrì, io faccio la mia parte

Maria Brini 47

Pediatri: una sentinella fondamentale per la prevenzione e il contrasto delle MGF

Elena Ferrari 53

Box Informativo 2

Le tipologie più diffuse

Patrizia Farina 55

Capitolo 3

Care infermieristico e Mutilazioni Genitali Femminili. Uno sguardo all'Infermieristica e alla formazione dei futuri professionisti

Cinzia Gradellini, Giovanna Amaducci, Daniela Mecugni 57

Box Informativo 3

L'indagine sul campo

Patrizia Farina, Giorgia Papavero 66

Capitolo 4

Ferite nel corpo e nella mente

Un segno potente di resilienza. Nulla deve fermare il contrasto alle MGF, neanche il Covid 19

Piera Bevolo 68

Storie con-vincenti

Raccontarsi nella relazione di cura come risposta alla violenza di genere

Rosaria Ruta 72

Capitolo 5

L'Approccio Interculturale

Insieme si può

Ivan Mario Cipressi 76

Insieme per Costruire Nuove Possibilità Di Confronto

Magdy El Meligy, Sara El Meligy 80

Box Informativo 4

L'intensità del fenomeno

Patrizia Farina, Giorgia Papavero 83

Capitolo 6

La voce del contrasto dall'Africa

Esperienza sul campo tra la popolazione Masai in Kenya

Silvia Mariani Cerati 84

Box Informativo 5

MGF: Cosa pensano le madri? Opinioni e conflitti...interiori

Patrizia Farina, Giorgia Papavero 88

Capitolo 7

Liberatevi dalle Mutilazioni Genitali Femminili

Saadia: Perché mi hanno fatto questo?

Saadia Baraka 90

Il valore aggiunto delle Associazioni di categoria e del mondo dell'industria.	
Paola Ligabue, Chiara Bulgarelli	92
<i>Box Informativo 6</i>	
Le ragioni del sostegno	
Patrizia Farina, Giorgia Papavero	93
Capitolo 8	
Un ponte di sensibilizzazione, di prevenzione, di informazioni	
Storie che fanno riflettere	
Fatma Hassan	94
La violenza non è un destino delle donne	
Associazione Interculturale NONDASOLA	96
Capitolo 9	
Mutilazioni Genitali Femminili tra diritti umani e dinamiche familiari	
Giovanna Fava	100
<i>Postfazione a cura di</i>	
Natalia Maramotti , Già Assessora alla Sicurezza, Cultura della legalità e città storica con deleghe a Commercio e attività produttive, Turismo, Sicurezza e legalità, Pari opportunità, Personale	104
<i>Postfazione a cura di</i>	
Serena Foracchia , Già Assessora alla Città internazionale, con delega a Progettazione europea per le strategie di sviluppo, Promozione della città, Relazioni internazionali, Diritti di cittadinanza, Città interculturale	106
<i>Bibliografia</i>	108

Prefazione

Annalisa Rabitti

Le mutilazioni genitali femminili (MGF) sono un fenomeno vasto e complesso, che include pratiche tradizionali che vanno dall'incisione all'asportazione parziale o totale dei genitali femminili esterni.

Si stima che nel mondo circa 200 milioni di donne e bambine abbiano subito e ora convivono con una mutilazione genitale.

Entro il 2030, se non si attueranno strategie di contrasto e di educazione, si prevede che 68 milioni saranno le donne e le bambine a rischio.

Le mutilazioni genitali femminili comportano rischi importanti per la salute e la sopravvivenza stessa delle vittime, privandole oltre che dell'integrità fisica e psicologica anche di una normale ed equilibrata vita sessuale. Sono usanze antiche che si perdono nella notte dei tempi, ma che ci pongono di fronte ad un problema etico ormai imprescindibile la cui soluzione è divenuta improrogabile.

La pratica delle mutilazioni genitali femminili (MGF) è trasversale a tutti i continenti.

La clitoridectomia era diffusa anche in Europa e negli Stati Uniti, soprattutto durante la seconda metà dell'Ottocento, periodo in cui migliaia di donne subirono questa operazione.

Dopo il 1880, tra le pratiche di violenze di genere iniziò a diminuire l'ablazione chirurgica delle ovaie, ma la clitoridectomia veniva ancora largamente praticata.

Tra le diverse ragioni si ricorreva alla pratica della clitoridectomia soprattutto per eliminare il lesbismo, sia che fosse reale o sospettato come tendenza, oppure nelle situazioni in cui si intravedeva un'avversione per gli uomini.

La clitoridectomia va ricordato che venne eseguita negli ospedali psichiatrici in Europa fino al 1935.

La narrazione contemporanea sulle MGF sembra consegnare un'idea che vede nell'Europa e nei paesi sviluppati i principali garanti dei diritti per le donne che subiscono tale atrocità nei paesi in "via di sviluppo". Attraverso il tavolo di lavoro di contrasto alle mutilazioni genitali femminili posso dire che ho riscoperto con piacere che non è solo così. Sono tanti i movimenti di donne attiviste africane e dei cosiddetti paesi emergenti che continuano a portare avanti lotte a favore dei diritti umani e in difesa delle donne, qui a Reggio Emilia ma anche nei loro paesi di origine. Fatte queste premesse sintetiche, che troveranno approfondimenti puntuali nella pubblicazione, risuonano in me alcune domande che riguardano il nostro presente: in modo così altamente meticciano quanto sommerso è presente nella nostra città? Oggi che ci facciamo paladini dei diritti e dello sviluppo della conoscenza, quanta sofferenza c'è dietro una pratica che rimane quasi invisibile, ma che è ancora presente nel nostro paese e nel mondo? Quanti altri decessi di bambine innocenti vittime di tradizioni ancestrali dovremo sopportare?

Dal 2013, la nostra città ha avviato un cammino che agisce sulla prevenzione, l'informazione e la formazione per difendere donne e bambine che si trovano a sopportare tali sofferenze. Non esiste nessuna ragione o giustificazione accettabile né sanitaria, né religiosa, né socio culturale per infliggere alle donne dolori, lacerazioni e ferite fisiche e psichiche che accompagneranno per sempre la loro vita.

Crediamo che tali pratiche non possano trovare nessuna giustificazione e non debbano avere nessuna mediazione, ma solo ferma opposizione e decisa condanna, anche relativa a qualsiasi medicalizzazione o manipolazione allusiva come ad esempio il rito simbolico alternativo. Tale cammino è stato intrapreso attraverso una narrazione integrata, completa ed inclusiva, che mette in evidenza anche l'attivismo delle donne africane, dei paesi arabo musulmani, dell'Asia e di tutti coloro che hanno militato e militano per contrastare le MGF.

Gli incontri con le comunità presenti sul territorio reggiano, come quella della Nigeria, del Burkina Faso e la comunità Egiziana, e il Patto siglato con la Comunità Nigeriana per il contrasto alle MGF, sono una dimostrazione che la strada della prevenzione, del dialogo, del confronto anche su temi delicati come le Mutilazioni Genitali Femminili, è possibile.

Allargando lo sguardo si evitano stigmatizzazioni e si uniscono le forze e le sinergie per salvaguardare insieme i Diritti Umani. Per questo motivo Reggio Emilia ha adottato come titolo del tavolo interistituzionale la parola Mutilazione, il termine coniato dalle organizzazioni internazionali, dalle organizzazioni non governative e dalle Istituzioni europee, e adottato dalle donne attiviste africane che hanno introdotto la parola "mutilazione" al posto di "circoncisione femminile". Crediamo fermamente che la conoscenza e il contrasto a tali mutilazioni siano la chiave per agire su un cambio di mentalità ed avviare un processo culturale che vede il ruolo della donna nel mondo non come un "pericolo sociale" da controllare nelle sue scelte e da modificare fino alla mutilazione, ma una persona libera, con pieni diritti di autonomia ed autodeterminazione. In questi 7 anni di lavoro i componenti del Tavolo hanno incontrato persone e famiglie. Hanno ascoltato le storie di tante donne, ragazze e bambine, che vivono accanto a noi, che con noi lavorano, studiano, crescono, lottano per un futuro migliore. È anche grazie a queste storie che intendiamo continuare a sviluppare, in collaborazione con le tante associazioni coinvolte ed altre realtà cittadine in corso di coinvolgimento, progetti sulla sensibilizzazione al contrasto delle mutilazioni genitali femminili nell'ottica della tutela delle minori in particolare, e lavoreremo puntando sul ruolo della scuola nella prevenzione. La scelta di lavorare sulla prevenzione e sulla sensibilizzazione, e non solo sulla pena prevista dalla legge italiana per chi pratica le MGF, è la strada maestra per far sì che tali violenze vengano esplicitamente combattute rielaborando "una visione positiva della sessualità femminile". Riconoscendo il diritto alla vita, il diritto alla salute integrale della persona e il diritto a un trattamento rispettoso delle specifiche individualità, tra i fondamentali diritti delle persone, delle donne, dei minori, dei bambini e delle bambine. Reggio Emilia ha scelto di contrastare le mutilazioni genitali femminili, in qualunque forma, in quanto crimine, pratica discriminatoria, palese violazione dei Diritti Umani delle

donne alla salute, alle pari opportunità, a essere tutelate da violenze, abusi, torture o trattamenti inumani, come prevedono tutti i principali strumenti del diritto internazionale.



Una sola mano non applaude

Faiza Mahri

Questo libro è una raccolta di racconti e di vissuti personali e professionali di diversi componenti del Tavolo Interistituzionale per il contrasto alle MGF. Abbiamo considerato importante non limitarci a raccontare in modo descrittivo le iniziative e le azioni numerose e significative che abbiamo realizzato, ma di lasciare spazio ed ampia libertà a ogni coautore per esteriorizzare "il come" abbia affrontato un tema così complesso e così delicato e come abbia vissuto il percorso di contrasto all'interno del Tavolo Interistituzionale e all'interno della propria realtà di appartenenza professionale.

Tirare fuori il proprio vissuto e le proprie emozioni è un modo per riflettere e per elaborare gli aspetti emotivi suscitati da un tema come le MGF. È anche un modo per inquadrare eventuali conflitti interiori provocati dal confronto tra le proprie appartenenze culturali, identitarie, di visioni del mondo e di filosofia di vita rispetto a chi vive, pratica e tramanda la pratica di Mutilazione Genitale Femminile.

L'empatia è fondamentale in ogni interazione interpersonale. Lo è nel relazionarsi con le donne, le famiglie e le comunità di pratica mutilatoria perché ci evita di essere pregiudicanti e di stigmatizzare il "diverso da noi". L'empatia è anche importante per trasmettere a chi leggerà questa pubblicazione una testimonianza che va al di là di una esperienza professionale.

Questa pubblicazione divisa in IX capitoli, preceduti dalla prefazione dell'Assessora alla Cultura, Marketing territoriale, Pari Opportunità e Città senza Barriere, Annalisa Rabitti e dall'introduzione della sottoscritta, contiene box informativi, un prezioso contributo della Professoressa Patrizia Farina e della Dottoressa Giorgia Papavero, ricercatrici dell'Università Milano Bicocca.

I box informativi sono un proficuo frutto della ricerca condotta a livello nazionale dalle ricercatrici di Milano Bicocca sul "numero di donne portatrici di mutilazioni genitali in Italia, numero delle bambine a rischio e sull'attitudine in famiglia nei confronti della pratica".

Alla ricerca, noi a Reggio Emilia abbiamo fortemente voluto partecipare cogliendo il gradito invito di collaborazione certi e convinti che un contrasto efficace alle MGF avviene soprattutto con il riconoscimento dell'esistenza del problema non solo a livello internazionale e trasversale ma anche a livello nazionale e locale.

Il contrasto avviene inoltre grazie alla conoscenza dei dati delle cause e delle conseguenze gravi fisiche e psicologiche delle MGF e grazie alla ferma consapevolezza che un contrasto incisivo ed opportuno avviene solo con l'apertura alle collaborazioni nazionali ed internazionali e stringendo alleanze con tutte le realtà istituzionali, associative, con le organizzazioni internazionali e non governative, con i soggetti singoli e privati e con le comunità e le famiglie che devono essere una parte integrante di ogni fase del processo del contrasto alle MGF.

Oltre alla narrazione soggettiva e alquanto preziosa delle coautrici e dei coautori, oltre alla restituzione importante della ricerca evidenziata nei box informativi, oltre alla parte introduttiva che evidenzia nel primo capitolo informazioni importanti e dati significativi che riguardano le Mutilazioni Genitali Femminili, non potevamo non dare voce a chi sulla propria pelle ha vissuto e sta purtroppo vivendo tuttora questo dramma.

La testimonianza vera e toccante che Saadia Baraka ci ha voluto raccontare con grande dignità e con eccezionale generosità è una tangibile e indiscussa dimostrazione che il problema delle Mutilazioni Genitali Femminili non è così lontano ma è onnipresente, è trasversale e non riguarda una religione, una cultura, un paese o un determinato confine, ma è un problema di tutti. È un problema dell'Essere Umano e dei Diritti Umani.

Alla Signora Baraka che ci ha aperto la sua casa con una bella accoglienza e che ci ha aperto con grande generosità una parte della sua vita mettendo a disposizione un vissuto che a lei ha lasciato ferite fisiche e psicologiche indelebili e a noi ha lasciato e deve lasciare senza nessuna indifferenza, profonde e costanti riflessioni. Un sincero e sentito ringraziamento con tutta la mia personale gratitudine.

Un sentito ringraziamento anche a Fatma Hassan mediatrice - linguistico culturale che ha fatto tesoro dell'esperienza vissuta all'interno del tavolo Interistituzionale portando, come auspicavamo, la prevenzione e il contrasto alle Mutilazioni Genitali Femminili oltre confine salvando più di 25 bambine in Egitto dove, secondo l'Unicef, il 91% delle donne sposate di età tra i 15 e i 45 anni sono state sottoposte a un intervento di mutilazione genitale.

Al Tavolo Interistituzionale, a tutte/tutti voi che avete voluto generosamente aprire il vostro cuore e avete voluto confidarvi senza nessun timore di essere giudicate/i, il mio sincero e cordiale ringraziamento.

Donare un sorriso

Faiza Mahri

Percorsi di vita che ci portano a vivere nuove esperienze e affrontare situazioni o argomenti sconosciuti, mai pensati.

Casualità, strane combinazioni o preciso scopo della vita?

Fra le mie mani, mi hanno affidato il coordinamento di un argomento sensibile, delicato ma che non lascia indifferenti.

Nasce in me una enorme curiosità per sapere, conoscere e capire cosa vuole dire mutilazione genitale femminile, perché praticarla, e soprattutto cosa vuole dire subirla e viverla per il resto della propria vita?

Documentazione dopo l'altra, ricerca dopo l'altra, visualizzazione dopo l'altra... malgrado una preventiva preparazione psicologica, l'impatto dell'immagine era troppo forte...

No. Non è giusto trascinare suo malgrado una bambina, tenendole aperte con forza le gambe... e poi purtroppo succede: la mutilazione... le sue struggenti e disperate urla, il suo pianto e le sue lacrime non sono serviti a niente.

La forza della tradizione è più forte del suo dolore, delle sue lacerazioni e delle sue ferite che resteranno per sempre impresse nella sua mente, nella sua memoria, nella sua vita e i suoi ricordi non potranno mai più dissociare dalle indelebili ferite il "tradimento" delle persone più vicine a lei e si chiederà per tutta la sua vita senza avere sensate, ragionevoli e logiche risposte: "come fanno i miei genitori, i miei nonni, i miei parenti e il mio villaggio a gioire del mio profondo, amaro e straziante dolore?"

Ecco perché non si può restare indifferente.

Di solito la mente umana ragiona sul beneficio dell'agire secondo una logica di prossimità e di convenienza, ma se teniamo sempre e comunque presente la dimensione umana che ci accomuna ci sentiamo coinvolti, uniti e vicini per poter sentire le urla e asciugare le lacrime di quella bambina che ci guida a evitare ad altre una sorte simile.

Ecco perché dobbiamo guardarci profondamente dentro e capire, o almeno provare a capire, il senso delle cose e sicuramente dentro ciascuno di noi c'è un faro che potrebbe guidarci a vedere il mondo come è: un universo, un pianeta popolato di esseri viventi, tra cui l'essere umano. Allora sì che tutto ciò che ci sembrava lontano e diverso non lo sarà più e forse ci vergogneremo nel renderci conto di tante ingiustizie, di tante sofferenze e ci verrà quindi la voglia di fare qualcosa, di accogliere le urla di quella bambina, di tante bambine e di tante donne, le loro grida non saranno vane, saranno servite a salvarne altre destinate ad una simile sorte solo perché sono femmine, sono donne.

"Il senso della vita è quello di trovare il vostro dono. Lo scopo della vita è quello di regalarlo" dice Pablo Picasso.

Doniamo quindi un sorriso a tutte le bambine, a tutte le donne, ad ogni essere umano. Un sorriso che allevia il dolore, la sofferenza e dona speranza.

L'altro cammino per l'integrazione

Faiza Mahri

Contrastare una pratica come le Mutilazioni Genitali Femminili non è un capriccio per affermare un'egemonia, una superiorità culturale rispetto all'altra. Non è un'imposizione di una visione "occidentale" o "euro-centrica" nei confronti di un mondo considerato "incivile"; infatti i primi movimenti e le prime manifestazioni di contrasto sono partiti proprio dall'Africa, in particolar modo dalle donne attiviste africane.

Il contrasto alle Mutilazioni Genitali Femminili è una questione di diritti umani, di salute, di benessere psicofisico e di autodeterminazione. È anche una questione d'integrazione.

Quando si parla d'immigrazione, la narrazione tocca spesso temi relativi al soggiorno, e con tanto preconcetto tocca il tema della sicurezza e del lavoro, ma la questione migratoria richiede un ragionamento complesso, profondo e per niente semplicistico.

Il mondo odierno vive delle crisi di identità e nello scontro tra queste crisi e nello smarrimento identitario ci si affossa ancorandosi persino alle tradizioni sbagliate.

L'incontro con il "diverso" dovrebbe portare alla conoscenza priva di stereotipi e preconcetti e dovrebbe portare ad un confronto che permette di riflettere, nella equa reciprocità, su noi stessi rispetto all'altro, sulla nostra identità e sulle nostre culture, usi, costumi e tradizioni di origine.

In questo confronto impegnativo, certo, ma a lungo andare proficuo, si gettano le basi per negoziare la propria identità verso una convivenza civile fondata sulla condivisione dei valori umani e universali, sul rispetto reciproco, sulla responsabilità e il senso del dovere e del bene comune.

L'integrazione richiede l'impegno di entrambe le parti: di chi arriva e di chi accoglie, altrimenti è assimilazione e non è più integrazione.

L'integrazione è innanzi tutto un senso di appartenenza. Il senso di appartenenza è principalmente un sentimento. Uno si sente parte del contesto d'arrivo se il contesto è accogliente e favorevole.

Il cittadino migrante se non sente il contesto di arrivo ostile, sarà resiliente e recettivo a ogni cambiamento. Sarà favorevole a far parte della costruzione collettiva di un nuovo ordine sociale dove ciascuno lascia qualcosa di sé e delle sue origini e ne conserva qualcos'altro secondo un criterio del "meglio da salvaguardare" e del "peggio da scartare".

In tale contesto di condivisione e di fiducia reciproca, anche il tema delle mutilazioni genitali femminili verrà messo in discussione perché il divieto non sarà percepito come un rifiuto di un "tratto fondamentale" dell'identità del "diverso", ma la riflessione si orienterà piuttosto verso la sostanza del problema considerando le vere conseguenze dannose della pratica. Il contesto di arrivo verrà considerato così un alleato attento al benessere comune.

Il tema delle Mutilazioni Genitali Femminili riveste un aspetto fondamentale nell'integrazione, e non marginale come potrebbe sembrare, perché è talmente e profondamente ancorato nel vissuto delle persone e considerato una peculiarità inalienabile dell'identità che rinunciarvi risulta complesso ed alquanto difficile.

La riflessione sulla non validità di perpetrare la pratica delle Mutilazioni Genitali Femminili costituisce un presupposto imprescindibile e primario all'integrazione. Potrebbe fare da apripista al processo di negoziazione identitaria.

In apparenza il cittadino migrante può sembrare "integrato" perché ha la casa, il lavoro, la famiglia, ecc. ma dentro di sé continua a trascinare dei conflitti identitari dove certe tradizioni d'origine, anche quelle sbagliate, hanno un pesante, gravoso e tormentante peso soprattutto morale e psicologico.

Riuscire a mettere in discussione delle credenze, usanze e pratiche così radicate come le Mutilazioni Genitali Femminili è la strada maestra per l'integrazione, ma attenzione! È necessario l'impegno di tutti e occorre agire insieme privilegiando forme di interazione più paritarie e inclusive.



Senza spina e libera dalle ferite... e dalle Mutilazioni Genitali Femminili



Mutilazioni Genitali Femminili: Informazioni e dati significativi

Faiza Mahri

MGF: Cosa sono?

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce le MGF: *“tutte le pratiche che portano alla rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili o ad altri danni agli organi genitali femminili compiuti sulla base di motivazioni non terapeutiche”*

MGF: Quante sono?

L'OMS identifica quattro tipi di MGF:

- Clitoridectomia: rimozione parziale o totale della clitoride, più raramente, del prepuzio clitorideo;
- Escissione: rimozione parziale o totale della clitoride e delle piccole labbra, con o senza escissione delle grandi labbra;
- Infibulazione: restringimento dell'apertura vaginale attraverso la creazione di una copertura formata dal taglio e riposizionamento delle piccole o grandi labbra, con o senza asportazione della clitoride;
- Altri: tutti gli interventi dannosi sugli organi genitali femminili senza ragioni mediche, quali la punzonatura, la perforazione, l'incisione, la raschiatura e la cauterizzazione dell'area genitale.

Mutilazioni Genitali Femminili: Nel Mondo

Almeno 200 milioni di donne e ragazze sono state sottoposte a mutilazioni genitali femminili. (Fonte UNICEF, UNFPA).

Circa 44 milioni sono bambine e adolescenti di meno di 14 anni che hanno subito le mutilazioni genitali femminili.

Altri 68 milioni di ragazze subiranno MGF da qui al 2030 se non vi sarà una forte accelerazione nell'impegno per porre fine a questa pratica tradizionale.

Mutilazioni Genitali Femminili: contrasto e mobilitazione del mondo

È in Africa che è stata adottata per la prima volta l'espressione Mutilazioni Genitali Femminili, nel **1990** ad Addis Abeba, dai 118 delegati di 28 paesi e varie agenzie dell'ONU.

Nel nostro immaginario, le donne mutilate sono solo in Africa e provengono solo dall'Africa. Le MGF sono una pratica diffusa in tutto il mondo, è trasversale e nessuna religione la prevede. È una pratica antica che risale a tempi remoti e non è un caso che la parola infibulazione derivi da fibula, termine usato per indicare l'operazione imposta dai Romani alle donne "schiave". Le MGF sono principalmente diffuse presso gruppi ed etnie non solo nei paesi dell'Africa, ma anche nella penisola arabica, in Asia, nelle Americhe, in Europa e in Italia, per effetto dell'immigrazione. Fino alla prima metà del XX secolo le mutilazioni genitali femminili venivano praticate anche in Europa e negli USA. In determinate circostanze la clitoridectomia veniva considerata un «metodo di cura».

Diverse sono le motivazioni per cui vengono effettuate e variano a seconda della comunità etnica di appartenenza. Le MGF costituiscono un atto estremamente traumatico ed hanno gravi conseguenze sulla salute fisica, psichica e sessuale delle bambine e delle giovani ragazze che le subiscono.

Le MGF: è un reato.

La grande maggioranza degli Stati ha emanato leggi che puniscono questa pratica. Le pene vanno dai tre mesi di reclusione fino al carcere a vita. Diversi Stati prevedono anche pene pecuniarie.

Convenzioni internazionali

Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne. Adottata il 18 dicembre 1979 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, è il prodromo delle convenzioni contro le MGF e ne prepara il seguito. Entra in vigore come trattato internazionale nel 1981 dopo essere stata ratificata da 20 paesi. Dieci anni dopo la sua adozione, nel 1989, quasi un centinaio di paesi si sono impegnati a rispettarne le clausole.

Le dichiarazioni del Cairo e di Rabat

Dichiarazione del Cairo per l'eliminazione delle MGF. Svoltasi nel giugno del 2003, la Conferenza del Cairo condanna le pratiche di MGF e si rivolge a governi, rappresentanti delle organizzazioni internazionali e nazionali, rappresentanti della società civile e leaders religiosi, chiedendo loro il massimo impegno per promuovere strumenti legislativi finalizzati al contrasto così come per investire nella comunicazione e nella educazione, fondamentali per una prevenzione efficace. Nella dichiarazione si fa esplicito riferimento alle MGF come violazione della dignità delle donne e dei diritti fondamentali riconosciuti dai Trattati Internazionali.

La Dichiarazione di Rabat. Svoltasi nel 2005, conferma l'estraneità dalla radice religiosa islamica delle MGF. Si tratta di un documento redatto a seguito del primo vertice della Conferenza islamica dei Ministri con cui si invitano tutti gli Stati musulmani a prendere le misure indispensabili per eliminare tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne e combattere tutti i tradizionali rituali che causano danni come le MGF. Tali pratiche sono state manifestamente dichiarate contrarie ai precetti e alle tradizioni dell'Islam.

Dichiarazione del Cairo. Il 14 e 15 dicembre 2008 al Cairo viene organizzata una riunione ad alto livello, considerata una sorta di prolungamento della Dichiarazione del Cairo. Promossa dal Consiglio Nazionale per l'Infanzia e per la Maternità (NCCM) e da Non c'è Pace Senza Giustizia (NPSG), coinvolge rappresentanti di governi e parlamenti di Paesi afro-arabi interessati dalle MGF oltre che organizzazioni ed esponenti della società civile.

Conferenza Mondiale sui Diritti Umani. Le mutilazioni genitali femminili sono considerate una violazione dei diritti umani dal 1993, quando, durante la Conferenza Mondiale sui Diritti Umani svoltasi a Vienna, diverse nazioni hanno preso atto dell'esistenza del problema e, di conseguenza, hanno iniziato a legiferare in merito, proibendo queste pratiche.

Dichiarazione di Istanbul. La Convenzione di Istanbul, adottata nel 2011, è il primo trattato che riconosce l'esistenza delle MGF in Europa e la necessità di affrontare il fenomeno in modo sistematico.

Dichiarazioni e rapporti OMS

Dichiarazione congiunta contro la pratica delle mutilazioni genitali femminili del 1997. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS, o in inglese WHO-World Health Organization), pubblica con il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF) e il Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA) la prima dichiarazione congiunta. Da questo momento molti sforzi sono stati intrapresi nel contrasto alle MGF, attraverso ricerche, progetti di sensibilizzazione presso le comunità interessate, l'impegno delle politiche pubbliche.

Risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Salute. Nel 2008 l'organo decisionale dell'OMS (World Health Assembly) rende pubblica una risoluzione (WHA61.16) sulla eliminazione delle MGF, sottolineando la necessità di un'azione congiunta in tutti i settori, come l'educazione, le finanze, la giustizia e le questioni di genere.

OMS, Eliminare le mutilazioni genitali femminili (*WHO, Eliminating female genital mutilation. An interagency statement*). Nel 2008 l'OMS, insieme ad altri 9 partners delle Nazioni Unite, pubblica un nuovo rapporto in favore dell'abbandono delle MGF, che tiene conto del lavoro di sensibilizzazione già effettuato. Il rapporto presenta nuovi dati epidemiologici raccolti nel corso dell'ultimo decennio sulle pratiche, così come aggiornamenti sull'introduzione in alcuni paesi di legislazioni specifiche contro le MGF.

OMS, Strategia mondiale finalizzata a impedire agli operatori della salute di praticare le MGF (*WHO, Global strategy to stop health care providers from performing female genital mutilation*). Nel 2010 l'OMS pubblica delle linee d'indirizzo strategiche a livello globale, in collaborazione con altre agenzie e organizzazioni internazionali delle Nazioni Unite. Nella prospettiva globale che la lotta contro le MGF ha ormai assunto, l'OMS sottolinea i progressi già realizzati: dalla messa a punto di organi di monitoraggio internazionale, alla revisione dei quadri giuridici (in particolare l'adozione di leggi contro le MGF in 24 paesi africani e in diversi stati di due altri paesi, così come in 12 paesi industrializzati a densa immigrazione di popolazioni provenienti da paesi interessati dal MGF), alla diminuzione della frequenza di MGF e il corrispondente aumento del numero di donne e di uomini favorevoli alla loro soppressione nelle comunità in cui sono praticate.

Le risoluzioni delle Nazioni Unite

Risoluzione delle Nazioni Unite per intensificare gli sforzi globali per l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili, 2012 (*FGM resolution: Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilation*) Il 20 dicembre 2012, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite adotta una Risoluzione [A/RES/67/146] contro le mutilazioni genitali femminili. La Risoluzione, promossa da due terzi dell'Assemblea Generale, compreso tutto il Gruppo Africano, è stata adottata da tutti i membri delle Nazioni Unite nell'intenzione di sancire una condanna globale. La sua adozione riflette l'intesa universale nel ritenere che le mutilazioni genitali femminili costituiscano una violazione dei diritti umani e che tutti tutti i paesi del mondo dovrebbero intraprendere "*tutte le misure necessarie, inclusa la promulgazione ed il rafforzamento di legislazioni che proibiscano le MGF, per proteggere donne e bambine da queste forme di violenza e per porre fine all'impunità*".

Le risoluzioni del parlamento europeo

L'Unione Europea (UE) ha sollevato per la prima volta l'urgenza di affrontare la questione delle MGF nel 2006 all'interno di una risoluzione del Parlamento europeo sulla lotta alla violenza sulle donne cui è seguita, nel 2009, una risoluzione espressamente dedicata alla lotta alle MGF nella UE. Il Parlamento europeo ha stimato che 500.000 donne e bambine che vivono in Europa stanno soffrendo le conseguenze delle MGF per tutta la loro vita e un altro 180 mila sono a rischio ogni anno. La Commissione europea si è impegnata a dar vita ad un'ampia strategia UE e ad elaborare altre proposte di politiche per combattere la violenza contro le donne, la violenza domestica e le MGF nell'ambito del Piano d'azione per l'attuazione del Programma di Stoccolma adottato il 20 aprile 2010.

Parlamento Europeo, Risoluzione del 20 settembre 2001 sulle mutilazioni genitali femminili (*European Parliament resolution on female genital mutilation (2001/2035-INI)*)

Parlamento Europeo, Risoluzione del 14 giugno 2012 sul mettere fine alle mutilazioni genitali femminili (*European Parliament resolution of 14 June 2012 on ending female genital mutilation*)

Parlamento Europeo, Risoluzione del 6 febbraio 2014 intitolata "Verso l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili" (*European Parliament resolution of 6 February 2014 on the Commission communication entitled 'Towards the elimination of female genital mutilation'*)

In Italia

In Italia, dal 2006, vi è una specifica disposizione penale relativa alle MGF: **Legge n. 7/2006 Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile** (chiamata Legge Consolo).

Gli articoli 583bis e 583ter di questa legge vietano l'esecuzione di tutte le forme di MGF, fra le quali la clitoridectomia, l'escissione, l'infibulazione e qualsiasi altra pratica che causa effetti dello stesso tipo o malattie psichiche o fisiche.

È inoltre applicabile il principio di extraterritorialità, che rende punibili le MGF anche se commesse al di fuori del paese. Questa legge non solo vieta le mutilazioni genitali femminili, ma impone anche una serie di misure preventive, servizi di sostegno per le vittime di MGF e iniziative di informazione e formazione.

Articolo 583 Bis20

Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili è punito con la reclusione da quattro a dodici anni. Ai fini del presente articolo, si intendono come pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione e qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo.

Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, provoca, al fine di menomare le funzioni sessuali, lesioni agli organi genitali femminili diverse da quelle indicate al primo comma, da cui derivi una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre a sette anni. La pena è diminuita fino a due terzi se la lesione è di lieve entità.

La pena è aumentata di un terzo quando le pratiche di cui al primo e al secondo comma sono commesse a danno di un minore ovvero se il fatto è commesso per fini di lucro.

La condanna ovvero l'applicazione della pena su richiesta delle parti a norma dell'articolo 444 del codice di procedura penale per il reato di cui al presente articolo comporta, qualora il fatto sia commesso dal genitore o dal tutore, rispettivamente:

- 1) la decadenza dall'esercizio della responsabilità genitoriale;*
- 2) l'interdizione perpetua da qualsiasi ufficio attinente alla tutela, alla curatela e all'amministrazione di sostegno.*

Le disposizioni del presente articolo si applicano altresì quando il fatto è commesso all'estero da cittadino italiano o da straniero residente in Italia, ovvero in danno di cittadino italiano o di straniero residente in Italia. In tal caso, il colpevole è punito a richiesta del Ministro della giustizia.

Articolo 583 Ter

La condanna contro l'esercente una professione sanitaria per taluno dei delitti previsti dall'articolo 583 bis importa la pena accessoria dell'interdizione dalla professione da tre a dieci anni. Della sentenza di condanna è data comunicazione all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri

(1) Il presente articolo è stato inserito dall'art. 6, L. 09.01.2006, n. 7, con decorrenza dal 02.02.2006.

(2) Il presente comma è stato inserito dall'art. 4, L. 01.10.2012, n. 172, con decorrenza dal 23.10.2012.

(3) Le parole "potestà dei genitori" sono state sostituite dalle parole "responsabilità genitoriale" ai sensi dell'art. 93, D.Lgs. 28.12.2013, n. 154, con decorrenza dal 07.02.2014.

(4) Si tratta di una pena interdittiva di carattere speciale, in quanto è prevista una durata maggiore di quella che si sarebbe avuta applicando i principi comuni in materia di interdizione (v. artt. 30 e 37).

Codice di Deontologia Medica

Art. 3 Doveri generali e competenze del medico. *Doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. Al fine di tutelare la salute individuale e collettiva, il medico esercita attività basate sulle competenze, specifiche ed esclusive, previste negli obiettivi formativi degli Ordinamenti didattici dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi dentaria, integrate e ampliate dallo sviluppo delle conoscenze in medicina, delle abilità tecniche e non tecniche connesse alla pratica professionale, delle innovazioni organizzative e gestionali in sanità, dell'insegnamento e della ricerca. La diagnosi a fini preventivi, terapeutici e riabilitativi è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico e impegna la sua autonomia e responsabilità. Tali attività, legittimate dall'abilitazione dello Stato e dall'iscrizione agli Ordini professionali nei rispettivi Albi, sono altresì definite dal Codice.*

Art. 18 Trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica. *I trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica sono attuati al fine esclusivo di procurare un concreto beneficio clinico alla persona.*

Art. 52 Tortura e trattamenti disumani. *Il medico in nessun caso collabora, partecipa o presenzia a esecuzioni capitali, ad atti di tortura, violenza o a trattamenti crudeli, disumani o degradanti. Il medico non attua mutilazioni o menomazioni non aventi finalità diagnostico-terapeutiche anche su richiesta dell'interessato.*

Le MGF/C tra gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile

Nel settembre del 2015 la comunità globale sigla un accordo chiamato Agenda 2030, per perseguire obiettivi di sviluppo entro il 2030 (*Sustainable Development Goals-SDGs*), inserendo nell'Obiettivo 5 (parità di genere) l'eliminazione di tutte le pratiche nocive, tra le quali i matrimoni precoci e forzati e le MGF/C.

Principali documenti per porre fine alle MGF

Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo. Programma d'azione della Conferenza Internazionale sulla popolazione e lo sviluppo **1994**. Art. 4.22, 7.5, 7.6, 7.35, 7.40, azione chiave 52

IV Conferenza mondiale sulle donne. Dichiarazione finale e piattaforma per l'azione **1995**

UNICEF, OMS e UNFPA. Mutilazioni genitali femminili: una dichiarazione congiunta **1997**

Commissione sulla condizione femminile. Risoluzione relativa all'abolizione della pratica delle mutilazioni genitali femminili (E/CN.6/2007/L.3/Rev.1) **2007**

OHCHR, OMS, UNAIDS, UNDP, UNIFEM, UNEC, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF. Eliminazione delle mutilazioni genitali femminili: una dichiarazione congiunta **2008**

Assemblea generale delle Nazioni Unite. Risoluzione sulle pratiche tradizionali o consuetudinarie che colpiscono la salute delle donne. **2001**

Assemblea generale delle Nazioni Unite. Risoluzione A/RES/67/146: intensificare gli sforzi globali per l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili. **2012**

Assemblea generale delle Nazioni Unite. Risoluzione A/RES/70/1: Trasformare il nostro mondo: l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile. **2015** Obiettivo 5.3

Organizzazione per l'Unità Africana. (adesso Unione Africana) Protocollo alla Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli (o Carta di Banjul) sui diritti delle donne in Africa. **2003** Art. 5

Consiglio d'Europa. Risoluzione 1247 (2001) sulle mutilazioni genitali femminili. **2001**

Consiglio d'Europa. Risoluzione 1662 (2009) agire per combattere le violazioni dei diritti umani fondate sul sesso, compreso il sequestro di donne e ragazze. **2009** Art.1,4,5,7.2, 7.4

Consiglio d'Europa. Convenzione sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul), 2011 Art. 38

Parlamento Europeo. Risoluzione del 20 settembre 2001 sulle mutilazioni genitali femminili (2001/2035(INI)), 2001

Parlamento Europeo. Risoluzione sulla lotta contro le mutilazioni sessuali femminili praticate nell'UE (2008/2071(INI)) **2008**

Parlamento Europeo. Risoluzione del 14 giugno 2012 sull'abolizione delle mutilazioni genitali femminili (2012/2684(RSP)) **2012**

Unione Europea. (Commissione europea e/o Consiglio Europeo) Orientamenti dell'UE relativi alla promozione e alla protezione dei diritti del bambino **2007**

Unione Europea. (Commissione europea e/o Consiglio Europeo) Orientamenti dell'UE sulle violenze contro le donne e la lotta contro tutte le forme di discriminazione nei loro confronti. **2008**

Unione Europea. (Commissione europea e/o Consiglio Europeo) Strategia per la parità tra donne e uomini 2010-2015. 2010 Azione chiave 4.1

Unione Europea. (Commissione europea e/o Consiglio Europeo)

Dichiarazione congiunta del Vicepresidente della Commissione Europea e dell'Alto Rappresentante in occasione della Giornata internazionale contro le mutilazioni genitali femminili (MEMO/11/73). **2011**

Unione Europea. (Commissione Europea e/o Consiglio Europeo)

Direttiva sui diritti delle vittime (2012/29/UE), che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato. **2012** Art. 17

Unione Europea. (Commissione Europea e/o Consiglio Europeo)

Comunicazione: Verso l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili (COM (2013)833 final). **2013**

Unione Europea. (Commissione Europea e/o Consiglio Europeo)
Impegno strategico per l'uguaglianza di genere 2016-2019. **2015**
Art. 3.4

Unione Europea. (Commissione Europea e/o Consiglio Europeo)
Documento di riflessione del 9° forum europeo sui diritti dell'infanzia:
coordinazione e cooperazione nei sistemi integrati di tutela dei minori. **2015**

Diritti umani protetti dalle convenzioni internazionali e violati dalle MGF

Diritto alla salute

Articolo 3 della Dichiarazione universale dei diritti umani; Articolo 6 del Patto internazionale dei diritti civili e politici

Dignità umana

Articolo 22 della Dichiarazione universale dei diritti umani

Diritto a non subire discriminazioni (in base al sesso)

Articolo 2 della Dichiarazione universale dei diritti umani;
Articolo 2 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali;
Articoli 2 e 26 del Patto internazionale sui diritti civili e politici;
tutti gli articoli della Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne.

Diritto all'uguaglianza tra uomini e donne

Article 3 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights; Article 3 of the International Covenant on Civil and Political Rights; all articles of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women

Diritto al più elevato livello di salute possibile

Articolo 25 della Dichiarazione universale dei diritti umani;
Articolo 12 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali;
Articolo 12 della Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne.

Diritti dell'infanzia

Articoli 2, 3, 6, 19, 24 e 37 della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza

Diritto a essere esente da tortura e da altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti

Articolo 5 della Dichiarazione universale dei diritti umani;
Articolo 7 del Patto internazionale sui diritti civili e politici; tutti gli articoli della Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti

MGF e il diritto allo status di rifugiato

La “Nota orientativa sulle domande d’asilo riguardanti la mutilazione genitale femminile” emessa dall’UNHCR a maggio del 2009 stabilisce che “una ragazza o una donna che chiede asilo poiché è stata obbligata a sottoporsi, o è probabile che sarà soggetta, a MGF/E può avere titolo allo status di rifugiato ai sensi della Convenzione relativa allo status dei rifugiati del 1951”.

Le linee guida dell'UNHCR ritengono la MGF/E una forma di violenza basata sul genere che infligge grave danno, sia fisico che mentale, e costituisce persecuzione.

Nell'Unione Europea, altri 14 Paesi hanno già accordato la protezione internazionale alle richiedenti asilo sulla base di MGF/E: Austria, Belgio, Francia, Germania, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Paesi Bassi, Regno Unito, Romania, Slovacchia, Svezia e Ungheria (EIGE 2013, 46-47).

Alcuni motivi per cui le Mutilazioni Genitali Femminili non dovrebbero più essere praticate

- Le mutilazioni genitali femminili sono una violazione dei diritti umani.
- Tutti i bambini hanno il diritto di avere un corpo sano.
- Non esiste in nessuna religione al mondo la prova scritta della richiesta di praticare le mutilazioni genitali femminili.
- Il corpo femminile va bene così come è stato creato.
- Le mutilazioni genitali femminili sono vietate in Italia e in molti altri paesi, tra cui anche quelli dove sono praticate le MGF.
- Le bambine e le donne che non hanno subito mutilazioni genitali hanno meno dolori, sono più sane e vivono più a lungo.
- Le mutilazioni genitali femminili possono essere causa di successiva sterilità.
- Le donne che non hanno subito mutilazioni genitali hanno meno problemi al momento del parto.
- Danni sulla salute psico-fisica.



A tutte le donne, a tutte le bambine, a tutte le persone che non rimangono paralizzate dalle ferite silenti e silenziose, ma vivono e danno senso alla vita.
Faiza Mahri



Box informativo 1

Ricerca sul campo

Patrizia Farina, Giorgia Papavero

La femminilizzazione dei flussi migratori è uno dei tratti più importanti dei processi di mobilità internazionale degli ultimi tre decenni. Le donne migranti rappresentano oggi poco meno della metà della popolazione in movimento verso paesi differenti da quello di origine. Anche in Italia la presenza femminile è ormai la metà della popolazione straniera presente anche se con marcate differenze fra le provenienze. Questo flusso ha avuto l'effetto di moltiplicare le relazioni fra le utenti immigrate e gli operatori e le operatrici dei servizi – in ambito sanitario ed educativo principalmente – finalizzate a soddisfare bisogni di salute, non sempre traducibili in situazioni a noi familiari. Fra questi possono essere senz'altro annoverate le condizioni delle donne portatrici di mutilazione genitale (da ora MGF), giunte all'attenzione dell'Italia proprio in conseguenza dell'ingresso di donne da paesi dove la pratica è diffusa. Per questo motivo il Dipartimento pari opportunità ha promosso e finanziato un'indagine nazionale affidata all'Università Milano Bicocca che da un lato indica l'intensità del fenomeno e il rischio per le bambine, dall'altra si sofferma sull'opinione e sulle intenzioni delle donne immigrate stesse. Queste ultime trovano linfa soprattutto nelle radici culturali e nelle dinamiche sociali delle comunità stesse anche in emigrazione. Per questa ragione le azioni di contrasto devono essere concepite e organizzate con iniziative di condivisione e di abbandono della pratica che partano dalle comunità stesse, da leader capaci di “rompere” una norma sociale che reitera una pratica spesso diffusa più per timore di essere emarginate nella comunità che per convinzione delle donne stesse.

Questa metodologia di intervento è stata fruttuosa nei paesi di origine delle donne, e sebbene richieda sforzi maggiori e decisamente prolungati nel tempo, è il solo tipo di intervento che assicura l'abbandono definitivo della pratica.

I box disseminati lungo il volume mettono in luce i principali risultati della ricerca.



Mutilazioni genitali femminili e l'azienda sanitaria locale

Elisabetta Negri

Come azienda sanitaria teniamo a ribadire il nostro impegno, che è stato formalizzato con la sottoscrizione del protocollo con l'articolata rete di enti ed organizzazioni oggi presenti.

Siamo presenti in maniera attiva al tavolo interistituzionale sulle MGF sin dalla sua costituzione ed abbiamo avuto modo di coglierne la ricchezza culturale, la utilità del confronto e la grande forza dei richiami operativi che questo tavolo ha generato nei suoi partecipanti.

Siamo qui per dire una volta di più che ci interessa, e tanto, comprendere come sempre meglio attivarci rispetto al fenomeno che qui trattiamo, comprendere quali sono gli approcci più consoni da tenere nell'avvicinare le donne che hanno subito MGF e che potrebbero, potenzialmente, reiterarle.

Si tratta di un fenomeno caratterizzato dalla straordinaria complessità delle tematiche che si intersecano nella vita di queste donne sia all'interno della loro comunità, che nella società intera, in particolare nel paese in cui sono immigrate.

Come sappiamo bene si intrecciano l'ambito della salute riproduttiva, della qualità della vita, dei diritti umani e delle questioni di genere.

La MGF è causa documentata di un'ampia gamma di complicanze a livello fisico, sessuale e psicosociale di breve e lunga durata.

Se le campagne contro le MGF si fermano solo a livello legislativo possono produrre seri danni. Potrebbero infatti spingere i genitori a portare le bambine nei paesi di origine o ad interventi clandestini.

Ecco quindi la necessità di investire in Prevenzione e Sensibilizzazione che passano attraverso l'informazione dal punto di vista sanitario, culturale e giuridico.

Ecco perché crediamo tanto negli incontri con le comunità che ci aiutino ad aprire riflessioni su come lavoriamo, su come nella nostra pratica quotidiana possiamo dotarci anche di piccoli accorgimenti che favoriscano un approccio adeguato a storie di sofferenza, che ci aiutino a non stigmatizzare.

Negli anni sono stati effettuati incontri con alcune comunità individuate come maggiormente interessate da questo fenomeno sul nostro territorio: Nigeriana, Egiziana e Burkina. Gli incontri si sono tenuti non solamente con i referenti ma con tutte le persone appartenenti alle varie associazioni invitate a partecipare. Purtroppo il sopraggiungere della pandemia ha impedito di continuare questa attività. Se in ambiti come i consultori si è in prima linea a comprendere quante conseguenze negative sia fisiche che psicologiche portano con sé le MGF, negli stessi ambiti si stabiliscono rapporti di fiducia tra operatore e paziente che permettono di intervenire nel rendere più rapido il processo di abbandono della pratica.

Fino a prima della pandemia è stato possibile realizzare, nella palestra del consultorio familiare con la partecipazione della psicologa, la presenza continua della mediatrice nigeriana, incontri rivolti a donne in gravidanza e

mamme nel primo anno di vita del bambino, in maggioranza richiedenti asilo di origine africana. Iniziativa pensata con l'obiettivo di accompagnare la gravidanza, parto in ospedale, puerperio e fornire informazioni sulla cura e l'alimentazione del bambino nel primo anno di vita, ma con un'attenzione particolare a capire che cosa pensavano le donne partecipanti delle MGF e come pensavano di comportarsi con le loro figlie. Nel complesso è stata un'esperienza molto interessante e ci ha permesso di conoscere alcuni punti di vista, molto differenti tra di loro, su cui si potrebbe lavorare. Purtroppo anche in questo caso la situazione di emergenza ha impedito di continuare ad effettuare incontri in presenza.

La consapevolezza e il riconoscere il fenomeno migliora l'appropriatezza dell'assistenza offerta in caso di gravidanza e parto (che rappresenta il momento di più facile riconoscimento) e previene il perpetuarsi del fenomeno sulle bambine non solo in Italia ma anche se dovessero tornare nei Paesi di origine, infatti proibire solo la pratica può essere un fenomeno rischioso, che può spingere anche verso interventi clandestini.

Si è già da tempo deciso di utilizzare la sigla "MGF" per segnalare il sospetto. Le ostetriche dei consultori ed i ginecologi sia ospedalieri che territoriali annotano tale sigla nella documentazione clinica della donna per favorire la corretta presa in carico dell'ospedale. Le ostetriche ospedaliere inoltre segnalano il dato nella documentazione clinica di trasferimento al pediatra ospedaliero che riporta il dato nella lettera di dimissione del neonato per informare adeguatamente il pediatra di libera scelta.

Altro momento prezioso può essere l'ultimo bilancio di salute realizzato dai pediatri in occasione del quale affrontare con bambine e genitori il tema delle MGF sia in ottica preventiva che di presa in carico precoce e multidisciplinare delle bambine che hanno subito MGF.

In generale, comunque, tutti i medici all'interno di una relazione curante con i bambini devono essere preparati ad intercettare le MGF e ogni presidio sanitario deve essere allertato sulla pratica delle MGF da ricomprendere all'interno dell'area della violenza ai minori. E' comprensibile come sia delicato il ruolo dei professionisti sanitari territoriali e ospedalieri nel riconoscere i vari aspetti delle MGF durante le visite, gli interventi, l'esecuzione del pap test; così come è delicato affrontare il tema con domande dirette alle donne provenienti da paesi a rischio MGF durante la compilazione della cartella clinica, così come essere sempre attenti nell'individuazione delle MGF e sensibili nei confronti della donna in gravidanza; la gravidanza è un momento prezioso, in quella fase è possibile fornire il counselling adeguato, discutere gli aspetti medico legali legati alle MGF, sottolineare l'importanza della prevenzione, essere attivi nel contrastare i viaggi nei paesi di origine, già dalla gravidanza se aspettano una figlia, ponendo l'accento sull'illegalità della pratica. È necessario prestare attenzione alla cura dell'incontro, della relazione. Nella misura in cui riusciamo ad evitare vergogna, paura del giudizio, potremo costruire una cornice di senso per far emergere la sofferenza e saper accompagnare.

Come operatore della sanità devo fare lo sforzo di approfondire le conoscenze non solo medico-sanitarie, allargando lo sguardo alla dimensione storica, psicologica ed anche socio antropologica, per permetterci di rispondere in modo consono a chi abbiamo di fronte.

Sappiamo quanto sia efficace puntare sulla dimensione pedagogica, sulla promozione della scolarità.

La letteratura ci dice che una madre più acculturata diventa una madre più sensibile ai bisogni dei bambini.

Certo, se pensiamo alle politiche di accoglienza dei migranti, sappiamo quanto possa incidere la qualità dell'accoglienza che riserviamo a chi arriva nel nostro territorio anche sul perpetuare o meno la pratica delle MGF; va da sé che un territorio ostile favorisce la chiusura e il ripiegamento sulla propria cultura di origine anziché lasciare spazio al confronto ed alla acquisizione di consapevolezze differenti.

La possibilità per le donne profughe di veder riconosciute le MGF a cui sono state sottoposte nell'infanzia come violazione grave e permanente della propria fisicità e della propria sessualità all'interno del percorso sanitario per la richiesta di asilo rappresenta un elemento di attenzione perché richiede l'incontro con professionisti preparati all'ascolto della violenza subita ma soprattutto preparati alla conduzione di una visita ginecologica e ginecologica forense assolutamente fuori dai canoni abituali.

Solo mettendo in campo strategie comuni di formazione e sensibilizzazione si può prevenire il fenomeno che rientra nell'ambito della violenza di genere e abuso.

Come negli anni passati pre-pandemia, anche nel prossimo periodo si riproporrà una formazione obbligatoria accreditata della durata di 4 ore (3^a edizione) rivolta a pediatri ospedalieri, pediatri di libera scelta, ginecologi ed ostetriche.



Mutilazioni Genitali Femminili: perché parlarne?

Andrea Foracchia

MGF perché parlarne? E' un argomento che ho sempre detestato. Troppe bruttissime esperienze personali, legate al mio lavoro in Africa in un passato anche recente, mi avevano fatto cancellare molto volentieri questo capitolo dalla mia pratica professionale. Per questo la mia prima risposta alla richiesta di riprendere contatto con questo argomento era stata drastica e istintiva: NO, grazie, non mi interessa. L'Africa è lontana.

Poi un ripensamento...ma è davvero lontana?

L'Africa poteva anche essere lontana ma le donne africane erano ogni giorno, al consultorio, più della metà delle mie pazienti.

Anche se viste in un contesto diverso portavano con sé i colori, le abitudini, gli odori, le storie che avevano inciso profondamente i primi anni della mia attività di ginecologo.

Le guardavo, le mie pazienti di oggi, e le vedevo alle prese con problemi diversi da quelli che avevo conosciuto in Africa: perché occuparsi di MGF?

I problemi sono altri: sfruttamento, gravidanze inaspettate e indesiderate, violenza, una regolarizzazione difficile per residenza e assistenza sanitaria, abitazioni inadeguate, assenza di lavoro, difficoltà a muoversi in un ambiente tanto diverso, problemi di lingua.

E chi si è mai accorto se nella loro storia, spesso difficile e complessa, c'erano state anche le MGF?

Provai ad accennarne alle ostetriche con cui lavoravo...in realtà nessuno ci aveva mai fatto proprio caso.

Molte delle nostre pazienti che vedevamo al Centro per la Famiglia Straniera, venivano dalla Nigeria, dal Senegal, dal Burkina Faso e molte altre che vedevamo al consultorio, regolarmente residenti e iscritte al SSN, erano provenienti da Egitto, Etiopia, India, Pakistan...sono tutti paesi in cui la pratica delle MGF non è rara.

Forse era sufficiente un'attenzione particolare durante la visita ginecologica per rendersi conto che certe "variazioni" che apparivano caratteristiche di alcune provenienze non erano poi "fisiologiche".

Per un breve periodo ci demmo il compito di osservare con attenzione e di registrarle. No, non erano affatto poche. A volte gli esiti non erano così evidenti e i disturbi lamentati non sempre erano riconducibili a quell'unico elemento. Come si può attribuire a un intervento, per quanto mutilatorio, avvenuto 15, 20 anni prima il dolore di oggi? E' vero che spesso dicono di soffrirne da tempo...ma quanto?

E se le pratiche di mutilazione erano avvenute tanto tempo fa e non davano nessun fastidio perché segnalarle e perché andare magari a indagare su ricordi o su episodi che potevano essere spiacevoli? Questa l'obiezione della mediatrice culturale nigeriana: le ragazze nigeriane, spesso vittime della violenza della prostituzione di strada, si rivolgevano a noi per ben altri problemi.

Ecco allora che la mia obiezione si rafforzava. MGF...perché parlarne? Inutile, anzi forse anche dannoso per il riaffiorare di un brutto episodio di tempo addietro. E' vero che qualche volta il tema diventava il motivo principale della visita e andava cercata una soluzione. Come per quei due giovani ragazzi egiziani, lei giovanissima appena arrivata in Italia, con l'aspetto un po' spaesato di chi si trova al cospetto di un medico anziano e straniero a parlare di un problema così intimo. Ma per fortuna c'era il giovane sposo, affettuoso, protettivo e non meno ansioso e disorientato di lei. Un matrimonio "combinato", ma si conoscevano da tempo ed erano stati contenti di sposarsi. Dopo anni di permanenza in Italia lui era tornato a casa e si erano sposati. Sarebbero stati felici, ma non riuscivano ad avere rapporti: le MGF in Egitto sono molto spesso quelle più gravi ed erano passati ormai vari mesi da quando si erano sposati. Le indicazioni che gli erano state date da casa per "aprirsi la strada" non se la sentiva di seguirle perché aveva paura di farle male e di crearle dei problemi. È stato bello potere offrire loro una soluzione che li ha visti tornare dopo non molto con l'annuncio di una gravidanza.

Ma quanti erano, in numero, questi casi e quanto più numerose invece le gravidanze da seguire, sempre un po' particolari nelle donne straniere, oppure i casi di violenza, le patologie da trasmissione sessuale, le gravidanze impreviste, le malattie legate allo sfruttamento lavorativo o i tanti "mal di pancia" legati solo al malessere di una condizione migratoria inaspettatamente difficile.

Ma un aspetto positivo del mio lavoro al Consultorio e al Centro per la Famiglia Straniera è sempre stato il potersi confrontare con colleghi delle più diverse professionalità e provenienze, poter parlare assieme in una situazione di assoluta parità e gettare in questo modo uno sguardo al di fuori del campo prevalentemente sanitario. Si dice spesso che la Salute non si crea e non si difende negli ambulatori e negli ospedali: questi rimangono dei punti di riferimento importanti ma sono inutili se non si allarga lo sguardo. Facile dirlo ma più difficile viverlo.

Il confronto con mediatrici culturali, ostetriche, assistenti sociali, psicologi, assistenti sanitarie, colleghi pediatri, educatori, volontari che accompagnavano le pazienti è stato importante anche per rivalutare alcune convinzioni personali e superare obiezioni e idee preconcepite.

E allora anche le MGF vengono rivalutate in un'ottica differente.

Non le si valutano più con l'occhio dell'epidemiologo che ne misura incidenza e gravità e neanche con l'occhio del clinico che ne valuta l'impatto sulla salute e la possibilità di guarigione o attenuazione dei disturbi.

Ci si rende conto che nelle famiglie immigrate dai paesi dove le MGF, per quanto ufficialmente vietate, vengono ancora largamente praticate e sono ancora culturalmente rilevanti, questo tema, anche se non se ne parla esplicitamente, viene in qualche modo a galla. Si comprende che anche le nostre pazienti tornando a visitare la famiglie di origine portano con sé le loro bambine, esponendole involontariamente al rischio di essere sottoposte a queste pratiche.

Se l'unica informazione che hai è quella che ti deriva dalle tradizioni e dalle abitudini della famiglia o del villaggio, se la tua esperienza, per quanto dolorosa, è comunque sfumata nel tempo, se ti sembra opportuno che tua figlia porti un segno importante della sua cultura e magari possa in futuro candidarsi a un matrimonio "vantaggioso", allora certi consigli a fare questa "piccola operazione" possono non sembrare così assurdi.

In Italia, da quando sei arrivata, nessuno ha avuto occasione di parlartene e non hai informazioni diverse da quelle che ti vengono dalla tradizione. Non sai neppure se è ammessa o no dalla legge.

Certo in Italia alle bambine non viene praticata, ma forse è solo questione di abitudini e culture diverse.

Nella mia professione un ritornello sempre valido e più volte ripetuto è quello della prevenzione e dell'educazione sanitaria.

Quanto tempo utilizzato per spiegare comportamenti corretti, precauzioni da prendere, rischi da evitare. E allora perché non affrontare anche questo argomento? La concomitanza di un progetto regionale di informazione che aveva coinvolto il Comune di Reggio è stata una felice coincidenza che ha permesso di allargare il numero di persone e istituzioni coinvolte.

Insieme si è lungamente pensato e soprattutto si è ascoltata la voce di alcuni esponenti delle comunità di immigrati: la strategia è stata quella di inserire questo argomento in quello più ampio della prevenzione e della salute delle donne e delle bambine. I vari incontri che sono avvenuti in forme e luoghi diversi ci hanno sempre sorpreso per l'interesse che l'argomento suscitava e per la grande libertà con cui le donne ne parlavano. La vivacità delle discussioni, la voglia di capire i potenziali problemi, il desiderio di difendere e proteggere le proprie bambine e di conoscere di più per potersi fare a propria volta portatori di questo messaggio sono stati fortissimi e spesso hanno coinvolto anche la componente maschile della comunità.

Ritrovarsi insieme è stata anche un'occasione per sentirci, una volta di più, membri di una stessa comunità cittadina in cui ognuno, rispettoso delle culture e delle tradizioni altrui, era disponibile a rivedere i propri comportamenti. Capire gli altri, ascoltare le motivazioni che portano a un comportamento è l'unico modo per poterci riflettere e perché possa avvenire un cambiamento: lo abbiamo sperimentato direttamente.

Non ci sono stati atteggiamenti che rischiavano di trasferirsi dalla condanna della pratica alla condanna di una cultura o di una persona.

Anche la spiegazione della legge in vigore in Italia e delle sanzioni previste non sono state recepite come una minaccia o come una imposizione ma come una logica e doverosa difesa delle persone più deboli: le ragazze e le bambine.

Scoprire che divieti e leggi analoghe spesso esistevano anche in molti dei paesi africani è stata per molti di noi una piacevole conferma che non esistevano motivazioni perché questa pratica potesse sussistere.

I toni scandalistici spesso utilizzati anche dai politici che avevano promosso la legge non hanno sfiorato mai i nostri incontri che sono risultati inaspettatamente facili da condurre: tali e tanti erano l'interesse e il coinvolgimento suscitati.

E che pone le basi per confronti costruttivi anche su tanti altri aspetti che possono differenziarci ma che non devono dividerci.

Un approccio solo "legale" ("è vietato e sono previste pene severe") o solo medico ("può risultare pericoloso o dannoso") o solo culturale e religioso ("non è vero che risponda a una prescrizione religiosa") per quanto tutti validi e da sottolineare non possono esaurire un colloquio che ha la sua base prima di tutto nell'incontro tra persone e culture di pari dignità.

È stata questa la base che ha reso il progetto di "lotta alle MGF" non una battaglia "contro" ma un percorso "per".

Un motivo di incontro tra culture e l'affermazione di principi universalmente validi.

Perché parlarne? Questa era la domanda iniziale.

Perché non averne parlato anche prima? Questa è la domanda che mi pongo adesso.

Da una realtà lontana a una realtà del territorio

Elsa Munarini

Si può vivere a contatto con le mutilazioni genitali femminili (MGF) senza accorgersi che esistono.

Questa triste conclusione viene dalla mia esperienza di Ginecologa presso il Servizio Salute Donna dell'AUSL.

Per mancanza di formazione e sensibilizzazione si può lavorare senza porre particolare attenzione a questo grave fenomeno nonostante l'incremento delle donne immigrate nella nostra società ci richieda attenzione a nuove problematiche.

Parlo di formazione perché durante il mio corso di studi in Medicina e di specializzazione in Ginecologia il tema non è mai stato affrontato nelle lezioni e non era neppure presente sui libri di testo.

Il mio primo contatto con alcuni casi di infibulazione è stato durante la pratica in Scuola di Specialità per l'incontro con donne somale di recente immigrazione che richiedevano l'intervento di specialisti per poter avere rapporti sessuali, impossibili per la gravità della mutilazione subita.

La gravità del quadro e l'esiguità della casistica inducono a percepire questa pratica come qualcosa di eccezionale e lontano dalla nostra realtà.

Solo a distanza di anni la sensibilizzazione all'argomento è avvenuta grazie all'istituzione del Tavolo Interistituzionale per il contrasto alle MGF e a corsi d'aggiornamento sull'argomento.

L'attenzione degli Operatori Sanitari a questa nuova realtà, l'impegno a riconoscere le MGF per poterne parlare con le pazienti ha permesso di svolgere un ruolo attivo nel cercare di prevenire il perpetuarsi della pratica.

Le mutilazioni che più frequentemente vengono alla mia osservazione sono casi di clitoridectomia.

È possibile che più lievi modificazioni sfuggano all'osservazione perché si confondono con la grande variabilità della conformazione fisiologica dei genitali esterni femminili. Conoscere il fenomeno è il primo presupposto per riconoscerlo e poterne parlare con le donne.

Ho riscontrato spesso grande difficoltà delle donne sottoposte a MGF ad affrontare l'argomento che è estremamente delicato perché chiama in causa il proprio vissuto e le proprie tradizioni. Non mi è chiaro se la difficoltà di parlarne sia legata al non ricordare perché troppo piccole all'epoca, oppure se non si vuole ricordare il dolore di un grande trauma subito, se è per pudore o per vergogna.

Raramente il problema mi è stato posto spontaneamente dalla paziente.

A questo proposito ricordo una ragazza nigeriana di 20 anni che mi ha parlato apertamente della propria esperienza di mutilazione come di un problema ancora vivo. La clitoridectomia praticata in età infantile, prima della migrazione, rimaneva in lei come un profondo dolore, un trauma difficile da superare e che le condizionava i rapporti sessuali col partner.

La consapevolezza di questa ragazza le ha permesso comunque di accettare l'aiuto della Psicologa del nostro Servizio.

Il Tavolo Interistituzionale ha promosso incontri informativi con varie comunità in cui è presente la pratica delle MGF.

Data la delicatezza di un argomento così intimo, gli operatori hanno pensato di affrontare il tema all'interno d'incontri di educazione sanitaria e prevenzione della salute femminile che comprendessero più argomenti per non creare imbarazzo o inibizione.

Ho partecipato ad incontri con la comunità di donne del Burkina Faso e successivamente con comunità di donne Arabe.

Al contrario dei nostri timori, affrontare il tema delle MGF nelle comunità è stato facile per la disponibilità ed apertura al dialogo delle donne. E' emerso con chiarezza come la MGF sia una pratica a loro imposta e che, seppure ingiusta, le difficoltà legate alla cultura e alle tradizioni ne rendono difficile l'abbandono.

È stato un bel momento di condivisione in occasione del quale abbiamo cercato di trasmettere loro una serie d'informazioni e una nuova consapevolezza, sperando che questa pratica dannosa per la salute psico-fisica possa prima o poi interrompersi.

Sembra che il cambiamento della percezione del fenomeno nella popolazione immigrata possa avere un feedback positivo sul contesto del paese di provenienza.

Nel 2014 è uscita un'interessante pubblicazione a seguito di un'indagine sulle MGF in Emilia Romagna condotta dalla Sociologa Isabella Simonelli e dalla Psicologa Maria Giovanna Caccialupi. Dai dati emersi pare che il giudizio positivo sulla pratica diminuisca in modo costante nelle donne straniere con l'aumentare degli anni di permanenza in Italia e che il giudizio di condanna della pratica avvenga già nei primi 5 anni di migrazione per poi consolidarsi ulteriormente.

La mia esperienza conferma tale affermazione ed anche la necessità che occorra molto tempo perché la percezione del fenomeno si modifichi. Parlando con una gravida profuga nigeriana circoncesa, arrivata in Italia da pochi mesi, ponendole il quesito in merito a quali intenzioni avesse sull'argomento MGF per la figlia in arrivo, la ragazza sembrò stupita: mi confermò la sua intenzione di proseguire una pratica che lei riteneva "normale".

Probabilmente era la prima volta che si trovava a riflettere sull'argomento.

Parlando in modo analogo con una gravida pakistana circoncesa e in Italia da circa 4 anni, la risposta è stata: "dipende da come sarà l'aspetto dei genitali della bimba". La risposta mi è apparsa singolare perché non sembrava rispettare la tradizione che raccomanda una mutilazione al di là della conformazione genitale. A mio parere quella affermazione poteva esprimere un dubbio con un margine di scelta ancora possibile. La Signora ha poi affermato che la MGF non è un vincolo religioso, bensì una pratica finalizzata a limitare il piacere delle donne affinché non diventino "di facili costumi".

Ha inoltre concordato sul fatto che questo modo di pensare non corrisponda alla realtà e che la mutilazione risulti essere molto limitante per la donna, esprimendo, inoltre, la disponibilità a discuterne col marito.

È stata riconosciuta l'importanza del padre al pari di quello della madre nella scelta. Ho incontrato alcuni casi di donne che si sono salvate dalla circoncisione per volere del proprio padre, rifiutando così una tradizione trasmessa dalla comunità d'appartenenza. E' pertanto indispensabile coinvolgere anche il partner maschile nella promozione del rispetto dell'integrità fisica delle figlie.

Durante i colloqui nessuna paziente sembrava a conoscenza del fatto che praticare una MGF ad una figlia, anche se all'estero, costituisca un reato in Italia. L'informazione è importante, nella speranza che contribuisca a disincentivare la prosecuzione della pratica.

Voglio qui ribadire l'impegno del Consultorio Familiare, a cui si presentano donne di ogni età e di diverse provenienze, nell'impegno alla prevenzione delle MGF.

Poiché le donne che hanno subito una MGF sono coloro che possono riproporre la pratica alle figlie, il Servizio Salute Donna è impegnato a riconoscere queste utenti e aprire con loro un dialogo finalizzato a dare corrette informazioni e modificare la percezione del fenomeno.

Il rapporto continuativo che si instaura tra operatori e donne seguite in gravidanza favorisce un lavoro di prevenzione basato sul dialogo, la fiducia ed il rispetto reciproco.

La domanda ricorrente che mi è stata rivolta e che più mi ferisce è: "Cosa posso fare per provare piacere?" Questa domanda è una richiesta d'aiuto, uno stimolo a continuare una battaglia in difesa dei diritti umani. Occorre attenzione e tanta pazienza, evitando l'indifferenza perché l'indifferenza è complicità.



La mia storia con le Mutilazioni Genitali Femminili

Mi trovo così a sognare... si può sognare
Maria Cristina Gemmi

Sono un'ostetrica anziana...la mia storia professionale inizia tanti anni fa. Negli anni in cui ho frequentato la scuola per ostetriche il tema MGF non rientrava nel piano di studi, ma neppure nell'ambito degli argomenti di conoscenza e interesse.

Stiamo parlando dell'inizio degli anni '80...un altro mondo, ormai piuttosto lontano e superato.

Durante i primi anni di lavoro, presso una piccola Maternità della provincia, credevo che la presenza di piccole labbra molto ridotte o quasi assenti che osservavo in alcune donne di origine africana o pakistana, fosse una caratteristica fisica legata al gruppo etnico di appartenenza, come il colore della pelle o degli occhi. Le donne non parlavano spontaneamente dell'esperienza subita, d'altra parte durante il colloquio solitamente non indagavo... non chiedevo alle persone il motivo dei loro occhi verdi o della forma della loro bocca, tantomeno dell'aspetto della vulva.

Dopo la metà degli anni '80 ho iniziato a vedere su alcune riviste, campagne informative contro le mutilazioni genitali, promosse da gruppi di donne che si battevano per l'emancipazione femminile in Africa, ma che perlopiù vivevano in paesi del nord del pianeta, con situazioni socio-culturali completamente differenti e che non erano direttamente coinvolte da questa pratica.

Dopo avere iniziato a lavorare sul territorio nel 1998, ho cominciato ad incontrare un numero maggiore di donne provenienti da paesi a forte pressione migratoria in particolare dall'Africa.

Le donne che incontravo provenivano per lo più da paesi in cui venivano praticate mutilazioni di tipo 1-2. Ricordo di avere incontrato due donne con MGF di 3° grado durante l'attività di screening del collo dell'utero. Credo sia stato inevitabile trasmettere stupore e preoccupazione attraverso il mio sguardo, sebbene cercassi di controllarlo: dalla posizione sdraiata sul lettino ginecologico nel campo visivo delle donne c'è il volto dell'operatore con la relativa espressione.

In quegli anni è iniziato un lavoro più preciso e ampio di ricerca sul fenomeno e ho avuto la possibilità di documentarmi meglio.

Nel 2006 mi è stato richiesto di partecipare ad una tavola rotonda, nell'ambito di un convegno ginecologico, per portare l'esperienza dell'ostetrica a proposito del tema MGF. Quella per me fu un'importante opportunità di approfondimento: lessi il testo della Legge n. 7/2006 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", all'epoca appena uscita. Venni a conoscenza dei pronunciamenti dei tavoli internazionali come la "Dichiarazione del Cairo per l'eliminazione delle MGF", il "Protocollo di Maputo", le posizioni del Forum Mondiale delle Donne.

Intervistai le mie colleghe ostetriche in merito alla loro esperienza con donne portatrici di MGF e iniziai ad interrogarmi sulle motivazioni che stanno alla base di questa pratica, da dove mai arrivasse. In seguito ho assistito a diversi convegni in cui si trattava di MGF e delle questioni correlate: l'intervento chirurgico che può facilitare il parto spontaneo nei casi più complessi, la successiva ricostruzione dopo il parto.

Un tema oggetto di discussioni anche molto accese fu la proposta di un rito alternativo, che potesse però mantenere il significato simbolico della pratica. Per me, donna di origine europea e ostetrica, era molto difficile accettare questa possibilità anche solo come pratica temporanea, in attesa di giungere all'eliminazione totale.

Le bambine e i bambini hanno assolutamente diritto all'integrità del proprio corpo, ma queste bambine e questi bambini crescono in famiglie, in società che veicolano culture, con radici profonde ed effetti molto concreti sul proprio futuro, perciò il diritto, nella sua purezza e inalienabilità, può essere difficile da conquistare, mentre troppo spesso ciò che è realmente possibile è cercare una mediazione tra la persona e il gruppo di cui è parte.

Questa pratica si intreccia poi profondamente con il tema delle donne e del controllo sul loro corpo. Non a caso la sua giustificazione immediata è spesso legata alla paura di perdere il controllo sul proprio corpo, su quello delle proprie figlie e delle altre donne.

Il senso e l'importanza di effettuare questa pratica sono legati ad una cultura profondamente patriarcale e alla particolare concezione del potere che ne è la diretta conseguenza.

E infine...che ne pensano gli uomini davvero? Probabilmente non esiste un pensiero uniforme ma esistono differenti sfumature.

La partecipazione in qualità di ostetrica appartenente al Servizio Salute-Donna AUSL RE, al progetto di cui era capofila il Comune di Reggio Emilia "La prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile" e successivamente al "Tavolo interistituzionale di contrasto alle Mutilazioni Genitali Femminili" mi ha permesso poi di lavorare su questo tema concretamente.

Parlare con le donne appartenenti alle varie comunità, in particolare con l'associazione delle donne del Burkina Faso di RE, e condurre incontri di accompagnamento alla nascita/primo anno di vita del bambino con le mamme originarie della Nigeria, attraverso l'aiuto delle mediatrici linguistico-culturali, mi ha dato la speciale possibilità di confrontarmi e indagare più da vicino cosa pensano e vivono le donne, che desideri hanno per se stesse e per le proprie figlie, quali possibili meccanismi sono implicati nelle scelte concrete di chi vive qua in Italia, ma ha una parte del proprio cuore e delle proprie radici al paese d'origine... Come è nella natura umana, le situazioni sono varie, le posizioni sono differenti ed ognuna di esse necessiterebbe di un luogo e un tempo di ascolto.

E' un lavoro di relazione, un lavoro di vicinanza, che ha bisogno di un ambiente protetto. Si può parlare di cose intime se ci si può sentire accolte, rispettate, comprese e sostenute.

Credo si possano proporre e intraprendere efficaci azioni di cambiamento se si conosce abbastanza bene il problema e la realtà su cui si vuole lavorare, se si costruisce una relazione di fiducia reciproca, se le azioni sono condivise. In questi tempi così difficili, dove le relazioni sembrano ridotte all'essenziale, quasi sospese, sembra tutto più complicato, ogni incontro non ordinario è rimandato ad un futuro, speriamo prossimo. Mi trovo così a sognare...sì, si può sognare anche al tempo della pandemia...sognare un mondo in cui le donne, tutte le donne, possano esprimersi liberamente, possano amare il proprio corpo libero...senza rinchiuderlo nella prigione di standard estetici stabiliti da qualsiasi forma di potere e in ogni luogo, senza la paura del giudizio, senza la possibilità che qualcun altro pretenda di rivendicarne una prelazione, un diritto di proprietà, con la curiosità di scoprire, sperimentare, ascoltare il piacere... e la libertà...senza più paura. Tutte e in ogni dove. Credo che questo sia un compito profondamente legato alla specifica attività delle ostetriche, che camminano a fianco delle donne, accompagnandole nelle tappe fondamentali della vita, dando sostegno ed incoraggiamento nel percorso di consapevolezza e realizzazione di sé, con uno sguardo attento anche al contesto relazionale in cui vivono.



Il contrasto alle Mutilazioni Genitali Femminili

La determinazione e la perseveranza per il cammino verso il cambiamento

Mara Manghi

Sono una pediatra in pensione. Sono stata responsabile del Servizio Pediatria di Comunità-Salute Donna della AUSL di Reggio Emilia.

Insieme ad alcuni operatori, nell'Ottobre del 1998, abbiamo aperto il Centro per la Salute della Famiglia Straniera in collaborazione anche con la Caritas Diocesana, per garantire assistenza agli immigrati senza permesso di soggiorno e quindi non iscrivibili al Servizio Sanitario Nazionale. Il Centro continua ad essere attivo e vitale e incontra circa 2000 persone all'anno che vi possono accedere direttamente e anche senza documenti.

E' stato allora che per la prima volta ho sentito parlare di Mutilazioni Genitali Femminili durante un corso di formazione tenuto per noi operatori dal Prof. Giarelli, sociologo e docente di antropologia medica all'Università di Bologna.

Il mio convincimento di allora era che si trattasse di una pratica quasi tribale, in via di superamento e che riguardasse fasce di popolazione poco acculturate e di basso livello socio-economico.

Dopo qualche tempo, durante il mio lavoro di pediatra al Centro Stranieri, ho incontrato una giovane signora Ghanese che da poco aveva partorito una bellissima bambina a cui stavo facendo una visita medica di routine. Ricordo che la signora era bella, vestita con eleganza, molto educata e sempre con un vivacissimo rossetto rosso sulle labbra.

Le ho chiesto, direi con un certo imbarazzo, cosa ne pensava delle MGF (il "taglio"). Lei, con molta naturalezza mi ha risposto che stava provvedendo da sola, schiacciando più volte al giorno il clitoride della piccola, impedendogli così di crescere.

Sbalordita, non dissi nulla in quella occasione ma ne parlai subito con la nostra mediatrice culturale Nigeriana Noela, cristiana, acculturata, in Italia da tempo e che aveva partorito qui 3 figli di cui una bimba. Con grande stupore da parte mia ed estrema naturalezza da parte sua, mi rispose che condivideva tale pratica che aveva lo scopo di diminuire il desiderio sessuale impedendo così alla figlia di "saltare da un letto a un altro".

Ho capito allora che il problema era attuale e che tale pratica nasceva dal profondo. Da allora ho fatto numerose esperienze che mi hanno portato a comprendere meglio il fenomeno ed hanno affinato anche la mia capacità di coinvolgere sia le donne migranti ritenute "a rischio" che le mie colleghe e colleghi.

Sono diventata una componente del gruppo di lavoro proposto e sostenuto dalla Regione sul contrasto alle MGF. Ho coinvolto la sezione di Reggio Emilia della Associazione Italiana Donne Medico, di cui sono Presidente, in varie iniziative formative (incontri con donne e uomini migranti all'interno delle loro comunità, incontri con educatori e operatori sociali...) culminate in

un convegno rivolto a medici, infermieri, insegnanti e altri operatori socio-sanitari (titolo...) presso la sede dell'Ordine dei Medici e che ha visto la partecipazione interessata e attiva di tante persone.

Non so cosa sia successo a quella piccola Ghanese. So invece cosa è successo alla nostra mediatrice. Dopo discussioni, confronti, riflessioni, Noela è diventata una convinta e importante "testimonial" contro tale pratica. Ha coinvolto anche il Pastore e i membri della Chiesa evangelica di cui faceva parte e con cui abbiamo avuto più incontri. Alla fine la Chiesa evangelica è stata uno dei firmatari del protocollo di intesa del Comune di Reggio per il contrasto alle MGF.

Adesso Noela non vive più in Italia e da alcuni anni si è trasferita con i 3 figli negli Stati Uniti, a Houston. Ho voluto contattarla per sapere se anche lì c'erano iniziative di contrasto alle MGF. La sua risposta è stata questa: "Ho provato a sollevare il problema nel mio posto di lavoro. Molte native Nigeriane hanno vissuto questa esperienza però per gli Afro-Americani è una tematica poco conosciuta. Quelle nate prima degli anni '70 non l'hanno vissuta come trauma, anzi, molte pensano che sia stato fatto per il loro benessere". Ritengo che anche questa testimonianza confermi la validità del lavoro che stiamo svolgendo e che solo il coinvolgimento delle comunità porterà a dei risultati. Le iniziative non dovranno essere a termine per riuscire a produrre uno stabile e definitivo cambiamento.

Con lo spirito del colibrì, io faccio la mia parte

Maria Brini

La prima volta che ho partecipato al Tavolo MGF ero molto incuriosita, ma avevo conoscenze sul tema sicuramente inadeguate: conoscevo il fenomeno, il significato delle mutilazioni genitali femminili, i paesi dove ancora si continuava questo “rito”, la diffusione della pratica nei paesi occidentali, ma soprattutto dentro di me avevo una percezione del dolore, della paura, del trauma cui venivano sottoposte bambine e giovani donne per perpetuare credenze e conservare certezze di appartenenze sociali e familiari. Soprattutto mi facevo una domanda: “cosa restava nel cuore di quelle ragazze come ricordo di questo evento che così segretamente mantenevano dentro di loro?”. Pensando al dolore nei bambini mi sono ricordata in quel momento di un importante incontro cui avevo assistito in ospedale, tra pediatri e medici di altre branche, su una malattia che segnava e ancora segna soprattutto la popolazione africana, l’anemia falciforme. Il relatore, un Pediatra dell’Ospedale di Parma, molto attento non solo ai bisogni clinici ma anche a quelli psicologici del bambino, ci aveva illustrato oltre alle basi fisiopatologiche della malattia, come fosse importante prevenirne una grave complicanza, la crisi falcemica, che si verifica quando il paziente affetto da anemia falciforme si espone ad ipossia o a basse temperature: in tali situazioni, infatti, i suoi globuli rossi cambiano forma, diventano a falce, si aggregano e si lisano provocando trombi soprattutto nei piccoli vasi sanguigni e di conseguenza dolori fortissimi. Quindi il relatore raccomandava come fosse importante, oltre a prevenire la crisi falcemica, anche supportarla e lenirla con farmaci ad hoc, per combattere il dolore lancinante cui vanno incontro i bambini affetti da questa malattia.

Il dolore ci impressiona sempre, ma quando il dolore colpisce bambini che non possono capire il perché di questa sofferenza, ci sentiamo inermi, ci viene voglia di stringerli fra le nostre braccia per prendere una parte di questo dolore, a maggior ragione non lo possiamo accettare quando è inutile.

Da italiani ci sentiamo progrediti ed emancipati, spesso non riusciamo a capire e in qualche modo giustificare questo “rito” delle MGF come retaggio di antiche abitudini, senza pensare che ogni popolo conserva nel suo DNA consuetudini ed abitudini ancestrali, che cerca di motivare con teorie morali, leggi antiche mai messe in discussione o comunque accettate non si sa bene perché; mi vengono in mente il cosiddetto delitto d’onore le cui disposizioni sono state abrogate solo nel 1981, la fuitina e il rapimento per giungere rapidamente al matrimonio, ed anche la violenza alle donne spesso nascosta dalle donne stesse, quasi fosse una colpa per chi l’ha subita.

Nessuno, quindi, può ergersi a giudice e dividere drasticamente quello che si può o non si può, quello che si deve o non si deve fare, ma occorre capire le radici di alcuni riti, di alcune abitudini e pensieri per potere alla pari vedere

quello che è meglio senza stigmatizzare comportamenti e abitudini che poco conosciamo e soprattutto di cui non comprendiamo abbastanza la nascita e il divenire in quei contesti in cui continuano a perpetuarsi. Per essere veramente alla pari dobbiamo prima confrontarci, senza pregiudizi nel senso etimologico della parola, dobbiamo mettere sullo stesso piano culture, credenze, modi di essere ognuno con una storia e un percorso diverso, recuperando le differenze come valori positivi per quella cultura e quei tempi e non semplicemente come migliori o peggiori. Un'altra volta ho sentito una storia, raccontata da un operatore sanitario che mi ha fatto riflettere sulle differenze tra le varie culture. Una donna di un paese africano che viveva in un villaggio molto lontano dalla cosiddetta civiltà, aveva un figlio "diverso", che veniva visto dagli abitanti del villaggio come un bimbo "magico", parlava con gli spiriti ma non con gli altri bambini, si comportava in modo strano, stava spesso solo e parlava con entità invisibili, faceva cose straordinarie ma non cose usuali come tutti i bambini della sua età. Nel villaggio era considerato un bimbo molto importante, che parlava con l'aldilà e aveva poteri soprannaturali e la sua mamma godeva di molta considerazione e privilegi grazie ai poteri del figlio. Il padre era arrivato in Italia, aveva cominciato a lavorare, aveva ottenuto la cittadinanza italiana e a questo punto volle ricongiungersi con la sua famiglia. La moglie arrivò in Italia con il suo bambino "magico" e cercava con grandi sforzi di inserirsi in questo nuovo mondo, non conosceva la lingua, si muoveva faticosamente in questa società sconosciuta e presto incontrò il sapere occidentale, le nuove regole da rispettare, i vantaggi di vivere in un paese dove tutti potevano essere curati se malati, andare a scuola, in ospedale e tanto altro.

Ma l'incontro con la sanità fu un duro colpo: non solo vaccinazioni, cure e tanto altro ma anche una attenta osservazione del suo bambino magico. E si scoprì che il bambino non era magico ma era affetto da una malattia (autismo) che era la causa della sua diversità. Io mi sono sempre immedesima in questa storia, in questa madre che improvvisamente perdeva il suo ruolo sociale, l'orgoglio per quel bambino, così ricco in spirito, che improvvisamente era divenuto un bambino complesso, da custodire, curare, amare con i suoi bisogni così complessi, doverlo crescere con tante difficoltà in un paese estraneo.

Con questi e tanti altri pensieri mi sono avvicinata al tema delle MGF, mettendomi nei panni di quelle mamme e di quelle bambine, di quelle donne che affrontano questo passo, questa scelta non facile per far crescere le loro bambine accettate e valorizzate nella società in cui vivevano e in quella dove vivono ora. Ho iniziato così a partecipare ai lavori del Tavolo Interistituzionale, sono stata fortunata: abbiamo avuto persone che ci hanno guidato nel conoscere questo tema, Faiza ci ha portato per mano in un percorso piuttosto complesso, ma che piano piano mi ha fatto capire che forse tutti possiamo conoscere meglio il significato delle MGF, possiamo entrare in relazione con esperienze vissute e diffondere e far conoscere questo tema, possiamo inserirci in un percorso di rispetto a principi come autonomia della persona, autodeterminazione anche dei minori, sofferenze permesse solo se in grado di portare salute.

Molti esperti sono presenti nel tavolo MGF: un medico ginecologo che ci ha guidati nella maggior conoscenza della pratica, medici ginecologi, infermieri professionali ed ostetriche, operanti in strutture come i Consultori, pediatri che ci hanno suggerito come sia possibile prevenire il fenomeno e come occorra essere insieme ed impegnarsi già durante la gravidanza e il parto di una donna mutilata per salvaguardare le nuove nate.

Entrare in sintonia fin dalla gravidanza e dal parto è importantissimo per prevenire il fenomeno, senza giudicare e senza stigmatizzare comportamenti estranei alla nostra cultura. Le donne africane presenti al tavolo ci hanno fatto capire come la discrezione ed il rispetto siano un primo passo, indispensabile per affrontare questo tema, poi credo anche l'affetto, anche se non ce lo hanno detto, ma noi l'abbiamo capito.

Nel tavolo ci sono competenze molto diversificate, esperti di materie giuridiche ci hanno mostrato come questo fenomeno vietato in Italia e in quasi tutto il mondo sia così difficile da contrastare, i bioeticisti ci hanno fatto intendere come il tema delle MGF sia una vera sfida culturale e sociale nelle società multietniche, tanto il tema ha radici socio-culturali difficili da eradicare proprio per il legame profondo con la propria origine.

Accanto a quello che ho imparato, voglio anche raccontare cosa abbiamo cercato di fare insieme. Era chiaro che la maggior conoscenza del fenomeno MGF, la sintonia dei partecipanti al Tavolo molto frequentato e partecipato, proiettato alle azioni che dovevano seguire i nostri incontri, ci avevano spronato ad assumerci più impegno per evitare che il nostro lavoro si fermasse allo studio ed ai progetti.

Ma come? Io personalmente non avevo competenze professionali specifiche ma mi sono mossa con lo spirito del Colibrì nella storiella africana che, con una goccia d'acqua nel suo piccolo becco, si impegna come può a spegnere l'incendio di una immensa foresta e dice, agli altri animali che stanno scappando, "io faccio la mia parte".

Abbiamo così dato continuità e maggior visibilità al lavoro già iniziato con passione da altri colleghi senza perdere il filo conduttore del Tavolo MGF. L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Reggio Emilia si è impegnato prima di tutto nel firmare il Protocollo d'intesa e il Protocollo Operativo con il Comune e con le Istituzioni e le Comunità aderenti al Tavolo, e nel partecipare sia agli eventi organizzati nelle giornate contro le MGF che a collaborare alle iniziative formative per i medici ed il personale sanitario coinvolto nel tema e a partecipare ad ogni iniziativa che veniva organizzata come gli incontri con le Comunità nei luoghi da loro più frequentati. Abbiamo partecipato numerosi alle giornate contro le MGF, abbiamo con gioia rafforzato i legami con le nostre "nuove concittadine", condividendo spazi, musiche, canti, storie e abbiamo cercato di condividere le conoscenze durante questi incontri, e soprattutto nell'essere insieme alle nostre nuove amiche e far sentire loro questo "insieme".

Abbiamo cominciato a organizzare eventi per diffondere conoscenze e programmare azioni per combattere le MGF: un evento che ci ha arricchito è stato sicuramente il corso organizzato in due mattinate alla fine del 2018: Mutilazioni Genitali Femminili una sola parola: FINE.

In quell'evento i relatori impegnati sul tema hanno mostrato e discusso con i presenti lo stato dell'arte ma soprattutto le iniziative da portare avanti e hanno trasmesso a tutti i partecipanti interrogativi, interesse e richieste di continuare ad approfondire e combattere il fenomeno MGF.

La maggioranza dei partecipanti ha manifestato grande interesse sul tema presentato soprattutto visto dal punto di vista sociale, culturale, psicologico, sanitario e giuridico ed hanno richiesto ulteriori approfondimenti ed incontri. Da tutti si manifestava la necessità di conoscere di più e di avere maggiori mezzi a disposizione per affrontare correttamente il tema, in particolare riguardo alla comunicazione con le donne e le famiglie a rischio MGF. Sentiamo veramente il desiderio di esserci in questa battaglia a fianco di altre donne, di altre famiglie che vivono con difficoltà il prendere decisioni corrette, condivise e convinte sul da farsi.

Un'altra occasione di confronto è stata una Tavola Rotonda sulle MGF inserita nel Convegno Medicina di genere tenutosi a Reggio Emilia nel novembre 2019. Anche in quell'occasione il confronto tra le varie modalità di approccio tra l'esperienza reggiana e quelle di altre città e nelle diverse specialità mediche ci ha reso consapevoli di quanto è già stato realizzato nella nostra provincia e nella nostra Regione.

Questo interesse della nostra comunità al fenomeno MGF è stato colto anche nella partecipazione al progetto coordinato dalla Università Bicocca di Milano: la preparazione di Intervistatori e Intervistatrici, la loro empatia con le donne intervistate, l'elevata partecipazione ci hanno permesso di raccogliere non solo tutti i dati richiesti nel questionario, ma anche di ascoltare storie vere, storie di vita familiare, coinvolgimento di tante figure, ci hanno fatto capire che parlare e discutere insieme nelle famiglie permetteva di vedere i diversi ruoli dei componenti familiari verso le MGF (e non solo le donne e in grande segreto), la collaborazione dei genitori per "aiutare" le proprie figlie; si è capito che stanno maturando modi diversi e più consapevoli di affrontare questo tema nel contesto familiare. Forse si stanno aprendo grandi possibilità di combattere le MGF dall'interno della famiglia e del contesto sociale che potranno condurre a risultati importanti più rapidi e più stabili. Si coglie anche che se le scelte non sono imposte dalle nuove società in cui le donne sono venute a vivere e dalle loro legislazioni, ma dal confronto sereno ed imparziale su ciò che è utile o no, su cosa si sceglie e si può fare, confronto sereno e non giudizio morale si possono fare molti passi avanti.

Cito brevemente anche una lettura per me interessante: Patrizia Borsellino, professore di Filosofia del diritto all'Università Cattolica Bicocca di Milano, nel suo libro Bioetica tra "moralì" e diritto, dedica alle MGF un capitolo dal titolo emblematico "La medicina di fronte alla sfida del multiculturalismo. Il caso estremo delle mutilazioni genitali femminili".

In questo capitolo il confronto tra etiche, il rispetto degli altri nei loro principi morali, l'autonomia dei singoli soggetti costituiscono un'area di confronto tra le scelte divergenti tra vari individui e società di individui. La pratica delle MGF, non più fatta discendere da tradizioni religiose ma presente fin dalla antichità (Erodoto ne testimonia l'esistenza nell'antico Egitto), risulta ormai

condannata in tutto il mondo, ma molte normative non sono state finora sufficientemente efficaci. Fortunatamente in molti Paesi dove si praticano le MGF si assiste alla nascita e all'impegno di molti movimenti di forte dissenso alla pratica, molte donne si sono ribellate e hanno creato associazioni e guidano campagne di sensibilizzazione e di contrasto, si sta assistendo alla maggior conoscenza ed approfondimento del fenomeno. Se siamo ancora agli inizi, questi temi sono fatti propri dalle donne e si può pensare che se pure la pratica delle MGF è ancora ampiamente effettuata anche nella forma più distruttiva, il fenomeno sia ormai all'attenzione di tutti i Paesi.

Altra osservazione come medico: nel rispetto delle storie vissute di cui sono portatrici le nostre nuove concittadine, va ribadito che il Codice di Deontologia Medica vieta in alcun modo la pratica delle MGF in quanto per il medico sono possibili solo prestazioni/prescrizioni "a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione" (art 13) e sono vietati trattamenti che incidono sulla integrità fisica delle persone (art 18), al medico non è possibile l'inosservanza del proprio codice di deontologia come per le altre professioni sanitarie del rispettivo codice deontologico.

Entra poi in gioco un altro tema: quello della sofferenza psicologica (anche quella di non aver subito la MGF) che potrebbe avere valore superiore rispetto a quella fisica, e qui il dibattito si fa gigantesco e va di pari passo con quello in cui i destinatari sono minori e di essi non possiamo sottovalutare la maturità rispetto alla possibilità di scelta. Non siamo pertanto certi di poter legittimare le scelte fatte da altri.

Infine il rispetto dell'individuo presuppone sicuramente il rispetto delle culture minoritarie, ma impone anche di valutare la loro compatibilità con la libertà e l'autonomia individuale, il rispetto va pertanto improntato sull'evitare atteggiamenti di chiusura e di rifiuto del dialogo o addirittura discriminazione ancora diffusi nei nostri paesi.

Le nostre strategie sono altre: si basano sull'apertura agli altri, sull'ascolto, sulla vicinanza, in sintonia di pensieri, vissuti superando pregiudizi e tabù su fenomeni per noi ancora poco conosciuti ed approfonditi, e l'atteggiamento di non vedere e non sentire non farebbe che prolungare l'attesa e la speranza di riuscire ad agire... E' vicino ciò che sembra lontano, abbiamo titolato l'evento del 6 febbraio scorso nella giornata contro le MGF e in questo continueremo ad impegnarci e a lavorare, a lavorare insieme.



Pediatri: una sentinella fondamentale per la prevenzione e il contrasto delle MGF

Elena Ferrari

Sono pediatra di libera scelta del Distretto di Reggio Emilia da oltre 20 anni. Mi sono occupata per anni di maltrattamento e abuso all'infanzia per promuoverne il contrasto, la prevenzione e la cura.

All'interno di questo ambito è stato immediato interessarmi al fenomeno delle mutilazioni genitali femminili (MGF). Nel corso degli studi universitari e di specializzazione questo argomento non è mai stato affrontato, ma sentivo urgente e necessario occuparmene. Per tale ragione ho cercato di formarmi e di mettermi in rete con altre professionalità e persone appartenenti a comunità e a etnie che hanno maggiore dimestichezza con questa eventualità. Mi sono accorta in questi anni che spesso la mutilazione viene misconosciuta dagli operatori sanitari e che è necessaria molta attenzione, attitudine proattiva e volontà di riconoscerle.

E' fondamentale la formazione degli operatori per sapere della loro esistenza e come si presentano per poterle intercettare.

Anche se sappiamo che nell'emigrazione il rischio di perpetuarle si riduce, è indubbio che debba essere fatta un'azione di prevenzione tempestiva e necessaria a tutela delle bambine, perché si stima che circa un quarto delle donne immigrate dai paesi dove la mutilazione è ancora praticata, ritiene che la mutilazione dovrebbe essere continuata.

Per questo motivo ho cercato di sensibilizzare i punti nascita della nostra città a segnalare sulla lettera di dimissione della neonata se la mamma è portatrice di MGF, perché questo dato aiuta a intercettare le situazioni potenzialmente a rischio. In tal modo il pediatra di famiglia, che segue dalla nascita la bimba e la sua famiglia, sarà allertato ad affrontare l'argomento e ad aprire un confronto e un dialogo sul tema, disponendosi all'ascolto non giudicante, alla comprensione, ma anche con la chiarezza e la fermezza di affermare la negatività della pratica e delle sue conseguenze indelebili sul corpo e sulla vita futura della bambina.

A tal riguardo voglio riportare alcuni casi personali che mi hanno permesso di toccare con mano la realtà delle MGF.

Con una mamma del Burkina Faso che mi porta la piccola a visita, dopo i primissimi incontri introduco il tema specifico chiedendole se conosce l'argomento e se ha piacere di parlarne con me. La mamma dopo avermi sorriso mi dice che è felice di poterne parlare con me (finora in Italia non ne ha parlato con nessun interlocutore) e mi ringrazia. Mi confessa di essersi sottoposta volontariamente alla mutilazione a 16 anni, anche se la sua famiglia era neutra rispetto al tema, perché tutte le sue amiche erano mutilate e lei non voleva essere da meno... Dopo avermi detto che si sentiva profondamente arrabbiata con se stessa per quello che aveva fatto, mi ha confessato che è stato l'errore più grande della sua vita.

Le chiedo se mi vuole raccontare qualcosa di più e lei si apre ulteriormente dicendo che i suoi rapporti sessuali sono disastrosi e che l'unico piccolo piacere sessuale che prova con suo marito lo ottiene attraverso il seno. Cerco di abbracciarla col pensiero e le parole e la ringrazio per aver aperto il suo cuore ad un'estranea come me. Ci lasciamo con la promessa (e la certezza) che sua figlia non avrà il suo destino di mutilata e si opporrà in ogni modo se lei volesse fare diversamente.

Un'altra mamma con cui ho potuto affrontare il tema è una donna nigeriana. Anche lei arriva con la sua neonata primogenita. Le chiedo di dove è originaria e sul finire della prima visita le chiedo se conosce il tema MGF visto che nel suo paese d'origine tale pratica è diffusa. La signora, visibilmente in difficoltà, mi dice che anche lei è mutilata e si dice contenta di aver partorito in Italia perché grazie "all'operazione" (che capisco essere l'episiotomia) non ha avuto problemi al parto.

Anche con lei cerco di dialogare e di dire quello che penso di tale pratica e la mamma mi conferma che mai farà quello che dice le hanno fatto quando lei non capiva e non poteva opporsi...

Credo che aver potuto aprirsi su questo tema per loro doloroso con il medico delle loro bimbe sia stata un'occasione preziosa per sentirsi prese in carico e in cura con attenzione e accoglienza.

Box informativo 2

Le tipologie più diffuse

Patrizia Farina

La femminilizzazione dei flussi migratori è uno dei tratti più importanti dei processi di mobilità internazionale degli ultimi tre decenni. Le donne migranti rappresentano oggi poco meno della metà della popolazione in movimento verso paesi differenti da quello di origine.

In Italia, questo flusso ha avuto l'effetto di moltiplicare le relazioni fra le utenti immigrate e gli operatori e le operatrici dei servizi – in ambito sanitario ed educativo principalmente – finalizzate a soddisfare bisogni di salute, non sempre traducibili in situazioni a noi familiari.

Le azioni di contrasto devono essere concepite e organizzate con iniziative di condivisione e di abbandono della pratica che partano dalle comunità stesse, da leader capaci di “rompere” una norma sociale che reitera una pratica spesso diffusa più per timore di essere emarginate nella comunità che per convinzione delle donne stesse.

Empowerment e inclusione delle donne immigrate indispensabili per una opportuna negoziazione identitaria principale deterrente per la prevenzione e per il contrasto delle MGF.

Le donne indonesiane hanno una maggioranza assoluta di pratiche che si limitano alla sola manipolazione senza taglio, non dunque a una mutilazione bensì appunto una manipolazione, mentre negli altri paesi l'incidenza di questa modalità di MGF meno invasiva è decisamente meno presente, oscillando fra il 7,0% e lo 0,7% d'incidenza. Al più, si può notare come le eritree mostrino una quota non marginale di cosiddetti riti alternativi (punture clitoride e goccia di sangue), pari al 14,6% ovvero quantomeno doppia a quella degli altri paesi.

Al contrario le cittadine maggiorenni del Burkina Faso sono decisamente meno sottoposte sia a manipolazioni senza taglio (nello 0,7% dei casi, ovvero in meno della metà dei valori d'incidenza riscontrabili in tutti gli altri paesi), sia a punture con gocce di sangue (nell'1,4% dei casi, mentre tutti gli altri paesi si collocano quantomeno sopra i due punti percentuali). Per loro minime sono anche le incidenze di MGF come tagli senza asportazione, al 5,6% di incidenza, e cioè da questo punto di vista poco più delle ivoriane (4,2%).

Ben due nigeriane su cinque tra quelle con MGF hanno invece subito tagli senza asportazione, così come una guineana ogni quattro.

La pratica più diffusa per quasi tutti i gruppi nazionali è stata invece quella del taglio con asportazione, con incidenze comprese fra il 59,2% e il 65,7% in sei paesi su undici, ovvero nella maggior parte delle collettività considerate: egiziane, guineane, burkinabè, ivoriane, senegalesi e ghanesi. Tra le cittadine maggiorenni con MGF provenienti da questi paesi e residenti in Italia quasi due su tre hanno subito un taglio con asportazione; e ciò vale anche per metà delle eritree e per più di due quinti delle nigeriane che però, come già precisato, in quasi altrettanti casi si limitano a tagli senza asportazione.

Le donne somale hanno subito più frequentemente l'infibulazione (76,1% dei casi) contro il 46,0% tra le etiopi al secondo posto ed invece poi tutte le altre nazionalità che si collocano al di sotto del 30% d'incidenza di questo tipo di MGF.

Tipo di MGF subita tra le maggiorenni in Italia (% per cittadinanza)

Paese	Manipolazione senza taglio	Puntura con goccia di sangue	Taglio senza asportazione	Taglio con asportazione	Infibulazione
<i>Costa d'Avorio</i>	2,1	3,3	4,2	61,5	28,9
<i>Burkina Faso</i>	0,7	1,4	5,6	62,5	29,9
<i>Egitto</i>	1,4	6,7	21,2	65,7	5,0
<i>Etiopia</i>	1,8	7,3	17,4	27,5	46,0
<i>Ghana</i>	7,0	3,9	15,6	59,2	14,3
<i>Guinea</i>	4,0	2,0	25,0	65,0	4,0
<i>Nigeria</i>	4,0	2,2	39,8	41,9	12,0
<i>Senegal</i>	3,4	2,0	22,8	61,4	10,4
<i>Somalia</i>	2,3	6,5	6,5	8,7	76,1
<i>Eritrea</i>	3,0	14,6	8,6	50,0	23,8
<i>Indonesia</i>	56,3	6,3	12,5	25,5	

Fonte: Indagine Università Milano Bicocca - DPO 2019

“Care” infermieristico e Mutilazioni Genitali Femminili. Uno sguardo all’Infermieristica e alla formazione dei futuri professionisti

Cinzia Gradellini, Giovanna Amaducci, Daniela Mecugni

*“Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona. (Art. 3)
Nessun individuo potrà essere sottoposto a tortura o a trattamento o a punizione crudeli, inumani o
degradanti. (Art. 5)”
Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo, 1948.*

Il flusso migratorio dai Paesi in via di sviluppo all'Italia, fenomeno relativamente recente per il nostro Paese, si è modificato col passare del tempo nei suoi aspetti quantitativi e qualitativi, assumendo caratteristiche che si ripercuotono anche sull'assistenza sanitaria a queste popolazioni. Giovani di sesso maschile agli inizi, negli ultimi anni, con il relativo stabilizzarsi di questa prima quota di migrazione, abbiamo assistito in molti casi al ricongiungimento delle famiglie, che ha portato ad un incremento nella presenza di donne in età fertile e di bambine e bambini. Non bisogna dimenticare, d'altra parte, come l'Italia sia stata protagonista fin dagli inizi di una migrazione tipicamente femminile che ha interessato soprattutto alcune etnie (filippina, eritrea, latino-americana) e ha contribuito in misura notevole a caratterizzare i bisogni sanitari.

I cambiamenti demografici ed economici di un mondo sempre più orientato verso la multiculturalità rendono prioritario interrogarsi sulla diversità culturale, sulle relazioni con il concetto di salute e richiedono di identificare nuove modalità di erogazione delle cure (Geraci et al., 2010). Confrontarsi con il “culturalmente diverso” implica l’andare oltre la classificazione etnica e la nazione di origine e comprende la conoscenza di valori, credenze, pratiche, costumi, ma anche la consapevolezza di differenti precetti religiosi e status socio-economici (Campinha-Bacote, 2003; Murray-Garcia, Harrell et al., 2005).

In tale contesto si inseriscono le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) come problematica che riguarda il rispetto dei diritti umani di bambine e donne in tutto il mondo. Il numero reale resta sconosciuto, ma si stima che superi i 200 milioni, in trenta paesi diversi. Ogni anno 3 milioni di giovani donne corrono il rischio di subire tale pratica, generalmente, prima del compimento dei 15 anni di età (UNICEF, 2016). Sotto ogni aspetto, deve essere considerata, oltre che una violazione dei diritti umani dei minori, una forma di grave discriminazione femminile. È per tale ragione che, a partire dal 2012, l’Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha definito punti essenziali di contrasto alla procedura e successivamente (2015), tale sfida è diventata obiettivo di sviluppo (Ibidem).

Per le specifiche che caratterizzano la procedura (da OMS: rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni, senza alcuna necessità terapeutica), risulta evidente e fuori discussione la traumaticità di tale evento per chi lo

subisce, con gravi ripercussioni, non solo sulla dimensione biofisiologica, ma anche su quella psicologica e sociale (Ministero della Salute, 2019).

L'assistenza infermieristica

Se si parte dalla considerazione dell'Infermieristica come professione d'aiuto, emerge chiaramente che questa non possa non partire dal bisogno dell'altro. Nel rispondere a tale bisogno, infatti, l'infermiere deve entrare nella complessità dei segni e dei significati che la persona porta con sé, dunque considerare la persona stessa in questa sua complessità (Manara, 2020). Nella presa in carico della persona, è necessario partire da un approccio multidimensionale, sia nell'accertamento del problema (che sia in atto o potenziale), sia nella sua successiva gestione. Considerando tali dimensioni, si ipotizzano, di seguito, problematiche assistenziali correlate alle MGF, a conferma della necessità di una presa in carico in team inter-professionale.

Considerando la dimensione biofisiologica della persona, intesa come corpo/organismo e sue funzionalità, i principali rischi legati, in primis, alla procedura sono sanguinamento, problemi urinari, edema, infezioni localizzate o sistemiche (tetano), shock e morte. È necessario specificare che, con l'intenzione di ridurre al minimo tali complicanze, in diversi paesi si è sviluppata una medicalizzazione della procedura all'interno dei contesti di cura convenzionali, con lo scopo di garantirne la sicurezza (Waigwa et al., 2018).

Altro elemento da considerare è il dolore, spesso riferito come severo, ma che ha una valenza multidimensionale e non deve essere considerato esclusivamente come dolore fisico.

In tale dimensione rientrano anche complicanze a lungo termine, quali, problemi urinari e vaginali (inclusi problemi mestruali), permanenza di cicatrici o cheloidi, problemi sessuali (dall'assenza di piacere fino al dolore durante la penetrazione). Nei casi più gravi di mutilazione può rendersi necessario un intervento chirurgico di ricondizionamento del danno.

Se si considera che la donna subisce la MGF in un'età che va dall'infanzia, all'adolescenza, è chiaro quanto devastante possa risulterne l'impatto, sulla dimensione psicologica, anche solo (ma non solo) per la difficoltà di riportare l'esperienza subita. Spesso si riscontrano infatti, problematiche come ansia ricorrente, bassa autostima, depressione e disturbo da stress post-traumatico (UNICEF, 2016), una complessa condizione di disagio mentale (Epicentro, 2021).

Nella dimensione socio-culturale della persona, si vanno a inserire tutti gli elementi causali delle mutilazioni. Queste, infatti, risultano una convenzione sociale senza il rispetto della quale, la donna e la sua famiglia possono subire pressioni tali da arrivare a una esclusione della famiglia dalla comunità stessa. Il problema principale, tuttavia, resta il fatto che -talvolta- manca la consapevolezza della disumanità della procedura che viene, invece, considerata un'obbligata ritualità di passaggio all'età adulta. In molti paesi, infatti, la pratica è eseguita in contesti di medicina tradizionale, con elevato rischio di infezioni (UNICEF, 2016). Alcuni studi riportano, come regola caratterizzante la procedura, il non utilizzo di anestetici, analgesici e antisettici (Barstow, 1999).

Considerando la dimensione valoriale, è necessario partire dal presupposto che la pratica non ha alcuna valenza terapeutica, dunque non porta nessun beneficio per la persona, tuttavia, l'importanza dell'aderenza alle regole da parte della persona o, più frequentemente, della famiglia è un elemento cardine che caratterizza la complessità di presa in carico.

Non di secondaria importanza è la considerazione di un incontro/scontro con la dimensione dell'operatore della salute che gestirà persona/famiglia e della necessità di mettere in campo una grande consapevolezza e un rispetto non giudicante.

Per la raccolta dati multidimensionale della persona, da cui parte la presa in carico infermieristica, la letteratura suggerisce l'utilizzo di strumenti specifici di accertamento come il Modello del Sole Nascente (MSN) di Madeleine Leininger (Jiménez-Ruiz Ruiz & Almansa Martínez, 2017). Tale modello diventa una mappa cognitiva che permette di orientarsi sull'analisi dei dati raccolti, con specifica attenzione all'influenza, su questi, della cultura di appartenenza. Il modello, infatti, basa l'assistenza su quattro livelli: 1) la visione del mondo e del sistema sociale di riferimento, 2) la conoscenza relativa alla persona, alla famiglia, alla comunità e al sistema di salute; 3) la sintesi tra contesto culturale, contesto professionale e assistenza; 4) la presa di decisioni in base a quanto analizzato. Il MSN permette di considerare il rapporto tra diversità culturali, assistenza infermieristica, concezione di salute/malattia e valori, con l'obiettivo di garantire un'assistenza che sia significativa per la persona e il suo contesto di riferimento, ma allo stesso tempo che sia efficace in termini di esiti di salute. In tale approccio, la cultura diventa strumento per intervenire (Leininger, 2004).

Come precedentemente riportato, è evidente che la complessità del fenomeno, richieda una presa in carico complessa e multi professionale (basti pensare all'importante apporto che può la mediazione culturale), in grado di creare un circolo virtuoso che coinvolga la comunità, con la pianificazione dell'erogazione di un servizio di salute sul campo, in modo che questo venga considerato parte integrante della comunità di riferimento (e non imposto da un esterno qualsiasi).

Il primo aspetto su cui lavorare con e dentro la comunità è la promozione della *health literacy*, ovvero creare una cultura della salute che porti a scelte consapevoli (Chiarenza, 2007). La sfida è di comprendere e accogliere per poter creare consapevolezza. La sfida è, inoltre, lavorare, insieme alla comunità stessa, sulla possibilità di non adeguarsi a regole antiche, quando si è compreso il reale impatto sulla vita delle giovani donne, lasciando spazio alle domande, meglio se partendo dalle domande stesse. Si tenga in considerazione che, a volte, il problema all'origine è anche la mancanza di istruzione di base che diminuisce le prospettive di vita, non solo in ambito di salute (Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo & Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, 2021). I diversi livelli di analfabetismo, infatti, insieme alla povertà, alle barriere linguistiche e sociali, incrementano il rischio di tutte le forme di discriminazione, tra le quali le MGF.

L'intervento educativo sulla popolazione risulta, in letteratura, la strategia più efficace, nonostante tale efficacia sia fortemente legata a fattori di vario genere:

- 1) socio-demografici (età, etnia, lingua, genere, stato civile, stato sociale);
- 2) socio-economici (scolarizzazione, occupazione);
- 3) tradizioni/credenze (religione, prevalenza di MGF nel paese di origine, area geografica);
- 4) tipologia di intervento educativo (approccio metodologico, workshop, counseling, utilizzo dei media).

L'intervento educativo deve, inoltre, essere pensato non solo per il singolo, ma per l'intera comunità, con la consapevolezza di lavorare su obiettivi a lungo termine (Waigwa et al., 2018), considerando la difficoltà di promuovere un cambiamento, a maggior ragione se questo è correlato a quanto definisce l'appartenenza al gruppo culturale. Nel ripensare a un nuovo ruolo dell'infermiere nella gestione di tale complessità, si apre una riflessione sulla figura dell'infermiere di famiglia/comunità, definita nel Patto per la Salute (Legge 77 del 2020), in grado di riconoscere e attivare risorse all'interno delle comunità, in termini di conoscenze e competenze utili alla promozione di salute e benessere (FNOPI, 2020). Tale figura diventa riferimento per la popolazione, con una particolare attenzione rivolta alle fragilità, a promozione di quella health literacy precedentemente menzionata. L'infermiere di comunità ricopre un ruolo complesso che richiede conoscenze e competenze avanzate. È, infatti, necessario che sia in grado di partire da una profonda conoscenza della popolazione di riferimento, ma anche delle normative, della rete dei servizi a cui fare riferimento e con cui lavorare in un approccio multidisciplinare, dove la comunità stessa è considerata attore principale, in un logica di lavorare-con, invece di lavorare-per. In tutto questo, la chiave di volta resta la formazione di tutti gli operatori della salute, a partire dalla formazione di base.

Il percorso di formazione

Le evidenze scientifiche mostrano la necessità di migliorare da un lato le politiche di prevenzione e di accesso ai servizi tra i migranti, dall'altro di favorire tra i professionisti lo sviluppo di un'apertura culturale nei confronti di un'utenza portatrice di diversi background, pratiche e credenze (International Organization for Migration, 2009), sin già dal percorso formativo di base.

Il grave problema delle MGF ha reso evidente che, per tutelare adeguatamente la salute di quanti appartengono a comunità diverse dalla nostra, si rende imprescindibile conoscere i contenuti di tali comunità a livello sanitario, essere sensibili ad essi e comprendere pure il background culturale e le aspettative che la tutela della salute può comportare in tali contesti. L'infermiere si confronta, quotidianamente, nel proprio lavoro, con persone o gruppi di individui che portano con sé un determinato patrimonio culturale (Williamson & Harrison, 2010; Perng & Watson, 2012) che ne influenza la percezione di salute, le diverse manifestazioni di bisogno e ha come mandato professionale quello di comprendere un altro da sé. Tale comprensione si rende necessaria per rispondere ai bisogni assistenziali della persona con efficacia, efficienza, adeguatezza e rispetto (Leininger, 2001;

Manara, 2004; Tortolici et al., 2006; Geraci et al., 2010). Inoltre è un impegno etico-deontologico dell'infermiere "orientare il suo agire al bene della persona [...]; promuovere la cultura della salute [...]; curare e prendersi cura della persona assistita astenendosi da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare e [...] valorizzando ed accogliendo il contributo della persona il suo punto di vista e le sue emozioni e ne facilita l'espressione della sofferenza" (Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, FNOPI 2019).

Non tutti gli infermieri, però, possiedono un background e supporto teorico adeguati (Festini et al., 2009) per definirsi culturalmente competenti e questo influisce sulla qualità delle prestazioni erogate. Infatti, nel caso specifico delle MGF, ma più in generale nell'essenza stessa della relazione di cura, un fallimento nell'approccio con le donne, perché mancante di sensibilità rispetto al loro background culturale, può compromettere rovinosamente il rapporto di fiducia e il percorso assistenziale in termini di risposta al bisogno espresso dalla persona.

Il Corso di Laurea in Infermieristica della Sede di Reggio Emilia, ha ritenuto importante, per formare futuri professionisti pronti al nuovo scenario socio-sanitario e ai modificati bisogni di salute, sensibilizzare gli studenti all'erogazione di un'assistenza culturalmente competente, a partire dal percorso formativo di base. In tale contesto, la competenza culturale nelle scienze della salute viene intesa come la capacità di focalizzare l'attenzione su similitudini e differenze tra culture per fornire cure appropriate basate sui valori dell'individuo, sui suoi stili di vita e su pratiche personali per la cura della salute (Leisham, 2004). Si tratta di un approccio che richiede anche agli infermieri, non solo di essere informati e consapevoli delle diversità culturali e valoriali dei diversi gruppi, ma di integrare tale diversità nel proprio sistema di valori e pensiero (Gustafson, 2005).

Tale significato di competenza culturale è fortemente associato alle specifiche dell'Infermieristica: il concetto di aiuto, dunque il modo di aiutare, sotteso alla pratica professionale, dipende principalmente da ciò che si considera essere il bisogno dell'altro. Il bisogno di assistenza non è mai solo un dato di fatto organico, oggettivo e quantificabile, ma è sempre un fatto relazionale e situato, un fatto dialogico ed estetico (Manara, 2000; Campinha-Bacote, 2002). Come precedentemente riportato, nella relazione infermiere-persone, il bisogno di assistenza riflette tutte le dimensioni costitutive la persona stessa e chiede la considerazione e la messa in atto di competenze personali e familiari (self-care), etno-assistenziali e, infine, disciplinari. Occorre quindi un'assistenza infermieristica culturalmente competente perché, come scriveva Madeleine Leininger, pioniera dell'infermieristica transculturale: "Affinché gli esseri umani vivano e sopravvivano in modo salubre, tollerante e significativo, è necessario che gli infermieri e gli altri professionisti della salute apprendano le credenze, i valori e gli stili di vita dei popoli legati all'assistenza culturale per poter offrire un'assistenza sanitaria valida e culturalmente congruente" (Leininger et al., 2004).

Affinché il futuro professionista infermiere possieda tale tipo di competenza è fondamentale, già a partire dal percorso formativo di base, far sperimentare allo studente la gestione della complessità dei bisogni assistenziali della persona, perché diventi capace di leggere tutti gli elementi che a tale complessità concorrono e perché sia in grado di prendere decisioni assistenziali, offrendo risposte non standardizzate o routinarie e asettiche. È necessario che lo studente sia in grado di cogliere la complessità - coerentemente al significato che Edgar Morin attribuisce a tale termine, ovvero “ciò che è tessuto insieme; l'intero” (Morin, 2002). Essere in grado di cogliere tale complessità significa, per i professionisti infermieri, essere in grado di tradurre il sapere scientifico, nell'individualità della singola persona, rendendo ogni persona un unicum irripetibile.

Il sapere marcato dalla complessità richiede la formazione dello studente a un agire sapiente, consapevole e capace di riflettere sulle azioni di cura, riconoscendone le matrici intellettuali, scientifiche e operative, ma altresì sensibile alle sollecitazioni che l'esperienza vitale della cura gli rimanda, attraverso la capacità di riflettere su se stesso, sulle proprie emozioni, sui propri pregiudizi e sul modo in cui questi influiscono sulla percezione di sé anche in relazione all'altro.

La presa di decisioni in ambito infermieristico e la capacità di offrire risposte culturalmente competenti e, per questo, coerenti con la complessità dello specifico bisogno richiede una pluralità di saperi che sono declinabili in sei tipologie:

- Conoscenze relative alla visione che il curante ha del proprio lavoro (ad esempio: che cosa penso che sia l'assistenza? Se penso che sia “aver-cura” del paziente, mi comporto in un modo, se penso sia un lavoro come un altro, mi comporto diversamente).
- Conoscenze scientifiche (quali conoscenze ho per prendere una decisione su questo problema? Quali conoscenze metodologiche? Quale percorso di ragionamento faccio per capire il problema del paziente e scegliere un intervento?)
- Conoscenze pratiche e tecnologiche, chiaramente indispensabili.
- Conoscenze organizzative: ad esempio, le risorse, le competenze, i tempi.
- Conoscenze relazionali: non c'è cura senza relazione, anche in un gesto tecnico c'è relazione, c'è un modo di porsi in cui il corpo del curante incontra il corpo del curato.
- Conoscenze etiche, per ultime, ma non meno importanti in quanto dovrebbero avere la prima e l'ultima parola in ogni presa di decisione. La prima perché ogni presa di decisione nasce dall'apertura del curante alla comprensione del bisogno dell'altro e l'ultima perché ogni decisione clinica dovrebbe essere eticamente fondata (Manara 2020; Mortari 2006).

Tale finalità formativa, che intende tenere insieme competenza culturale e processo decisionale in risposta alla complessità, si concretizza in un'offerta curriculare che attraversa trasversalmente, con livelli di complessità progressivamente crescente, i tre anni di corso.

Essa comprende:

- Moduli e contenuti disciplinari specifici relativi all'ambito psico-antropologico, etico-deontologico, pedagogico, ma anche di educazione terapeutica, ontologia, epistemologia, metodologia della Scienza Infermieristica e dei fondamenti teorici operativi relativi alla relazione assistenziale e di cura;
- Attività della didattica professionalizzante nell'ambito dei laboratori pre-clinici e in tirocinio.

Anche nella pianificazione ed erogazione di un percorso formativo che riesca a formare un professionista in grado di farsi carico delle nuove sfide della salute, la complessità resta elevata, poiché risulta prioritario promuovere pensiero critico e consapevolezza. Per meglio comprendere tale complessità, si propone di seguito una tabella riassuntiva, divisa sui tre anni di corso, che descrive in dettaglio l'offerta formativa del Corso di Studi in Infermieristica di Reggio Emilia, nella formazione di professionisti culturalmente competenti.

OBBIETTIVO FORMATIVO GENERALE: sensibilizzare gli studenti, a partire dal percorso formativo di base, all'erogazione di un'assistenza "culturalmente competente".			
DEFINIZIONE: competenza culturale, nelle scienze della salute, vada intesa come la capacità di focalizzare l'attenzione su similitudini e differenze tra culture per fornire cure appropriate basate sui valori dell'individuo, sui suoi stili di vita e pratiche personali per la cura della salute (Leisham, 2004), integrando tale diversità nel sistema delle proprie opinioni (Gustafson, 2005).			
DIDATTICA FRONTALE			
	1° Anno	2° Anno	3° Anno
MODULO DISCIPLINARE DI RIFERIMENTO	- Psicologia Generale - Antropologia Culturale - Infermieristica Generale - Metodologia infermieristica	- Relazione assistenziale - Pedagogia	- Sociologia della Salute e della famiglia - Psicologia Clinica - Etica e Deontologia professionale
CONTENUTI DISCIPLINARI SPECIFICI	- Sensazione e percezione, apprendimento, memoria, pensiero ed emozioni - Proprietà del linguaggio umano, linguaggio e comunicazione: produrre e comprendere il linguaggio, comunicazione verbale e comunicazione non verbale. - Definizioni di cultura; la dinamica culturale: inculturazione, acculturazione e deculturazione; etnocentrismo e relativismo. - La salute come fenomeno multidimensionale; il corpo fra salute e malattia; esperienza del dolore, sintomo e culture - La cura e la relazione terapeutica - Il significato di to care (occuparsi, preoccuparsi, aver cura)	- Il significato di relazione d'aiuto in ambito assistenziale - L'ascolto attivo - La dimensione corporea del comunicare - L'infermiere e le sue emozioni - L'agenda del paziente e del caregiver per sostenere un colloquio d'aiuto - I principali trend del cambiamento socioculturale e le loro ricadute educative: irruzione di una società multiculturale; - Reciprocità fra rappresentazioni sociali, sistemi di auto-percezione, autoefficacia e agentività e caratteristiche e conoscenze, competenze e abilità reali (teorie e prospettive d'intervento);	- Corpo e salute - Rappresentazioni sociali e culture della salute. Società somatica e controllo del corpo. Gli stili di vita - Dall'educazione sanitaria alla promozione della salute - Il comportamento sanitario: pluralità dei percorsi di cura - I bisogni di salute, la rappresentazioni della malattia; modelli esplicativi del comportamento del malato; reti sociali - Pluralismo terapeutico. - La malattia tra persona, medicina e società - Il ruolo dell'infermiere nel supporto psicologico al paziente e ai suoi familiari - Le emozioni nella cura - La relazione nella cura: i sistemi motivazionali e l'attaccamento

CONTENUTI DISCIPLINARI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> - il pensiero critico in Infermieristica; definizione di progettazione e piano assistenziale - Il Codice deontologico dell'infermiere: una prima lettura 		<ul style="list-style-type: none"> - Mente e corpo nella cura: la prospettiva psico-neuro-endocrino-immunologica - L'empowerment - Concetti etici per la pratica infermieristica e Codice Deontologico: Alleanza, Competenza e Responsabilità, Caring - Il ragionamento etico per la presa di decisioni nella pratica infermieristica: presentazione di alcuni modelli di analisi etica e processo decisionale etico - Il Codice Deontologico dell'Infermiere: generalità ed implicazioni nell'esercizio professionale; Principi, valori, norme a confronto nei Codici delle professioni sanitarie - Responsabilità infermieristica in ambito di violenza di genere
STRATEGIE DIDATTICHE UTILIZZATE <ul style="list-style-type: none"> <li style="margin-right: 10px;">• Lezioni frontali <li style="margin-right: 10px;">• Team Based Learning • Mandati di approfondimento tematici 			

DIDATTICA PROFESSIONALIZZANTE: LABORATORI PRE-CLINICI			
	1° Anno	2° Anno	3° Anno
TITOLO DEI LABORATORI PRE-CLINICI	<ul style="list-style-type: none"> - Relazione nella normalità e nella malattia - Esperienziale – Fundamental Care - Dimensione Professionale: essere infermiere - Dimensione Etica - Soft Skill : Competenza Emotiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Narrazione dei pazienti: 30 minuti con - Relazione nel rapporto con il malato e i familiari - La progettazione di un piano educativo - Gestì di cura 	<ul style="list-style-type: none"> - Relazione conflittuale - Modello Etico - L'approccio al diverso - Infermieristica interculturale - Il dolore nella complessità
AMBITI TEMATICI	<ul style="list-style-type: none"> - Riconoscimento e legittimazione delle emozioni - Consapevolezza di stereotipi, pregiudizi, immaginario personale e collettivo: chi è l'infermiere, chi è il malato; come ti aspetti/desideri essere ed essere vissuto - Il mondo emotivo dei gesti di cura - I valori personali e professionali che orientano l'agire del professionista - La pragmatica della comunicazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Le tecniche di comunicazione - L'agenda del paziente - L'ascolto attivo - Empatia - Giusta distanza - La capacità di so-stare nella sofferenza e nelle attese - Riconoscere nella persona le strategie di adattamento alla malattia cronica - Stesura/negoziazione di un progetto di educazione terapeutica 	<ul style="list-style-type: none"> - La comunicazione assertiva - Il lavoro di gruppo/il gruppo di lavoro/la leadership - Rispetto e tutela della dignità dell'assistito di diversa cultura - Sperimenta ambiti di Etica applicata riflettendo su eventuali conflitti di valori e riconosce dissonanze rispetto al modello prevalente
STRATEGIE DIDATTICHE UTILIZZATE <ul style="list-style-type: none"> <li style="margin-right: 10px;">• Brainstorming <li style="margin-right: 10px;">• Filmografia <li style="margin-right: 10px;">• Esercizi di riflessione guidata <li style="margin-right: 10px;">• Narrazione <li style="margin-right: 10px;">• Role Playing <li style="margin-right: 10px;">• Intervista a pazienti • Esercitazioni esperienziali 			

DIDATTICA PROFESSIONALIZZANTE: LABORATORI PRE-CLINICI			
	1° Anno	2° Anno	3° Anno
AMBITI DI TIROCINIO E FINALITÀ FORMATIVE	Per lo studente di primo anno è prevista un'esperienza di tirocinio, integrata da laboratori clinici per lo sviluppo di specifiche abilità gestuali (skill-lab). I contesti dove si svolgono le attività gestuali possono essere strutture ospedaliere presenti nella provincia di Reggio Emilia e strutture residenziali territoriali.	Al secondo anno di corso sono previste due esperienze di tirocinio, finalizzate alla messa in atto delle conoscenze e abilità tecnico/gestuale/ relazionali correlate agli insegnamenti del biennio (assistenza di base, terapie, tecniche infermieristiche, progettazione assistenziale). I contesti clinici ove gli studenti svolgono le attività di tirocinio sono quelli che accolgono pazienti con problematiche di natura: internistica (medicines generali e specialistiche, strutture residenziali territoriali) e chirurgica.	Al terzo anno di corso sono previste tre esperienze di tirocinio. Lo studente completa il percorso di tirocinio sperimentando una graduale assunzione di autonomia e responsabilità nella presa in carico e nella presa di decisione anche di pazienti critici e/o complessi. I contesti clinici ove gli studenti svolgono le attività di tirocinio sono: area critica e delle emergenze (rianimazione, pronto soccorso, terapie intensive post operatorie e mediche, sale operatorie); ambito territoriale e continuità dell'assistenza (servizio infermieristico territoriale, strutture di riabilitazione intensiva ed estensiva, strutture residenziali territoriali, Hospice); ambiti specialistici quali l'area della salute mentale e materno infantile.

Conclusione

L'Infermieristica può e deve ricoprire un ruolo importante nella prevenzione delle MGF, ma per fare questo occorre un investimento sulla formazione di base e continua. Le linee guida per prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne sottoposte a tali pratiche (Allegato secondo art. 4 Legge n. 7 del 2006) indicano che gli operatori della salute dovrebbero essere a conoscenza dei vari aspetti che coinvolgono le MGF, a partire dalle caratteristiche etnico-geografiche, ma anche sociali e culturali delle popolazioni coinvolte. Si parla di una formazione percepita e pianificata a largo spettro, volta non solo al riconoscimento e al trattamento delle lesioni, ma che parta dal concetto di uguaglianza di genere e dalle specifiche correlate alle differenze di genere (Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo & Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, 2021). Formare a competenze di *counseling* di comunità per promuovere un incontro con l'altro che tenga in considerazione le specifiche del linguaggio (digitale e analogico), ma anche le barriere linguistiche, culturali e psicologiche. Formare alle dinamiche di gestione dei conflitti, così come a quelle del lavoro in equipe interprofessionale. Non per ultimo, occorre formare agli approcci assistenziali inter e transculturali per poter valorizzare quel bene prezioso che è la diversità, in quel prezioso diritto che deve restare la salute.

Box informativo 3

L'indagine sul campo

Patrizia Farina, Giorgia Papavero

L'indagine condotta con poche eccezioni mediante tradizionali interviste faccia a faccia ha preso avvio con la selezione di un gruppo di intervistatrici reclutate con il supporto attivo di reti istituzionali, associative e cooperative che operano nel contrasto alle MGF e più in generale che si occupano di tematiche relative alla presenza straniera femminile.

I criteri di reclutamento delle intervistatrici all'interno di ciascuna rete sono stati principalmente individuati nell'esperienza professionale specifica in tema di interviste a immigrate e nella familiarità di contatto con le donne immigrate. In particolare sono state reclutate principalmente donne operanti nell'ambito dell'assistenza e dell'integrazione dei migranti, mediatrici e mediatori linguisticoculturali, operatrici di servizi rivolti all'utenza straniera, esponenti e volontarie di enti del Terzo Settore. Sono state spesso coinvolte persone attive nell'ambito dell'associazionismo straniero, presidenti di associazioni di migranti, esponenti di comunità soprattutto in quanto facilitatori di rapporti all'interno delle diverse comunità.

Il personale selezionato è stato specificamente formato in accordo con la metodologia d'indagine adottata e sui contenuti del questionario, con incontri organizzati nei diversi territori nel corso dei primi due mesi di lavoro e proseguiti in quelli successivi per l'aggiunta di persone reclutate in seguito. Non essendo la variabile territoriale/regionale determinante al fine del raggiungimento del risultato, si è scelto di effettuare più interviste nei territori dove la risposta e la disponibilità di rilevatrici e rilevatori è stata maggiore. Il team delle intervistatrici è stato intenzionalmente popolato da donne e da tre uomini con ruoli attivi all'interno delle proprie comunità sul territorio di rilevazione, le comunità egiziana, nigeriana e ghanese.

Sono state coinvolte soprattutto rilevatrici di origine dei paesi target al fine di garantire una maggiore facilità nel contatto dal punto di vista linguistico e una maggiore vicinanza culturale; mentre sono dodici le rilevatrici italiane di nascita - operatrici di cooperative, enti, centri, associazioni, ben inserite nelle reti delle migranti. La modalità con cui si è proceduto a prendere contatto con le donne da intervistare è stata quella di individuare i luoghi di frequentazione, nei diversi contesti territoriali, ad alta presenza femminile straniera e alle diverse tipologie di presenza/utenza. A titolo di esempio si citano gli sportelli informativi presso i comuni o le associazioni, gli istituti di insegnamento della lingua italiana, i centri di formazione, associazioni e centri culturali, centri di accoglienza, centri di assistenza sanitaria, lavorativa, giuridica ed altri ancora; nei luoghi di culto e delle feste delle diverse tradizioni culturali; nei luoghi di incontro informali e di aggregazione spontanea (parchi, stazioni, locali di svago ecc.); nei mercati, nei negozi etnici e più raramente presso abitazioni private.

Le interviste sono state ripartite rispetto al luogo di domicilio/presenza delle intervistate: in particolare oltre un terzo del campione è stato intervistato e vive in Regione Lombardia, seguono Emilia Romagna (18%) Lazio (14%) per un totale di questionari validi pari a 2.178 interviste. La rilevazione sul campo è stata condotta nel periodo Aprile - Novembre 2019.

Donne intervistate per regione di domicilio

Regione	Valore assoluto	%
<i>Lombardia</i>	770	35,4
<i>Emilia-Romagna*</i>	383	17,6
<i>Lazio</i>	308	14,1
<i>Campania</i>	272	12,5
<i>Puglia</i>	217	10
<i>Toscana</i>	72	3,3
<i>Piemonte</i>	65	3,0
<i>Veneto</i>	44	2,0
<i>Sicilia</i>	29	1,3
<i>Liguria</i>	18	0,8
<i>Totale</i>	2178	100

* di cui: 146 interviste nella provincia di Reggio Emilia e 111 nella provincia di Forlì, le restanti tra Parma, Bologna e Modena

Il numero di interviste inizialmente programmate era 2.500. Tuttavia, il raggiungimento del target iniziale è stato ostacolato dalla reticenza delle donne a causa di un clima sociale certamente meno favorevole alla fiducia di quando fu realizzata l'indagine europea nel 2016. Alcuni questionari inoltre sono stati esclusi perché compilati in modo non adeguato. La metodologia statistica è riferita al numero effettivo di interviste, totalmente adeguato alla produzione delle stime rispetto agli standard richiesti.

Un segno potente di resilienza. Nulla deve fermare il contrasto alle MGF neanche il Covid 19

Piera Bevolo

*Ho nostalgia di una terra
in cui non sono mai stata,
dove tutti gli alberi e i fiori
mi conoscono,
dove non vado mai,
dove però le nuvole
si ricordano bene
di me,
straniera,
che non ha casa in cui piangere.
Vado
Verso un'isola senza porto,
butto in mare le chiavi
già alla partenza.
Non arrivo da nessuna parte.
La mia tela è come una ragnatela al vento,
ma non si strappa.
E oltre l'orizzonte,
dove i grandi uccelli
asciugano le ali al sole
alla fine del volo,
c'è un terra
dove mi si deve accettare
senza passaporto,
con l'avvallo delle nuvole*
Hilde Domin – Con l'avvallo delle nuvole

Mi è arrivata la sollecitazione a scrivere in merito alle Mutilazioni Genitali Femminili e ai lavori del tavolo sul tema, dopo alcuni incontri realizzati a distanza, via web, durante la pandemia da Covid 19.

Continuare a parlare di questo tema, che non subisce un arresto, pur di fronte ad avvenimenti così drammatici per la salute mondiale, mi è sembrato un segno potente di resilienza, che deve essere coltivato. Ringrazio i funzionari comunali, l'Assessore Annalisa Rabitti, il centro culturale Mondinsieme, e in particolar modo la dott.sa Faiza Mahri per il loro lavoro costante e ostinato. Scrivere di un argomento così doloroso, in un tempo così mutilante, è difficile ed opportuno allo stesso tempo. Sono una psicologa-psicoterapeuta. Fino al 2019, ho lavorato all'interno del Dipartimento di Salute Mentale della AUSL locale. Tra i miei compiti istituzionali, c'era quello di organizzare i percorsi formativi per gli operatori sul tema migratorio.

Il mio interesse per la problematica migratoria risale al 1992. Occuparsi di migrazione era direttamente conseguente al tema della nascita e della genitorialità, che era il mio ambito prevalente di attività. Nei corsi nascita, in consultorio, in neonatologia, registravamo un aumento crescente delle donne immigrate. Nei servizi, esse faticavano a trovare risposte totalmente efficaci, per molteplici problemi di comunicazione, a partire dalla lingua, che includevano una visione multiforme/difforme dell'esperienza di femminilità, sessualità, maternità, non familiare alle operatrici, né scontata nella capacità di lettura e di risposta.

La differenza culturale, che ci sfidava, rappresentava una ricchezza ed una possibilità di trasformazione del tessuto sociale che, all'inizio, faticavamo a cogliere e a scambiare.

Tra l'altro, la divaricazione netta tra operatrici (tutte provenienti dal contesto autoctono italiano) e donne gravide (immigrate) ri-perpetuava reciprocamente l'equivoco "noi-loro", con fraintendimenti, sospetti, frustrazioni speculari.

C'erano alcuni temi che erano, per noi operatrici, invisibili.

Il tema delle mutilazioni genitali o, (come sostiene qualche autore), delle modificazioni genitali femminili era, tra questi, il principale.

MUTILAZIONI è il termine scelto e riconosciuto universalmente, contiene, in modo significativo e corretto, la violenza ed il sopruso che viene perpetrato. Chiamarle modificazioni va nella direzione di cercare di non confondere l'evento vissuto con la persona, l'individualità che viene violata. Si tratta quindi di persone non mutilate ma modificate, in cui però riconoscere un'identità integra, non carente seppure traumatizzata.

Al di là del nome con cui vengono designate, è importante mentalmente mantenere questa distinzione, con rispetto e attenzione, nell'incontro con le donne e nell'ascolto, in particolare se si è donne occidentali, estranee a queste pratiche.

Da parte delle professioniste c'era una "ignoranza" del fenomeno, quasi una repulsione/vergogna ad occuparsi di un tema che aveva caratteristiche tanto "barbare".

C'era l'idea, non del tutto consapevole, che la cosa non ci riguardasse, come donne occidentali "evolute", che noi fossimo indenni e lontane da tali pratiche.

Raccogliendo una documentazione storica abbiamo avuto modo di constatare quanto questo fenomeno sia trasversale alle culture e alle epoche.

Sul versante delle donne immigrate, nei servizi, si avvertiva un silenzio assordante, un'omissione parlante e, forse, urlante e dolorosa, che rischiava di tradursi in ciò che alcuni autori segnalano come rischio di "ritraumatizzazione", in un contesto sordo ed evitante, che non riesce ad accogliere il percorso e la voce delle donne.

Quando, a partire dal 2013, è iniziato il progetto comunale sulle MGF, e mi è stato chiesto di partecipare al tavolo istituito sul tema, non nascondo di averlo fatto con una certa riluttanza e con l'impressione che occuparsi di un argomento (che allora vivevo come un argomento "di nicchia"), fosse un lusso che nell'operatività di ogni giorno poteva non essere essenziale, con il timore che avrebbe portato benefici del tutto marginali alla mia attività clinica ed ai bisogni delle donne che incontro.

Diffidavo di un titolo che portava con sé un aspetto cruento e una dimensione così “corporea”, cruda e brutale, che poteva trasformarsi in una bandiera, in un tema “immagine” di cui si potevano ammantare le “democrazie” occidentali per ribadire la loro pretesa superiorità.

Non avevo idea di quanto questi discorsi fossero cruciali anche per noi, per le donne tutte, per la tematica di genere, per il femminile in senso più ampio e di quanto fosse fittizio porsi “sull’altra sponda della civilizzazione”.

La pretesa di “civiltà” che permea l’arroganza del mondo occidentale ha investito, a volte, anche il femminismo e la rivendicazione di genere, a volte travisando, secondo me, le rivendicazioni pur legittime.

Non vorrei essere fraintesa, non intendevo e non intendo ri-perpetuare una divaricazione tra “primo” e “terzo” mondo (con una terminologia fortunatamente ormai desueta), né omologare in modo impersonale le donne tra quelle che sono state “modificate” e quelle che non hanno vissuto tale pratica. Un minimo di studio del fenomeno dice quanto questa distinzione sia irrealistica e di quanto, in un contesto migratorio, le identità si formino in un mosaico di rappresentazioni e introiezioni reciproche, in trasformazione. Inoltre i contesti di partenza delle donne, usi a queste pratiche, sono fortemente in evoluzione e sanzionano, a loro volta, le abitudini tradizionali.

Ribadisco con forza il dissenso e la condanna delle pratiche di modificazione sul corpo delle donne e, ancor più, delle bambine. Nessuna motivazione “culturale” può attenuare il dolore e la mortificazione delle mutilazioni, la simbolica comunicazione di minorazione e di soggezione trasmessa alle donne tramite questi gesti. Mi sembra, sempre e comunque, prioritario e indispensabile conservare uno sguardo delicato e rispettoso delle donne, della loro storia e della loro identità, del loro autonomo percorso di emancipazione, lasciar emergere la loro voce, con i tempi e i modi scelti da ogni singola donna, nella propria personale vicenda umana. Dal lavoro del tavolo, mi pare di aver ricavato soprattutto questo: uno sguardo attento, non stereotipato, “comprensivo” che possa aiutare le donne a far emergere la loro soggettività ed il loro processo di autonomia e di eventuale/inevitabile lotta alle pratiche.

Uscire da una storia che ha segnato la propria appartenenza sociale, le proprie esperienze emotive, la stessa percezione del sé corporeo non è né semplice né immediato. Significa rescindere appartenenze, legami, percezioni del proprio sé, costruzioni primarie della propria identità.

Prendere consapevolezza della possibilità di non perpetuare comportamenti violenti e fortemente lesivi dello sviluppo, sulle bambine, sulle proprie figlie, può avvenire solo in un contesto accogliente e nella possibilità di raccontarsi senza vergogna, senza omissioni o la percezione di giudizi, di sguardi orripilati, di commenti sprezzanti.

Può emergere un nuovo modo di valorizzarsi, come donne, solo passando attraverso il dolore del distacco e potendo intravedere un’altra narrazione di sé, positiva e potente, completa, che non si cristallizzi in una dimensione vittimistica

Credo che, negli anni, l’elaborazione comune dei partecipanti al progetto, che inizialmente intendevamo specificamente rivolto a “quelle donne”, sia risultato efficace e trasformativo per noi, donne occidentali, operatrici della

femminilità, cittadine del nostro contesto attuale multiculturale, in una logica di scambio, di confronto e di apprendimento trasformativo. Ci ha permesso di riconoscere una pratica generalizzata e universale di “mutazione” delle donne, trasversale a tutti i contesti culturali, che tende a ridurre al silenzio le caratteristiche e le capacità del femminile (come ampiamente testimoniato nelle attuali rivendicazioni dei vari movimenti).

Nella mia pratica clinica, nell’incontro con le donne, conoscere più a fondo la loro possibile esperienza, mi ha aiutata a non essere frettolosa, a non evitare alcuni discorsi, a stare, con più strumenti, nel dolore, indicibile, a volte, e anche nell’orgoglio, in alcune occasioni, per qualcosa che io sentivo così dissonante dalle mie concezioni e dal mio sentire. Ho capito di poter ascoltare l’orrore, senza estendere questa emozione alla persona che me ne parlava, che era tutt’altro che orrida, ma degna di cure e di ammirazione per la capacità di fronteggiare un impatto così doloroso con la propria femminilità e la propria condizione di donna.

Nel futuro dei lavori di questo progetto, non riesco ad immaginare altro che continuare a potenziare la dimensione informativa, formativa e comunitaria del progetto. Un tema così delicato non può mai essere affrontato soltanto nella dimensione individuale e “privata” della pratica clinica, necessita di uno sguardo corale, che lo sostenga.

I luoghi e la modalità di incontro con le donne, la cura, il tentativo di “riparazione” del dolore fisico e psicologico, rappresentano un nodo cruciale per sostenere il percorso personale delle donne che affrontano gli esiti di queste pratiche.

Purtuttavia, come operatrici, cittadine, donne, non possiamo non affiancare all’incontro individuale con le singole storie, una lotta sul versante collettivo, sociale, legale, pedagogico.

Il tavolo sulle MGF, a Reggio, con la sua composizione multiculturale e variegata dal punto di vista delle competenze professionali e delle provenienze rappresenta la garanzia di uno spazio adatto all’elaborazione integrata dei contenuti che emergono dall’analisi di queste pratiche e dalle esperienze che ne derivano.

La necessità di mantenere uno spazio aperto all’analisi e all’ascolto delle storie, nella Storia delle culture, permane e va coltivata.

Ringrazio gli organizzatori per l’opportunità che ci siamo costruiti, in un ambito istituzionale riconoscibile, di affrontare il tema e di continuare ad elaborarlo.

Storie con-vincenti: raccontarsi nella relazione di cura come risposta alla violenza di genere

Rosaria Ruta

Il cambiamento sta arrivando
Leyla Hussein, 2020

I temi del genere, della disuguaglianza e della violenza contro le donne attraversano società diverse, si intrecciano con la nostra vita a partire dalle storie delle nostre madri e dei nostri padri, delle zie, delle nonne, dell'esperienza di ciascuna o ciascuno di noi. Prendere coscienza di stereotipi radicati, scegliere i valori in cui identificarsi, mettere in discussione le tradizioni e promuovere cambiamenti, sono passaggi necessari per vivere rapporti paritari e una sessualità felice nutrita dallo scambio reciproco. Per me che da ragazza ho conosciuto il sapore amaro della sottomissione delle donne nella società, affermare l'autonomia, il diritto ad autodefinirsi, credere nella reciprocità, ha rappresentato una battaglia personale e un impegno sociale che ho portato avanti assumendo molte responsabilità, come spesso capita alle donne.

Il lavoro di psichiatra nei servizi pubblici mi ha permesso di mettere in luce gli intrecci tra esperienze personali e contesti sociali, di ricostruire storie intorno ai sintomi nei disturbi che hanno un'incidenza maggiore nelle donne, come la depressione, il disturbo borderline e i disturbi del comportamento alimentare. Ho avuto un ruolo trainante nella costituzione di associazioni che sostengono il valore della testimonianza come fattore di resilienza personale e collettiva, in contesti di vulnerabilità e di migrazione. Uno sguardo vigile mi ha portata a contrastare alcuni automatismi che si riproducono nella società come nei servizi alla persona: il ribaltamento dal ruolo di vittima al ruolo di colpevole che colpisce le donne che hanno subito violenze e abusi, i pregiudizi e le facili etichette sui comportamenti sessuali. Ho messo in discussione lo specialismo difensivo che si concentra sul sintomo e sulla prestazione e allontana l'attenzione da contesti sociali difficili e violenti che richiederebbero ai professionisti prese di posizione impegnative. Dal 2014 le mutilazioni genitali femminili (MGF) sono emerse come problema nel nostro territorio che da decenni è sede di flussi migratori importanti e mutevoli, estendendo il campo di attenzione alle violenze di genere. Nel 2018 si è costituito il Tavolo Interistituzionale di contrasto alle MGF di Reggio Emilia al quale ho aderito. Vivace è il dibattito su come aumentare l'informazione per promuovere consapevolezza, coinvolgere le donne e le comunità perché trovino la loro strategia per contrastare una pratica che viola i diritti umani. Sapere che le donne interessate sono circa 125 milioni e le bambine a rischio ogni anno 4 milioni, che i paesi coinvolti sono numerosi e così le diverse religioni, ha significato non solo riconoscere la portata drammatica di pratiche che violano il corpo di bambine e di adolescenti, ma anche pensare che le donne straniere che incontriamo nel nostro territorio possono essere coinvolte e avere qualcosa da dire come protagoniste di esperienze in cui le

altre possono riconoscersi. Ho conosciuto Nina e Betty nell'ambulatorio Caritas in cui opero come consulente psichiatra, due giovani donne arrivate in Italia attraversando il Mediterraneo, dopo un viaggio che le ha portate dai paesi d'origine in Libia e successivamente a Lampedusa. Nina è fuggita dalla Costa d'Avorio per sottrarsi all'infibulazione e al matrimonio imposto dalla famiglia. È stata detenuta illegalmente in Libia dove ha subito violenze sessuali. Parla poco, è triste, sente su di sé la colpa per quello che ha vissuto. Ha incubi durante i quali rivive le violenze subite e dolori diffusi in tutto il corpo. Ci racconta di essersi messa in viaggio perché qualcuno le ha promesso di farla lavorare in un paese più ricco. Ci vorrà del tempo perché emerga la scelta di sottrarsi a una dimensione familiare e sociale in cui la violenza contro le donne, incluse le mutilazioni genitali, è un fatto ordinario. Veniamo a sapere che lo zio maltratta sistematicamente la mamma perché l'ha fatta fuggire. Nina si sente responsabile anche delle sofferenze della madre, il senso di colpa è opprimente e la paralizza. Quando si apre, ci confida che è partita per sottrarsi al matrimonio forzato e per non subire l'infibulazione necessaria per preparare la sposa. È la più giovane delle figlie. Una sorella che l'ha aiutata a partire è morta per le percosse del marito, era all'inizio di una gravidanza. Dopo di lei un'altra sorella è fuggita dal marito violento, si sono ritrovate in Libia, ma poi si sono perse. Nina si racconta e "il suo cuore sta meglio". Con la mediatrice culturale sosteniamo la sua scelta coraggiosa e i suoi diritti. Finalmente Nina si libera del senso di colpa. Spera di essere aiutata a ritrovare la sorella.

La mutilazione genitale femminile acquista il suo significato all'interno di storie di vita in cui è evidente l'interesse sociale al controllo sulla sessualità femminile, ma anche l'intreccio con altre forme di violenza subita dalle donne, ora perché rinchiusa in un ruolo subordinato, ora perché punite per aver esercitato una libertà di movimento e di scelta.

Betty viene dalla Nigeria. È sfuggita alla tratta. Rivive episodi di violenza che si sono ripetuti nel corso del viaggio; il più traumatico è quello del rito durante il quale aveva fatto il suo giuramento di obbedienza, al cospetto di immagini sacre si era assunta la responsabilità per le conseguenze mortali a cui sarebbe andata incontro nel caso avesse rotto i rapporti con i suoi sfruttatori che invece, con coraggio, lei ha denunciato. Le è difficile scambiare sguardi con gli altri: i suoi pensieri svaniscono, si sente giudicata. Preferisce appartarsi o uscire da sola, e questo crea incomprensioni con chi la segue nel progetto di inserimento. Non è più sé stessa, né ricorda com'era prima. Abbiamo affrontato nei colloqui l'impatto di stati mentali di difficile gestione: paura, confusione, indegnità, solitudine, nostalgia della famiglia. Occorre reagire con la forza dello spirito. Finalmente arriva il riconoscimento dello status di rifugiata: ha i suoi documenti e può guardare con fiducia al futuro. È in questa nuova situazione che mi dice che da quando usa gli antidepressivi il suo desiderio sessuale si è spento e chiede una cura. Provo a documentarmi e mi rendo conto che, malgrado la larga diffusione della depressione e dei trattamenti con antidepressivi tra le donne italiane, agli effetti sulla sessualità non viene dato particolare rilievo, le soluzioni

sembrano davvero limitate, come se costituissero un prezzo “onesto” da pagare per curarsi. Stanno riemergendo i ricordi e Betty vorrebbe tornare ad essere sé stessa. Con l’aiuto della mediatrice racconta che a pochi mesi di vita ha subito la clitoridectomia, che le modalità di provare piacere sono per lei ridotte e il suo ragazzo non se ne cura. Contiamo sulla sospensione dei farmaci. Entrambe le storie hanno preso forma all’interno di una relazione, nello spazio sicuro del piccolo gruppo femminile costituito dalla psichiatra, dalla mediatrice culturale, dalla donna bisognosa di cure. La presenza della mediatrice non ha svolto solo un ruolo di ponte linguistico o tra culture diverse, ma ha contribuito a creare un clima di condivisione e di rinforzo reciproco. Raccontare ha fatto parte di un percorso di presa di coscienza e di affermazione di sé. La relazione e il dialogo svolgono un ruolo centrale nel contrasto alle MGF; permettono di parlarne, di rivisitare l’esperienza vissuta e di prendere posizione. Ogni donna che prende coscienza può condurre la sua campagna personale contro le MGF. Ogni storia raccontata può produrre nuove consapevolezze valorizzando la complessità dell’esperienza e facilitando la condivisione.

L’importanza dell’interazione diretta emerge anche dalla ricchezza di contenuti che caratterizza ogni incontro o intervista con singole donne e con le comunità che viene riportato nel Tavolo di contrasto alle MGF. Questo rende auspicabile un investimento delle politiche sanitarie e di accoglienza per garantire l’allestimento di spazi intimi e sicuri, e la formazione di operatori sensibili in grado di promuovere un dialogo per fare emergere le esperienze traumatiche e i problemi di salute che ne derivano.

La lotta contro le mutilazioni genitali femminili va inserita a pieno titolo nella lotta contro le discriminazioni e la violenza di genere. Come afferma Leyla Hussein, psicoterapeuta e attivista somala, in nessuno stato di diritto sono ammissibili forme di abuso e di tortura su minori, e i governi occidentali dovrebbero investire risorse in educazione, sanità e giustizia. (L.Hussein, *The Cruel Cut*, Oslo Freedom Forum 2017, <https://www.youtube.com/watch?v=rBV1zKft3oY>). In molti Paesi dove la donna non ha possibilità di partecipare alla vita politica ed è marginalizzata dal punto di vista economico e sociale, viene celebrata e trae autorevolezza proprio nel ruolo di garante della tradizione e della coesione sociale fondata sul rispetto di regole antiche. Questo ruolo, che le attribuisce anche la responsabilità della trasmissione di generazione in generazione delle MGF, non può essere considerato espressione di una scelta personale libera e va ribaltato attraverso relazioni e contesti sociali che sostengono un’identità femminile diversa. Una scelta trasgressiva così sofferta, come quella di Nina e di Betty, finisce per mettere a nudo l’estrema solitudine delle donne che cercano una via d’uscita da un ambiente limitante e opprimente, e ci richiama a un coinvolgimento collettivo per mettere in atto azioni di contrasto efficaci alle diverse forme di violenza di genere.



L'Approccio Interculturale

Insieme si può

Ivan Mario Cipressi

*“Ogni individuo ha diritto alla vita. Una vita non è superiore a un'altra.
Rispetto per gli altri è la regola, e la tolleranza deve essere il principio.
La vanità è un segno di debolezza e l'umiltà di grandezza,
affronteremo le difficoltà uniti e aiuteremo coloro che ne hanno bisogno.
Nessuno mai offenda le donne, che sono le nostre madri.
Le donne, oltre alle loro occupazioni quotidiane, devono collaborare alla nostra gestione.
Rispetta la famiglia, l'amicizia e il vicinato.
Non umiliare il nemico, perché così facendo saresti considerato codardo.
L'educazione dei giovani spetta all'intera società.
Ognuno deve prendersi cura e correggere i figli.”*
Estratto della carta Manden - 1236 Regno del Mali

Questa pubblicazione è ricca di storie personali e professionali grazie ai molteplici contributi raccolti dai partecipanti del Tavolo interistituzionale di contrasto alle mutilazioni genitali femminili.

I colleghi e le colleghe affrontano argomenti di capitale importanza quali: gli aspetti medici, psicologici, culturali, legislativi ed esperienziali. Il contributo che intendo dare a questa pubblicazione riguarda, nello specifico, il punto di vista interculturale e l'approccio pedagogico ed educativo che ne consegue.

Estate del 1991, età 29 anni. Un mese a far visita ad un amico che allora faceva il servizio civile a Lunsar in Sierra Leone, città gemella di Bibbiano, piccolo paese della Provincia di Reggio Emilia in cui ho vissuto la mia prima giovinezza. Un gemellaggio nato negli anni sessanta del '900 e che aveva visto arrivare a Barco anche giovani africani. Ospite dei Padri Bianchi, finalmente ero arrivato in quel luogo che sentivo nominare da anni e che avevo conosciuto attraverso i racconti e le diapositive dei viaggi di giovani coppie e di Don Paolo Ghini, cugino di Padre Stefani, missionario in Sierra Leone. Un'esperienza per alcuni versi rivoluzionaria. Mai avrei immaginato, allora, che quei giovani uomini e donne o i loro figli avrebbero intrapreso, molti anni dopo, lunghi viaggi verso l'Europa. Fu in quella esperienza che sentii parlare di due argomenti per me nuovi. La cosa più straordinaria non fu tanto quella, ma il fatto che tali argomenti venissero “maneggiati” ed introdotti da sacerdoti cattolici. Il primo riguardava “la prova pre matrimoniale”. Spesso il sacerdote durante la preparazione al matrimonio chiedeva se i futuri sposi già vivevano insieme. Lo chiedeva non per dissuaderli, bensì per incoraggiarli a farlo. Il secondo aveva a che fare con l'integrità della persona come Dio l'aveva creata (il riferimento era chiaramente rivolto alle donne). Tale argomento veniva affrontato nelle messe e anche nei dialoghi più personali. Chiedendo spiegazioni a Padre Emilio di tale approccio rispose: “è il tentativo di affrontare prima di tutto la questione del rispetto tra persone”. Ancora oggi, tra i Paesi in cui viene praticata la MGF, la Sierra Leone è tragicamente ai primi posti. In quella esperienza di un altrove, grazie ad una immersione totale in una cultura, non più riportata, ma viva e in presa diretta, ho incontrato i primi racconti relativi

non solo alla mutilazione genitale femminile, ma anche a tutto quel portato di “controllo culturale” sul genere femminile tipico di quel periodo storico. Basti pensare ai movimenti delle donne che dalla fine degli anni '70 ai primi anni del nuovo millennio, diedero origine a forum e conferenze internazionali sul tema della parità di genere.

Un'esperienza forte, che si è adagiata dentro di me per poi comparire moltissimi anni dopo in corrispondenza con il tema dei flussi migratori verso l'Europa nel 2013. Da quel lontano '91 la mia vita professionale è cresciuta nel campo della formazione e dell'educazione. Prima i tossicodipendenti, poi i giovani dei centri aggregativi, in seguito i richiedenti asilo per arrivare ad oggi, dove tutto trova una sintesi nelle attività della Fondazione interculturale Mondinsieme. L'approdo all'agorà del Tavolo interistituzionale del contrasto alle mutilazioni genitali femminili è una tappa fondamentale per il lavoro che, come Fondazione, stiamo cercando di portare avanti.

Altrettanto fondamentale è per me in quanto padre e uomo.

Un'occasione unica e concreta che mi permette di applicare il decentramento cognitivo e l'apertura ad un dialogo complesso che tiene insieme sfumature di pratiche violente ma anche di delicatezza inaudita.

Il gruppo di lavoro che si è andato costituendo negli anni è diventato quel luogo di sintesi di ricerca, analisi, formazione e proposta educativa e culturale che ha come centro la questione fondamentale dei diritti umani.

Molti si chiederanno a questo punto: perché un affondo sull'educazione? L'atto dell'educare è un atto partecipato privato e pubblico, che risente dell'ambiente circostante, dei valori che un determinato gruppo di persone sceglie come orizzonte organizzativo del vivere insieme.

Se così è, ogni evento educativo è unico e condizionato allo stesso tempo. La cellula più piccola del sistema educativo è la coppia. Bisogna essere almeno in due, e chi “conduce” ha una doppia responsabilità: la prima riguarda se stesso, e cioè di mettersi nella condizione di essere un buon educatore, la seconda riguarda l'educando che dovrebbe beneficiare del migliore percorso di accompagnamento possibile.

A questo va aggiunto il destino comune del gruppo in cui si vive, i valori che si scelgono e la stratificazione storica che si dà al concetto di convivenza sociale.

Se guardassimo al processo educativo con queste lenti ci renderemmo conto da subito che ogni cultura, ogni gruppo di convivenza, ogni gruppo di interesse appropverà fini e mezzi per i valori condivisi.

Purtroppo in questa complessità c'è chi riesce anche a legittimare la violenza o addirittura la repressione dell'altro come accettabile e giustificabile.

Senza guardare troppo lontano da noi, sappiamo che i costrutti pedagogici dell'evento educativo possono essere espressi in modo simile sia per la “pedagogia nera” come per la “pedagogia bianca” la differenza sta soprattutto nei modi che si applicano per facilitare lo sviluppo della persona.

Ancora oggi in molti contesti, anche familiari, si sentono affermazioni del tipo: “come ti ho fatto ti distruggo”.

In questi casi ci troviamo esattamente nel paradigma della pedagogia. nera, un metodo di correzione e condizionamento precoce abbastanza diffuso e radicato e che usa la violenza e la paura come strumenti educativi.

Di diversa natura la pedagogia bianca, un sistema di apprendimento ed educazione che stimola la creatività e l'autonomia dei bambini e delle persone in genere.

Le leggi e le convenzioni che sostengono e proteggono la collettività hanno il compito di garantire la civile convivenza, ma anche questo non è sempre garantito.

Quanta paura fa la diversità? Quanto spazio ha il possibile sviluppo armonico della propria persona se non rientra nei canoni sociali? Perché nel mondo spesso le donne debbono patire atteggiamenti e comportamenti di prevaricazione anche violenti? Questi interrogativi in particolare hanno accompagnato la mia partecipazione al percorso del Tavolo MGF ed hanno generato nuove comprensioni, grazie ai confronti quotidiani con referenti religiosi o con persone che provengono da altri luoghi e con altri bagagli culturali personali.

Le mutilazioni genitali sono atti di violenza e a maggior ragione se praticate su bambine piccole, ma in alcuni contesti sono il segno dell'adeguata appartenenza ad un destino di gruppo.

Questo è il paradosso che più mi colpisce e che più mi inquieta.

Per scelta culturale si va a colpire nell'intimità più profonda la donna. Il piacere che è la cifra della procreazione, dell'atto amoroso e della relazione intima, viene castrato, infibulato e reso doloroso.

A questo si aggiunga anche che tale pratica è mantenuta in vita e applicata attraverso una sorte di "competenza" di genere femminile che viene accettata anche grazie al silenzio assordante e all'approvazione degli uomini.

Ed ecco la sfida educativa che maggiormente mi ingaggia.

Allora chiedo, ascolto, leggo e ricerco e trovo ispirazione, anche operativa, quando rileggo la Dichiarazione dei Diritti umani.

Sono 30 articoli di cui ne scelgo cinque, perché li sento vibrare ed essere presenti ogni volta che le persone del Tavolo si incontrano.

(Molti di questi articoli oggi trovano "cittadinanza" in Costituzioni di diversi Stati democratici)

Il primo cita: *"Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza."*

Poi il secondo: "1) Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione.

2) Nessuna distinzione sarà inoltre stabilita sulla base dello statuto politico, giuridico internazionale del paese o del territorio sia indipendente, o sottoposto ad amministrazione fiduciaria o non autonomo, o soggetto a qualsiasi limitazione di sovranità".

E ancora il quarto: “Nessun individuo potrà essere tenuto in stato di schiavitù o di servitù; la schiavitù e la tratta degli schiavi saranno proibite sotto qualsiasi forma”.

Ed infine il quinto: “Nessun individuo potrà essere sottoposto a tortura o a trattamento o a punizioni crudeli, inumane o degradanti”.

Questi sono i punti che a mio avviso, descrivono al meglio gli obiettivi di un approccio “pedagogico bianco” che travalica i confini delle nazioni e che rende chiaro cosa oggi si intende con l'assunto di “comunità di destino terrestre” che accomuna tutti gli esseri umani.

Se questi possono essere obiettivi comuni, la strada principale da percorrere allora è sicuramente quella dell'educazione.

Un'educazione che sappia guardare ai saperi, alle attitudini, alle capacità e alle sensibilità che attengono alla persona, di tutte le persone, e che sappia guardare ad un orizzonte formativo che si può sviluppare durante tutto il corso della vita, può essere una compagna di viaggio decisiva.

Un'educazione che sia paziente ma mai doma.

Allora un atto migratorio, la conoscenza di una diversità, la decisione di modificare un costrutto culturale o semplicemente un incontro straordinario, possono essere dei potenti agenti modificatori che, accompagnati al riconoscimento e al rispetto dei diritti umani, caratterizzano un approccio pedagogico interculturale.

La ricerca presentata al Convegno “MGF: è vicino ciò che sembra lontano” mi ha lasciato un senso di fiducia inaspettato: alcuni ambiti di indagine hanno messo in evidenza e sottolineato che ogni figlia a cui viene evitata la mutilazione genitale non solo ne beneficia personalmente, ma ipso facto interrompe una possibile catena storica, preservando le potenziali figlie da questa pratica.

Continuiamo a parlarne, studiamo, educiamo e comunichiamo, perché molto resta da fare.

Insieme si può!

Insieme per costruire nuove possibilità di confronto

Magdy El Meligy, Sara El Meligy

Il nostro avvicinamento al tema delle MGF è iniziato con l'attività del Tavolo Interistituzionale di Reggio Emilia. Fin da subito, come rappresentanti della Comunità Egiziana di Montecchio Emilia ci siamo dati da fare per far sì che l'impegno di tutti non rimanesse ristretto al Tavolo, ma potesse proseguire anche tra chi ne era al di fuori. Così gli incontri con la Comunità ci hanno portati a conoscere nuovi modi di pensare e confrontarci con le esperienze e i punti di vista di chi decideva di partecipare attivamente ed è grazie alla possibilità di dialogo che siamo riusciti a creare che si è potuto costruire un ponte fra chi contrasta le MGF e chi ne è sostenitore.

Ci siamo accorti che era necessario procedere al di fuori degli schemi che ci porterebbero a condannare immediatamente le Mutilazioni Genitali Femminili, per preferire un approccio diverso. Qui il dialogo è stato il protagonista indiscusso, accompagnato dalla volontà di conoscere l'altro, prima di formare un nostro pensiero sulle esperienze e posizioni.

La nostra partecipazione alla ricerca portata avanti dall'Università Bicocca ci ha posti su un nuovo livello di comunicazione, più intima. Portandoci ad ascoltare i racconti di chi la pratica della MGF l'aveva conosciuta da vicino... e non è stato facile. Emotivamente ed umanamente è stato un impatto che ci ha lasciato tanto; come uomo e come donna, come padre e come figlia, abbiamo conosciuto realtà di vita e di tradizioni diverse e vicine alle nostre, dove il ruolo della famiglia è talmente importante da assumere una posizione decisoria anche su una questione che, seppur portata avanti con fini buoni, si tramutava e tramuta tutt'ora in un'azione demolitoria. Non è stato semplice ascoltare storie toccanti passate, ma ancora troppo presenti nei ricordi delle donne che le riportavano.

Inizialmente avevamo il timore che fossero poche le donne disposte a parlare con noi, ma abbiamo poi scoperto un mondo di soggetti disponibili e pronti a contrastare la pratica. Interviste che "per programma" avrebbero dovuto avere una durata di circa quindici minuti, si sono trasformate in veri e propri incontri dove l'ospitalità e la gentilezza incorniciavano racconti, a volte intrisi di tristezza. Abbiamo anche incontrato persone che non erano a loro agio nell'affrontare questa tematica, per imbarazzo o non intenzione di voler comprendere un punto di vista diverso e contrastante con il loro, ma ciò non ci ha abbattuti. Come padre e figlia uniti nel contrastare la pratica, abbiamo cercato di sensibilizzare coloro che intendevano sostenerla fornendo un nuovo modo di vedere la questione: "faccio del bene a mia figlia, perché non acconsento alle MGF". Tutto questo perché la consapevolezza deve essere quella per cui la tutela della propria persona passa anche attraverso la protezione che chi ti è vicino riesce a trasmetterti.

Sono passati circa due anni dalla realizzazione di quelle interviste e guardando alla situazione attuale che stiamo vivendo, sentiamo di poter dire che sia stata una fortuna, se così si può dire, che lo svolgimento della ricerca sia avvenuto prima che scoppiasse la pandemia da COVID-19. I contatti umani che abbiamo potuto intrecciare ora non sarebbe stato possibile realizzarli senza la libertà che prima vivevamo.

I limiti che la pandemia ci ha portato non devono però fermare l'impegno che tutti noi abbiamo assunto; piuttosto, occorre approfittare di questo momento di lontananza per pensare a nuove modalità di intervento e per sviluppare maggiore attenzione nel cercare di riconoscere le situazioni di difficoltà e di rischio che, viste le limitazioni attuali, potrebbero nascere senza manifestarsi all'esterno delle mura domestiche.

Speriamo che ulteriori possibilità di ricerca riguardino analisi rivolte solo a soggetti di sesso maschile, magari mantenendo il medesimo target al quale erano rivolte le interviste da noi svolte, perché il coinvolgimento non solo delle donne ma anche degli uomini deve essere un punto importante dell'opera di contrasto. Le esperienze hanno infatti mostrato quanto spesso il ruolo maschile abbia un peso importante nella decisione di continuare o meno la pratica di MGF. Bisognerebbe promuovere un'indagine rivolta alla popolazione in generale per capire quanta conoscenza vi sia sul tema. L'esperienza di studentessa universitaria, che ha voluto analizzare la questione dal punto di vista criminologico, ha anche contribuito a evidenziare quanta poca conoscenza vi sia della questione fra i giovani della seconda generazione. Sarebbe opportuno promuovere eventi di sensibilizzazione anche nelle scuole, per mostrare che la violenza ha tante facce, talvolta difficili da riconoscere. Approfittare anche degli strumenti informatici permetterebbe di raggiungere una più ampia platea di destinatari, che forse non avrebbe mai partecipato ad eventi di persona. Meglio sviluppiamo la nostra capacità di dialogo, servendoci di tutte le possibilità che abbiamo, maggiori saranno le occasioni per realizzare efficacemente il nostro obiettivo di contrasto alle Mutilazioni Genitali Femminili.



Conoscere e interpretare le motivazioni dietro le MGF per una policy adeguata e pertinente al contrasto e per ripensare e ridefinire l'integrazione.



Box informativo 4

L'intensità del fenomeno

Patrizia Farina, Giorgia Papavero

Aggregando maggiorenni e minorenni si ottiene un quadro complessivo di sintesi [comprensivo delle stime indirette realizzate con la stessa indagine].

Incidenze di MGF in Italia al 1° gennaio 2019 tra maggiorenni e tra minorenni (%)

Paese	Stima incidenza MGF tra le maggiorenni	Stima incidenza MGF tra le minorenni	Stima incidenza rischio potenziale MGF tra le minorenni
<i>Nigeria</i>	64,0	32,5	8,8
<i>Egitto</i>	56,0	6,3	15,6
<i>Senegal</i>	32,4	9,0	5,4
<i>Etiopia</i>	40,4	9,2	13,0
<i>Costa d'Avorio</i>	49,0	28,5	5,4
<i>Somalia</i>	90,4	48,7	51,3
<i>Eritrea</i>	54,2	19,4	10,6
<i>Burkina Faso</i>	83,1	40,7	1,5
<i>Indonesia</i>	51,7	46,0	0,0
<i>Guinea</i>	71,5	30,6	35,0
<i>Mali</i>	97,9	58,6	13,1
<i>Sudan</i>	91,3	22,2	29,9
<i>Ghana</i>	3,1	0,3	0,3
<i>Iraq</i>	41,2	4,8	7,9
<i>Sierra Leone</i>	79,8	5,4	26,8
<i>Kenya</i>	16,9	2,0	2,8
<i>Gambia</i>	74,3	34,5	18,0
<i>Liberia</i>	38,1	13,9	0,0
<i>Guinea B.</i>	33,4	18,9	6,7
<i>Mauritania</i>	49,4	27,6	4,0
<i>Togo</i>	3,8	0,2	0,1
<i>Tanzania</i>	5,9	0,1	0,9
<i>Gibuti</i>	91,5	28,0	22,4
<i>Camerun</i>	0,5	0,4	0,0
<i>Benin</i>	3,3	0,1	0,1
<i>Ciad</i>	24,3	8,0	3,9
<i>Yemen</i>	15,8	11,3	0,0
<i>Rep. Centrafricana</i>	14,6	1,1	1,8
<i>Niger</i>	1,1	0,5	0,0
<i>Uganda</i>	0,2	0,0	0,0
<i>Sud Sudan</i>	0,1	0,1	0,0

Fonte: Indagine Università Milano Bicocca - DPO 2019

La voce del contrasto dall'Africa

Esperienza sul campo tra la popolazione Masai in Kenya

Silvia Mariani Cerati

In merito al tema delle MGF ho avuto un'esperienza diretta in occasione di un campo di volontariato a cui ho partecipato nell'agosto del 2016, presso il villaggio di Rruja, in Kenya.

L'esperienza è stata organizzata da "La Nostra Africa ONLUS", un'associazione di Bologna che opera in Kenya, presso la popolazione Masai, nel distretto di Kjiado, a Sud di Nairobi, vicino al confine con la Tanzania.

Alcune donne della comunità, sostenute da alcuni – pochi - uomini, avevano chiesto all'Associazione, già conosciuta in occasione di precedenti progetti, di essere aiutate a contrastare la pratica delle Mutilazioni Genitali Femminili.

In Kenya c'è una legge che da diversi anni ha reso illegali le MGF, la legge era necessaria e doverosa, ma ciò non ha impedito che spesso le mutilazioni abbiano continuato ad essere praticate in modo clandestino, comportando a volte condizioni ancora peggiori.

Prima della partenza, durante i corsi di preparazione dei volontari, abbiamo affrontato il tema e ci siamo informati e documentati, poiché molti di noi sapevano poco e avevano conoscenze molto vaghe sull'argomento. Abbiamo quindi predisposto un progetto che, tramite interviste e momenti informativi, potesse individuare eventuali candidate alla mutilazione e tentare di scongiurarla.

Una volta arrivati a Rruja abbiamo iniziato a parlare con le donne della comunità e a fare domande in merito al tema. Con nostra sorpresa, tutte ci rispondevano che era una pratica che veniva effettuata in passato, ma che non eseguivano più da tempo e che le bambine non venivano più "tagliate".

In seguito abbiamo saputo che qualche tempo prima un'Associazione, avendo avuto notizia di mutilazioni praticate, le aveva denunciate alle autorità che erano intervenute, per cui al momento la soluzione era negare e nascondere la realtà in merito alla questione.

A quel punto il nostro progetto non aveva più senso per cui abbiamo deciso di cambiare approccio, evitando di affrontare direttamente il problema.

Abbiamo quindi iniziato a condividere semplicemente con le donne la loro quotidianità.

Siamo andate con loro a prendere l'acqua allo stagno con le taniche caricate sugli asini; abbiamo partecipato alla loro messa domenicale, sotto un'acacia, visto che ci avevano ceduto la loro chiesa per farne il nostro dormitorio; abbiamo partecipato al party di benvenuto ad una nuova sposa nella comunità, portando ognuna un piccolo dono: una tazza di latta, un pezzo di stoffa o, chi poteva, qualche soldo, per contribuire all'allestimento della sua nuova casa.

Abbiamo imparato a fare i loro braccialetti di perline e abbiamo insegnato loro a fare i nostri braccialetti all'uncinetto; abbiamo munto le capre con loro e alcune di noi hanno cenato e dormito nelle loro "boma" (case tradizionali costruite dalle donne con fango e sterco seccati).

Insieme a loro abbiamo preparato i "chapati" (sorta di pane non lievitato simile alle nostre piadine) e bevuto litri e litri di chai (bevanda molto

zuccherata a base di tè forte e latte, perlopiù di capra) che generosamente ci veniva offerto in ogni occasione e ad ogni ora del giorno e che personalmente ho molto apprezzato: tuttora lo preparo spesso, benché non abbia esattamente lo stesso sapore “di savana”.

Vivendo insieme le loro giornate abbiamo quindi avuto modo di confrontarci e di parlare di tante cose: dei loro sogni e delle loro aspirazioni, dei loro problemi, delle loro difficoltà e anche di mutilazioni genitali. Non siamo riuscite a capire bene che tipo di mutilazioni vengano praticate in quella zona, ma ci è parso di capire che perlopiù non siano del tipo più radicale e devastante: probabilmente in genere viene praticata la clitoridectomia, una mutilazione comunque molto invasiva e dalle gravi conseguenze. In particolare abbiamo fatto amicizia con due donne: una di circa trent'anni, Jaqueline, sposata e con un bambino, che al momento era incinta dopo averne precedentemente perduto un altro.

L'altra donna, più giovane, di nome Damaris, non era sposata e non era neppure mutilata. E' stata lei a parlarci, con un certo orgoglio, di questa sua condizione. Un giorno Jaqueline e Damaris hanno un po' discusso e battibeccato su questo argomento: Damaris era fiera della sua scelta e del fatto che i suoi genitori, in particolare il padre, l'avessero sostenuta, mentre Jaqueline la prendeva in giro dicendole che lei era sempre stata considerata una ribelle un po' strana, un po' pazza e che proprio per questo non c'erano state grandi resistenze alla sua scelta da parte della comunità. Da parte sua Damaris prendeva in giro Jaqueline dicendo che forse lei era pazza, ma Jaqueline non poteva sentire niente quando faceva l'amore. Poi Jaqueline le ha detto che sì, suo padre aveva appoggiato la sua scelta, ma che adesso aveva bisogno di bestiame e quindi avrebbe cercato di fare in modo che si sposasse.

Per diverse tribù del Kenya, in particolare per i Masai, è tradizione che quando una donna viene chiesta in moglie, la famiglia dello sposo porti alla famiglia della sposa una dote in capi di bestiame concordata tra i capi famiglia.

Quindi, secondo Jaqueline il padre di Damaris, vedendo che nessuno la voleva in moglie perché non era “tagliata”, avrebbe finito per fare tagliare anche lei. Damaris si è molto arrabbiata e il battibecco stava trascendendo in litigio, per cui siamo intervenute cambiando argomento e abbiamo cercato di calmarle cantando e ballando insieme a loro, scambiando le nostre canzoni e i nostri balli con i loro.

Durante la nostra permanenza al villaggio alcune donne ci avevano chiesto di insegnare loro a scrivere e a leggere, in modo da poter capire le indicazioni stradali e le scritte dei cartelli quando andavano al mercato e rendersi quindi più autonome nel fare i loro piccoli commerci. C'erano in quel gruppo alcune donne che sapevano già scrivere ed altre, le più anziane, che non erano neppure in grado di tenere in mano la matita. Una giovane madre che aveva iniziato a studiare da maestra, ma aveva smesso dopo il matrimonio e la maternità e in quell'occasione ha dato volentieri la sua disponibilità a tenere delle lezioni alle altre; abbiamo quindi organizzato diverse riunioni con tutte le donne interessate per cercare di impostare il progetto tenendo conto delle esigenze e degli impegni di tutte.

Il penultimo giorno, approfittando di uno di questi meeting, abbiamo ripreso il discorso delle mutilazioni genitali.

Il gruppo era formato da quattro di noi volontarie e numerose donne della comunità, alcune molto anziane, altre giovani e giovanissime, alcune incinte e molte con bambini, anche piccoli, al seno. Essendo praticamente l'incontro di salute, l'atmosfera era molto calda e conviviale. All'inizio abbiamo definito con loro alcuni dettagli del progetto di alfabetizzazione, poi abbiamo chiesto se erano interessate ad avere informazioni sulle mutilazioni. Hanno subito accettato per cui abbiamo parlato di alcuni degli effetti negativi che la pratica può avere sia a livello fisico che a livello psicologico. Loro ascoltavano, ma spesso parlavano tra di loro e commentavano in lingua maa, per cui non capivamo cosa dicessero. A un certo punto ci hanno chiesto se potevano farci delle domande e hanno cominciato a chiederci se "da noi" si praticavano mutilazioni e poi se "da noi" si poteva fare l'amore quando si era incinte e se era consuetudine avere rapporti quando si era anziane. Abbiamo risposto alle loro curiosità secondo la nostra esperienza e le nostre conoscenze in un clima di grande naturalezza, condivisione e leggerezza e loro spesso commentavano e ridacchiavano tra di loro quando le nostre risposte sembravano particolarmente bizzarre rispetto alla loro esperienza. Alla conclusione dell'incontro è scoppiato un grande applauso; noi siamo rimaste stupite e abbiamo detto che non avevamo fatto niente di straordinario a condividere con loro la nostra esperienza e le nostre conoscenze. Loro ci hanno invece ringraziato perché dalle informazioni fornite in merito alle MGF avevano capito che alcuni disturbi e alcuni disagi che vivevano potevano essere causati dalle mutilazioni subite e non da pazzia o strane malattie, come loro temevano. Questo è stato uno dei momenti più belli ed intensi dell'esperienza e in seguito, con le altre volontarie, abbiamo riflettuto su quello che avevamo vissuto, sul nostro progetto e sul percorso che avevamo fatto, in particolare sulla grande complessità di approccio ad un tema così intimo e delicato quale è quello delle MGF.

E' infatti molto importante che la ferma condanna a questa pratica, dolorosa ed avvilente per la donna, sia accompagnata da grande delicatezza e rispetto, evitando ogni atteggiamento giudicante.

La nostra esperienza suggerisce infatti che un approccio di rifiuto pregiudiziale può causare irrigidimenti che rischiano di vanificare o di rendere comunque più difficile il contrasto a questa tradizione violenta e crudele, mentre un atteggiamento di ascolto e di condivisione può aprire canali comunicativi più incisivi e proficui.

Il rifiuto delle MGF deve comunque tenere presente che queste sono dovute a profonde motivazioni, soprattutto culturali e di controllo sociale che difficilmente possono essere cancellate da interventi legislativi, comunque indispensabili.

La ferma condanna e il deciso contrasto alle MGF deve necessariamente essere affrontato a livello normativo, ma è molto importante che questo sia sostenuto e integrato da un grande lavoro di convincimento che, soprattutto attraverso l'informazione, possa modificare una mentalità radicata nei confronti di una pratica che tende ad esercitare un forte controllo sulla donna, mantenendola in una posizione subalterna all'interno dell'assetto sociale.

Personalmente sono convinta che solo attuando sinergie tra più soggetti, privati, pubblici ed istituzionali, con grande impegno e determinazione si possa arrivare a raggiungere il risultato di sconfiggere questa pratica incivile e criminale.

Box informativo 5

MGF: Cosa pensano le madri? Opinioni e conflitti... interiori

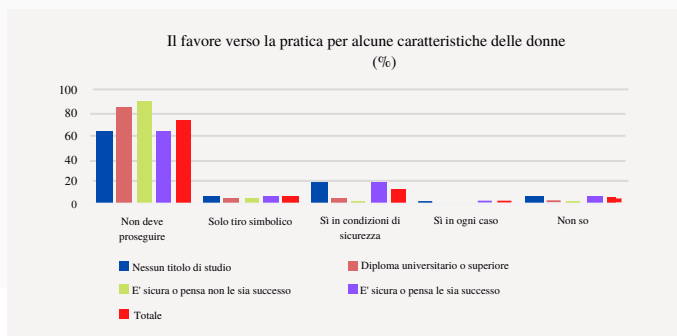
Patrizia Farina, Giorgia Papavero

Solo il 9% delle donne esprime un parere favorevole nei confronti delle MGF. Nel 97% dei casi queste donne hanno subito la mutilazione. Il dato del 9% è confortante nella sua esiguità relativa a cui si associa il 38% del collettivo attivamente impegnato nel contrasto in Italia e/o nel proprio paese e un quarto che non crede nella pratica. Il fatto che una fetta consistente di donne non si opponga alla pratica avanzando un principio di libera scelta rivela una più o meno intensa legittimazione delle mutilazioni - seppure personalmente non praticata - che in definitiva sottrae risorse al movimento di contrasto, molto attivo in Italia e nel resto del mondo. Il massimo favore nei confronti della pratica è manifestato dalle donne che hanno prevalenze fra le più alte: burkinabè, egiziane, nigeriane. Fanno eccezione il gruppo somalo, per oltre il 55% dei casi attivo nel contrasto alla pratica anche se la loro prevalenza è alta, e quello etiope poiché a fronte di una proporzione di favorevoli relativamente elevata (12,3%) mostra anche alti livelli di attivismo contro la stessa (55%). Va peraltro sottolineato il fatto che fra le pochissime figlie mutilate in Italia (meno del 4%) poco più di tre quarti ha optato per pratiche non invasive come la manipolazione, la goccia di sangue o il taglio senza asportazione dei tessuti. Questo aspetto, unito al fatto che ben due terzi delle favorevoli alla pratica la farebbe in condizioni di sicurezza è emblematico di un messaggio conflittuale. Da un lato infatti si vorrebbe onorare la norma sociale in favore della pratica, dall'altra si comprendono e si cercano di superare gli effetti dannosi, perlomeno fisici della stessa.

Opinione nei confronti delle mutilazioni (%)

Opinione	%
<i>È favorevole perciò non contrasta la pratica</i>	9,4
<i>È attiva nel contrasto (in Italia e altrove)</i>	37,5
<i>Non crede nella pratica ma non la contrasta perché è una libera scelta personale</i>	24,7
<i>È indifferente, non la contrasta né la sostiene</i>	17,6
<i>Non risponde</i>	10,9
<i>Totale:</i>	<i>100,0</i>

Fonte: Indagine Università Milano Bicocca - DPO 2019



La distribuzione dell'opinione sulla continuazione della pratica secondo alcune caratteristiche rende esplicito un elemento cruciale rappresentato sia dall'effetto empowerment, rappresentato dall'istruzione, sia dell'individuazione delle donne con cui si dovrebbe maggiormente lavorare per contrastare la diffusione della pratica sulle figlie. E' infatti chiaro che le donne non mutilate e persino che pensano solo di non averla subita sono cresciute in un ambiente familiare che non ha riconosciuto la mutilazione come valore non sottoponendole alla pratica. Tale socializzazione primaria ha dunque un effetto totalmente protettivo nei confronti della terza generazione femminile. Questo effetto è ancora più intenso se la domanda è posta in riferimento alle proprie figlie non ancora nate (solo il 3% afferma di volerlo comunque).

Saadia: Perché mi hanno fatto questo?

Saadia Baraka

Vi racconterò la mia storia amara di mutilazione genitale femminile.

Mi chiamo Saadia Baraka, ho 63 anni. Ritorno con la memoria a più di 55 anni fa. Ero bambina, avevo 7 anni, stavo giocando con mia sorella più grande di me, aveva 10 anni. Sentimmo bussare alla porta, era mia zia che era venuta a farci visita accompagnata da una signora. Sono state accolte nella stanza degli ospiti.

Mia sorella ed io siamo ritornate nella nostra camera per continuare a giocare, ad un tratto, è arrivata mia zia, ha preso mia sorella portandola nella stanza degli ospiti; dopo circa 10 minuti ho sentito le urla di mia sorella. Mia zia è uscita portando mia sorella che piangeva e l'ha messa sul letto. Mia zia mi ha preso tenendomi la mano e mi ha portato nella stanza degli ospiti, ho trovato quella signora seduta per terra e accanto a lei una piccola borsetta.

Mi hanno fatto sedere per terra, mia madre aveva messo sul tappetino un telo di plastica, mia zia mi ha legato le mani e piedi, invece mia madre mi ha tolto gli indumenti intimi e subito dopo ha messo la sua mano nella mia bocca per impedirmi di urlare. La signora invece ha aperto la sua borsetta e ha tirato fuori un rasoio. Iniziosi a mutilarmi. Urlavo dal fortissimo dolore che era diventato insopportabile quando la signora versava l'alcool sulla ferita. Perché hanno fatto questo a me e a mia sorella? Non ho trovato una immediata risposta. Mi ha invaso un dolore forte e una paura soprattutto nei confronti di mia madre e di mia zia che mi hanno messo sul letto vicino a mia sorella.

La notte del primo giorno, ho avuto una forte emorragia. Mia madre e mio padre mi hanno portato in ospedale. È arrivato il dottore, mi ha vistato. Ha rimproverato i miei genitori dicendo che denunciava l'accaduto alla polizia. Il medico si allontanò per la denuncia, mio padre mi ha preso e insieme a mia madre sono scappati. Sì, sono scappati per paura della polizia. Siamo ritornati a casa e per fortuna l'emorragia si era fermata.

Sono passati più di due anni, avevo sempre paura di mia zia e di mia madre, ero molto arrabbiata con loro. Cercavano di giustificare quello che era successo dicendo che era normale e che deve succedere ad ogni bambina. Mia madre mi ha detto che anche lei è stata mutilata e che è una cosa naturale che succede a tutte le bambine. Sono passati anni e dentro di me c'è sempre una sola domanda: perché mi hanno fatto questo? Perché? Perché? Perché? Sono cresciuta e mi sono sposata e la mutilazione aveva un effetto negativo nel rapporto intimo con mio marito. Mio marito era comprensivo e comprendeva il problema. Ho avuto tre figlie femmine. Una volta all'anno, andavo in Egitto per trovare la famiglia. Durante la visita, mia suocera ha provato a fare la stessa cosa alle mie figlie, ma ho rifiutato categoricamente e anche mio marito mi ha appoggiato dicendo a sua madre che non farà quello alle sue figlie perché quella pratica è negativa e non ha nessuna giustificazione né scientifica né religiosa e distrugge la bambina.

Ribadiva che noi non faremo quello alle nostre figlie. Ho sempre provato a sconsigliare la pratica ai miei parenti e agli amici affermando che è negativa. In una mia visita in Egitto, ero sorpresa quando ho saputo che mia sorella minore ha fatto mutilare sua figlia cedendo alla pressione di sua suocera e di suo marito. Mi sono arrabbiata litigando con mio cognato e con mia sorella dicendo che erano involuti (mia sorella non è stata mutilata perché i miei genitori avevano paura dopo quello che mi era successo: emorragia e il rischio di denuncia). Vivendo un momento particolare, mi ero fermata in Egitto per circa dieci anni durante i quali ho salvato diverse ragazze dalla mutilazione. Ho saputo che la mia vicina insegnante e suo marito farmacista, avevano intenzione di mutilare loro figlia, ho provato a dissuaderla e a convincerla ad andare da una dottoressa per una consulenza. Effettivamente è andata dalla dottoressa che l'ha informata sulle conseguenze negative e sui rischi della pratica che metterebbe in pericolo la vita di sua figlia. Ringrazio il Signore, sono riuscita a salvare una bambina innocente. Ora in Egitto, il governo ha adottato una legge che condanna al carcere e severamente chi pratica le mutilazioni. Questa è la mia esperienza che non dimenticherò per tutta la mia vita.

Il valore aggiunto delle Associazioni di categoria e del mondo dell'industria

Paola Ligabue, Chiara Bulgarelli

La prima volta che Faiza Mahri mi ha parlato di questa pratica, mi sono sentita male. Pensare che qualcuno possa anche solo pensare di fare subire questa barbarie alla propria figlia (io ne ho tre) mi fa davvero riflettere a come le tradizioni possano essere ripetute e mantenute senza pensare di potere cambiare le cose. Partecipare al Tavolo contro le Mutilazioni Genitali Femminili insieme ad altri colleghi e colleghe, fra cui anche molti uomini, mi fa pensare che ci possa essere un futuro in cui le bambine non saranno più minacciate da questa ulteriore violenza. Mi fa sentire in qualche modo utile, se non altro a diffondere la consapevolezza su questo argomento. Con il nostro ufficio stampa abbiamo messo in campo delle azioni per aumentare la consapevolezza presso i nostri associati e ci rendiamo disponibili a continuare a lavorare col Tavolo negli anni futuri, fino a quando ce ne sarà bisogno.

Box informativo 6

Le ragioni del sostegno

Patrizia Farina, Giorgia Papavero

I motivi più rilevanti riguardano il contesto sociale nelle vesti dell'adeguamento alla tradizione e alle norme che da questa scaturiscono. Questi, fra le donne presenti sono stati i motivi maggiormente indicati. Un secondo blocco, comunque significativo, è rappresentato invece da motivi attinenti all'“adeguato comportamento” delle donne che ne moltiplica il valore sul mercato matrimoniale e in generale nella società. Preservare la verginità, essere appetibili sul mercato matrimoniale perché “adeguate”, oltre a un generico richiamo a comportamenti più disciplinati, rientrano infatti nella sfera del controllo delle donne e della loro posizione all'interno della comunità.

Questa mappa che si conferma con poche eccezioni fra tutte le provenienze in esame, diventa più interessante guardando alla percezione delle donne dell'opinione maggioritaria nella propria comunità. Il confronto infatti rivela che le donne ritengono la comunità più conservatrice e più ancorata alla tradizione a scapito della modalità “Nessun motivo”. Per il resto la graduatoria dei motivi muta solo nelle modalità che rinforzano l'adeguatezza a fini matrimoniali.

Distribuzione dei motivi che sorreggono la pratica mutilatoria fra le donne intervistate (% , scelta multipla)

	Donne	Comunità
<i>Tradizioni culturali</i>	22,5	44,3
<i>Accettazione sociale</i>	13,2	19,6
<i>Migliori prospettive matrimoniali</i>	10,7	27,1
<i>Preservare verginità/prevenire rapporti prematrimoniali</i>	13,0	20,5
<i>Trasmette disciplina e valori culturali a ragazze</i>	10,8	17,4
<i>Maggiore piacere sessuale maschile</i>	8,3	11,0
<i>Approvazione religiosa</i>	8,5	15,1
<i>Pulizia/igiene</i>	9,6	9,2
<i>Nessun motivo</i>	25,5	1,7

Fonte: Indagine Università Milano Bicocca - DPO 2019

La conoscenza di questo aspetto è cruciale poiché restituisce un'importante indicazione di policy. Il coinvolgimento di leader della comunità favorevoli all'abbandono della pratica, potrebbero infatti interferire riportando la condizione percepita dalle donne a quella più reale e favorendo la diffusione di una nuova norma sociale. L'adesione ai motivi che supportano le mutilazioni fra le donne favorevoli sono leggermente più radicate nel controllo delle giovani, frutto anche del fatto che in emigrazione il contesto è un po' più insicuro, anche se il mantenimento delle tradizioni si rafforza fino al 43%.

Distribuzione dei motivi che sorreggono la pratica mutilatoria fra le donne mutilate e non mutilate (% , scelta multipla)

	Non mutilate	Mutilate
<i>Tradizioni culturali</i>	13,6	31,1
<i>Accettazione sociale</i>	9,1	17,7
<i>Preservare verginità/prevenire rapporti prematrimoniali</i>	10,0	17,3
<i>Trasmette disciplina e valori culturali a ragazze</i>	6,5	15,5
<i>Migliori prospettive matrimoniali</i>	6,5	14,7
<i>Pulizia/igiene</i>	4,1	13,6
<i>Approvazione religiosa</i>	4,1	12,5
<i>Maggiore piacere sessuale maschile</i>	3,4	12,4

Fonte: Indagine Università Milano Bicocca - DPO 2019

Storie che fanno riflettere

Fatma Hassan

Conoscevo le Mutilazioni Genitali Femminili. Ho sempre saputo della loro esistenza. In Egitto dove sono nata e cresciuta fino a prima del mio arrivo in Italia nel 1986, le Mutilazioni Genitali Femminili erano una pratica comune e pensavo che fosse così in tutto il mondo. In Italia, ho imparato da mio marito che le Mutilazioni Genitali Femminili non vengono praticate. Mi sono venute in mente allora tante domande: perché si praticano in Egitto ed in Italia no? Sarà per un motivo religioso? Le Mutilazioni Genitali Femminili sono praticate anche in altri paesi musulmani come l'Arabia Saudita? Sono praticate in tutto il mondo? Queste domande hanno lasciato spazio a tanti dubbi. Incominciai a mettere in discussione le motivazioni che "legittimano" le MGF. Intuivo allora che la pratica così radicata nella mentalità delle persone, era più un controllo sociale delle donne. Ho sentito allora la responsabilità di salvare le mie due sorelle più giovani di me, ma senza successo di fronte alla ferma convinzione dei miei genitori. Con mio grande dispiacere, mi sono rassegnata e ho smesso di proseguire sulla strada della sensibilizzazione e del contrasto alle MGF. Presa in Italia da diversi impegni, ho quasi rimosso la pratica e la volontà che avevo di contrastarla, finché sono stata invitata al Tavolo Interistituzionale per il contrasto delle Mutilazioni Genitali Femminili. A quel punto ho partecipato e mi si è aperto un mondo, ho incominciato ad avere tante risposte ai miei perché grazie all'alta professionalità e alla competenza dei componenti del Tavolo Interistituzionale.

Il mio coinvolgimento nella ricerca promossa dall'Università Milano Bicocca, con la collaborazione del Tavolo Interistituzionale di Reggio Emilia, mi ha permesso e mi ha dato un'importante formazione. L'affiancamento costante, l'accompagnamento di Faiza, le informazioni che mi ha fornito illustrandomi il questionario, rispondendo ai miei dubbi sulle motivazioni delle MGF anche dal punto di vista religioso, i video che mi ha fatto vedere spiegandomi tutto ciò che riguarda le Mutilazioni Genitali Femminili, mi hanno aiutato a svolgere al meglio l'indagine. Mi hanno dato tutti gli strumenti necessari per intervistare le donne e per avviare con loro un confronto ed un dialogo efficace sulla pratica.

Mi hanno anche aiutato a diventare un ponte tra il Tavolo Interistituzionale e l'Egitto per trasmettere tutte le conoscenze, le informazioni ricevute e le esperienze vissute a Reggio Emilia. Mi hanno dato il coraggio per tirare fuori quella grinta che avevo rimosso e armarmi di tanta buona volontà e convinzioni per sensibilizzare tante famiglie a partire dalla mia.

Con mia soddisfazione, nonostante le reticenze, i problemi e le difficoltà iniziali, i muri e certe volte anche reazioni forti accusatorie e di dissenso rispetto al mio intento, sono riuscita, siamo riusciti, a salvare più di 25 bambine dalla pratica di Mutilazione Genitale Femminile.

I lunghi dialoghi e i costanti confronti che ho avuto con le famiglie, aiutata dal carisma e dal rispetto che mi dimostrano, hanno reso ogni persona coinvolta, consapevole e responsabile per unirsi ad un comune e necessario percorso di contrasto. Il passaparola si è diffuso e si sta diffondendo a macchia d'olio, chi sa quante donne e quante bambine riusciremo a salvare in Egitto, in Italia, in diversi paesi del mondo? Si spera tutte. Sicuramente ogni donna salvata, ogni bambina a rischio salvata, è una vita sacra preservata e salvata.

Alcune storie significative emerse dall'indagine:

Dalle interviste fatte alle donne, alcune mi hanno particolarmente colpito, fra cui la testimonianza di una signora egiziana di circa 37 anni. All'inizio ha rifiutato l'intervista e mi ha rimproverato che io facessi parte di un contrasto contro "la mia religione". La signora ha subito due volte la mutilazione. Da piccolissima e poi sempre da bambina, ad un controllo medico, il dottore ha detto a sua madre che l'operazione non è stata fatta bene e che doveva rifarla e così è successo. Questa signora, convinta della validità delle Mutilazioni Genitali Femminili, ha convinto sua sorella grande e prossima al matrimonio ad effettuare la pratica.

Un'altra testimonianza di una signora racconta che 65 anni fa la pratica in un quartiere popolare del Cairo veniva affidata ad un macellaio che utilizzava un coltello affilatissimo per mutilare tantissime bambine, compresa lei.

La signora ricorda bene che il macellaio l'ha tagliata fortemente perché era ribelle di carattere e anche alla pratica. La vita, in particolare quella sessuale, di questa signora con suo marito italiano è una sofferenza continua, è un incubo.

Un'altra signora egiziana racconta il dramma delle Mutilazioni Genitali Femminili: dolori persistenti nella parte tagliata, continue sofferenze psicologiche e mancanza di piacere sessuale col proprio marito.

In Egitto, una ragazza della mia famiglia mi ha confessato che a tre mesi prima del matrimonio, con la scusa di un controllo ginecologico prematrimoniale, quando si è svegliata si è trovata fasciata nella parte intima scoprendo con sofferenza e grande amarezza di essere stata mutilata.

Queste storie fanno riflettere.

L'Associazione Nondasola è impegnata in una politica di contrasto di ogni forma di violenza e di discriminazione nei confronti delle donne e sostiene la promozione di ogni possibile espressione di libertà femminile, in qualsiasi parte del mondo.

La presidente di Nondasola ha preso parte al Tavolo Interistituzionale di contrasto alle MGF e in itinere ha coinvolto il Progetto Lunenomadi la cui pratica politica fondante è la relazione tra donne native e migranti. È all'interno delle discussioni e dei confronti avvenuti nell'équipe di Lunenomadi che si è acceso in me il desiderio di coinvolgermi, anche personalmente, nelle azioni promosse dal Tavolo. La mia esperienza mi rende "esperta" di tale problema e pertanto tutta l'équipe ha appoggiato la tensione che mi ha spinto a partecipare da testimone attiva in questo progetto.

La violenza non è un destino delle donne

Associazione Interculturale NONDASOLA

L'Associazione Nondasola è impegnata in una politica di contrasto ad ogni forma di violenza e di discriminazione nei confronti delle donne e sostiene la promozione di ogni possibile espressione di libertà femminile, in qualsiasi parte del mondo. Nondasola fin dall'atto fondativo si definisce "Associazione interculturale di donne", esprimendo una tensione verso la costruzione di reti fra donne di varia provenienza. L'Associazione nasce negli anni in cui nel nostro paese e nella nostra provincia l'immigrazione incominciava ad assumere un rilevanza notevole. La presenza di migranti mediatrici inizia subito dopo l'apertura del Centro Antiviolenza che avviene nel maggio del 1997. Nove anni dopo si avvia il progetto Lunenomadi che prevede un luogo di ascolto, accoglienza e scambio tra native e migranti. Ancora oggi la porta è aperta a qualsiasi donna che per qualsiasi motivo voglia incontrarci e incontrarsi: un luogo in cui il vissuto di ognuna assume il suo primo valore attraverso la pratica del partire da sé.

In questi anni l'incontro con donne di continenti diversi ha messo i centri antiviolenza di fronte alle tante forme di oppressione e discriminazione, evidenziando come il comune denominatore sia sempre il dominio maschile sul corpo, sulla sessualità e l'esclusione delle donne dai luoghi della vita sociale.

Un sistema che si riproduce nel tempo, quasi con un effetto automatico, funzionale a consolidare un ordine sociale androcentrico. Essere immerse in una realtà segnata da rapporti di dominio che gli uomini da sempre stabiliscono, uomini che sono anche padri, fratelli e mariti, inducono a pensare che tali relazioni possano essere naturali.

Questo accade in tutte le società consolidando una sorta di adesione/accettazione ad una violenza strisciante, a volte non percepita come tale, fino a generare una sudditanza quotidiana, in quanto la relazione di dominio, essendo l'unica che si conosce, diventa la "normalità".

Nel tempo le donne, acquisendo coscienza di sé, del proprio diritto di agire, di desiderare, hanno cominciato a ribellarsi in ogni parte del mondo.

La peculiarità delle diverse forme di violenza e di oppressione pone però delle resistenze alla ribellione stessa, in quanto il dominio di stati, culture e le spinte sociali, spesso confondono l'agire delle donne tra consenso e coercizione, costrizione e sottomissione volontaria. Non è facile "riemergere" da un dominio che si è insinuato e ha modellato la nostra volontà instaurando un habitus che tende a riprodurre la struttura del gruppo sociale in cui si vive. Ovunque la sessualità femminile è stata repressa e finalizzata al solo godimento sessuale maschile. Per la donna la sfera sessuale è stata ristretta alla procreazione in quanto passaggio obbligato per la riproduzione della specie. Alla donna è stato negato il piacere dell'atto sessuale, anche imponendo loro il matrimonio appena varcata la soglia della pubertà.

Questo succede ancora in diversi luoghi del mondo, vicini e lontani da noi: il corpo delle donne è ancora la radice fondamentale della violenza contro le donne.

Le mutilazioni genitali sono l'apice della violenza sessuale, unendo attraverso una menomazione cruenta sia il divieto al piacere che il controllo totale dell'uomo sulla sessualità femminile. La "dittatura" sul corpo delle donne è stato ed è il tema fondamentale di dominio e prevaricazione in quanto "oggetto/soggetto" di lotta di potere fra uomini in tutto il mondo.

Le mutilazioni genitali femminili sono uno degli effetti più devastanti di una pratica che vuole il controllo sul desiderio sessuale delle donne e garantire agli uomini che la donna abbia una sorta di "idoneità" al matrimonio e al loro piacere. La legislazione in molti paesi vieta le mutilazioni, ma questo non è sufficiente per cancellarle, in quanto la cultura di origine ha più potere della legge. Mutilazioni che per effetto dell'immigrazione vengono praticate anche in Italia nonostante una legge che le vieta dal 2006. Oggi giovani donne e gruppi di femministe, sia nei paesi di origine che nel nostro, abbracciano la causa per mettere fine a quell'atavico rituale. Anche la forte mobilitazione internazionale di questi anni ha dato un contributo fondamentale alla diminuzione dell'incidenza del fenomeno nelle giovani generazioni.

Una presa di coscienza delle donne che si mettono in relazione per sentirsi libere, libere di scegliere e di essere e che sentono che la libertà se non è di tutte, non è di nessuna. Il femminismo, il movimento delle donne del secolo scorso, ha "svelato" quanto le donne siano state oggetto di dominio, fuori e dentro casa portando alla consapevolezza di vivere una vita lontana dai propri desideri rivoluzionando e cambiando leggi e relazioni sociali.

Una rivoluzione pacifica ancora in atto in tutto il mondo che chiama le donne di qualsiasi status sociale o gruppo etnico a nuove consapevolezze. E ora che il mondo è diventato un "villaggio globale" unito da mezzi di comunicazione impensabili decenni fa, ci accomuna la lotta di "liberazione" dalle tante crudeltà nei confronti delle nostre vite. Si è molto indagato sui motivi che hanno portato a questa disparità; Simone de Beauvoir nel suo libro "il secondo sesso" pubblicato in Italia nel 1961 (in Francia nel 1949) si interroga dal punto di vista storico, biologico, psicanalitico, dal mito alla filosofia, cercando le origini che hanno determinato l'inferiorità della donna, scavando e mettendo insieme un'infinità di momenti storici, sociali e politici che hanno determinato la precisa divisione del potere basato sul genere. Un testo che diventerà un manifesto di respiro universale per la presa di coscienza e l'indipendenza delle donne.

Molte cose sono cambiate ma ancora persistono nel mondo maschile pulsioni indotte dal patriarcato che portano a contare ogni anno un numero incredibile di femmicidi. Inaccettabile, anche se si trattasse di una sola donna.

Finalmente negli ultimi decenni nel nostro paese molta letteratura maschile ha cercato di capire quanto gli uomini stessi siano stati imbrigliati da un patriarcato non sempre condiviso, dando la giusta lettura della violenza come problema e responsabilità maschile e come abbiano rispecchiato sulle donne tutte le problematiche legate alle loro pulsioni sessuali. Il femminismo si è espanso nel mondo, mentre la riflessione degli uomini non è ancora altrettanto diffusa. Il lucido e toccante racconto di Fatma, una donna che ha preso coscienza di quanto le mutilazioni genitali siano un atto traumatico sul

corpo delle donne, che lotta perché per altre donne non sia più una insopportabile e dolorosa realtà, apre con forza uno spiraglio su un futuro di libertà per tutte noi.

Conoscere e sapere che la violenza non è un “destino” delle donne, ma una scelta degli uomini per esercitare il loro potere, indica la strada della consapevolezza che vivere senza violenza è un nostro inalienabile diritto.

La violenza contro ogni donna é violenza contro tutte le donne.



Mutilazioni genitali femminili tra diritti umani e dinamiche familiari

Giovanna Fava

Il mio primo contatto con le mutilazioni genitali femminili è stato improvviso e sino a quel momento non preventivato: la ditta che si occupava delle pulizie dello stabile dove lavoro si serviva di personale di origine africana ed io vedevo arrivare donne nere, silenziose, che arrivavano in pausa pranzo, quando gli uffici si svuotavano, che, con i loro attrezzi, pulivano, mettevano in ordine e se ne andavano.

E' stato osservando una di loro che ho notato che quelle che sembravano semplicemente macchie più scure della pelle, erano in realtà lividi che lei aveva sul viso e sulle braccia e le ho offerto il mio aiuto nella difficile relazione che stava vivendo. Da allora ho cercato di soffermare di più lo sguardo su di loro e sono rimasta colpita dall'andatura di una di loro: un'andatura strana, sbilanciata, non giustificata da alcun problema evidente e ancor meno dall'età, ancora piuttosto giovane, un problema da lei subito e gestito come ovvio e scontato. Non c'è stata necessità di andare in Africa, per capirlo: gli effetti di un intervento di mutilazione genitale erano davanti a me. Ma mentre per la violenza fisica subita ero stata in grado di intervenire, come avvocatata che aiuto potevo dare in quel caso?

L'operatore del diritto si muove in ambiti dati dal legislatore e dalla giurisprudenza.

Si è soliti dire, ed io condivido, che il punto di vista della legge è importante, perché esprime il livello di "civiltà" e di tutela dei diritti che una nazione riconosce ai suoi cittadini, ma già qui il dubbio si è posto, costringendomi a domandarmi quali fossero i diritti che l'ordinamento voleva tutelare e se la tutela dovesse essere necessariamente penale.

I diritti di ciascuno di disporre del proprio corpo sono affermati in più parti del nostro ordinamento, sino alla donazione degli organi inter vivos, né mi risultano limitazioni al diritto di modificare labbra, occhi, viso, seno e altre parti del corpo, come peraltro sempre più incentivato dalla "cultura della bellezza" che attraversa la nostra società occidentale. Perché dunque sanzionare le sole modificazioni agli organi sessuali femminili, parimenti considerate, da altre culture, simbolo di "purezza" e "bellezza"?

Non ho dubbi nel condannare le pratiche di mutilazione genitale femminile che avvengono su bambine inermi, o su giovani donne per nulla informate delle inevitabili conseguenze fisiche e psicologiche, a ciò indotte solo dal condizionamento sociale e dal bisogno di essere accettate nel proprio contesto culturale e sociale, mutilando per sempre in loro la possibilità di provare piacere e capaci di provocare gravi danni fisici, sino alla morte e problemi al momento del parto e nella quotidianità della vita.

Le pratiche di mutilazione genitale femminile sono vietate ormai in tutto il mondo, anche nei paesi che le praticano più diffusamente, ma il divieto continua ad essere ignorato e il potere dissuasivo della pena prevista non ha portato gli esiti sperati.

Anche in Italia molto si è discusso sull'utilità della legge n.7/2006 che ha introdotto lo specifico reato inserendo nel corpo codicistico il nuovo art.583 bis c.p1.

Esaminando i casi portati all'attenzione dei Tribunali italiani abbiamo potuto rilevare il numero limitatissimo di pronunce e le difficoltà riscontrate dai giudicanti nel muoversi tra tutela dei diritti umani e dinamiche sociali e familiari.

Il primo caso di applicazione della legge n.7/2006 si ha a Verona, quattro anni dopo l'entrata in vigore della legge avvenuta il 14 aprile 2010.

E' la prima sentenza di condanna delle MGF in Italia. Leggendo la sentenza si comprende il travaglio dei magistrati che si sono trovati ad applicare una legge nuova, a fronte di una condotta culturalmente orientata ed in totale assenza di campagne informative sul tema. I periti nominati dal Tribunale hanno accertato una modestissima incisione longitudinale sulla superficie del clitoride della bambina, guarita in pochi giorni, concludendo che tale incisione non comportava una limitazione permanente della sessualità nella bambina.

Il Tribunale si è quindi dovuto porre il problema se il reato si configuri solo quando vi sono modificazioni fisiche o anche quando vengano poste in essere azioni "simboliche" e ha deciso per la seconda ipotesi, affermando che l'incisione ha anche una valenza di controllo della sessualità femminile. Il tema della discriminante culturale nella valutazione di un reato era già stato affrontato dalla Corte di Cassazione con la sentenza n.46300 del 26 novembre 2008, per un caso di maltrattamenti in famiglia: l'uomo maltrattante aveva lamentato che i giudici torinesi avessero sancito la sua colpevolezza sulla base di schemi valutativi tipici della cultura occidentale. In quel caso la Corte ha osservato che quando il legislatore criminalizza una determinata condotta, anche se l'imputato ha agito in osservanza di un suo dettame culturale, è da ritenere che l'integrità del bene giuridico leso sia in posizione di superiorità, spettando al Giudice il compito di valutare l'incidenza del fattore culturale in chi vive in un contesto di pluralismo giuridico. Il Tribunale di Verona ha concluso che la donna che aveva praticato l'intervento, essendo ostetrica, per il lavoro che svolgeva avrebbe potuto/dovuto conoscere la legislazione vigente in Italia, anche se non vi erano state campagne informative sul tema. Il Tribunale di Verona ha temperato la punizione riconoscendo l'attenuante speciale della lesione di lieve entità, prevista dal comma 2 dell'articolo 583 bis, considerata prevalente rispetto alle aggravanti di cui al comma 3 (ovvero fine di lucro e minore età della vittima), ha considerato l'incensuratezza della persona ed il fatto che la condotta è stata posta in essere sulla base di radicate tradizioni e forti spinte culturali, oltre a considerare il buon comportamento processuale (avendo i genitori fin dal primo momento pacificamente ammesso il fatto, per loro assolutamente lecito ed anzi doveroso).

Questa sentenza ha posto da subito in primo piano gli elementi su cui riflettere ovvero:

- la mancanza di informazione sulla legislazione e sulle sue conseguenze personali;
- la mancanza di dolo e di scopo di lucro;
- l'assenza di esigenze terapeutiche;
- la convinzione di aver agito "bene" ovvero nel rispetto delle proprie tradizioni.

A queste considerazioni si aggiunge un altro elemento ovvero

- la disparità di trattamento giuridico tra le mutilazioni genitali femminili e la circoncisione maschile

E' proprio la legge n.7/2006 a segnare in Italia uno spartiacque nel trattamento riservato alle bambine rispetto ai bambini: sino a quella data, infatti, le mutilazioni genitali femminili e la circoncisione maschile erano trattate nello stesso modo e punite solo ove configurassero lesioni colpose gravi.

I casi di circoncisione di cui si è occupata la giurisprudenza in Italia sono due: uno del Novembre 2004, quando un bimbo nigeriano viene accompagnato al pronto soccorso pediatrico per emorragia prepuziale conseguente a circoncisione, ed un secondo caso, di cui si è occupato il Tribunale di Bari nel 2008, che ha portato alla morte del bambino di soli 2 mesi.

In questo secondo caso, essendo la legge n.7/20076 già in vigore il Tribunale ha osservato che il legislatore, normando le sole mutilazioni genitali femminili, senza alcun riferimento alla circoncisione maschile, ha operato una precisa scelta dalla quale si deduce che la circoncisione non è una pratica espressamente vietata.

Il differente trattamento giuridico riservato alle mutilazioni genitali femminili e alla circoncisione viene giustificato dal giudice con il fatto che quest'ultima sarebbe priva delle connotazioni fisiche, psicologiche e simboliche negative tipiche delle MGF e probabilmente anche per l'influenza dell'ebraismo, che ha fatto sì che la circoncisione sia una pratica accettata dal costume e dalla cultura occidentali.

Il Tribunale di Padova arriva ad affermare che la circoncisione può apparire come volta al raggiungimento di un maggior stato di salute consentendo una forma corporea corrispondente ad un'identità etnica o culturale. Nello stesso solco il Tribunale di Bari afferma la liceità della circoncisione, in quanto motivata da ragioni di ritualità religiosa, ritenendo che necessiti dell'intervento medico condanna la donna che l'ha praticata ad 1 anno di reclusione per omicidio colposo.

La Regione Toscana ha inserito la circoncisione nell'elenco delle prestazioni coperte dal Servizio Sanitario regionale, prestazione garantita anche quando è erogata ai soli fini religiosi. Ci si chiede perché uguale attenzione non sia stata data alle MGF, l'obbligo di ricorrere alla struttura sanitaria porterebbe sicuramente maggiore informazione e impedirebbe i danni alla salute che si riscontrano diversamente operando.

Con la legge n.7/2006 si è dunque creato uno spartiacque di genere tra le due pratiche.

I principali stati europei di fronte alla pratica delle MGF si sono trovati ad affrontare i medesimi problemi, ma hanno dato risposte diverse. La Francia non ha emanato una legge specifica ma, applicando il modello assimilazionista secondo cui chi risiede sul territorio nazionale ha il dovere di integrarsi con la cultura locale, pur non prevedendo un reato specifico ha emesso numerose condanne giudicando le MGF sulla base delle fattispecie contemplate dal codice penale per aver provocato lesioni lievi, gravi, gravissime sino all'omicidio colposo. Nonostante l'assenza di una norma ad hoc la Francia è al primo posto tra i paesi europei per casi giudiziari di MGF, che considera un crimine e che giudica in Corte D'Assise.

Di segno opposto il Regno Unito, primo paese europeo ad avere introdotto una normativa specifica nel 1985 con il Female Circumcision Act, poi sostituito nel 2003 dal Female Genital Mutilation Act che ne ha innalzato la pena massima. La legge ritiene lecita l'operazione se eseguita da un operatore sanitario autorizzato quando sia necessaria per la sua salute fisica o mentale, specificando che tali operazioni possono includere interventi di chirurgia estetica risultanti dall'angoscia per la percezione di anormalità o interventi per cambio di sesso.

Nonostante ciò nessun processo ha avuto luogo e nessuna sentenza di condanna è stata emessa.

La scelta di criminalizzare la condotta ma di non punirla in sede giudiziaria, è una chiara scelta di politica del diritto, che rimanda al giudice l'ultima parola. La sola volontà di aderire ad una tradizione non è ammessa tra le cause Giustificatrici, ma se questo dovesse tradursi in un serio danno di natura psichica vengono meno i presupposti per impedire l'intervento.

La Convenzione di Istanbul del 2012 ha inserito le mutilazioni genitali femminili, insieme ai matrimoni forzati, nel più ampio ambito delle violenze di genere. Ma i principi cardine della Convenzione disegnano un percorso con delle priorità che sono nell'ordine, prevenire, poi proteggere, e solo da ultimo punire. A conclusione di questi anni di riflessione sul tema ritengo vada ripensato il rapporto con la legge penale: se da un lato la "criminalizzazione" della pratica deve essere ribadita con chiarezza, contestualmente deve essere ribadita la necessità della prevenzione, occorre dare priorità all'informazione e alla cura.

La pratica delle MGF si può scongiurare solo creando alleanze e costruendo rapporti di fiducia reciproca con le persone e le famiglie attraverso una costante sensibilizzazione, informazione e formazione.

In particolare gli operatori sanitari devono essere aiutati dalle norme a far fronte innanzitutto al loro ruolo e al loro obbligo, che è quello di curare, informare, sensibilizzare e persuadere.

La legge deve tener conto dei cambiamenti culturali e del benessere, anche psichico delle persone, in questo senso una modifica della legge appare auspicabile nel rispetto delle priorità che la convenzione di Istanbul impone agli Stati.

Postfazione

Natalia Maramotti

Quando mi è stato chiesto di concentrare in un breve intervento qualche riflessione personale da consegnare al secondo volume che raccoglie l'esperienza in materia di contrasto e prevenzione delle Mutilazioni Genitali Femminili -MGF del Comune di Reggio Emilia e delle tante persone, con diverse professionalità, che dal 2013 si sono confrontate, dapprima all'interno del progetto promosso dalla Regione Emilia Romagna e successivamente "istituzionalizzato" dal Comune di Reggio Emilia per trasformare una esperienza progettuale in una realtà strutturale, mi sono domandata perché sia stato e sia giusto occuparsi della questione.

La risposta mi pare che non possa che essere la seguente: occuparsi di MGF significa tradurre in pratiche i principi fondamentali delle comunità democratiche che si basano sul rispetto dei diritti umani, tra questi i diritti delle donne, in particolare quello alla integrità del proprio corpo e quello alla sessualità deliberata e non mortificata.

Del resto, il corpo delle donne è sempre stato un oggetto "politico" o se si vuole un campo di battaglia tra la tradizione e il progresso nel campo dei diritti.

Il matrimonio riparatore successivo alla perdita della verginità piegava l'autodeterminazione della donna a una tradizione che la voleva illibata; basta rivolgere la memoria a qualche decennio fa per ricordare il coraggioso gesto di "liberazione" da questo oscuro destino di Franca Viola.

La trasformazione nei processi per stupro della vittima, la donna, in imputata era l'effetto della vera e propria inquisizione giudiziaria sulla vita passata della parte lesa, presupposto per dimostrare che la violenza doveva essere stata provocata dal comportamento sconveniente da parte della donna stessa.

I femminicidi, con la loro tremenda ritualità, sono sempre l'epilogo di una reazione violenta dell'uomo "proprietario" di un corpo, quello di una donna, che però rivendica libertà e soggettività e che per questo viene "cancellata".

Le MGF, ancorché praticate da donne, di solito le anziane della comunità, su altre femmine, spesso neonate o in tenera età, sono il frutto di una pratica in base alla quale il corpo femminile, con la sua minaccia procreativa e sessuata, viene violato e manomesso in nome di una tradizione che, a ben vedere, è la materializzazione cruenta ed estrema del controllo maschile sul corpo delle donne.

Come si vede, occuparsi di MGF significa occuparsi di noi, dei rapporti maschio/femmina, delle nostre personali reazioni a una pratica che pare lontana, ma, nelle sue ragioni di fondo, è così vicina da non consentirci di rivolgere altrove lo sguardo.

Prima del 2013, anno in cui per ragioni istituzionali mi trovai ad affrontare la tematica, ne sapevo poco, se si escludono gli aspetti puramente giuridici introdotti dalla Legge 7 del 2006; partecipare al progetto regionale prima, poi,

come Assessora del Comune di Reggio Emilia, proporre la stabilizzazione del Tavolo interistituzionale per la prevenzione e il contrasto delle MGF, è stato un percorso di arricchimento professionale, culturale, umano, per quanto riguarda la mia soggettività, un percorso di forte indirizzo politico da parte dell'ente locale, per quanto riguarda l'aspetto istituzionale.

Ora come cittadina, attivista nel campo dei diritti delle donne, mi aspetto che questa scelta, coerente con l'impegno risalente del Comune di Reggio Emilia al contrasto della violenza di genere e alla promozione e protezione dei diritti umani, resti un carattere distintivo delle politiche pubbliche del Comune.

Postfazione

Serena Foracchia

Il cammino che abbiamo intrapreso come città, sul tema dell'accoglienza, dell'inclusione e dell'intercultura ci impone di conoscere, approfondire e affrontare insieme tematiche che possono apparentemente sembrare distanti dalle nostre tradizioni e da ciò che crediamo essere la dimensione Reggiana. La scelta di considerare il tema delle migrazioni sotto l'ombrello della "città internazionale" piuttosto che come tematica ascrivibile al tema della sicurezza o dei servizi sociali, ha voluto testimoniare la volontà di crescere e di riconoscere che Reggio Emilia rimane città aperta al nuovo, alle opportunità, consapevole che il confronto incentrato sul valore delle persone è un principio universale, e che la diversità rappresenta un'opportunità per la prosperità della comunità. Questa apertura è un impegno.

Città internazionale, intercultura, valore della diversità, diritti umani sono stati in passato, e continuano ad essere ancora oggi, principi cardine per Reggio Emilia ed elementi tutt'altro che scontati o facili da comunicare, che rappresentano un'opportunità ed un orizzonte di crescita della nostra democrazia. Perché questi temi non diventino slogan o atti celebrativi collegabili esclusivamente a date simboliche, occorre che la città imponi un lavoro costante di confronto, di approfondimento, di studio comune. Il lavoro svolto in collaborazione con l'assessorato alle pari opportunità per affrontare con la città il tema delle Mutilazioni Genitali femminili testimonia in modo concreto questa scelta. Una collaborazione che ha avuto un significato simbolico al di là della collaborazione tra persone, esplicitando la volontà di portare al di fuori delle nostre mura un principio fondante (anche se ancora in fase di realizzazione) della nostra città: la tutela delle persone ed in primis delle donne, del corpo delle donne.

Anche nei temi più scottanti, più difficili da trattare, meno propagandati e nelle sfide più scomode come il tema delle mutilazioni genitali femminili abbiamo trovato occasione di confronto, di crescita e di unione.

Sono stati cercati strumenti ed occasioni nuove di dialogo, per avvicinare comunità distanti su un tema intimo, difficile da condividere perché stigmatizzante e perseguibile legalmente. Questo percorso ha avvicinato comunità pronte a testimoniare anche concretamente l'impegno di tante persone rispetto alla tutela dei diritti delle donne, ha raccolto considerazioni, esperienze, azioni vissute da persone semplici delle più varie estrazioni, professioni.

Una comunità riunita intorno ad un tavolo per riaffermare principi e dare a questi una pratica realizzazione è una ricchezza tutt'altro che scontata. E' testimonianza di fiducia verso le istituzioni e verso coloro che le rappresentano; ha significato e testimonia condivisione, ricerca di unità in un principio superiore, il benessere e la tutela delle donne; i diritti umani universali.

Questa lettura ci aiuta a comprendere quanto il lavoro svolto con le comunità e con diversi professionisti abbia rappresentato un passo ulteriore che si è aggiunto alla prima pubblicazione del testo informativo sul tema delle MGF, prima mossa necessaria per affrontare un tema inusuale nel dibattito locale.

La firma solenne e ufficiale presso la Sala del Tricolore, del Protocollo d'Intesa per la prevenzione, il contrasto e il divieto delle Mutilazioni Genitali Femminili avvenuta nel febbraio 2018 ha consolidato ed istituzionalizzato un percorso, una crescita. La firma del protocollo operativo l'anno seguente ha impegnato soggetti e forze operanti nella nostra città, riaffermando la volontà di impostare un lavoro che potesse continuare, senza interrompersi nell'avvicendamento politico.

Si è generata una mobilitazione e si è consolidato un cammino di conoscenza ed incontro con varie comunità presenti a Reggio. Si è agito conoscendo e studiando, si sono impostati strumenti per favorire il contrasto sia in Italia che in altre comunità del fenomeno, tutto questo è stato un atto in grado di generare cambiamento ed unione. Ce lo testimoniano i dati. Se nel mondo, come si sta effettivamente verificando, il numero di donne sottoposte a MGF sta progressivamente diminuendo è anche per queste piccole ma significative azioni a cui anche la nostra città sta dando il suo contributo.

Questa è una città internazionale, è una città in grado di partecipare alle grandi sfide globali, interrogandosi, osservandosi e lasciando aperto il dialogo con le diverse dimensioni che oggi sono presenti a Reggio Emilia. Una città in grado di riconoscersi in sfide nascoste, difficili.

Reggio Emilia è città dei diritti, è la città che dal dopoguerra ad oggi ha sempre instancabilmente lottato per l'affermazione piena dei diritti delle persone a Reggio come in Africa, in America Latina ed in Asia. Reggio è città capace di mobilitazioni internazionali a partire dalla concretezza delle azioni, dalla voglia di conoscere, dalla capacità di fare assieme. Sono felice di avere sostenuto il cammino della città in questo percorso attraverso l'azione svolta come assessore alla città internazionale ed ancora prima, per oltre dieci anni, come responsabile delle politiche di cooperazione ed europee. Con estrema attenzione, interesse e senso critico continuo a seguire questo impegno per la comunità.

Bibliografia capitolo 3

- Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo, Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale. Linee guida sull'uguaglianza di genere e l'empowerment di donne, ragazze e bambine (2020-2024). Accessibile dal sito: https://www.simmweb.it/images/giornata_mgf/linee_guida_finale_041220.pdf
- Barstow DG. Female genital mutilation: penultimate gender abuse. *Child Abuse Negl.* 1999 May;23(5):501-10. - Campinha-Bacote J. Cultural desire: the key to unlocking cultural competence. *J Nurs Educ.* 2003 Jun;42(6):239-40. PMID: 12814211.
- Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *J Transcult Nurs.* 2002 Jul;13(3):181-4; discussion 200-1. doi: 10.1177/10459602013003003. PMID: 12113146.
- Chiarenza a. il ruolo dei servizi sanitari nello sviluppo della health literacy. salute e società, 2007, 1:205-9.
- Epicentro – Istituto Superiore di Sanità. *Sindrome Post Traumatica.* (2021). Accessibile dal sito: <https://www.epicentro.iss.it/stress/>
- Festini F, Focardi S, Bisogni S, Mannini C, Neri S. Providing transcultural to children and parents: an exploratory study from Italy. *J Nurs Scholarsh.* 2009;41(2):220-7. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01274.x. PMID: 19538707.
- FNOPI (Federazione Nazionale Ordine Professioni Infermieristiche). Al via l'infermiere di famiglia/comunità: le Regioni danno le indicazioni. 2020. Accessibile dal sito: [Avalhttps://www.fnopi.it/2020/09/10/ifec-regioni-conferenza-presidenti](https://www.fnopi.it/2020/09/10/ifec-regioni-conferenza-presidenti)
- Geraci S, Maisano B. & Mazzetti M. *Migrazione e salute. Un lessico per capire.* Roma: Caritas Diocesana, 2000. In Geraci S. & Martinelli B. *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali.* Roma: Caritas Diocesana, 2010.
- Gustafson DL. Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective. *ANS Adv Nurs Sci.* 2005 Jan-Mar;28(1):2-16. doi: 10.1097/00012272-200501000-00002. PMID: 15718934.
- Jimènez-Ruiz I, Almansa Martínez P. Female genital mutilation and transcultural nursing: adaptation of the Rising Sun Model. *Contemp Nurse.* 2017, Apr;53(2):196-202.
- Leininger M, McFarland MR. *Infermieristica Transculturale.* Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 2004. - Leishman J. Perspectives of cultural competence in health care. *Nurs Stand.* 2004 Nov 24-30;19(11):33-8. doi: 10.7748/ns2004.11.19.11.33.c3764. PMID: 15615170.
- Manara DF, Isernia I, Buzzetti S. Assistenza infermieristica interculturale: analisi delle variazioni nella percezione delle problematiche relazionali con i pazienti stranieri. *Professioni Infermieristiche,* 2013;66:3, 143-150. doi: 10.7429/pi.2013.663143.
- Manara DF. Il problema del problema dell'infermieristica: il concetto di bisogno di assistenza infermieristica. *L'infermiere,* 2020;57:3, 5 -12. - Manara DF. *Infermieristica interculturale.* Roma: Carocci Editore, 2004.
- Manara DF. *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica.* Milano: Lauri Edizioni, 2000.
- Ministero della Salute. *Mutilazioni Genitali.* (2019). Accessibile dal sito: <http://www.salute.gov> - Mortari L. *La pratica dell'aver cura.* Milano: Mondadori, 2006. - Morin E *L'uomo e la morte.* Vol. 8. Milano: Meltemi Editore srl, 2002. - Murray-García JL, Harrell S, García JA, Gizzi E, Simms-Mackey P. Self-reflection in multicultural training: be careful what you ask for. *Acad Med.* 2005 Jul;80(7):694-701. doi: 10.1097/00001888-200507000-00016. PMID: 15980089.

- Nazioni Unite. Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo. (1948). Accessibile dal sito: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/itn.pdf
- Perng SJ, Watson R. Construct validation of the Nurse Cultural Competence Scale: a hierarchy of abilities. *J Clin Nurs*. 2012 Jun;21(11-12):1678-84. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03933.x. Epub 2012 Jan 13. PMID: 22239136.
- Tortolici BC & Stievano A. *Antropologia e nursing*. Roma: Carrocci Editore, 2006.
- UNICEF. *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*. (2016) Accessibile dal sito: https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf
- Waigwa S, Doos L, Bradbury-Jones C, Taylor J. Effectiveness of health education as an intervention designed to prevent female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review. 2018, 15(62): 2-14.
- Williamson M, Harrison L. Providing culturally appropriate care: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2010 Jun;47(6):761-9. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.12.012. PMID: 20138275.

Autori:

Annalisa Rabitti: Assessora alla Cultura, Marketing territoriale, Pari Opportunità e Città senza Barriere

Faiza Mahri: Coordinatrice del Tavolo Interistituzionale per la Prevenzione e il Contrasto alle Mutilazioni Genitali Femminili

Patrizia Farina: Professoressa Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Responsabile del progetto della ricerca sulle MGF, Università Milano Bicocca.

Giorgia Papavero: Coordinatrice della Ricerca sulle MGF, Università Milano Bicocca

Elisabetta Negri: Direttrice del Distretto di Reggio Emilia Direttore Attività socio-sanitarie

Andrea Foracchia: Ginecologo-Ostetrico, Medici con l'Africa Modena - Reggio Emilia

Elsa Munarini: Ginecologa presso Servizio Salute Donna, AUSL di Reggio Emilia, fino al maggio 2020 - Attualmente Libera Professionista

Maria Cristina Gemmi: Ostetrica – AUSL - RE, Servizio SALUTE- DONNA, Centro per la Salute della Famiglia Straniera

Mara Manghi: Pediatra, presidente dell'Associazione Italiana Donne Medico, RE

Maria Brini: Delegata Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Reggio Emilia

Elena Ferrari: Pediatra e componente del Tavolo Interistituzionale

Cinzia Gradellini, Giovanna Amaducci, Daniela Mecugni: CdS in Infermieristica di Reggio Emilia, Università di Modena e Reggio Emilia/Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia-IRCCS

Piera Bevolo: Psicologa - Psicoterapeuta, Psicologo dirigente presso Dip. Sal. Mentale e Dipendenze patologiche AUSL RE fino ad agosto 2019 – Responsabile Formazione Migrazione, Attualmente Libera Professionista

Rosaria Ruta: Psichiatra-Psicoterapeuta Civic Engagement & Community Empowerment Onlus

Ivan Mario Cipressi: Direttore Fondazione Mondinsieme di Reggio Emilia

Magdy El Meligy: Presidente della Comunità Egiziana di Montecchio Emilia

Sara El Meligy: laureata con tesi in Criminologia sul tema delle MGF, Facoltà di Giurisprudenza, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Silvia Mariani Cerati: Volontaria dell'Associazione "La Nostra Africa ONLUS" (dipendente del Servizio Servizi Sociali del Comune di Reggio Emilia)

Paola Ligabue: Presidente Regionale CNA Impresa Donna Emilia Romagna

Chiara Bulgarelli: Responsabile CNA Impresa Donna Reggio Emilia/ Regionale

Giovanna Fava: Avvocata Foro di Reggio Emilia, Forum Donne Giuriste

Contributi di:

Saadia Baraka: Egiziana e cittadina Italiana, Laureata, madre di tre figlie

Fatma Hassan: Operatrice dell'Associazione Nondasola Onlus, nel Progetto Lunenomadi

Associazione Interculturale NONDASOLA: Componente del Tavolo Interistituzionale per il Contrasto delle MGF

Natalia Maramotti: Già Assessora alla Sicurezza, Cultura della legalità e città storica con deleghe a Commercio e attività produttive, Turismo, Sicurezza e legalità, Pari opportunità, Personale.

Serena Foracchia: Già Assessora alla Città internazionale, con delega a Progettazione europea per le strategie di sviluppo, Promozione della città, Relazioni internazionali, Diritti di cittadinanza, Città interculturale