



ECOLAB

MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

Comunicare, conoscere, contrastare
un crudele abuso

AURELIO ANGELINI

BARBARA GHIRINGHELLI

ANNA MISSAGLIA

ANNA RE

VINCENZO RUSSO

A CURA DI VINCENZO RUSSO E ANNA RE

Qanat

© Copyright 2015 Qanat Edizioni

ECOLAB

Collana di Studi Culturali, del Territorio e dell'Ambiente

direttore Aurelio Angelini

I contenuti del volume sono tratti da tre progetti di ricerca:

“Modelli e modalità di interazione e comunicazione in una società multiculturale: l'informazione sanitaria alle comunità migranti”. Codice 2010B033;

“Applicazione dei modelli e modalità di integrazione e comunicazione in una società multiculturale. La progettualità MGF” (fase 1) Codice 2011B015;

“Applicazione dei modelli e modalità di integrazione e comunicazione in una società multiculturale. La progettualità MGF” (fase 2) Codice 2011B015.

Finanziati dalla Direzione Generale dell'Assessorato al Welfare di Regione Lombardia che ha affidato il coordinamento a Éupolis Lombardia, Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione. La Direzione Generale dell'Assessorato al Welfare di Regione Lombardia ha concesso la liberatoria alla pubblicazione dei risultati che seguono.

Editor, progetto grafico e impaginazione: Toni Saetta

Fotografie: Anna Re

Diritti riservati.

I testi e le immagini in questo libro sono di proprietà degli autori e sono protetti dalle leggi internazionali sul copyright.

A norma della legge sul diritto d'autore e del codice civile, è vietata la riproduzione anche parziale, e per qualsiasi uso, e con qualunque mezzo, in qualunque forma: meccanica, elettronica, digitale, incluso fotocopie, né trasmessa con mezzi conosciuti o sconosciuti, senza l'autorizzazione scritta degli autori e della Qanat Edizioni.

La responsabilità dei testi è esclusivamente attribuibile agli autori.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission of the copyright holder.

Printed in Italy

Qanat
Editoria & Arti visive

Qanat • Editoria e Arti Visive di Toni Saetta

Sede legale: Via Silvano Franzolin 9 • 90147 Palermo

Uffici: Via Leonardo da Vinci 74 • 90145 Palermo

Mobile 334.6227878

www.qanat.it • info@qanat.it



ECOLAB

ECOLAB

Studi Culturali del Territorio e dell'Ambiente

Collana diretta da

Aurelio ANGELINI

Comitato Scientifico

Massimo SCALIA, Gianni MATTIOLI, Daniela FARGIONE, Serenella IOVINO, Anna RE, Vincenzo RUSSO, Francesca FARIOLI, Valerio ANGELINI, Mario SALOMONE.

Il Comitato assicura attraverso un processo di peer review la validità scientifica dei volumi pubblicati.

La collana *Studi Culturali del Territorio e dell'Ambiente* si propone di approfondire e sviluppare tematiche, sia generali che specifiche, concernenti le culture dell'ambiente, del territorio, del paesaggio, della letteratura, del patrimonio culturale materiale e immateriale e gli stili di vita, nei suoi vari aspetti e rappresentazioni, come pure nelle sue applicazioni nel campo delle politiche sociali ed economiche, nella pianificazione specifica e strategica.

La collana di *Studi Culturali del Territorio e dell'Ambiente* intende contribuire alla riflessione sulla *società sostenibile*, a partire dall'ecologia sociale, economica e culturale, su scala *globale e locale*.

Gli studi che verranno pubblicati sono rivolti non solo agli studiosi, ma a tutti coloro che vogliono essere *fattori di un futuro sostenibile*.

Comitato Redazionale

Marco CORREALE, Angela GIURRANDINO, Massimiliano LOMBARDO, Piergiorgio PIZZUTO, Eliana RASERA, Lidia SCIMEMI.

| | |
|---|----|
| Capitolo 1 | |
| Mutilazioni genitali femminili | 11 |
| Aurelio Angelini e Anna Re | |
| 1.1 Storia e antropologia | 11 |
| 1.2 Rischi per la salute | 15 |
| 1.3 La comunicazione | 17 |
| 1.4 La situazione in Africa | 24 |
| 1.4.1 Il cambiamento | 29 |
| 1.5 La situazione in Europa | 44 |
| Capitolo 2 | |
| Incontri con testimoni privilegiati, associazioni, enti e istituzioni nazionali e internazionali | 51 |
| Barbara Ghiringhelli e Anna Re | |
| 2.1 Testimoni privilegiati incontrati in Italia | 51 |
| 2.2 Interviste ad esperti europei in campo sanitario: comunicazione e sensibilizzazione | 55 |
| 2.3 Africa: incontri con associazioni, enti, istituzioni locali | 60 |
| 2.3.1 Punti emersi nell'ambito degli incontri con gli esperti e delle visite alle strutture in merito all'aspetto comunicazione/sensibilizzazione | 69 |
| Capitolo 3 | 71 |
| Il corpo nelle diverse culture e tradizioni religiose | |
| Barbara Ghiringhelli e Aurelio Angelini | |
| 3.1. Un nuovo concetto di salute | 71 |
| 3.2. Corpo e religione | 73 |
| 3.2.1. Le interviste ai testimoni privilegiati | 73 |
| 3.3. Islam e mutilazioni genitali femminili | 81 |
| Capitolo 4 | 83 |
| Linee guida della comunicazione sulle MGF | |
| Barbara Ghiringhelli | |
| 4.1 Quale Comunicazione | 83 |
| 4.2 La definizione delle linee guida | 85 |
| 4.3 Linee guida "comunicazione e MGF" | 86 |

| | |
|--|-----|
| Capitolo 5 | 93 |
| Analisi dei contenuti del Kit di comunicazione MGF | |
| Vincenzo Russo e Anna Missaglia | |
| 5.1 Introduzione | 93 |
| 5.2 Gli stili di comunicazione sociale: l'uso dei <i>fear arousal appeal</i> | 96 |
| 5.3 Il protocollo. Metodologia e tecniche d'indagine | 99 |
| 5.4 Considerazioni conclusive | 115 |
| 5.5 La valutazione dello spot. La voce delle donne straniere raccolta attraverso una tecnica d'indagine tradizionale: l'intervista semi-strutturata. | 117 |
| 5.6 Conclusioni | 121 |
| Appendice | 123 |
| Materiali di comunicazione | |
| VADEMECUM PER OPERATORI SANITARI, SOCIO-SANITARI E SCOLASTICI | 123 |
| A cura di Anna Re | |
| SPOT DI SENSIBILIZZAZIONE SULLE MGF | 123 |
| Nicolò Stevanato | |
| DOCUMENTARIO | 124 |
| CONFRONTO SUL CORPO. COMUNICAZIONE E PRATICHE E BROCHURE | |
| Marco Chiappa e Anna Re | |
| Bibliografia | 135 |

CAPITOLO 2

Incontri con testimoni privilegiati, associazioni, enti e istituzioni nazionali e internazionali

2.1 Testimoni privilegiati incontrati in Italia

I testimoni privilegiati sono soggetti che per caratteristiche personali, competenze professionali, esperienze di vita o lavorative, sono ritenuti depositari di una conoscenza e di informazioni che possono risultare fondamentali per la costruzione e la realizzazione della ricerca. Di seguito si riportano i punti salienti delle interviste svolte agli individuati testimoni privilegiati sul tema della nostra indagine.

Patrizio Carnevale

Patrizio Carnevale è un ostetrico italiano che al quotidiano lavoro in Ospedale a Roma affianca da circa 20 anni un impegno in progetti di cooperazione sanitaria in numerosi paesi africani e asiatici.

In particolare il dott. Carnevale ha lavorato per diversi anni a Gibuti, un piccolo paese confinante con l'Etiopia e la Somalia, dove la percentuale di donne mutilate è pari a circa il 98% della popolazione femminile. Ai fini del tema qui trattato peculiare è l'esperienza del lavoro svolto con le *accoucheuses* tradizionali, quelle donne che aiutano le altre donne a diventare madri assistendole nel parto e che spesso sono proprio coloro che praticano le mutilazioni genitali femminili.

Nel raccontarci la sua esperienza, il dott. Carnevale pone l'accento sull'importanza di "non porsi mai su un gradino di superiorità" perché il lavoro possa andare a buon fine. In merito al tema della sensibilizzazione e dell'informazione sulle mutilazioni genitali femminili in Italia con le comunità migranti, per l'intervistato il livello di conoscenza e di sensibilizzazione tra gli operatori sanitari non può ritenersi ancora soddisfacente. La non conoscenza da parte degli operatori si rispecchia nella paura delle donne straniere di accedere ai servizi sanitari per timore di essere giudicate, guardate con stupore o con disprezzo, per il solo fatto di essere mutilate. Il nostro esperto sottolinea anche che la cosa più importante è la qualità delle informazioni.

Anche il ruolo della scuola viene individuato da Carnevale importante: bisogna insegnare ai ragazzi che "si può convivere facilmente con donne che hanno subito mutilazioni genitali femminili e non per questo bisogna discriminarle".

Ci vuole, quindi, molta cautela nell'informazione, molta attenzione ed uno studio profondo di base: "la pratica delle mutilazioni genitali femminili ci lascia attoniti e lascia ferite profonde non solo a livello fisico, ma è necessaria molta attenzione per aiutare e sostenere queste donne qualora chiedano aiuto, intervenendo con sensibilità e professionalità".

Cyrille Dieudonne Peuple Missinga

Cyrille Dieudonne Peuple Missinga è nato in Camerun nel 1970. Laureato in medicina collabora dal 1994 con l'ONG C.O.E. e presta servizio presso varie strutture ospedaliere e sanitarie in Lombardia.

Abbiamo chiesto al Dott. Missinga quanto gli aspetti culturali possano incidere nelle cure: il medico afferma che "il concetto di malattia o di cura può essere diverso da cultura a cultura. Già, ad esempio, è possibile rilevare come il modo semplice e moderno di prelevare il sangue in tanti pronto soccorso viene da alcuni guardato con un po' di sospetto, proprio in ragione dei contesti culturali di provenienza sostanzialmente diversi: Bisogna, allora, aprirsi alle altre culture presenti nel territorio per il controllo totale della sanità pubblica".

Passando al tipo di comunicazione esistente in Italia tra mondo sanitario e donne sul tema delle mutilazioni genitali femminili, l'intervistato afferma come tale comunicazione sia pressoché inesistente, in quanto si evidenziano da una parte la condanna, lo sgomento e dall'altra la chiusura totale. Questa situazione non favorisce il dialogo, né lo scambio e la comunicazione; e così, le maggiori difficoltà sono: il pregiudizio, le paure, la condanna, la non corretta conoscenza del fenomeno. Per il nostro testimone sarebbe necessaria quindi "una formazione su larga scala del personale con lo scopo di capire il fenomeno ed evitare condanne affrettate", ed un processo di "educazione della comunità straniera dov'è ancora praticata la mutilazione con lo scopo di assistere le donne già mutilate e prevenire il rischio della menomazione futura della funzionalità di parti vitali di persone di minor età con conseguenze fisiche e psicologiche".

Da medico straniero che vive ed è impegnato nella sensibilizzazione in Italia a contrasto della pratica mutilatoria, la considerazione del Dott. Missinga è che, in Italia, si parla soprattutto in modo informativo di mutilazioni genitali femminili, trascurando spesso l'importanza di un "approccio capace anche di educare e fare capire che si potrebbe diventare donna, mamma anche senza subire mutilazioni".

Relativamente al ruolo della scuola rispetto alle pratiche tradizionali, il Dott. Missinga afferma che data la presenza nel territorio di comunità di immigrati e rifugiati da paesi o zone in cui la mutilazione è ancora praticata, e considerato

che spesso si sente affermare che le mutilazioni rappresentano una pratica diffusa ma ancora sommersa, "sarebbe auspicabile di iniziare a parlarne il più presto possibile ed a tutti i livelli: scuola ed altri luoghi".

È importante lavorare in Italia monitorando la situazione nei diversi paesi dove la pratica è ancora diffusa. Bisogna ricordare che le prime ad essere sensibilizzate sul fenomeno sono state le donne dei paesi a tradizione mutilatoria che erano presenti in occidente negli anni settanta. Così, di ritorno nel proprio paese d'origine, avevano potuto influenzare le popolazioni locali: "possiamo dire che tutti noi che siamo fuori dai nostri paesi siamo interessati a conoscere tutti i cambiamenti che avvengono nei nostri territori di origine". Oggi le mutilazioni genitali femminili sono vissute "secondo la zona": in zona rurale è molto più facile che tale pratica venga perpetuata, mentre in ambito urbano le mutilazioni tendono a diminuire, se non a scomparire di generazione in generazione.

Infine, sono importantissimi gli scambi di saperi e pratiche: l'Italia facendo parte del mondo più industrializzato potrebbe contribuire nei paesi a tradizione mutilatoria a sostenere lo sviluppo, il miglioramento delle condizioni generali di salute e del livello di vita delle popolazioni.

Paolo Cianconi

Paolo Cianconi, medico, specialista in psichiatria, psicoterapeuta, antropologo. Lavora da dieci anni nelle Case Circondariali e conduce numerose ricerche all'estero in contesti a forte dissoluzione ed esclusione sociale. È formatore in diversi master e scuole di psicoterapia in Italia.

Il Dott. Cianconi si sofferma sul rapporto tra corpo e cultura: il corpo umano è nulla senza che la cultura lo completi e "lo chiuda". La cultura dice quale corpo è accettato e plausibile stabilendo quindi anche ciò che al contrario non può essere accettato e quindi risulta sgradevole. La non accettazione può raccogliere significati di pericolosità, disgusto, contagio o semplicemente alterità (il diverso da noi).

"La società iscrive sul corpo i segni della cultura, manipolando in modo attivo e passivo gli organi, in modo visibile e in modo invisibile, in modo repentino e con effetto immediato, in modo lento e impercettibile, lungo gli anni, lungo le assi del potere." Quanto all'interazione tra società e corpo, l'intervistato afferma che "la società seleziona i corpi secondo gli insiemi che la costituiscono". Dalle parole del nostro testimone emerge come il rapporto tra corpo sociale e corpo del singolo sia in realtà un dialogo complesso, "fatto di ordini impartiti, suggerimenti, esempi, mimesi da cui si configurano dinamiche dei gruppi e dell'individuo che vanno dall'accettazione passiva per uniformarsi e sentirsi

“group in” alla ribellione aperta per distinguersi, opporsi e sovvertire l’ordine”. Il corpo, cesellato dalla società, emette dei segni espliciti noti e riconoscibili agli altri. Non ultimo anche il potere si iscrive nei corpi (vedi ad esempio Addio ai confini del mondo, Paolo Cianconi, Edizioni Franco Angeli, Milano 2011). Il corpo del migrante in particolare diviene un oggetto separato fino a trasformarsi in uno strumento per compiere il lavoro. Spesso ciò avviene esercitando una scissione inconsapevole e dannosa tra l’integrazione e la rincorsa stressante della riuscita (il cosiddetto Goal Starving Stress) e le reali possibilità del corpo che vengono “dimenticate”. I migranti quindi incorrono in cadute e incidenti perché del corpo non hanno tempo di occuparsi! “Le “rotture del corpo” producono sindromi specifiche note nella psicopatologia delle migrazioni.

Quando una migrazione non raggiunge le mete principali (quasi mai), il migrante deve accontentarsi di mete secondarie (per esempio sacrificarsi non per se ma per un figlio, non studiare ma lavorare). In caso le mete secondarie non siano sufficienti si incorre nel “fallimento del sogno migratorio”; spesso tale fallimento si mostra con sintomatologia psicosomatica resistente alle cure. Cure che spesso non sono adatte perché i medici e gli psichiatri non sono preparati nei confronti delle sindromi migratorie e forniscono antidolorifici e ansiolitici che fanno cronicizzare il sistema. La formazione specifica e competente manca in questi ambiti, che sono lasciati per lo più al “fai da te” di operatori responsabili e sensibili.”

Affrontando l’argomento, assai complesso, dell’incidenza degli aspetti interculturali nelle cure, il Dott. Cianconi rileva che “le cure tradizionali sanno tendenzialmente gestire bene i disagi noti nel gruppo”. Tuttavia, la migrazione si pone come un elemento “diverso” e quindi difficilmente gestibile in ambito tradizionale. Le sindromi delle migrazioni sono “sindromi mutanti”, che spiazzano i guaritori tradizionali. Gli psichiatri e gli psicologi, come anche molti medici di base, non raggiungono (né spesso hanno voglia o tempo) il livello di dialogo necessario per stabilire un rapporto di cura. La medicina occidentale è già di per sé sbrigativa e procede con analisi impersonali per gli italiani, con i migranti ancora di più.

D’altra parte, lo scambio di saperi in un’epoca di postmodernità non è solo utile, ma indispensabile! Ciò nonostante, anche per quanto riguarda i progetti sul territorio e le iniziative in ambito scolastico volte a sensibilizzare sulla pratica delle mutilazioni genitali femminili e/o su altre pratiche tradizionali, l’intervistato ricorda che “non sono numerosi i progetti su come affrontare le c.d “sindromi mutanti” in postmodernità. I corsi di psichiatria transculturale sono rari, non sono compresi nelle scuole di specializzazione o nei corsi dei medici, sono costosi, portano poco vantaggio lavorativo effettivo e spesso vengono condotti da persone che non sono clinici o che non hanno una diretta misurazione dei veloci cambiamenti delle forme dei disagi sul territorio”.

2.2 Interviste ad esperti europei in campo sanitario: comunicazione e sensibilizzazione

Fra tutti gli esperti selezionati nel panorama internazionale, sono stati individuati quei soggetti testimoni privilegiati che, oltre ad aver apportato un contributo conoscitivo importante sul tema delle mutilazioni genitali femminili, hanno potuto testimoniare un’esperienza diretta sul campo, dove operano attualmente e in modo attivo nella risposta a questa problematica.

In particolare, nel tentativo di individuare e definire modalità di comunicazione efficaci da utilizzare con pazienti che hanno subito le mutilazioni genitali femminili e/o famiglie che potrebbero decidere di praticarle alle proprie figlie, è stato possibile attivare un contatto diretto con due realtà europee, ritenute interessanti per i progetti di comunicazione intrapresi dal momento che operano direttamente sul campo in contesti culturalmente differenti ma al contempo analoghi per certi aspetti a quello italiano.

Dott.ssa Fabienne Jäger, pediatra, tre le autrici delle Linee Guida Svizzere sulle MGF

Esperienza personale e professionale. In Svizzera, abbiamo incominciato ad occuparci sistematicamente delle MGF nel 2003, osservando la diffusione della pratica nella popolazione straniera residente, e abbiamo stimato una popolazione a rischio di circa 6700 soggetti. Partendo da questo dato oggettivo siamo arrivati a redigere le Linee Guida Svizzere sulle MGF, basandoci sulla letteratura di riferimento e sull’esperienza di ginecologi e pediatri svizzeri. Fondamentale in tale fase il supporto del Governo, per fare questo lavoro è indispensabile avere anche un sostegno economico ed istituzionale.

Abbiamo poi avviato una serie di seminari in cui è stata coinvolta la popolazione somala presente sul nostro territorio. Nel 2005 ho partecipato al mio primo seminario, c’erano una quarantina di donne della Somalia e anche alcuni uomini. Abbiamo parlato di sessualità e della pratica delle MGF cercando di far emergere il problema. A un certo punto abbiamo chiesto agli uomini di uscire dalla stanza e abbiamo lasciato che le donne parlassero liberamente. Poi ci siamo resi disponibili anche per incontri individuali. Personalmente, ho incominciato a interessarmi al problema dopo un viaggio in Somalia, durante il quale ho incontrato donne che avevano subito le mutilazioni. Non ho mai fatto domande dirette, ho lasciato che le donne mi raccontassero la loro esperienza.

Le donne in generale erano contro le MGF, ma spesso non sapevano come fare per combattere e fermare una pratica così radicata nella loro cultura.

Continua la nostra intervistata: "Anche con le mie prime pazienti al ritorno in Svizzera ho passato la maggior parte del tempo ad ascoltare. Poi ho incominciato a lavorare in un consultorio dove ho incontrato molte donne dell'Etiopia. Nel consultorio mi sono confrontata con altri colleghi che si trovavano come me a confrontarsi con donne che avevano subito le MGF. Tra i miei colleghi ho notato una grande paura, imbarazzo, difficoltà a relazionarsi con queste donne."

La risposta delle strutture. Ci sono diverse strutture e organizzazioni in Svizzera che direttamente o indirettamente si occupano del problema, "vorrei citare in primo luogo la Caritas e poi ci sono alcune comunità di migranti, in particolare di somali, che organizzano incontri su questi temi".

Per quanto riguarda le strutture sanitarie, non ci sono negli ospedali ambulatori dedicati esclusivamente alle MGF, sono più i singoli medici che si dedicano a questo problema. Ci sono gruppi di operatori molto attivi a Ginevra, Losanna e Zurigo.

La comunicazione. Anche questa testimonianza evidenzia che la chiave della comunicazione è il rispetto. "Mi ha sempre stupito come nel contesto di una visita medica, se tu ti mostri neutra, non giudicante, riesci ad entrare in rapporto molto stretto con queste pazienti. Raccontano la loro situazione, le loro paure, alcune mamme mi dicono che devono praticare le MGF alle figlie perché se tornassero in Africa le ragazze potrebbero avere problemi nelle comunità. Allora bisogna far capire in modo neutro, non emotivo, i danni, non bisogna farle sentire in colpa, non bisogna spaventarle. Nonostante la cautela a un certo punto bisogna illustrare i severi problemi sanitari connessi alla pratica".

Spesso le donne hanno informazioni sbagliate. "Per esempio, delle pazienti mi hanno detto che le MGF aumentano la fertilità, che sono fonte di bellezza e pulizia, che sono necessarie se ci si vuole sposare, che si fanno per motivi religiosi. Alcune donne dicono che non conoscono le ragioni per cui si esegue la pratica, ma che si deve fare. Spesso, per allinearli al loro modo di pensare, uso delle storie di altre donne mutilate per spiegare gli effetti negativi delle MGF".

Il problema da trattare è complicato per cui bisogna semplificare i concetti: le donne non conoscono bene l'anatomia umana. "Di solito faccio dei disegni, che sono meno forti delle fotografie, o dei disegni sui libri. Disegno degli schemi semplificati dell'apparato femminile per far comprendere le questioni più complesse".

Il linguaggio poi è importante per instaurare un rapporto efficace: "non uso l'espressione "mutilazioni genitali femminili", o la parola "mutilazione" che hanno una connotazione negativa, ma uso ad esempio il termine "cutting" oppure chiedo alle donne stesse di dirmi come vogliono chiamare la pratica che

hanno subito. Ogni paese, ogni cultura ha le sue parole, per cui si rischia sempre di sbagliare. C'è la parola "sunna", che ha un'ampia diffusione, ma ha una connotazione religiosa e quindi va evitata. Ogni tanto è necessario avere un mediatore culturale, il problema è che non si ha molto controllo su queste persone. Spesso il colloquio va comunque molto bene, ma dipende dai casi, la scelta dei mediatori deve essere molto accurata".

A volte l'esperienza è con le coppie. "Apprezzo la presenza dell'uomo, ma a un certo punto preferisco che esca dalla stanza. In certi casi le donne non hanno mai parlato con il marito di questo problema, per cui la sua presenza può complicare l'andamento dell'incontro. Può essere utile d'altra parte condividere con gli uomini alcune informazioni, perché spesso sono loro a convincere le donne a far mutilare le bambine. L'ideale è avere un incontro preliminare con uomo e donna, una parte centrale senza uomo, e una finale con entrambi".

In sintesi, la dott.ssa Jäger elenca quelle che per la sua esperienza sono da considerarsi le regole d'oro della comunicazione:

- 1) Sapere molto bene di cosa si sta parlando: essere preparati
- 2) Essere neutri e rispettosi, delicati
- 3) Non giudicare, non accusare
- 4) Ascoltare
- 5) Non stigmatizzare

Le campagne di comunicazione non devono essere scioccanti, devono cercare di adattarsi alla riservatezza con cui le donne mutilate si relazionano alla pratica. Il problema non è solo cosa si comunica, ma come si comunica.

Seconda generazione. "Non ho una grande esperienza con le seconde generazioni, mi è capitato principalmente di relazionarmi con giovani donne che volevano essere defibulate".

Le donne defibulate che vivono in Europa tendono a non voler far eseguire le MGF alle figlie, ma dipende molto dalla comunità di appartenenza e dalla pressione che essa esercita sugli individui. Certe comunità sono ancora molto tradizionali e conservatrici, e le MGF possono essere uno strumento per mantenere fedeltà alla propria cultura. Può essere pertanto utile attivare delle forme di sensibilizzazione all'interno delle comunità.

D'altra parte non tutti i migranti si uniscono ad una comunità quando si trasferiscono in un paese straniero. "Gli individui che non hanno una stretta relazione con una comunità possono avere due reazioni diverse: 1) diventare degli estremisti, perché isolati, e quindi alla ricerca con tutte le forze di mantenere le proprie tradizioni, 2) integrarsi alla nuova cultura ed abbandonare la pratica".

Dott.ssa Sarah Creighton, ginecologa, responsabile dell'ambulatorio per le MGF presso il UCL hospital di Londra

Esperienza personale e professionale. In Gran Bretagna recuperare dati attendibili sulla diffusione delle MGF è molto difficile. Nel 2007 Forward, un'organizzazione molto attiva nel settore in UK, ha realizzato un monitoraggio ed è risultato che in Gran Bretagna ci sono 76000 donne che hanno subito MGF e 7000 sono quelle a rischio con un margine di errore che dovrebbe variare dall'1% al 3%, e con una considerevole percentuale di casi potenzialmente non rilevati, per cui è possibile che il problema sia sottostimato.

“Le MGF sono sempre state diffuse soprattutto nelle città, nelle aree dove risiedono le comunità a tradizione mutilatoria. Negli ultimi anni si sono diffuse anche nei piccoli centri dove non ci sono ospedali in cui i medici sono abituati ad occuparsi di donne con questo problema.

Essendo una ginecologa che si occupa di donne che hanno problemi congeniti, ho deciso insieme ad alcuni colleghi di attivare un ambulatorio specializzato perché in quest'area della città di Londra esiste una consistente comunità somala presso la quale le MGF sono molto diffuse. Nella nostra “clinic” ci sono anche infermieri specializzati che affiancano i medici. Siamo aperti un giorno alla settimana e offriamo una visita e un consulto medico a tutte le donne che hanno bisogno di assistenza.

Metà delle donne vengono alla “clinic” perché sono in gravidanza, l'altra metà sono mandate dai medici di famiglia perché hanno problemi o difficoltà nei rapporti sessuali, perché vogliono essere deinfibulate (questo accade soprattutto tra le giovani), altre vengono semplicemente perché hanno sentito parlare di noi, da amici, dalla comunità, dai parenti.”

Se si vuole attivare un ambulatorio è importante farlo conoscere, fornendo informazioni su ciò che viene offerto. La nostra intervistata racconta lo sforzo in tal senso svolto per la comunicazione del servizio: “Noi abbiamo diffuso volantini nelle zone a rischio, creato una pagina internet e abbiamo informato anche le varie organizzazioni che si occupano di questo problema. Abbiamo brochure, volantini, manifesti tradotti anche in somalo. Per i medici e gli infermieri abbiamo realizzato un dvd sulla deinfibulazione”.

La risposta delle strutture. A detta della nostra testimone a livello territoriale vi sono diversi ambulatori che rispondono a tale problematica. In particolare a Londra ci sono 6 ambulatori, ve ne sono degli altri sparsi nel paese. Non ci sono però indicazioni governative che impongono ad ogni ospedale di attivare una struttura dedicata.

La comunicazione. In relazione alla questione “comunicazione”, la dott.ssa Creighton specifica che due sono gli aspetti che devono essere presi in considerazione: “1) come trattare le pazienti che vengono in ambulatorio; 2) come portarle in ambulatorio.

È importante che le donne non si sentano giudicate. Capita che certi medici di famiglia o che lavorano in piccoli ospedali non abbiano mai visitato donne che hanno subito le MGF e per ciò sono scioccati e reagiscono in modo che mette in difficoltà ed in imbarazzo le pazienti. Non bisogna usare l'espressione “mutilazioni genitali femminili” o il termine “mutilazioni” perché hanno una connotazione negativa, e molte donne non sanno cosa vogliono dire. Alcune donne usano il termine circoncisione, o “cutting” “being cut”. Bisogna stare attenti a non usare un linguaggio peggiorativo ed usare una terminologia che sia comprensibile per le donne. Per relazionarsi al meglio con le donne si può chiedere loro come chiamano la pratica, e poi integrare la conversazione con disegni e fotografie per spiegare meglio di cosa si sta parlando.

Bisogna poi mostrare sicurezza: offrire spiegazioni chiare su cosa si deve fare. Certe volte dobbiamo usare degli interpreti, non è la cosa migliore, ma in alcuni casi si rende necessario.” Viene dalla nostra testimone specificato come sia meglio usare un professionista che conosce la terminologia e non conosce personalmente le pazienti. Viene inoltre dalla stessa raccontato: “Se la donna porta con sé una persona come interprete possono esserci dei problemi, perché magari l'accompagnatore fa parte della comunità e la donna può sentirsi limitata, spaventa e non dire tutta la verità. Ultimamente capita che le pazienti portino i figli che sono nati in Gran Bretagna come interpreti, anche in questo caso, non è una situazione ideale, perché si chiede a dei ragazzi anche molto giovani di trattare dei temi estremamente delicati e spesso imbarazzanti per le madri.

Certe volte le pazienti vengono in ambulatorio con i mariti, più spesso quando si tratta di donne in gravidanza. Durante la visita chiedo alla donna di decidere se l'uomo può rimanere nella stanza. Il ruolo degli uomini può essere utile per l'educazione della coppia, perché spieghiamo che le MGF sono contro la legge, e illustriamo tutti i problemi medici in cui si può incorrere. Non credo che la presenza del marito possa essere uno strumento per portare le informazioni che forniamo nelle comunità. Per questo abbiamo altri strumenti, come incontri e conferenze presso le comunità in cui trattiamo la questione da molti punti di vista.

Esistono poi delle Linee Guida con indicazioni per tutte per tutte le forze sociali che possono trovarsi coinvolte con donne portatrici di MGF”.

Anche la dott.ssa Creighton si sofferma su quelle che da lei vengono considerate le regole d'oro della comunicazione:

- 1) sapere di cosa si sta parlando: conoscere le procedure, cosa si deve fare a seconda del caso.

- 2) essere sensibili e mostrarsi a proprio agio con quello di cui si sta parlando.
- 3) limitare il numero di persone che assistono alla visita. "Come ospedale universitario abbiamo bisogno che i tirocinanti conoscano la pratica e imparino a trattarla. Ma chiediamo loro di essere molto cauti non solo con le parole, ma anche con lo sguardo: non bisogna avere espressioni scioccate, stupite, che possono mettere in imbarazzo e umiliare le donne".

Seconda generazione. A detta della nostra testimone è difficile dire cosa possa succedere alle bambine a rischio. In Gran Bretagna le MGF sono illegali e lo è anche portare le bambine fuori dal paese per praticarle. "Non sappiamo con certezza cosa succeda in Gran Bretagna, però non ci capita spesso di vedere bambine che hanno complicazioni dovute alle MGF, per cui supponiamo che le bambine vengano portate all'estero.

Gli insegnanti nelle aree a rischio sono invitati dalle istituzioni governative a monitorare le bambine a rischio con particolare attenzione e a riferire alla polizia se hanno il dubbio che possano aver subito delle mutilazioni. Va anche detto che le famiglie stanno cambiando le tipologie di MGF, favorendo quelle meno invasive che causano minori problemi ed è quindi più difficile intercettare chi è stato sottoposto alla pratica".

Le MGF continuano ad essere praticate perché considerate un'importata tratto distintivo da un punto di vista culturale. "Molte coppie mi dicono che non praticeranno le MGF alle figlie, altre, forse più sinceramente, mi dicono che se la famiglia potrà rimanere in Inghilterra le MGF non saranno praticate, ma se si dovesse tornare in Africa potrebbe essere un problema per le bambine non esser state mutilate".

2.3 Africa: incontri con associazioni, enti, istituzioni locali

In Africa abbiamo incontrato associazioni ed enti che sono particolarmente coinvolti e lavorano con donne che hanno subito MGF. Ci hanno fornito dati e informazioni utili e interessanti che riportiamo di seguito.

Senegal

FAFS

FAFS è un'organizzazione non governativa senegalese nata nel 1977. Ad oggi raggruppa oltre 400 associazioni. Mme Abibatou Ndiaye, un'insegnante in pensione e membro di un'associazione di donne insegnanti, è ingaggiata in tale

organizzazione come *Présidente Nationale*, in forza "della coscienza di essere parte del gruppo di donne intellettuali del paese e, per questo, di poter aiutare le altre donne".

La Presidente si dimostra entusiasta per l'interesse dell'Università IULM e della Regione Lombardia per un progetto che ritiene "tanto importante quanto difficile". Mme Ndiaye racconta delle "numerose esperienze che nel territorio africano, in particolare negli stati dell'Africa Occidentale", sono state svolte "dalla FAFS ma soprattutto dalla ONG Tostan" [di cui parleremo in seguito, Ndr]. Ritiene che il tema delle Mutilazioni genitali femminili "debba assolutamente essere affrontato con una sensibilità e un'attenzione soprattutto rivolta al linguaggio da utilizzare e al fatto che in Senegal la società è divisa in *caste*, in livelli sociali che vanno rispettati, come i giovani rispettano gli anziani". Inoltre, precisa che le mutilazioni genitali femminili "non hanno nulla a che vedere con la religione: non c'è scritto da nessuna parte nel Libro e non è difeso da nessuno dei nostri religiosi che le escissioni si debbano fare per rispettare un precetto religioso". Racconta la necessità di affrontare l'argomento "partendo da lontano", affrontando la "situazione delle donne nelle società rurali", "utilizzando delle raffigurazioni di scene che ripropongono alle donne le situazioni delle escissioni e facendosi guidare negli interventi di sensibilizzazione da donne esperte, che sappiano relazionarsi con le donne più giovani, che sappiano parlare la lingua dell'etnia di appartenenza delle proprie interlocutrici". Secondo Mme Ndiaye uno dei punti di successo di un progetto che miri alla sensibilizzazione delle donne immigrate in Italia sul tema potrebbe essere il "collaborare con donne senegalesi che vengano direttamente in Italia a formare le persone che si dovranno occupare degli interventi sul territorio", affidandosi quindi ad una collaborazione fattiva con la FAFS, che per questo si conferma «disponibile a collaborare anche con scambi internazionali». Pone quindi l'attenzione sul fatto che un simile progetto "non può immaginarsi di breve durata o rapido ed efficace: c'è bisogno di tempo, di pazienza e di un'attività continuativa e persistente per cambiare dei comportamenti, e non solo delle idee".

Tostan International

Tostan è un'organizzazione non governativa la cui mission è "migliorare le condizioni delle comunità africane per uno sviluppo sostenibile e una trasformazione sociale positiva basata sul rispetto dei diritti umani". Fin dal 1991 Tostan ha diffuso i suoi "progetti di educazione effettuati secondo un proprio approccio olistico della durata di 30 mesi ciascuno", a migliaia di comunità in 10 paesi africani: Burkina Faso, Djibouti, Gambia, Guinea, Guinea Bissau,

Mali, Mauritania, Senegal, Somalia e Sudan. "Tostan" «nella lingua Wolof dell'Africa occidentale significa "breakthrough", ovvero "sbocciare"».

Nel 1997 un gruppo di donne del villaggio di Malicounda Bambara dichiararono di fronte a una ventina di giornalisti la propria decisione di fermare la pratica delle mutilazioni genitali femminili, una "tradizione vecchia di centinaia di anni" che era sempre stata mantenuta nel loro villaggio. Queste donne avevano partecipato a un progetto-base educativo di Tostan e la conoscenza che avevano acquisito nei gruppi di lavoro a proposito dei diritti umani e della salute le aveva condotte a prendere tale "epocale" decisione. Al momento dell'intervista con le rappresentanti dell'associazione incontrate a Dakar ci viene detto che, "5.221 comunità in sei paesi (Senegal 4.623, Guinea 364, Gambia 99, Burkina Faso 23, Somalia 34, Mauritania 78) hanno abbandonato le Mutilazioni genitali femminili" come hanno fatto le donne di Malicounda Bambara.

Sebbene l'abbandono delle pratiche legate alle Mutilazioni genitali femminili non fosse "uno degli obiettivi principali di Tostan", l'organizzazione è diventata un vero punto di riferimento a riguardo, e questo "probabilmente grazie alla metodologia utilizzata basata sul dialogo, la discussione di gruppo, la riflessione guidata sui temi dei diritti umani, della salute, dell'accesso al voto, delle condizioni generali e di base di vita dignitosa".

Gillaume Debar è il Project Manager di quella che, a detta della maggior parte degli interlocutori incontrati nella missione a Dakar, appare come la ONG che più delle altre si sia occupata di mutilazioni genitali femminili in Africa.

Dal punto di vista metodologico Tostan assume un approccio che parte dal "rispetto delle opinioni dei membri di un villaggio", dando loro l'occasione di "confrontarsi su tali temi e di arrivare alle proprie conclusioni, accompagnando a generare un cambiamento autonomo", guidati da un gruppo di "esperti formatori e mediatori locali, formati da Tostan" e capaci, oltre che di "parlare le principali lingue delle tribù senegalesi coinvolte, come il wolof, il fulani, il serer, il soninke, il puular, di gestire le dinamiche di gruppo in modo da favorire l'espressione di tutte le opinioni". Questi percorsi vengono attuati "partendo dal tema del diritto umano alla salute e alla libertà dalla violenza, qualunque essa sia". Così facendo, il gruppo, che per questo "è seduto in cerchio, com'è loro abitudine, di modo che tutti possano parlare e ascoltarsi", arriva autonomamente a "produrre pensieri come parliamo di diritti, di violenza... forse le pratiche che conosco fatte alle donne sono una violenza? Non rispettano i loro diritti alla salute?" attivando in tale modo una discussione sul tema e sulla responsabilità che tutti condividono e che tutti devono garantire all'interno della comunità in cui vivono. Parlando di salute "i partecipanti hanno la possibilità di conoscere i rischi immediati e quelli a medio-lungo termine legati alle pratiche di quelle che chiamiamo sempre 'tradizioni', 'usanze', 'abitudini' delle pratiche fatte alle donne' senza

mai usare i termini 'violenze', 'escissioni', 'infibulazione' o simili». Anche per Tostan, infatti, il tema delle mutilazioni genitali femminili "deve essere affrontato con un'attenzione particolare rivolta al linguaggio da utilizzare, privilegiando termini non diretti ma generali e riferiti a 'usanze', 'tradizioni', 'costumi'" e soprattutto "utilizzando delle immagini che permettano a chiunque di descrivere un'esperienza, un fatto, un pensiero» attraverso le quali «fornire ai partecipanti l'occasione per riflettere insieme".

In questo senso Tostan «non intende né criticare, né mettere in discussione le tradizioni dei villaggi e dei popoli che incontra, né tantomeno offendere i credi di queste persone bensì mettere i villaggi in condizione di decidere sulle best practices da seguire: 'Tostan intende educare le persone, e saranno poi l'educazione e la presa di coscienza a permettere alle persone di cambiare i propri comportamenti'. Ma, come ricorda più volte Debar, "è un percorso lungo, che richiede tempo, che non si risolve dall'oggi al domani. I nostri progetti si sviluppano in un arco di tempo di 2/3 anni e coinvolgono una quindicina di professionisti".

La metodologia utilizzata da Tostan è il punto focale per comprendere l'abbandono della pratica. Dato che "le mutilazioni genitali femminili sono legate alle occasioni di matrimonio, legandosi all'immagine della moglie vergine, del valore della donna per il marito e per la comunità", l'abbandono delle pratiche «richiede necessariamente una presa di consapevolezza di pratiche sociali nell'ambito degli specifici gruppi di appartenenza". Da qui poi, "la scelta di abbandonare la pratica delle mutilazioni genitali femminili passa rapidamente ai villaggi vicini. E così facendo, il cambiamento del comportamento si estende a macchia d'olio, lentamente, anche in villaggi che non hanno partecipato ai programmi educativi di Tostan" ma "anche con il rischio di una regressione, come è capitato".

Debar sottolinea quindi come gli interventi mirati a sensibilizzare una popolazione sul tema delle Mutilazioni genitali femminili "devono affidarsi ad un tempo lungo di intervento, e alle capacità di gestione di strumenti come il dialogo, la discussione di gruppo, la guida di esperti mediatori che sappiano relazionarsi con gli interlocutori e che sappiano parlare la lingua dell'etnia di appartenenza di questi", anche se questo, come lo stesso Debar conferma, è molto più vero quando si parla di interventi sul territorio africano e meno se riferito ad interventi in Europa.

Environnement et Développement du Tiers Monde (Enda-tm)

Environnement et Développement du Tiers Monde (Enda-tm) è stata fondata nel 1972 a Dakar come programma congiunto al Programma delle Nazioni Unite

per l'Ambiente dell'Istituto Africano dello Sviluppo Economico e della Pianificazione e dell'Organizzazione Svedese per lo Sviluppo Internazionale e si è costituita il 27 giugno 1978 come organizzazione internazionale a carattere associativo senza scopo di lucro.

Abbiamo incontrato Mme Sata Tall, responsabile dell'archivio informativo e delle pubblicazioni multimediali dell'ENDA. Insieme a un collaboratore, M. Coli, hanno messo a disposizione numerosi documenti, confermando la «piena disponibilità per una collaborazione nel progetto di reperimento di informazioni e di documenti necessari al progetto italiano». Anche loro hanno sottolineato «la necessità di programmare un intervento di sensibilizzazione in un periodo a lungo termine, che necessita di perseveranza e molta competenza nella gestione delle argomentazioni». In particolare, secondo i testimoni incontrati «il tema dei comportamenti legati alle Mutilazioni genitali femminili è strettamente connesso con la condizione di scarsa educazione di molte persone, in particolare di quelle provenienti dalle zone rurali dell'Africa, e di conseguenza di poca conoscenza delle implicazioni e dei rischi sanitari che tali pratiche comportano». In questo senso, «migliorare le condizioni di base dei villaggi, la scuola e l'accesso all'educazione e quindi alle informazioni permetterebbe di avvicinarsi più facilmente alla conoscenza dei rischi di tali comportamenti».

Etiopia

CVM – Comunità Volontari per il Mondo

Il CVM (sito web <http://www.speranzacvm.eu/>) è una ONG federata alla FOC-SIV fondata nel 1978, che promuove, nei Sud del Mondo, progetti di autosviluppo e, in Italia, iniziative di sensibilizzazione dell'opinione pubblica sui problemi dello squilibrio fra Paesi. Lavora in questi anni in Tanzania e in Etiopia nell'ambito sanitario, idrico, dei diritti dell'infanzia e dell'empowerment femminile, al fine di perseguire «lo sviluppo di tutta la persona e di tutte le persone, laddove forme globali di ingiustizia economica, oppressione politica ed emarginazione sociale continuano a colpire interi popoli, privandoli di speranza e dignità».

In Etiopia abbiamo potuto incontrare la Volontaria in Servizio Civile Marta Bonalumi, ed abbiamo intervistato l'amministratrice, Amarech Tadesse e la capo progetto AIDS nel nord del Paese, Sophia Assefa. CVM in Etiopia lavora a stretto contatto e in collaborazione con le comunità locali, per realizzare attività di informazione e formazione sul tema dell'HIV/AIDS ed interventi di supporto ai gruppi più vulnerabili della società.

Ci siamo avvicinati a tali progettualità perché AIDS e mutilazioni genitali femminili rappresentano entrambi dei casi di stigmatizzazione del malato (o della vittima di MGF) e soprattutto perché l'AIDS, al pari delle pratiche mutilatorie, riguarda una dimensione molto personale del paziente, richiedendo come problema sanitario una serie di attenzioni e comportamenti riguardanti anche la sfera delle relazioni e dei rapporti personali affettivi e sessuali, non ultimo perché la quasi totalità delle donne beneficiarie dei progetti sono donne che hanno subito la pratica mutilatoria nell'infanzia. L'incontro con personale altamente qualificato che da anni opera a contrasto di tale discriminazione è stato utile al fine di cogliere alcuni suggerimenti in ordine alla comunicazione sul tema mutilazioni genitali femminili.

Le attività di comunicazione e di sensibilizzazione realizzate dall'associazione, partono da percorsi di conoscenza avviati con l'attivazione di gruppi di discussione sulle specifiche problematiche a cui fa riferimento la ricerca, molte delle quali generalmente nascoste dalla comunità. Il metodo utilizzato dal CVM si basa sulla «formazione di formatori», in questo caso di formatrici, che possano agire in un network di *animatrici* a livello di comunità locali. Si formano le persone per arrivare alle comunità, soprattutto su temi delicati e sensibili come la malattia e le «harmful traditional practices». A tale proposito, le intervistate ci menzionano anche l'attività di sensibilizzazione che svolgono sul tema dei matrimoni precoci (*early marriages*), pratica che coinvolge moltissime bambine. Come già emerso nella missione in Senegal, anche in questo caso il punto di partenza individuato per introdurre tali discorsi è la violazione dei diritti delle donne introducendo questa tematica nelle comunità, così come nelle scuole.

È proprio in tali occasioni e progettualità ampie relative ai diritti delle donne e delle bambine, alla prevenzione a malattie quali l'AIDS, che sembra potersi introdurre in ambienti quali quello della missione la questione della prevenzione delle «harmful traditional practices» e tra queste quello delle mutilazioni genitali femminili.

Fistula Hospital

Il Fistula Hospital è stato fondato dalla dott.ssa Catherine Hamlin e da suo marito Reginald nel 1974, dopo che i due, australiani d'origine, si sono avvicinati al problema della fistola ostetrica in Etiopia, avendone constatato gli effetti devastanti sul fisico e sulla mente delle donne che ne soffrivano. Ad oggi è uno dei pochi ospedali al mondo dedicato esclusivamente al trattamento della fistola ostetrica, delle sue conseguenze e alla sensibilizzazione per la sua prevenzione. Oggi, il Fistula Hospital vanta cinque centri regionali, il Desta Mender e nume-

rosi partner internazionali; nel 2010, il totale delle 5 strutture ha trattato 2.345 pazienti.

La grande struttura presenta sale operatorie, sale per il trattamento delle pazienti appena operate, una sala "maternità" per le partorienti a rischio (come donne che hanno già sofferto di una fistola); l'ospedale ha anche una sala per il sostegno e l'assistenza psicologica alle pazienti e provvede a fornire alle pazienti un kit di automedicazione perché possano tornare nelle loro comunità.

Per la cura, ma soprattutto per la prevenzione della fistola, anche la dott.ssa Hamlin mette l'accento sul valore dell'educazione e dell'informazione (ricordiamo tra l'altro, il suo College of Midwives), le uniche risorse veramente in grado di abbattere una malattia come la fistola ostetrica, che si può prevenire soltanto con la conoscenza dei rischi che comporta e con la fiducia in un sistema forse meno tradizionale ma attento ai diritti della donna e al mantenimento di una vita sana all'interno della propria comunità. Ed è su tale aspetto che ci si confronta con la dott.ssa Hamlin in merito alla pratica delle mutilazioni genitali femminili, pratica il cui contrasto e la cui prevenzione prevede un percorso molto simile a quello della fistola, che può prevedersi anche correlato. Emerge la difficoltà della comunicazione da parte del personale ospedaliero con le donne che provengono da tutte le zone dell'Etiopia e che quindi solo in parte parlano l'aramaico. Ampio l'uso di immagini e di vignette per comunicare ed anche la proiezione di video educativi.

Desta Mender ("Village of Joy") Hamlin Addis Ababa Fistula Hospital

Desta Mender ("Village of Joy") è una struttura che fa parte del Hamlin Addis Ababa Fistula Hospital, un ospedale dedicato alla cura della fistola ostetrica, malattia che ha conseguenze sociali e psicologiche simili a quelle subite da chi è stato sottoposto alle pratiche di mutilazione genitale femminile spesso correlata a tale pratica come alla precocità dei rapporti sessuali (conseguenza dei matrimoni precoci).

Nel 2000, il governo etiopico ha donato al Fistula Hospital il terreno su cui oggi sorge il Desta Mender, un centro di riabilitazione e formazione. Attraverso la testimonianza di Kassahun Negatu, responsabile del centro, abbiamo potuto visitare questa struttura immersa nel verde e nella tranquillità, un luogo ideale per far sentire le donne che vi sono ospitate al sicuro e al riparo. Le donne fruiscono di cottage dove alloggiare, di una cucina, di una piccola fattoria con animali, di alberi da frutta, contribuendo allo sviluppo e al lavoro di questa piccola comunità. Notevole è l'investimento in termini formativi, vengono tenute

lezioni sull'avvio di piccole attività generatrici di reddito, come l'agricoltura, le attività casarie, la produzione di uova, lavori di sartoria, cucina e catering, infermieristica. Le residenti del Desta Mender, in questo modo, non ricevono solo cure fisiche ma anche se non soprattutto psicologiche, a partire dal sostegno e dalla fiducia che viene loro assicurata.

Lo scopo finale delle progettualità è che le donne possano tornare nella loro comunità d'origine, usufruire di cure per la fistola ostetrica in altri centri medici, e magari avviare piccole imprese.

"Hamlin College of Midwives", Hamlin Fistula Hospital

Accanto al Desta Mender si trova la struttura del "Hamlin College of Midwives". Tale struttura di formazione nasce dall'esperienza pluridecennale dell'Hamlin Fistula Hospital; La formazione di ostetriche è una strategia di prevenzione importantissima.

Le studentesse di ostetricia vengono selezionate dalle aree del paese dove si trovano gli ospedali Hamlin per la cura della fistola; il corso di laurea dura 3 anni e comprende lezioni di teoria, pratica, sensibilizzazione all'HIV/AIDS, informatica, visita alle comunità. Una volta ottenuta la laurea, le giovani tornano nel proprio territorio di origine e lavorano con la supervisione del College; ma soprattutto, viene richiesto alle giovani ostetriche di comunicare, informare e formare le loro comunità sui rischi di una gravidanza non assistita e di un parto non ospedalizzato (tenendo presente le complicazioni già dette legate alle mutilazioni e alla giovane età – a volte vere e proprie bambine – delle partorienti).

Le ostetriche sono quindi parte di un processo "moltiplicatore".

Adama General Hospital and Medical College

Nello stato dell'Oromia, a circa 100 km da Addis Abeba, abbiamo potuto visitare l'Adama General Hospital and Medical College, una struttura privata all'avanguardia, un ospedale appena inaugurato completo di tutti i reparti e con macchinari moderni e innovativi.

Siamo stati accolti dal Dott. Enrico Bossi, Medical Director dell'Ospedale (già responsabile del Servizio di Traumatologia e Chirurgia d'Urgenza del policlinico di Milano e Prof. di Chirurgia all'Università Statale di Milano) e da 4

medici della struttura, il Dott. Mesfin Nigusse, il Dott. Mohammed Adem, il Dott. Kuma Feyisa, il Dott. Girma Kibretcon, con i quali ci si è confrontati sui temi della comunicazione e della sensibilizzazione rispetto alle problematiche sanitarie con riferimento particolare alla pratica delle mutilazioni genitali femminili, e al rapporto medico – paziente. Emerge dall'incontro con il dott. Bossi l'importanza della comunicazione e del porsi in una situazione di "parità": ancora una volta (vedi testimonianza dott. Carnevale), fondamentale è l'atteggiamento non discriminatorio né colpevolizzante.

I medici intervistati hanno dimostrato una buona conoscenza delle mutilazioni genitali femminili e dei problemi ad esse legati. Localmente la causa principale della pratica risiede nel controllo della sessualità femminile, se ne confermano le drammatiche conseguenze a livello fisico e psicologico. Non solo la pratica ancora esiste, ma uno dei problemi ancora oggi maggiormente riscontrati dai medici è l'utilizzo di strumenti inadatti (lett. "unsafe instruments") per effettuare la mutilazione, mentre è da rilevare l'utilizzo delle parole "cutting" o "female circumcision" al posto di "mutilation": come già evidenziato in altre testimonianze qui riportate, si ritiene necessario l'uso di sinonimi che non implicano una connotazione così negativa quanto il termine "mutilazione". I medici intervistati ricordano che nel paese la legge vieta le mutilazioni genitali femminili, ma sottolineano come nella pratica la norma viene ampiamente disattesa. Uno dei medici che ha lavorato al confine con la Somalia riporta come ancora, in quella regione, "almost every woman is circumcised"; la tradizione familiare è talmente forte che è difficile combatterla. C'è quindi un conflitto evidente tra la legge e la prassi, poiché la tradizione, seppur nascosta, viene continuamente praticata, pertanto il lavoro che il governo è tenuto a fare, in termini di sensibilizzazione e persecuzione della pratica che viola la legge, è molto difficile e soprattutto delicato. Per i nostri intervistati non sono poche le cose fatte a contrasto della pratica: oltre alla legge del 2004 che vieta le mutilazioni genitali femminili, un programma televisivo di sensibilizzazione, nonché la nascita del National Committee on Traditional Practices of Ethiopia (NCTPE) con scopi di informazione e presa di coscienza. Particolarmente interessante la produzione da parte del NCTPE di un calendario che per ogni mese propone delle immagini (quadri, disegni, ecc.) relative alla pratica delle mutilazioni genitali femminili avente lo scopo di portare l'attenzione sulla pratica, sulla sua negatività e sulle conseguenze ad essa collegate in modo da sensibilizzare sul contrasto della pratica stessa. Il finanziamento del progetto è della Commissione Europea.

I medici incontrati sottolineano: l'importanza della comunicazione e della formazione quali elementi fondamentali per la prevenzione delle mutilazioni genitali femminili; la necessità di miglioramento dei servizi sociali e sanitari e un grosso investimento in termini educativi. Conoscere e tollerare una tradizio-

ne non significa essere d'accordo, bisogna combattere la prosecuzione di pratiche tanto dannose, ma è necessario essere "as much tolerant as we can!" I medici incontrati concludono fiduciosi: "we need time", ma l'eradicazione delle mutilazioni genitali femminili ci sarà.

2.3.1 Punti emersi nell'ambito degli incontri con gli esperti e delle visite alle strutture in merito all'aspetto comunicazione/sensibilizzazione.

- Necessità di individuazione del profilo della popolazione nei confronti della quale si orienta il processo di prevenzione e la comunicazione (ricordarsi che la differenza non è solo nazionale ma anche etnica, linguistica, religiosa, di status socio-economico e di istruzione, - grande diversità tra la cultura della città e quella delle zone rurali-)
- Avvertenza della non conoscenza ad esempio dell'illegalità della pratica e pertanto utilizzo di un approccio relazionale e comunicativo non accusatorio
- Uso di immagini
- Uso della doppia lingua nelle campagne sanitarie nazionali (aramaico/lingua etnia locale e inglese)
- Utilizzo di case history, esempi di altre donne e storie per formare e informare sulla pratica e le sue conseguenze
- Importanza dei percorsi educativi (scolastici e di comunità)
- Importanza della comunicazione mediatica sul tema (progetto programma televisivo e cartellonistica)
- Importanza della capacità di arrivare a parlare con le pazienti del problema mutilazioni genitali femminili partendo da altri problemi sanitari riportati