ECO*LAB*

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

ECO*LAB*

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

ECO*LAB*

ECO*LAB*
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 *fautori 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 *fear arousal appeal* 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

ragioni di carattere medico-sanitario, le gravi conseguenze psicologiche e fisiche che tale pratica genera. Oggi le ragioni del perdurare della pratica sono identificabili in quelle storiche (igienico-sanitario, moralità) ma anche ragioni sociali (educazione familiare, assicurare il matrimonio, ecc.). E ancora "il fatto sconcertante di fronte al fenomeno ed alle sue ragioni è di credere di volere difendere una finalità di carattere morale mediante un atto strutturalmente immorale; questo si giustifica come frutto di una cultura storica di imposizione di costume cui è mancata una formazione culturale etica" (Rizzardi 2007:94)

CAPITOLO 4

Linee guida comunicazione sulle MGF

4.1 Quale comunicazione

Oggi il concetto di salute è sempre più centrale per la nostra società e la comunicazione assume un ruolo sempre più importante in ambito sanitario.

Se è fin dal XIX secolo che la diffusione di alcune malattie prevalentemente di tipo infettivo è stata tematizzata quale problema sociale e fatta oggetto di campagne di controllo, igiene e vaccinazione condotte sulla popolazione, gradualmente un ruolo crescente è stato riconosciuto alle campagne di informazione volte a migliorare la consapevolezza dei cittadini in ordine a problemi di tipo sanitario. Al controllo diretto dei comportamenti sanitari, tipico del primo approccio si è affiancato un modello di influenza indiretta che prevede di stimolare l'assunzione di responsabilità da parte degli individui e delle famiglie in ordine al mantenimento della propria condizione di salute. Nel tempo poi, anche la tipologia e l'ampiezza dei problemi sanitari ritenuti di interesse sociale si è ampliato e diversificato, arrivando a comprendere fenomeni quali l'alcolismo, la dipendenza da droghe, recentemente l'alimentazione e, riferendoci a contesti occidentali sempre più plurietnici e interculturali, alcune problematiche mai conosciute precedentemente in quanto tradizionali di altre culture, quali le MGF. Contemporaneamente lo sviluppo delle nuove tecnologie ha permesso che la diffusione dell'informazione assumesse un ruolo sempre più centrale nell'ambito delle strategie di prevenzione sanitaria ed oggi la comunicazione sulla salute si sviluppa in una serie di spazi mediali estremamente eterogenei per contenuti e modalità espressive – dalla cartellonistica prevalentemente usata per le grandi campagne sanitarie (ancora fortemente impiegata ad esempio nei paesi del Sud del mondo), alle riviste dedicate ai temi della salute per arrivare ai molteplici e diversificati programmi televisivi.

Oltre all'incremento della quantità e alla crescente eterogeneità delle pratiche comunicative, negli anni si è registrata la moltiplicazione delle fonti di informazione e degli operatori/realtà impegnati ad erogare interventi comunicativi tesi a modificare il comportamento della popolazione o di uno specifico target in ordine alla realtà sanitaria. Molteplicità che ha comportato il modificarsi dei messaggi che oggi solo in parte si configurano, come invece prevalentemente in passato, in senso etico-normativo, configurandosi anche come strumento di

tutela e di protezione di soggetti che altrimenti cadrebbero inevitabilmente in comportamenti a rischio. Particolarmente significativo l'esempio delle diverse associazioni sorte per la prevenzione e lotta nei confronti di malattie quali AIDS o tumori.

A un'informazione a carattere istituzionale, mirata principalmente al controllo e al disciplinamento del paziente, rivolta in modo indiscriminato alla generalità della popolazione, si è affiancata e in certi casi è subentrata una comunicazione orientata a pubblici diversi che vi accedono secondo modalità differenti in base alle rispettive caratteristiche, tra cui grado di interesse, coinvolgimento e istruzione.

Questo accesso all'informazione garantisce alla persona di partecipare in modo attivo e consapevole alla gestione della propria salute. Da qui il carattere di centralità assunto oggi dalla comunicazione relativa a determinati temi, ruotando, attorno a questo aspetto la possibilità della persona, prima ancora che del paziente, di scegliere tra un comportamento e un altro.

Come il ruolo dei mass media nella comunicazione della salute si è modificato e ampliato nel corso degli ultimi decenni, anche il livello della comunicazione tra medico e paziente ha conosciuto importanti trasformazioni nel tempo in base non solo alle teorie sviluppatesi, ma anche alla trasformazione delle società e del concetto di salute e malattia. Nello specifico, il tema della relazione come comunicazione tra medico e paziente è stato oggetto di studi anche sofisticati in quanto parte del processo di costruzione culturale della malattia. Di volta in volta tematizzato come comunicazione unidirezionale, forma di dominio e controllo sociale da parte della medicina nei confronti del paziente, fino ad un più recente approccio di origine antropologica.

Quest'ultimo mira ad analizzare la comunicazione tra medico e paziente in termini di narrazioni cliniche, definite come le storie create dai medici, per e con i pazienti, per descrivere il corso di una malattia e la progressione delle attività terapeutiche collocando il rapporto tra medico e paziente entro un più ampio scenario sociale e culturale, questo approccio vuole mettere in evidenza soprattutto il fatto che le narrazioni cliniche siano una forma di comunicazione "non solo tra medici e pazienti, ma anche attraverso diversi siti locali e globali che producono conoscenza biomedica e tecnologie terapeutiche" (Del Vecchio Good, Good, 2000, p. 246).

In questo senso, il medico diviene una sorta di *snodo* comunicativo che cerca di guidare il paziente attraverso messaggi che arrivano dai mass media o dalla cerchia interpersonale, dalle diverse figure sanitarie che il paziente incontra nel corso della propria carriera (infermieri, altri medici o specialisti, anestesisti, farmacisti) e attraverso immagini (es. campagne di prevenzione) altrimenti di difficile lettura e interpretazione.

Di questo nuovo approccio alla comunicazione tra medico e paziente Del Vecchio Good e Good (2000, p. 248) sintetizzano dicendo che "le conversazioni tra medici e pazienti e le narrazioni cliniche che costruiscono mediano un complesso insieme di relazioni sociali, culturali, economiche e biotecniche".

Su tale questione, il pluralismo culturale divenuto realtà nella società contemporanea è andato a definire un'ulteriore necessità, quella dell'acquisizione di competenze nell'ambito delle relazioni e della comunicazione interculturale. Come sostiene Hofstede (1991), uno dei compiti della comunicazione interculturale sarebbe quello di permettere l'acquisizione di

Consapevolezza, conoscenza e abilità. Tutto comincia con la consapevolezza: il riconoscere che ciascuno porta con sé un particolare software mentale che deriva dal modo in cui è cresciuto, e che coloro che sono cresciuti in altre condizioni hanno, per le stesse ottime ragioni, un diverso software mentale. (...) Poi dovrebbe venire la conoscenza: se dobbiamo interagire con altre culture, dobbiamo imparare come sono queste culture, quali sono i loro simboli, i loro eroi, i loro riti (...). L'abilità di comunicare tra culture deriva dalla consapevolezza, dalla conoscenza e dall'esperienza personale (Hofstede 1991, 230-231)

4.2 La definizione delle linee guida

Essere capaci di lavorare con pazienti di origini diverse è essenziale in una Regione quale la Lombardia, dove si registrano una diversità socioculturale e linguistica importante. È necessario pertanto che gli operatori del mondo sanitario acquisiscano delle competenze cliniche transculturali (CCT) definibili quale insieme di comportamenti, conoscenze e saper fare che permettono a un professionista della salute di elargire delle cure di qualità a pazienti di origini diverse. Oltre alla presa di coscienza indispensabile per mettere in atto un processo di cambiamento (saper essere), i contenuti delle CCT sono di ordine teorico (sapere) e comunicativo (saper fare). Rispetto a quest'ultimo punto sono diverse le sollecitazioni e le proposte rilevate empiricamente nell'ambito di ricerche sull'implementazione di politiche di salute inclusive delle popolazioni immigrate e di servizi *migrant friendly* che orientano verso servizi/interventi che puntano sull'efficace comunicazione. Perfettamente in linea con questa impostazione sono anche le linee guida emanate dal Ministero della Salute e destinate "alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche" che includono quali raccomandazioni *l'acquisizione, da*

parte del personale sanitario, di conoscenze sulle caratteristiche socio-culturali delle MGF; la costruzione di un rapporto medico-paziente disteso e di fiducia con grande cura della comunicazione interpersonale; l'utilizzo di interpreti e/o mediatrici culturali per facilitare la comprensione delle raccomandazioni terapeutiche.

Da qui l'importanza della stesura di linee guida sulla comunicazione in tema di MGF.

4.3 Linee guida "comunicazione e MGF"

Sulla base delle indicazioni emerse nel percorso di ricerca dall'analisi dei documenti e dei dati raccolti e sulla base delle esperienze visitate e dei suggerimenti degli esperti italiani e stranieri interpellati, sono state definite delle sintetiche ma operative raccomandazioni di ordine comunicativo rivolte in particolare agli operatori socio-sanitari.

Tali raccomandazioni sono espresse nelle seguenti linee guida.

Conoscere i numeri del fenomeno e le sue caratteristiche in ambito territoriale

L'approfondimento della conoscenza dei dati relativi alla presenza nel territorio e all'accesso nella propria struttura sanitaria di donne, ragazze, bambine sottoposte alla pratica o rientranti nella popolazione a rischio risulta essere il primo passo per una buona accoglienza e gestione del fenomeno presso le strutture sanitarie territoriali. Fondamentale in tal senso le attività e gli studi regionali di raccolta dati. Tale conoscenza sarà funzionale alla formazione e all'aggiornamento del personale sanitario in merito alla relazione e alla presa in carico di persone appartenenti alle comunità presenti – nazionali, etniche, religiose – ma anche alla predisposizione del servizio di mediazione o della rete di mediatori linguistico culturali delle aree e comunità maggiormente rappresentate così come alla programmazione di altri interventi in ambito comunicativo (es. produzione materiale in lingua). A tal fine è raccomandabile l'uso di strumenti epidemiologici multilingue che possano raccogliere informazioni sulla storia migratoria dei soggetti e sulle differenze di salute presenti nella popolazione di riferimento.

Conoscere bene ciò di cui si sta parlando. Conoscere bene la pratica, la legge, le prassi e i protocolli da seguire

Se il medico ha le necessarie informazioni culturali e scientifiche sulle MGF, l'impostazione di un rapporto medico-paziente disteso e di fiducia evita reticenze, imbarazzi e curiosità. Importante è la conoscenza dei vari tipi di MGF, delle implicazioni fisiche e psicologiche che comportano delle problematiche relazionali di ordine familiare e sociale ad esso collegate. Fondamentale è anche la conoscenza della legislazione italiana sul tema (legge n. 7 del 9 gennaio 2006) e delle linee guida (art. 4 legge n.7 del 2006) del Ministero della Salute destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di MGF per realizzare un'attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tale pratica.

La cultura di appartenenza condiziona come le persone parlano e si relazionano con gli altri

Le somiglianze e le differenze attraverso cui le persone intendono le situazioni comunicative dipendono dalla cultura di appartenenza che condiziona come le persone parlano e si relazionano con gli altri. Caratteristica qualificante della comunicazione interculturale è pertanto quella di avvenire tra persone che appartengono a culture diverse e che, indipendente dal luogo fisico in cui si trovano, possono conservare le regole e i valori del luogo culturale da cui provengono. Per questo tale tipo di relazione comunicativa richiede una formazione e delle abilità specifiche affinché le differenze legate alla diversa appartenenza culturale non si pongano quale ostacolo all'esito positivo dello scambio comunicativo. In tal senso è necessario considerare che l'argomento si pone quale elevato fattore di rischio nell'ambito della comunicazione interculturale in ambito sanitario poiché gli interlocutori possono dimenticare che i valori che sottostanno a tale argomento possono non essere condivisi nella varie culture. O al contrario convinti che l'argomento sia condannato e non accettato, e questo è il caso delle MGF, gli interlocutori possono rinunciare a parlarne, non facilitando in tal caso la comprensione degli avvenimenti e l'avvio di percorsi di cura, riabilitazione e prevenzione.

Può anche manifestarsi barriera alla relazione una erronea attribuzione di ruolo. In ogni cultura lo status sociale, quello riconosciuto ai diversi componenti della famiglia ma anche quello riconosciuto al medico o all'infermiere, viene attribuito e mantenuto secondo valori e regole proprie.

In alcune culture l'età è un fattore di status, così come l'essere maschio, a volte il prestigio di status non è attribuito ma riconosciuto sul campo a seguito dei propri meriti, ad esempio lo status può essere riconosciuto per il fatto che si è medico anche se si è donna. I ruoli e le gerarchie sono necessariamente da identificare e riconoscere per l'impostazione di una corretta comunicazione. Sia sapere come muoversi nell'ambito delle relazioni familiari del nostro interlocutore, sia sapere se si è o meno riconosciuti nel proprio ruolo dagli interlocutori

sono aspetti chiave per l'impostazione di una corretta relazione e di una buona comunicazione.

Da qui la centralità per l'operatore di riconoscere le situazioni sociali e le relazioni di ruolo, insieme alla capacità di capire significati ed elementi distintivi di una data cultura. A tal fine l'operatore sanitario dovrà poter fare riferimento anche ad altre figure che possano facilitarlo in questa situazione quali interpreti e mediatori linguistico-culturali.

Acquisire competenze nell'ambito delle relazioni e della comunicazione interculturale

Il primo aspetto da curare nell'incontro tra paziente e professionista sanitario dovrebbe essere quello della comunicazione interpersonale. Nei casi di MGF, la problematica specifica e la varietà delle situazioni linguistiche, culturali e religiose proprio degli interlocutori che si possono incontrare definiscono l'ulteriore necessità dell'acquisizione di competenze nell'ambito delle relazioni e della comunicazione interculturale.

La specificità transculturale di questa tappa, indispensabile nella relazione medico-paziente sta nel possibile trialogo (consultazione alla presenza di un interprete/mediatore), nell'identificazione del modello esplicativo della malattia da parte del paziente, nella negoziazione del piano di trattamento e del follow-up, nella gestione dei conflitti indotti dai punti di vista diversi e nella determinazione dei risultati attesi da ciascuno. Tale percorso dovrebbe essere realizzato attraverso la formazione del personale sanitario. È necessario potenziare e investire sulla formazione e l'aggiornamento: dei medici di base, dei pediatri di libera scelta, del personale sanitario degli ospedali e delle aziende sanitarie locali sulla pratica, sulle strategie comunicative e relazionali, sulle risorse presenti nel territorio per trovare sostegno e accompagnamento.

Non definire a priori il proprio interlocutore

Condizione fondamentale per l'instaurarsi di una buona relazione è il considerare le peculiarità (background culturale, educativo, le condizioni di vita, il genere e l'età, la storia migratoria) del singolo soggetto – donna, uomo, bambina, coppia genitoriale - all'interno dell'eterogeneità del gruppo di appartenenza. È pertanto raccomandabile raccogliere informazioni generali non solo sulla cultura di origine ma anche sulla persona e sulla famiglia con cui si sta parlando.

Verificare le conoscenze degli utenti e fornirle in caso di carenza

Nei casi di donne sottoposte alla pratica mutilatoria o in situazione di rischio, di fondamentale importanza è la verifica rispetto alla conoscenza, da parte dei nostri interlocutori di quelle informazioni che servono affinché vi sia

totale comprensione della situazione in ordine sia alle tematiche di salute sia legali. Occorre avere presente che molti interlocutori potrebbero non sapere dell'illegalità della pratica, né conoscere le conseguenze della stessa così come i propri diritti e la possibilità di ricevere sostegno.

Solo l'accesso all'informazione garantisce alla persona di partecipare in modo attivo e consapevole alla gestione della propria salute. Attorno a questo aspetto ruota la possibilità della persona, prima ancora che del paziente, di scegliere tra un comportamento e un altro, tra opzioni terapeutiche, di gestire il proprio corpo e le proprie appartenenze, emergendo temi in cui gli aspetti medici si presentano sempre più inestricabilmente connessi con questioni etiche, politiche, religiose.

Prestare attenzione agli aspetti non verbali della comunicazione

Non solo il rapporto verbale ma anche gli aspetti non verbali della comunicazione e il contatto fisico costituiscono elementi chiave nella definizione della fiducia che sta alla base del rapporto tra l'operatore sanitario e il suo interlocutore.

Moltissimi sono gli aspetti della comunicazione non verbale che intervengono nella definizione e nella natura delle relazioni interculturali. Tali caratteristiche, come ad esempio i gesti, lo sguardo, la postura del corpo, le espressioni delle emozioni, i saluti, così come il tono di voce, il silenzio, rivestono un ruolo essenziale nella comunicazione intercultuale perché sono specifici di ogni cultura, mentre erroneamente spesso li si ritiene universali, naturali, condivisi.

L'importanza del prestare attenzione alla comunicazione corporea e al linguaggio non verbale si ritrova, infatti, nel suo essere fortemente situazionale e ampiamente inconsapevole essendo acquisito durante il processo di crescita.

L'erronea convinzione dell'universalità di tali gesti rende elevato il rischio di incidenti comunicativi e di interpretazione sbagliata dei messaggi che comunicano.

Soluzione a tale rischio è il rinforzo della consapevolezza delle possibili differenze al fine di non ricorrere a letture e giudizi immediati sull'altro.
Altrettanto importante è il riuscire a controllare la propria comunicazione non verbale, le proprie posizioni ed emozioni attraverso espressioni scioccate, stupite, incuriosite.

Utilizzare nella comunicazione materiali bilingue, immagini e case history

Le strategie di comunicazione dovrebbero utilizzare mezzi, canali ed approcci differenti in base alla necessità della specifica situazione. È comunque bene disporre di mezzi diversificati da materiali scritti a materiale iconografico (immagini, vignette) per facilitare la comunicazione nei diversi casi considerando anche la specificità dell'interlocutore, che di volta in volta può essere donna,

bambina, genitore. Raccomandabile è l'utilizzo di case history, esempi di altre donne e storie per formare e informare sulla pratica e le sue conseguenze.

Per favorire che il momento informativo sia anche un momento di integrazione, è raccomandabile l'utilizzo di materiali bilingue.

Favorire una comunicazione capace di andare oltre al lato esclusivamente sanitario ma capace anche di trattare il tema dei diritti e delle opportunità

La decisione se usare l'italiano o le lingue madri dei migranti deve essere valutata caso per caso, basandosi sulle priorità e sul momento avendo ben presente che i risultati da raggiungere sono: la comprensione da parte delle donne degli obiettivi degli interventi sanitari, di cura e preventivi; l'acquisizione di consapevolezza in merito all'illegalità della pratica; la comprensione della possibilità di essere aiutati nel concretizzare scelte altre rispetto alla riproduzione della pratica sulle bambine; la creazione di contesti e circostanze in cui le pazienti possano esprimersi liberamente e siano messe in grado di interagire.

Ricordarsi che il piano legislativo non è sufficiente, seppur necessario, per il venire meno della pratica e che diversi sono i motivi a sostegno o a contrasto delle singole scelte di riproduzione della pratica nella migrazione

Il fatto che alcuni paesi di origine si siano dotati di leggi nazionali rispetto al contrasto e alla condanna della pratica, non vuol dire che chi proviene da tale area non è sottoposto a MGF così come non rassicura sul fatto che le bambine non ne siano a rischio. Al contempo indagini sulla popolazione a rischio di mutilazione genitale femminile in emigrazione, tra cui la ricerca IRER effettuata nel territorio lombardo, ben delinea i cambiamenti di atteggiamento verso la pratica nella migrazione confermando che il passaggio in emigrazione riduce il favore nei confronti della pratica mutilatoria. In particolare le donne più giovani sono meno inclini a preservare la tradizione; le donne mutilate sono più propense al mantenimento della pratica rispetto a quelle che non l'hanno subita; le donne più istruite sono meno propense ad accettare le mutilazioni rispetto alle altre; le donne nate o almeno in parte socializzate in Italia (la cosiddetta seconda generazione) sono perlopiù contrarie alla pratica. Si conferma inoltre che l'avere un'opinione favorevole o contraria al mantenimento della pratica mutilatoria condiziona il trattamento riservato alle figlie e anche in tal caso l'esperienza personale risulta essere fondamentale: le donne non mutilate sono totalmente indisponibili a sottoporre le figlie a mutilazione a conferma del fatto che il maggior fattore di protezione da questa pratica è proprio la condizione non offesa delle donne.

Per non cadere in incidenti relazionali e comunicativi interculturali è bene non generalizzare quanto si sa in merito alle specifiche realtà culturali e nazionali. Nell'incontro con le donne, le bambine o i genitori risulta pertanto fondamentale considerare oltre che la nazionalità di origine anche le diverse, singole situazioni tra prima e seconda generazione, status sociale, anno di arrivo in Italia, storia della migrazione ed esperienza personale.

Alimentare il confronto e lo scambio di conoscenze e incrementare la diffusione e il trasferimento di buone pratiche in ambito comunicativo/relazionale

Importante è il confronto regionale, ma anche nazionale e internazionale, con professionisti e servizi che hanno esperienza di lavoro nell'ambito della riabilitazione, cura e prevenzione delle MGF, prestando attenzione ad uno scambio non solo sugli aspetti peculiarmente sanitari ma anche relazionali che in tali circostanze risultano essere particolarmente importante nel permettere l'instaurarsi del rapporto di fiducia e pertanto della possibilità dello specifico percorso.

Da ricordare:

◊ Necessità di individuazione del profilo della popolazione nei confronti della quale si orienta il processo di cura e di prevenzione che va a costituire la popolazione verso la quale è orientata la comunicazione
◊ Conoscere bene ciò di cui si sta parlando. Conoscere bene la pratica, la legge, le prassi e i protocolli da seguire
◊ Riflettere sugli stereotipi a sfondo religioso e/o culturale che possono impedire un atteggiamento professionale oggettivo e non-giudicante
◊ Avvertenza e verifica della possibile non conoscenza dell'illegalità della pratica e pertanto utilizzo di un approccio relazionale e comunicativo non accusatorio
◊ Accertare la capacità del nostro interlocutore di comprendere ed esprimersi in italiano
◊ Ricordarsi di non usare termini tecnici, ma usare parole e concetti semplici
◊ Privilegiare l'utilizzo di strumenti comunicativi in doppia lingua (italiano e lingua straniera) e l'uso di immagini
◊ Abituarsi all'uso di case history per formare e informare sulla pratica e le sue conseguenze
◊ Prestare attenzione alla comunicazione non verbale e alle differenze interculturali legate alla lingua (tono e intonazione, velocità , ecc.)
◊ Raccogliere sempre il feedback circa quanto si è voluto dire, non valutare la comprensione basandosi solo su risposte quali Si o No. Verificare la comprensione sia a livello dei contenuti che della relazione, riservandosi la possibilità di fare domande per agevolare la comunicazione e migliorare la propria comprensione.
◊ Ricordarsi che le barriere della comunicazione interculturale possono riguardare sia ciò che ci attendiamo dal nostro interlocutore, sia quello che pensia-

mo che l'altro si aspetti da noi. Le differenze riguardano le credenze, la visione del mondo, i valori; la dimensione affettiva e quella comportamentale

◊ Curare e fare attenzione al contesto nel quale si svolge la comunicazione per agevolare l'interlocutore (donna, uomo, bambina, coppia genitoriale) e farlo sentire il più possibile a proprio agio creando un clima il più possibile adatto all'ascolto.

◊ Stare attenti nel toccare la persona poiché in alcune culture questo può provocare, anche se azione svolta in un contesto sanitario, estremo disagio e mal comprensione

◊ Prestare attenzione alle dinamiche culturali relative alla combinazione operatore/utente e non dimenticare che in diverse culture uomini e donne si aspettano di essere trattati diversamente (ad esempio parlando di alcuni disturbi o di alcuni argomenti solo con donne o solo con uomini o accettando di essere visitati da operatori dello stesso genere)

◊ Prestare attenzione al momento delicato della visita. È opportuno limitare il numero di persone che assistono alla visita. L'approccio clinico e psicologico ad una donna che ha avuto esperienze di MGF dovrebbe essere effettuato preferibilmente da operatori di sesso femminile (ginecologhe, infermiere, ostetriche, psicologhe). Ove ciò non è possibile l'operatore sanitario di sesso maschile dovrebbe essere sempre assistito ed operare alla presenza di una o più collaboratrici di sesso femminile.

◊ Avvalersi degli aiuti dati da interpreti e da mediatori linguistici quando se ne rileva la necessità tenendo presente la sensibilità delle donne rispetto alla presenza di mediatrici della stessa appartenenza.

◊ Imparare ad essere neutri e rispettosi. Non stigmatizzare.

◊ Saper valutare di caso in caso il coinvolgimento del coniuge e dei genitori sentendo sempre la posizione del nostro interlocutore. In caso emerga la domanda di aiuto da parte di una donna rispetto alla volontà dei familiari e dell'altro genitore di effettuare la pratica sulla bambina, così come la domanda di aiuto di una ragazza minorenne che teme di essere sottoposta alla pratica, muoversi con delicatezza e certezza per fare in modo che la vittima non venga rimpatriata dai parenti per anticipare ogni eventuale intervento esterno a ostacolo della loro decisione.

◊ Prepararsi a lavorare non solo in termini di cura ma anche di prevenzione e contrasto della pratica. Per esempio nel caso di una nascita è importante essere in grado di impostare una riflessione con i genitori sui diritti delle donne e delle bambine, per prevenire il ricorso alle MGF.

◊ Sensibilizzare la propria struttura - ad organizzare eventi di formazione e di aggiornamento per il personale sanitario sul tema MGF e - a promuovere campagne che utilizzino un approccio transculturale orientate al tema delle MGF.