

Progetto Regionale
Mutilazioni Genitali femminili e Donne Immigrate
Progetto di Formazione per un Sostegno Integrato alla Persona

Patologia Ostetrica

Direttore Dott. S. Alberico

REPORT FINALE
2011 - 2012



Responsabile Scientifico:

- Dr. Salvatore Alberico

Responsabile del Progetto:

- Dr.ssa Nora Coppola

Gruppo di Lavoro:

Dr.ssa Ornella Urpis

Dr. Stefano Restaino

Dr.ssa Cristina Vecchiet

Dr.ssa Natascia Ferruccio

Dr.ssa Sandra Marina Espeche



Progetto di informazione, sensibilizzazione e formazione
degli Operatori sanitari afferenti
alle Strutture di Ostetricia e Ginecologia,
di Pediatria, di Chirurgia Generale, di Urologia,
dei Servizi Territoriali e degli Ospedali
della Regione Friuli Venezia Giulia,
sulle tematiche di area ostetrica, ginecologica,
pediatrica e psicologica per la prevenzione
e il sostegno specialistico rivolto alle donne portatrici
di mutilazione dei genitali femminili o a rischio di tale pratica,
con indicazione di percorsi assistenziali più ampi
rivolti alla popolazione di donne e di giovani
provenienti da Paesi a rischio MGF.



INDICE

1.Introduzuione	4
2.Sintesi del progetto	5
3.La ricerca (Dr.ssa O. Urpis)	6
4.La scuola (Dr.ssa N. Ferruccio)	16
5.La scuola (Dr.ssa E. Castelpietra)	19
6. La ricerca/sostegno psicologico (Dr.ssa C. Vecchiet)	20
Appendice 1 - Lista incontri gruppo di lavoro	26
Appendice 2 - Questionario	28
Appendice 3 - Intervista in profondità	33
Appendice 4 - Database	36
Appendice 5 - Calendarizzazione scuole	37
Appendice 6 - Programma corso di formazione personale socio-sanitario	39
Appendice 7 - Lista incontri associazioni	42
Appendice 8 - Sessualità e Cultura(Francesca Valencak e Nicoletta Marzi)..	44



1. Introduzione

In data 01 dicembre 2010 è stato costituito il gruppo di lavoro costituito da: Dr.ssa Ornella Urpis, Dr. Stefano Restaino, Dr.ssa Cristina Vecchiet, Dr.ssa Natascia Ferruccio e la Dr.ssa Sandra Marina Espeche, e di cui è direttore scientifico il Dr. Salvatore Alberico, direttore della S.C. Patologia Ostetrica dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste. Il progetto fa riferimento alla Legge n. 7 del 9 maggio 2006, ove si è avuta una ripartizione tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano di fondi stanziati da questa norma con l'intento di seguito esplicitato: "Disposizioni concernenti la prevenzione ed il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminili" per l'attuazione di quanto previsto dall'art. 4 in riferimento alla formazione di figure professionali sanitarie nonché di altre figure, che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi, ove sono effettuate pratiche di mutilazione di organi genitali femminili.

Lo scopo primario del progetto in questione è stato quello di realizzare una serie di attività atte a prevenire e contrastare in accordo con la legge n.7 del 9 gennaio 2006 le pratiche di Mutilazione Genitale Femminile tra le donne e le bambine immigrate in questa regione, attraverso la formazione su questo tema del personale sanitario che opera in contatto con questa popolazione; avvicinare le donne immigrate provenienti da paesi a rischio MGF e le organizzazioni (associazioni culturali, di volontariati, leaders di comunità, ecc) alle strutture sanitarie regionali creando un rapporto di fiducia e di collaborazione reciproca per la prevenzione delle MGF e la prevenzione dell'HIV; formare i giovani ai temi dell'educazione sessuale, in particolare nelle scuole medie; comunicare e diffondere gli esiti del progetto in ambiti congressuali e attraverso pubblicazioni scientifiche, come schematizzato in Figura 1.

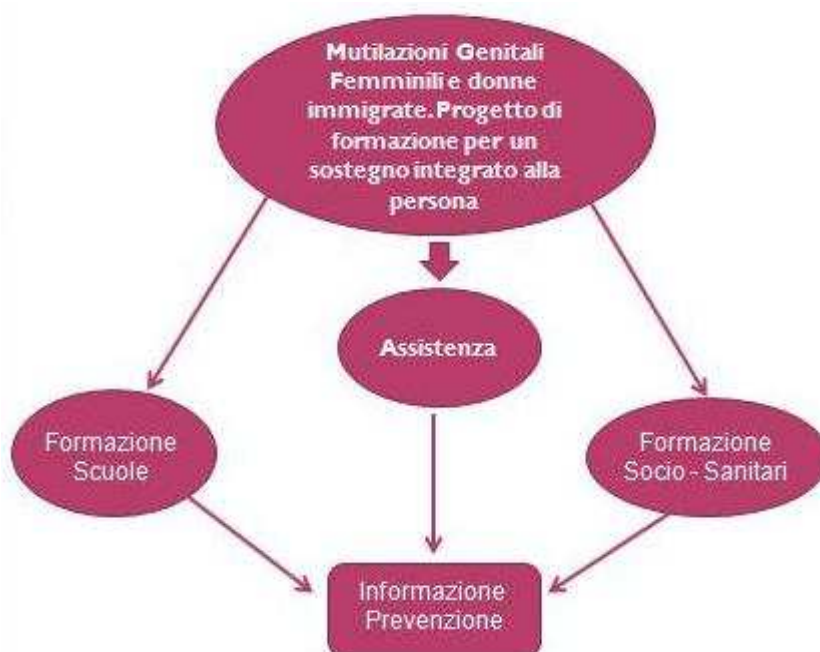


FIGURA 1: SINTESI PROGETTO

2. Sintesi del progetto

Nell'ambito del progetto regionale: "Mutilazioni Genitali Femminili e Donne Immigrate Progetto di Formazione per un sostegno integrato alla Persona" a partire dal 01 Dicembre 2010 le attività svolte dal gruppo di lavoro risultano essere state:

- Attivazione e pianificazione dell'attività di coordinamento nell'ambito del progetto stesso, mediante 20 incontri del gruppo (appendice 1);
- Raccolta dati quantitativi attraverso elaborazione e somministrazione di un questionario strutturato per la raccolta delle informazioni a carattere epidemiologico, socio-antropologico e psicologico (appendice 2);
- Raccolta dati qualitativi attraverso elaborazione e somministrazione di interviste semi-strutturate, in profondità, utilizzate durante i colloqui con donne provenienti da paesi a rischio MGF e donne con vissuti di mutilazioni genitali (appendice 3);
- Elaborazione e gestione di un database informatico per la raccolta dei dati e l'inserimento dei dati quantitativi e qualitativi (appendice 4);
- Pianificazione ed organizzazione di attività formativa per gli insegnanti delle scuole medie inferiori di primo grado, in tema di educazione sessuale e riproduttiva, rapporto fra sessualità e diverse culture (appendice 5);
- Creazione di un logo per il progetto;
- Definizione di un indirizzo mail (mgfsalutedonna@burlo.trieste.it) ed attivazione recapito telefonico (347 5164689);
- Attivazione di una rete sul territorio con centri islamici, associazioni culturali, associazione delle comunità africane e associazioni di volontariato presenti su tutto il territorio regionale;
- Pianificazione ed organizzazione di attività di formazione per il personale socio-sanitario indirizzata alle figure professionali degli Ospedali ed Aziende del Servizio Sanitario Regionale che operano in particolare nell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia, Chirurgia Generale e Urologia in tema di Mutilazioni Genitali Femminili (appendice 6);
- Esecuzione di 4 interventi di de infibulazione;
- Protocollo clinico diagnostico per la procedura di de infibulazione;
- Incontri con i centri islamici, le associazioni culturali, le associazioni delle comunità africane e le associazioni di volontariato della Regione (appendice 7);
- Realizzazione di uno spazio web
<http://www.burlo.trieste.it/content/organigramma/dipartimento-materno-neonatale/patologia-ostetrica#mgf> ;
- Stesura di una relazione finale

3. Le istituzioni sanitarie di fronte a nuove sfide culturali. Un percorso di ricerca, formazione e di sensibilizzazione al tema delle mutilazioni genitali femminili (Dr. O. Urpis)

3.1 Introduzione

Le MGF rappresentano in Italia uno dei tanti problemi correlati alla immigrazione. La presenza sempre più elevata di donne che accedono ai servizi sanitari e che sono state sottoposte ad una qualche forma di mutilazione dei genitali ci pone infatti di fronte a problemi particolari che richiedono misure e soluzioni specifiche. In particolare le strutture sanitarie si trovano a fronteggiare un'emergenza dovuta al tipo di richieste, di patologie e di terapie per le quali il personale medico e paramedico appare scarsamente attrezzato, non solo dal punto di vista sanitario, ma soprattutto culturale. La pratica delle MGF è diffusa in più di venti Paesi africani, ma è anche presente in alcuni paesi arabi asiatici (Oman, Yemen, Emirati Arabi Uniti) e fra le popolazioni musulmane dell'Indonesia, della Malaysia e del Pakistan. Nel mondo il numero delle donne che ha subito qualche forma di mutilazione degli organi genitali si approssima a 130 milioni.¹ Nelle aree rurali la pratica è tendenzialmente più diffusa che in quelle urbane, anche se in alcuni Paesi (ad esempio: Burkina Faso, Ciad, Gibuti, Niger, Uganda) i valori non si scostano di molto. La pratica mostra una distribuzione diseguale anche tra le regioni dei vari paesi, concentrandosi in alcune e rarefacendosi in altre. E' questo, tra gli altri, il caso del Ciad.

Percentuali di donne che hanno subito una qualche forma di MGF

Prevalenza (% di donne che hanno subito mutilazioni dei genitali femminili) per area geografica				
Paese	Prevalenza in zone urbane	Prevalenza in zone rurali	Prevalenza nella regione con il tasso più basso	Prevalenza nella regione con il tasso più alto
Benin	9.3	15.4	0.1	58.8
Burkina Faso	75.1	77.0	44.4	89.6
Camerun	0.9	2.1	0.0	5.4
Ciad	47.0	44.4	3.5	92.2
Costa d'avorio	33.9	38.9	12.6	88.0
Egitto	92.2	98.3	71.5	98.0

¹ Numbers of women circumcised in Africa: the production of a total in DHS Working Papers, n. 39, USAID, 2008

Eritre	86.4	90.5	81.5	97.7
Etiopia	68.5	75.5	27.1	97.3
Gambia	72.2	82.8	44.8	99.0
Ghana	1.7	5.7	0.5	56.1
Gibuti	93.1	95.5	—	—
Guinea	93.9	96.4	86.4	99.8
Guinea-Bissau	39.0	48.2	28.7	92.7
Kenya	21.3	35.8	4.1	98.8
Mali	80.9	87.4	0.9	98.3
Mauritania	64.8	76.8	53.6	97.2
Niger	2.1	2.3	0.1	12.0
Nigeria	28.3	14.0	0.4	56.9
Repubblica Centrafricana	29.2	40.9	—	—
Senegal	21.7	34.4	1.8	93.8
Sierra Leone	86.4	97.0	80.8	97
Somalia	97.1	98.4	94.4	99.2
Sudan (nord)	91.7	88.3	—	—
Tanzania	7.2	17.6	0.8	57.6
Togo	4.1	7.3	1.0	22.7
Uganda	0.2	0.7	0.1	2.4
Yemen	33.1	40.7	—	—

Fonte: Population Reference Bureau (PRB), *Female genital mutilation/cutting: data and trends*, PRB, 2008. Fonte originale dei dati: DHS, *Demographic and health surveys* (Macro international) e MICS, *Multiple indicator cluster surveys* (UNICEF), annualità variabili.

Dall'analisi dei dati sulla età , possiamo osservare come il trend in Africa sia in diminuzione a causa del mutamento della struttura sociale/familiare, del venir meno del modello tradizionale e delle campagne di informazione e sensibilizzazione. In alcuni Paesi quali il Togo, la Tanzania, il Kenia, il Burkina faso, la Costa D'Avorio, la Repubblica Centrafricana, il Sudan, il Gambia, il Mali la Somalia e l'Egitto, i tassi di presenza della pratica escissoria non hanno subito significative variazioni.

Prevalenza per età

Paese	Fonte dei dati	Anno rilevamento statistico	Prevalenza (% di donne che hanno subito mutilazioni dei genitali femminili) per età		
			Totale campione 15-49 anni	Fascia d'età più giovane 15-19 anni	Fascia d'età più alta 35-49 anni
Benin	DHS	2006	12.9	7.9	16.3
Burkina Faso	DHS	2003	76.6	65.0	81.6
Camerun	DHS	2004	1.4	0.4	1.2
Ciad	DHS	2004	44.9	43.4	46.2
Costa d'Avorio	MICS	2006	36.4	28.0	43.8
Egitto	DHS	2005	95.8	96.4	95.9
Eritrea	DHS	2002	88.7	78.3	92.6
Etiopia	DHS	2005	74.3	62.1	81.2
Gambia	MICS	2005/06	78.3	79.9	79.5
Ghana	MICS	2006	3.8	1.4	5.7
Gibuti	MICS	2006	93.1	—	—
Guinea	DHS	2005	95.6	89.3	98.6
Guinea-Bissau	MICS	2006	44.5	43.5	48.6
Kenya	DHS	2003	32.2	20.3	39.7
Mali	DHS	2006	85.2	84.7	84.9
Mauritania	DHS	2000/01	71.3	65.9	71.7
Niger	DHS	2006	2.2	1.9	2.9
Nigeria	DHS	2003	19.0	12.9	22.2
Repubblica Centrafricana	MICS	2000	35.9	27.2	43.3
Senegal	DHS	2005	28.2	24.8	30.5
Sierra Leone	MICS	2006	94.0	81.1	97.5
Somalia	MICS	2006	97.9	96.7	98.9
Sudan (nord)	MICS	2000	90.0	85.5	91.5

Tanzania	DHS	2004/05	14.6	9.1	16.0
Togo	MICS	2006	5.8	1.3	9.4
Uganda	DHS	2006	0.6	0.5	0.8
Yemen	PAPFAM	2003	38.2	—	—

Legenda: DHS - Demographic and health survey / Sondaggi demografici e sanitari (Macro International). MICS - Multiple indicator cluster surveys / Sondaggi a campione con indicatori multipli. PAPFAM - Pan-Arab project for family health / Progetto pan-arabo per la salute della famiglia.

Fonte: Population Reference Bureau (PRB), *Female genital mutilation/cutting: data and trends*, PRB, 2008

3.2 Il programma di ricerca

La ricerca ha l'obiettivo di esplorare il fenomeno delle MGF sotto il profilo sanitario, sociale e culturale. A tal fine le ipotesi da verificare riguardano:

1. Le conseguenze sulla salute delle donne, con particolare attenzione alle complicanze ginecologiche a breve, medio e lungo termine, e alle complicanze ostetriche (maggiore probabilità del taglio cesareo, presenza di emorragie post-partum, travagli più prolungati, lacerazioni perineali, morte prenatale, ecc.).
2. Il rapporto fra l'emarginazione sociale e il mantenimento del modello tradizionale con la conseguente reiterazione della pratica. Dobbiamo sapere se e quanto determinati fattori sociali quali la dipendenza economica delle donne; la solitudine, l'abbandono sociale o un ambiente ostile facilitino il mantenimento della tradizione o sviluppino addirittura nuove forme di "tradizione" (tradizionalismo); e quanto fattori più individuali quali paura, nostalgia e depressione impediscano il cambiamento dei modelli tradizionali e facilitino l'avvicinamento al tradizionalismo e al fondamentalismo.
3. Quanto un rapporto positivo dell'utente con le strutture sanitarie contribuisca a modificare i modelli di comportamento tradizionale. Sappiamo infatti che una delle funzioni delle istituzioni, nel grado in cui esse vincolano e orientano i comportamenti umani, consiste nella produzione di significati. In questo senso, l'esperienza di protezione e sicurezza può produrre identificazione con il sistema sociale; e un buon rapporto con il personale sanitario e una comunicazione efficace possono indurre a modificazioni significative nella percezione del sé delle persone immigrate.

Gli obiettivi della ricerca sono:

- 1) conoscere gli utenti (donne straniere africane), creando momenti di ascolto in cui le donne africane raccontano se stesse, il loro vissuto in Africa, le esperienze della sessualità, i rapporti di genere, le tradizioni, la struttura della famiglia, il rapporto con il corpo e con l'assistenza sanitaria nel loro paese e poi il passaggio migratorio, le paure, le differenze fra i due mondi, l'esperienze nel mondo della sanità italiana, ecc.
- 2) conoscere i problemi della comunicazione fra utenti e personale sanitario dalle stesse donne africane, che verranno messe in condizione di spiegare le difficoltà incontrate nell'approccio alla medicina occidentale, agli ospedali e all'assistenza sanitaria, alla pianificazione familiare, alla gestione della gravidanza, alla sessualità e alle MGF, ecc.

Grazie a questa conoscenza approfondita, si potranno comprendere meglio i bisogni di salute e di integrazione della popolazione straniera che entra in rapporto con le strutture sanitarie. Ciò permetterà di offrire un servizio di cura specialistico attraverso un approccio multiculturale, in particolare alle donne portatrici di mutilazione genitale femminile. In tal modo l'ospedale Burlo Garofolo potrà diventare sempre di più un punto di riferimento importante per la salute delle donne immigrate.

3.3 La metodologia della ricerca

La ricerca si avvale di diversi strumenti esplorativi. Sono previsti metodi di rilevazione di tipo quantitativo e qualitativo. In particolare sono utilizzate:

- L'osservazione partecipante durante gli incontri di sensibilizzazione sul territorio regionale nelle comunità immigrate;
- L'intervista in profondità alle donne straniere provenienti da Paesi a rischio MGF residenti in FVG;
- La somministrazione di un questionario alle donne provenienti da Paesi a rischio MGF residenti in FVG ;

3.3.1 L'osservazione partecipante

Nella ricerca sono stati utilizzati sistemi di osservazione diversi. In particolare l'osservatore ha assunto un ruolo all'interno del gruppo sociale oggetto di studio. Per questo sono stati organizzati incontri di sensibilizzazione sul territorio regionale finalizzati a raccogliere informazioni circa lo stato di salute delle donne provenienti da Paesi a rischio MGF e il rapporto delle comunità straniere con le strutture

sanitarie regionali. Sono stati organizzati nove incontri ai quali hanno partecipato rappresentanti di associazioni straniere o delle comunità di immigrati del FVG.

Il primo incontro è avvenuto nella sede del Burlo Garofolo quando è stato presentato ufficialmente il progetto. Nel dibattito si sono susseguiti gli interventi di presentazione delle istituzioni, delle organizzazioni straniere e dei lavori svolti. Si è aperto un interessante dibattito sulle difficoltà di comunicazione fra alcune istituzioni sanitarie e gli utenti stranieri. Dalle testimonianze di una ginecologa: "da noi vengono anche donne africane, ma non sanno parlare italiano né altre lingue a noi conosciute e allora per comunicare ci tocca a volte usare l'empatia per capirci...". Da queste prime testimonianze si è capito come il percorso di mediazione e di lavoro con il territorio sia, in alcuni casi, ancora molto difficile. Certi servizi sanitari non conoscono le associazioni degli stranieri, né quelle dei mediatori linguistico-culturali, né tantomeno gli strumenti (convenzioni, finanziamenti, ecc.) necessari per una proficua collaborazione. Per questo, alcune organizzazioni presenti in sala, che operano da anni nella mediazione, hanno offerto la loro disponibilità per servizi di consulenza e di traduzione linguistica. Si sono instaurate così delle nuove relazioni fra organizzazioni degli stranieri e istituzioni sanitarie. Nel complesso si percepisce un grande interesse per il progetto del Burlo da parte delle organizzazioni degli stranieri perché una delle mission del programma è precisamente la promozione della collaborazione con le associazioni e le comunità. Come già era accaduto in precedenti occasioni, è molto apprezzato il comportamento definibile come "entrare nel territorio"; ed è tanto più apprezzato quanto più i referenti sono autorevoli operatori del settore sanitario. Nella consapevolezza dell'importanza del ruolo dei Centri Islamici nelle campagne di sensibilizzazione e formazione sul tema delle MGF, sono stati contattati nel progetto anche i principali esponenti islamici che risiedono nel FVG. Sono avvenuti quindi tre incontri, uno nel Centro Culturale Islamico di Trieste e della Venezia Giulia e due nel Centro Culturale Islamico di Pordenone. A Trieste l'incontro è avvenuto il venerdì, dopo la preghiera, con i fedeli presenti alla funzione. L'incontro aveva molteplici scopi:

- Diffondere i contenuti del progetto;
- Raccogliere i bisogni formativi delle persone straniere;
- Entrare in contatto con importanti realtà del territorio che rappresentano punti di riferimento per molti stranieri;
- Attribuire, attraverso i suoi referenti, un ruolo di raccordo fra le istituzioni sanitarie e il mondo dell'immigrazione al Centro Islamico, che già svolge un'importante funzione sociale fra gli stranieri di fede islamica (circa un migliaio a TS)
- Individuare e attivare canali di comunicazione più efficaci nelle relazioni all'interno dell'ospedale.

Dal dibattito, che si è aperto subito dopo la presentazione del progetto, sono emersi alcuni aspetti di notevole rilevanza. Innanzitutto il problema delle MGF sembra ai più sconosciuto, anche se emergono testimonianze isolate di esperienze familiari; e i presenti dimostrano un grande interesse di approfondimento, sia in termini culturali che medici. Vista la (apparente) poca rilevanza del fenomeno, viene sottolineato quanto importante sarebbe aprire anche un discorso sul tema della circoncisione maschile che per la comunità islamica rappresenta un grosso problema, poiché da un lato è richiesta dalla religione, ma dall'altro è difficile da attuare nelle strutture pubbliche ed è illegale al di fuori di esse. Alla fine dell'incontro viene richiesta una formazione diffusa finalizzata alla comprensione del fenomeno e una distribuzione di materiali formativi di approfondimento; si sottolinea quanto importante sia il ruolo degli uomini nella lotta alle pratiche tribali perpetrate ai danni delle bambine. Molti sembrano essere emotivamente coinvolti; si concorda che due persone nominate dal Centro Islamico (un uomo e una donna) potranno accedere al percorso formativo del Burlo per poi diventare referenti regionali per il progetto; viene evidenziato quanto sia importante, per gli operatori sanitari, una formazione sugli aspetti religiosi del fenomeno, alla quale potrebbe provvedere un esperto del Centro Islamico. L'incontro si è tenuto nella sala principale della preghiera degli uomini (era previsto il microfono affinché le donne potessero ascoltare nella sala adiacente) e non nella sala riunioni, per dimostrare la grande disponibilità e un rispetto particolare verso l'ospite. All'ospite è stata offerta una sedia, in considerazione della diversità di abitudini. Alla fine dell'incontro, l'amicizia è stata suggellata dalla condivisione di cibo e acqua proveniente da luoghi sacri; e prima del saluto è stata donata una edizione in lingua italiana del Corano. Gli altri due incontri con le realtà islamiche sono invece avvenuti a Pordenone: Il primo con gli esponenti del Centro Culturale Islamico e con l'Iman, il secondo con i fedeli dopo la preghiera del venerdì. Il primo incontro, di tipo esplorativo, aveva principalmente la funzione di entrare in rapporto diretto con la massima autorità religiosa islamica del pordenonese al fine di creare una collaborazione stabile con l'ospedale Burlo Garofolo. Dall'incontro è emerso che il Centro Culturale Islamico di Pordenone ha già collaborato in altri progetti su queste tematiche e che la posizione ufficiale è di netta contrarietà alla pratica delle MGF. Vi sono quindi disponibilità e apertura verso altri progetti, in particolare con l'ospedale Burlo Garofolo. L'informalità dell'incontro e la semplicità della comunicazione rendono il rapporto molto diretto e proficuo. Viene organizzato e preparato un prossimo incontro in moschea con i fedeli. A distanza di pochi mesi infatti riceviamo l'invito per la presentazione ufficiale del progetto presso la moschea di Pordenone. I fedeli manifestano gratitudine perché è la prima volta che persone di un ospedale entrano come loro ospiti. Al riguardo i presenti fanno notare che ci sono molte persone che temono di avvicinarsi anche a causa di messaggi politici che creano paura negli italiani e fanno sì che l'immigrato si chiuda sempre di più dentro di sé. Durante l'incontro viene ribadita la contrarietà alle pratiche mutilatorie inflitte alle donne e una richiesta di aiuto per la circoncisione maschile in

ambito ospedaliero a prezzi agevolati. L'Imam si impegna inoltre a parlare del progetto a tutti i fedeli durante una delle prossime preghiere. Anche nella Casa Internazionale delle Donne a Trieste si sono tenuti due incontri, il primo di presentazione e il secondo di approfondimento/formazione. La seconda giornata era incentrata sui temi dei diritti delle donne e sulle pratiche di mutilazione dei genitali femminili. Il gruppo di discenti era formato per lo più da donne bengalesi e da alcune donne africane. Un incontro molto interessante è stato anche tenuto presso il CARA di Gradisca in collaborazione con l'Associazione Stella Polare (e con il permesso della Questura e della Prefettura di Gorizia) con le donne che vivono presso la struttura e che attendono lo status di rifugiato politico. L'oggetto dell'incontro era una discussione sul rapporto fra il concetto di diritto e la realtà sociale costruita sulla tradizione nelle diverse parti del mondo in cui la donna subisce una continua discriminazione sociale e culturale (con riferimento particolare ai diritti sessuali e riproduttivi e alle MGF). E' stato possibile così confrontarsi apertamente per quattro ore con un gruppo di una ventina di donne provenienti dall'Asia e dall'Africa sui temi della sessualità e del rispetto della donna, e diffondere la consapevolezza della nocività della pratica della MGF sia sotto il profilo medico che sotto quello della dignità della persona. Dopo una prima parte di discussione sui temi dei diritti umani, si parla delle MGF. Vengono distribuite delle fotografie e la discussione si fa subito animata. In particolare le donne africane prendono la parola e a turno svelano il loro segreto. Sono tutte mutilate. Le nigeriane manifestano fierezza. Dicono di esser "contente d'averlo fatto" perché così hanno "tolto il verme". "L'importante è tagliare un po'", così afferma in particolare una donna nigeriana perché: "io l'ho fatto e sto bene, mentre quelle che non lo facevano si grattavano sempre, in continuazione e poi avevano bruciori e stavano male. Quelle che lo fanno invece stanno sempre bene! E poi chi non lo fa ha sempre una voglia insopprimibile: deve fare sesso in continuazione. E' una vergogna se non lo fai, ti ridono tutti!. Io l'ho fatto e sto bene e poi se non lo fai il marito non ti vuole perché sa che tu andrai con tutti e non ti accetterà. Bisogna poi anche rinforzare i bambini". I commenti qui riportati della signora nigeriana vengono condivisi anche da altre donne africane. Ciò ci rende consapevoli di quanto lavoro di sensibilizzazione e formazione ancora deve esser fatto per evitare la reiterazione della pratica. Si è organizzato anche un incontro con le donne del Burkina Faso a Pordenone presso il centro immigrati. La discussione, sincera e disinvolta, è finalizzata alla conoscenza di aspetti medici/ginecologici. In seguito all'incontro le partecipanti hanno deciso collettivamente di affidarsi, per alcuni problemi, all'assistenza medica del Burlo Garofolo. Alcune di loro si offrono per il programma di ricerca e in piccoli gruppi (aiutate anche dai loro figli) compilano il questionario. A distanza di qualche settimana si sono sottoposte a visite specialistiche presso il Burlo Garofolo per la risoluzione dei propri problemi. Infine l'ultimo incontro è avvenuto nella Aula Magna del Burlo Garofolo con più di ottanta persone (uomini e donne) provenienti da molte parti del mondo. E' stato un momento significativo di formazione/informazione sulla fisiologia, contraccezione, mutilazione degli organi genitali femminili, ecc. Superato il primo imbarazzo manifestato da alcuni degli uomini presenti è seguito un dibattito sui temi della sessualità.

3.3.2 L'intervista in profondità (appendice 3)

L'intervista è stata strutturata per approfondire l'esperienza della mutilazione o la conoscenza del fenomeno delle MGF da parte delle intervistate che, pur provenienti da un paese di tradizione escissoria, non sono state sottoposte a MGF. L'intervista inizia esplorando le origini culturali, le caratteristiche della tradizione e della società del Paese di nascita, poi affronta il tema dell'emigrazione e i processi di adattamento/disadattamento nel nuovo mondo. Il colloquio prosegue con una sezione dedicata al ricordo personale o ai ricordi delle esperienze di altre persone durante l'infanzia sui momenti della mutilazione, nonché sui problemi psicologici, sessuali e ostetrici causati dalla pratica. L'intervista finisce esplorando il rapporto con la salute e le istituzioni sanitarie.

3.3.3 Il Questionario (appendice 2)

Per raccogliere informazioni più dettagliate e comprendere il fenomeno delle MGF a livello regionale è stato costruito un questionario strutturato con alcune sezioni aperte da somministrare alle donne provenienti da Paesi a rischio e presenti sul territorio regionale. La somministrazione è iniziata nel luglio 2010 ed è ancora in corso. È stato distribuito e compilato nelle sedi di alcune associazioni e nell'ospedale Burlo Garofolo.

3.4 Il Percorso di Formazione (appendice 6)

Il complesso fenomeno delle mutilazioni dei genitali femminili è stato affrontato secondo un programma che prevedeva una prima giornata di approfondimento dedicata all'immigrazione in Friuli Venezia Giulia e alla pratica delle MGF osservata dal punto di vista psicologico, giuridico e socio - antropologico; una seconda giornata di carattere medico/ sanitario sulla salute sessuale e riproduttiva della donna immigrata; una terza giornata dedicata all'attività di prevenzione e lotta alle MGF svolta dalle organizzazioni internazionali, attraverso i programmi sanitari dell'OMS, dalle ONG, dalle associazioni degli stranieri presenti sul territorio regionale e dagli operatori socio-sanitari.

Alla fine del percorso erano previste due prove: un questionario e una breve relazione. La relazione aveva per oggetti: a) gli aspetti problematici dei rapporti fra le istituzioni sanitarie e gli utenti stranieri (in particolare quelli di origine africana) e il ruolo del mediatore come facilitatore dei processi di integrazione; b) le pratiche da adottare al fine di migliorare l'assistenza sanitaria garantendo un buon livello di comunicazione e di efficacia terapeutica.

La prova è stata effettuata secondo la seguente metodologia:

1. Discussione in plenaria (10 minuti)
2. Discussione in piccoli gruppi (5 minuti)
3. Elaborazione scritta (2 gruppi)

Le elaborazioni dei discenti nella II prova pratica scritta sono da considerarsi come utili suggerimenti nell'attuazione delle pratiche di innovazione dei servizi ospedalieri.

I suggerimenti raccolti hanno riguardato le possibili soluzioni ai problemi di comunicazione fra la struttura ospedaliera, la gestione della mediazione culturale e gli utenti stranieri del Burlo Garofolo.

Secondo i discenti bisognerebbe trovare dei referenti per la comunicazione medica e per la comunicazione interculturale, almeno per i casi difficili seguiti prima dai Consulenti e poi dall'ospedale.

Sarebbe necessario un riassetto della organizzazione della mediazione culturale. I mediatori dovrebbero essere formati adeguatamente dal Burlo e rispondere alle necessità degli utenti oltre che dei reparti.

I principali problemi sottolineati hanno riguardato: la difficoltà create dalla non conoscenza della lingua straniera, dei diversi stili di vita e delle diverse modalità di simbolizzazione delle esperienze; la difficoltà della osservazione del tipo di MGF secondo i criteri dell'OMS; la valutazione delle conseguenze delle MGF, e in alcuni casi i problemi della scarsa sensibilità per le tematiche di genere dimostrata dal personale sanitario maschile.

A fine corso è stato distribuito un cd con tutto il materiale didattico (di cui si allega una copia)

4. La scuola: incontri con gli insegnanti (Dr.ssa N. Ferruccio) (appendice 5)

L'obiettivo di questi incontri formativi è stato quello di fornire all'insegnante nuovi strumenti di comunicazione, al fine di trasmettere agli alunni maggiori informazioni relative al disagio in adolescenza, in tema di salute sessuale e riproduttiva, con particolare riferimento alla pericolosità ed alla prevenzione delle malattie veneree, ed infine approfondire le conoscenze dell'insegnante rispettivamente al tema oggetto di studio di questo progetto: le mutilazioni dei genitali femminili (MGF). La partecipazione da parte degli insegnanti è stata molto sentita, soprattutto nelle province di Gorizia e Pordenone, sia in termini di motivazione che di affluenza. Va evidenziato a questo proposito che nelle province di Trieste e Udine il numero degli insegnanti partecipanti è stato decisamente inferiore. Al fine di affrontare esaurientemente i temi proposti, è stato adottato un approccio multidisciplinare: psicologico, medico e socio-antropologico. Tre sono state le giornate dedicate alla formazione, in cui sono stati trattati i seguenti temi: psicologia e fisiologia, con specifico riferimento all'adolescenza; malattie veneree, contraccezione e aborto; infine, le Mutilazioni Genitali Femminili. Nella prima giornata di formazione, dedicata al disagio in adolescenza, ciò che è emerso maggiormente è stato il forte divario fra genitori e insegnanti relativamente alle condotte educative del ragazzo. È stato messo in evidenza che il ponte che univa scuola e famiglia, che un tempo costituiva una certezza nell'educazione e nella formazione, oggi sta venendo a mancare in modo evidente e preoccupante. Il pilastro etico familiare e scolastico, su cui un tempo si definiva il limite, la fermezza, il ruolo decisionale, oggi viene fortemente messo in discussione. L'insegnante lamenta di sentirsi investito, sempre di più, di responsabilità che vanno oltre l'educazione e la formazione scolastica. Si percepisce spesso disorientato di fronte a specifiche dinamiche che contrappongono educazione familiare ed educazione scolastica, senza poter quindi attingere ad un comune senso educativo. Va messo in evidenza, in aggiunta a quanto emerso fin ora, il fatto che il gruppo classe da vita sempre più spesso a un contesto multiculturale. In esso si intrecciano ed emergono situazioni percepite come molto complesse dall'insegnante, che non sempre riesce a fronteggiare, trovandosi in difficoltà. Gli insegnanti delle scuole della regione Friuli Venezia Giulia lavorano con classi di ragazzi provenienti prevalentemente da paesi dell'est, soprattutto da Albania, Romania, Serbia, ma anche da paesi asiatici come Cina, India e Bangladesh, dall'Africa settentrionale, in particolare il Marocco, e dall'Africa centrale. Realtà molto diverse che portano con sé un vissuto culturale, familiare, educativo molto sfaccettato, non sempre di facile traduzione, proprio in quanto diversificato nella forma, nei modi e soprattutto nelle tradizioni, che imprimono in un popolo una forte identificazione.

Alle criticità emerse relativamente alla difficoltà di mantenere un approccio educativo all'interno di un contesto multiculturale, va a sommarsene un'altra relativa alla comunicazione con i genitori degli alunni provenienti da paesi stranieri, emersa in maniera forte nel corso degli incontri.

Gli insegnanti messo in luce che i genitori sono poco presenti alle riunioni della scuola e poco partecipi alla vita scolastica dei figli. Abbiamo considerato quali le possibili cause di questo fenomeno, ed è emersa una duplice spiegazione: la prima riguarda la non conoscenza della lingua italiana, per cui il figlio viene ad essere strumento di comunicazione fra scuola e famiglia, mentre l'altra va ricercata in termini di diverso approccio educativo. Nei paesi orientali, Cina per esempio, o anche in Africa, il bambino viene adultizzato - reso adulto - molto precocemente rispetto al bambino occidentale, che su questo piano riceve invece un'educazione opposta, nei casi più estremi addirittura a discapito dello stesso processo evolutivo per iper protezione da parte del genitore.

Nella seconda giornata, i temi che hanno suscitato maggiore interesse sono stati quelli legati ai metodi contraccettivi, al loro uso, e soprattutto a quali fossero i più indicati per gli adolescenti.

Il dibattito si è poi concentrato maggiormente sull'obbligo o meno della presenza del genitore nell'assunzione della pillola del giorno dopo, quando è obbligatorio e quando non lo è. E' emerso come vi sia molta confusione tra gli stessi insegnanti sulle specifiche funzioni del consultorio e sulle diverse funzioni di uno studio privato. Accade che l'insegnante, spesso, si trovi in difficoltà perché soggetto a confidenze molto personali da parte dell'alunno, che trova in lui un punto di riferimento, una persona a cui chiedere aiuto. E' stato ad esempio discusso il caso di un'alunna che, estremamente turbata, aveva confidato all'insegnante il timore di poter essere rimasta incinta e di non volere condividere con i genitori l'accaduto, impaurita da una possibile reazione aggressiva della famiglia. Molte le domande: qual è il ruolo dell'insegnante di fronte a casi delicati come questo? Queste confidenze devono essere sempre condivise con i genitori? Questa è stata una delle criticità più sentite dagli insegnanti, soprattutto in relazione al fatto che negli ultimi anni l'età in cui avviene il primo rapporto sessuale si è abbassata notevolmente. Si è discusso molto, a questo proposito, di come la sessualità oggi sia sempre più spesso una sessualità "agita", non desiderata, non consapevole.

Negli ultimi anni l'investimento affettivo coincide con la possibilità di identificarsi in una dimensione sessuale, rappresentata da uno status sociale a cui si dà grande potere. Ecco quindi che la sessualità viene usata come mezzo per raggiungere altri obiettivi, come la rassicurazione sulla propria identità e l'affermazione di sé nel gruppo dei pari, che a sua volta nasconde la paura di essere emarginati dal gruppo.

Inoltre, in tema di malattie sessualmente trasmissibili (MST), sono stati messi in evidenza quali i motivi per cui gli adolescenti, soprattutto le ragazze, contraggono più facilmente un'infezione. La frequenza delle MST tra gli adolescenti, oltre ad un'inadeguata informazione, è imputabile a diverse cause quali: le caratteristiche del loro comportamento sessuale (spesso occasionale, promiscuo, e non protetto), la scarsa o scorretta igiene intima, il mancato completamento della maturazione del sistema immunitario.

Inoltre va sottolineato che la possibilità di essere colpiti, fermati, da una malattia a questa età svanisce. E' stato sottolineato come l'adolescente viva, percepisca su di sé, un forte senso di onnipotenza, che lo porta ad eludere la possibilità di contrarre una qualsiasi malattia.

La terza giornata, infine, è stata dedicata al tema delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF). Ha suscitato grande interesse, soprattutto perché, osservato nella sua specificità, è risultato un argomento nuovo. In particolare il duplice approccio, medico e socio-antropologico, ha favorito una approfondita comprensione del fenomeno, osservato secondo i suoi diversi aspetti: natura della pratica, classificazione delle MGF, diffusione del fenomeno, diverse motivazioni che sostengono il fenomeno (psico-sessuali, religiose, economiche, sociali, igieniche ed estetiche). Va evidenziato, inoltre, che la netta presenza di docenti donne ha incoraggiato un dialogo molto aperto, diretto, che ha contribuito a favorire una maggiore consapevolezza rispetto al tema, grande apertura e interesse.

Il dibattito è stato molto sentito, numerose le domande relative alla pratica delle MGF, con interesse particolare per quali potrebbero essere i segnali di disagio a scuola che una bambina potrebbe manifestare nel caso fosse stata escissa. E' stato sottolineato come sia difficile capire e cogliere tali segnali, sia perché molti di questi sono impercettibili ad un occhio non esperto - come per esempio la diversa sinuosità nel camminare - sia perché difficilmente la bambina sarà portata a condividere con l'insegnante tale "segreto", anche quando i segnali potrebbero essere evidenti e destare quindi sospetti. Gli insegnanti hanno chiesto come dovrebbero agire nel caso venissero a conoscenza di tale situazione, quali potrebbero essere le conseguenze, sia per la bambina, ma anche per lo stesso insegnante, dopo la segnalazione del caso ai servizi sociali. E' emersa indecisione, dubbio e in qualche caso anche timore di fronte alla possibilità di esporsi in prima persona.

Tutto questo sottolinea ancora una volta quanto gli insegnanti siano, oggi giorno, messi di fronte a problematiche del tutto inedite e complesse al loro interno; problematiche che non possono essere affrontate limitandosi a seguire una buona prassi istituzionale, ma che mettono quotidianamente di fronte alla concreta difficoltà nel rapportarsi a tradizioni culturali - soprattutto quando si tratta di tradizioni radicate come le MGF - così lontane e diverse dalla nostra, sotto ogni punto di vista.

5. La scuola: incontri con gli alunni (Dr.ssa E. Castelpietra)

Sono stati svolti un totale di quindici interventi di educazione socio-affettiva e sessuale presso le scuole medie inferiori Addobbati-Brunner , Julia , Caprin e Rismondo di Trieste. Le lezioni, della durata di due ore , sono state organizzate nelle seguenti date :

- Scuola media Julia:
 - sabato 5/2 : 10.50 - 12.45
 - sabato 12/2 : 10.50 - 12.45
 - sabato 19/2 : 10.50 - 12.45
 - venerdì 25/2 : 10.50 -12.45
- Scuola media Caprin:
 - martedì 29/3 : 10.00 -12.00
 - mercoledì 6/4 : 10.00 -12.00
 - venerdì 8/4 : 10.00 -12.00
- Scuola media Addobbati - Brunner:
 - mercoledì 13/4 : 8.00 - 9.50 - Brunner
 - venerdì 15/4 : 10.00 -11.50 - Addobbati 12.00 - 13.50 - Addobbati
 - mercoledì 20/4 : 10.00 -11.50 - Addobbati
 - giovedì 28/4 : 10.55 - 12.55 - Brunner
- Scuola media Rismondo :
 - lunedì 9/5 : 10.00 - 12.00
 - mercoledì 18/5 : 10.00 - 12.00
 - venerdì 20/5 : 10.00 - 12.00

Le lezioni hanno affrontato, in particolare, gli aspetti affettivi, emotivi e relazionali legati allo sviluppo. Sono state illustrate l'anatomia dell'apparato genitale maschile e femminile, la fisiologia della riproduzione e la pianificazione familiare utilizzando la metodologia interattiva e con l'ausilio di slide. L'ultima parte della seconda ora è stata riservata alle domande degli alunni, che hanno avuto così a disposizione circa 15 minuti rispettivamente i ragazzi e le ragazze per esporre i loro dubbi e curiosità rispetto alle tematiche affrontate. Sono stati, inoltre, somministrati dei questionari all'inizio ed al termine degli interventi per valutare le pre-conoscenze degli studenti riguardo gli argomenti trattati e l'incremento formativo raggiunto. Nel questionario finale alcune domande hanno testato anche il livello di autostima degli alunni. L'autorizzazione alla distribuzione dei suddetti questionari è stata concessa da tutte le scuole coinvolte nel Progetto eccetto dalla scuola media Julia. E' stato riscontrato un buon livello di soddisfazione sia da parte degli alunni che degli insegnanti durante lo svolgimento delle lezioni, che sono state accolte con grande interesse dai ragazzi e con notevole convinzione della loro importanza da parte della maggioranza dei docenti, che hanno sottolineato quanto sia fondamentale informare gli adolescenti su come vivere la loro sessualità in modo sereno e consapevole.

6. La ricerca/sostegno psicologico (Dr.ssa Cristina Vecchiet)

La presente relazione andrà ad illustrare la personale attività svolta in qualità di psicologo nell'ambito della collaborazione al progetto denominato **"Mutilazioni Genitali Femminili e donne immigrate. Progetto di formazione per un sostegno integrato alla persona"** che si è realizzato tra dicembre 2010 e dicembre 2011 perseguendo obiettivi di: ricerca - azione, prevenzione, sensibilizzazione, formazione, informazione e sostegno integrato alla persona.

L'attività progettuale è stata coordinata per la sua realizzazione dall'Unità Complessa Operativa di Patologia Ostetrica del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste. All'interno di questa struttura è operante un Centro di Riferimento Regionale del Friuli Venezia Giulia per la gestione della Gravidanza ad Alto Rischio (GAR) che rappresenta, per le sue caratteristiche, un ambulatorio di riferimento per le donne che vivono una gravidanza complicata da patologie mediche di varia natura, e nello specifico, per le donne immigrate in gravidanza provenienti da paesi a rischio di Mutilazione Genitale Femminile (Mgf).

Partendo dal presupposto che la gravidanza può comportare una condizione di particolare vulnerabilità psichica estrema attenzione è stata riposta a quelle situazioni in cui la stessa si andava ad accompagnare ad una condizione di patologia fisica o a complicanze legate al contesto migratorio. Il disagio economico, le condizioni di vita precarie, l'isolamento per la perdita della rete familiare, l'emarginazione sociale rappresentano tutti aspetti che concorrono a determinare problematiche di ordine psicofisico.

L' "alto rischio", e quindi l'alto costo emotivo di tali situazioni, pone queste donne particolarmente esposte alla possibilità di sviluppare una sofferenza emotiva e una patologia depressiva nel periodo perinatale. Questi aspetti suggeriscono la necessità di una particolare attenzione e tutela della salute psicofisica delle donne immigrate. Quindi uno degli obiettivi perseguiti in questo progetto è stata la precoce individuazione degli indicatori di tale sofferenza al fine di organizzare un percorso di sostegno psicologico integrato alle cure mediche all'interno del servizio di "Gravidanza ad alto rischio". Questa attenzione psicologica integrata alle cure mediche nell'ambito dell'attività ambulatoriale GAR si è concretizzata nella mia costante presenza in affiancamento agli specialisti ostetrici al fine di un' attività di prevenzione e monitoraggio del disagio psicologico in gravidanza durante l'attività clinica dell'ambulatorio.

Il personale contribuito nell'ambito di questo progetto si è articolato schematicamente in:

- attività clinica di prevenzione, quantificazione, individuazione e presa in carico del disagio psicologico nel periodo perinatale (in gravidanza e nei primi mesi del post partum);

- attività di ricerca e raccolta dati di tipo quantitativo e qualitativo;
- attività clinica di sostegno psicologico e accompagnamento delle donne portatrici delle forme più invasive di MGF all'intervento di deinfibulazione terapeutica;
- attività di sensibilizzazione e formazione culturale, scientifica, e psicologica sulle Mgf rivolta a personale socio-sanitario.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel mondo sono già state sottoposte a mutilazioni genitali, 150 milioni di donne, e 2 milioni di bambine sono a rischio ogni anno. In Europa sono 500.000 le donne mutilate ed in Italia, i dati più recenti, parlano di 40mila donne infibulate, il numero più alto in Europa. Non possiamo quindi considerarle un "fatto culturale ed etnico" geograficamente lontano da noi, ma al contrario un fenomeno globale e diffuso che, con le catene migratorie, sta interessando gran parte dell'Europa, il nostro Paese e la nostra Regione, Friuli Venezia Giulia.

Il fenomeno migratorio in generale e più nello specifico tradizioni come le MGF costituiscono delle realtà sempre più presenti nelle nostre vite e sempre più presenti nelle nostre realtà ospedaliere. Il fenomeno della migrazione e il suo rapporto con le istituzioni sanitarie acquisisce una rilevanza sempre maggiore. Per esempio è stato stimato che tra le donne provenienti da paesi a forte pressione migratoria la causa più frequente di ricovero ordinario è rappresentata dal parto ed il 41% di tutti gli accessi ai day hospital è relativo a richieste di interruzioni volontarie di gravidanza. Da questi dati quindi emerge che la gravidanza, il parto, il periodo perinatale possono rappresentare delle "finestre temporali efficaci" per intercettare determinate situazioni e dare l'avvio ad interventi di azione preventiva. Donne provenienti da paesi a forte pressione migratoria, da paesi a rischio MGF e donne con MGF di varia entità, arrivano alle nostre strutture ospedaliere e questa situazione pone ovviamente nuove sfide, mettendo spesso l'operatore sanitario nella condizione di affrontare la condizione clinica della paziente e al contempo cercare di risolvere problemi di comprensione linguistica ma anche culturale, come nel caso delle MGF.

In questa cornice di riferimento si inserisce questo progetto, ed il mio personale contributo, che si è posto come obiettivi:

- 1) **Affiancamento del personale sanitario** (ostetrico - ginecologico) durante l'attività clinica ambulatoriale del Centro di Riferimento per la Gravidanza ad Alto Rischio (GAR) al fine di organizzare un percorso di sostegno psicologico integrato alle cure mediche per la popolazione femminile con patologia ostetrica, immigrata e non, afferente all'ambulatorio. L'obiettivo di questa attività è stata particolarmente tesa ad identificare delle condizioni a rischio di disagio e fragilità depressiva nel periodo perinatale, andando a strutturare degli interventi terapeutici personalizzati e protratti anche oltre il compimento della gravidanza nel periodo post partum.

- 2) **Identificazione e quantificazione del rischio depressivo:** indagine esplorativo - conoscitiva dell'utenza GAR, nel suo complesso, al fine di quantificare l'entità del disagio psicologico espressa dalle pazienti che afferiscono al servizio. A tal fine si è effettuato uno screening con apposito strumento psicodiagnostico per la rilevazione di fattori di rischio per lo sviluppo di una sintomatologia a carattere depressivo.
- 3) **Presa in carico psicologica:** una volta individuate delle situazioni particolarmente a rischio depressivo, sono stati attivati dei percorsi di supporto psicologico individualizzati per sostenere la donna negli ultimi mesi della gravidanza e nei primi mesi del post parto. L'attività clinica di consulenza e sostegno psicologico è stata inserita in una valutazione scientifica delle caratteristiche psicologiche delle popolazioni di donne osservate. A fine trattamento le pazienti prese in carico sono state rivalutate con la stessa scala psicodiagnostica utilizzata nella prima fase per verificare l'effettivo miglioramento dato dall'intervento di sostegno messo in atto.
- 4) **Presa di contatti** con la popolazione di donne immigrate afferenti al GAR, provenienti da zone a rischio MGF, e **avvio di un rapporto di comunicazione e fiducia** al fine di prevenire e contrastare in accordo con la legge n.7 del 9 gennaio 2006 le pratiche di mutilazione genitale femminile tra le donne e le bambine immigrate in questa regione. Per perseguire questo obiettivo nel corso di questi incontri sono state fornite alle pazienti/coppie informazioni rispetto alle "false motivazioni" che vengono date per perpetuare tali pratiche; sulle conseguenze mediche, psicologiche e psicosessuali delle stesse; sull'illegalità della pratica in Italia e sulla perseguibilità penale anche per chi la pratica in Africa durante viaggi - vacanza con un accertamento della non intenzionalità di perpetuare tale pratica.
Per le pazienti che presentano una MGF III (infibulazione) vengono fornite informazioni rispetto alla possibilità di effettuare una deinfibulazione terapeutica, rispetto alla possibilità di usufruire di un percorso di sostegno e accompagnamento psicologico nella fase pre e post operatoria e sui risvolti positivi di quest'intervento sulla salute della donna (riduzione delle complicanze in gravidanza; possibilità di eseguire esami strumentali quali Pap test, ecografia trans vaginale, isteroscopia ...; diminuzione delle infezioni del tratto urinario; diminuzione delle complicanze a livello ginecologico; riduzione del dolore durante il flusso mestruale e durante i rapporti sessuali).
- 5) **Raccolta dati quantitativi e qualitativo/soggettivi:** il progetto ha la finalità di promuovere e tutelare la salute delle donne immigrate. Per poter rispondere alle esigenze mediche e cliniche di quest'utenza e per poter offrire una risposta assistenziale culturalmente adeguata, si è resa necessaria l'esigenza di raccogliere delle informazioni varie e dettagliate in merito alla cultura e alle tradizioni di questa popolazione femminile.

Nell'ambito di questo progetto il gruppo di lavoro in questione ha ideato e successivamente somministrato alla popolazione di riferimento un questionario e un'intervista semi strutturata "in profondità" tesa ad affrontare tematiche quali: le origini culturali, tradizione e società; il processo migratorio; rapporto con la salute e le istituzioni sanitarie; particolari tradizioni culturali e nello specifico la pratica delle Mutilazioni Genitali Femminili con un'attenzione particolare agli aspetti emotivi e psicologici dell'esperienza MGF dalle testimonianze dirette delle donne che l'hanno subita.

- 6) **Sostegno psicologico e accompagnamento delle pazienti all'intervento di deinfibulazione terapeutica.** Queste pratiche tradizionali oltre a violare, talora in modo irreversibile, l'integrità fisica ed anatomica delle donne possono compromettere in modo significativo l'integrità psichica delle donne in questione con forti limitazioni ad una vita sessuale e di relazione appagante. La deinfibulazione terapeutica, che viene prevalentemente eseguita per le MGF III (detta anche *infibulazione* con escissione completa di prepuzio clitorideo, clitoride, piccole labbra, escissione parziale o totale delle grandi labbra con sutura/restringimento dell'apertura vaginale), consiste in un intervento chirurgico riparativo che si prefigge di ripristinare per quanto possibile un ostio vaginale normale. La deinfibulazione terapeutica non rappresenta un intervento chirurgico particolarmente complesso, è programmabile ed eseguibile in regime di Day Surgery, ma può richiedere per la donna un forte sostegno sensibilmente attento e culturalmente orientato. Un intervento di deinfibulazione può riparare, in tutto o in parte, gli effetti della MGF ma può lasciare ancora dolorosamente aperto il fronte del disagio psichico. Non rappresenta esclusivamente un intervento di "riapertura anatomica" ma è un'operazione che si colora di profondi, mutevoli e talora conflittuali significati simbolici e sociali. Per una donna decidere di farsi operare può significare al contempo affrontare il proprio passato e gli eventuali risvolti dolorosi ad esso collegati, rompere con la tradizione e in alcuni casi entrare in conflitto con la comunità di appartenenza, decidere per la propria salute fisica, riproduttiva, psicologica, sessuale e dare al proprio futuro e a quello delle proprie figlie una direzione diversa.

A tal fine è stato ideato ed avviato presso l'IRCCS suddetta un protocollo operativo di deinfibulazione terapeutica che prevede un accompagnamento della donna al momento operatorio con una fase di preparazione all'intervento ed una fase di sostegno post operatorio. L'avvio di questa procedura ha richiesto una stretta e complice attività multidisciplinare di collaborazione tra personale medico, ostetrici, ginecologi, psicologi, anestesisti, mediatori culturali, sociologi. Le attività si articolano in tre momenti di incontro della paziente, richiedente la procedura di deinfibulazione, con l'equipe di lavoro:

I FASE: informazione preparatoria all'intervento di deinfibulazione terapeutica, se necessario attraverso la mediazione linguistico - culturale, (che può prevedere più incontri successivi a seconda delle esigenze della donna e/o della coppia nello specifico) per:

- valutare lo stato di salute globale della donna;
- classificare la tipologia di MGF che interessa la paziente e valutare le conseguenze che ciò comporta per la salute fisica, riproduttiva, sessuale e psicologica della donna;
- valutazione della condizione sessuale della donna nel contesto della coppia. Molte donne con MGF hanno vissuti sessuali negativi, vivono la sessualità con dolore. Non traggono piacere dalla loro vita sessuale ma anzi quando possono la evitano. Desiderano quindi avere delle esperienze diverse in futuro e caricano molto di aspettative questo intervento. Dare informazioni sulla sessualità, "non tutto parte da lì" e eventualmente dare delle informazioni rassicuranti che provengono dalla letteratura;
- valutazione dell'esperienza del dolore della donna e le eventuali limitazioni che ciò comporta per la qualità di vita della paziente;
- informare la paziente sull'anatomia e la fisiologia dell'apparato genitale intatto e inalterato a confronto delle MGF mettendo in luce gli effetti benefici dell'intervento per la salute della donna (eventualmente utilizzando dei supporti grafici);
- fornire alla paziente una descrizione chiara ed esaustiva della procedura chirurgica e discutere in merito alle diverse opzioni anestetiche da utilizzare durante l'intervento (cosa verrà fatto, come verrà riaperta, per quanto verrà riaperta, in quanto tempo si svolgerà il tutto, chi ci sarà nella sala operatoria, quanto tempo durerà la convalescenza, cosa dovrà fare dopo l'intervento...);
- fornire alla paziente informazioni generali sui cambiamenti fisiologici che seguiranno l'intervento (cambiamenti nel flusso delle mestruazioni, del flusso urinario, delle secrezioni vaginali, nella sessualità);
- fornire uno spazio di supporto psicologico - psicosessuale emotivamente partecipe e culturalmente orientato che prenda in considerazione le motivazioni, le aspettative, le paure, le perplessità e gli eventuali dubbi rispetto all'intervento di "apertura";
- pianificazione dell'intervento, rispettando i tempi soggettivi di preparazione di ogni singola paziente.

Gli incontri di preparazione all'intervento vengono pianificati e programmati insieme alla paziente in base alle necessità della stessa.

II FASE: effettuazione dell'intervento chirurgico di deinfibulazione terapeutica in regime di Day Surgery con tecniche consone al tipo di mutilazione con lo scopo di ottenere una ricostruzione anatomica ottimale. La paziente ha la possibilità di essere assistita dalla psicologa e dalla mediatrice culturale durante l'effettuazione dell'intervento chirurgico.

III FASE: controllo/trattamento/supporto postoperatorio

Prevede più visite di controllo da parte del ginecologo per valutare gli esiti dell'intervento chirurgico di deinfibulazione e un percorso di sostegno psicologico postoperatorio teso a monitorare le condizioni emotive della paziente da pianificare e programmare insieme alla paziente in base ai suoi personali bisogni e necessità.

- 7) **Formazione del personale sociosanitario:** L'obiettivo dei diversi incontri formativi con personale sociosanitario svoltisi nell'ambito dell'attività progettuale in questione è stato quello di informare correttamente gli operatori da un punto di vista culturale e scientifico dell'esistenza di queste tradizioni, informarli sui rischi ad essa collegati nonché facilitare l'approccio e la comunicazione degli operatori con le donne e le bambine già sottoposte a queste pratiche. Gli operatori socio-sanitari attraverso questo aggiornamento formativo hanno approfondito vari aspetti connessi a questa pratica tradizionale sempre maggiormente presente nelle realtà ospedaliere, affinando una sensibilità culturale preziosa per garantire un approccio consapevole alla paziente immigrata privo di imbarazzo e pregiudizio.

Nello specifico il mio personale contributo ai diversi eventi formativi del progetto si è articolato intorno ai grandi temi dei: rischi connessi alle MGF per la salute fisica, riproduttiva, sessuale e psicologica delle donne; dei vissuti psicologici e rischi psicopatologici che questa pratica comporta, ponendo un distinguo importante fra il vissuto della mutilazione portata e indossata nel proprio contesto culturale di origine e appartenenza, e il vissuto della Mgf portato in un contesto culturale occidentale diverso, dove quel segno sul corpo ha perso tutti i suoi significati culturali originali.

La prevenzione e sensibilizzazione delle donne provenienti dai paesi a rischio MGF, nonché la formazione e informazione degli operatori sociosanitari diventano così strumenti potenti che abbiamo avuto a disposizione per contribuire allo sradicamento di questo fenomeno e per garantire il diritto delle bambine e delle donne alla salute, ad una vita sessuale non mutilata e ad una funzione riproduttiva sana.

APPENDICE 1 - LISTA INCONTRI GRUPPO DI LAVORO

DATA	ATTIVITA'
01.12.2010	Formalizzazione e presentazione gruppo di lavoro.
15.12.2010	Attività formativa scuole - Database
22.12.2010	Relazione incontro comunità islamica - Invio alle scuole medie inferiori regione: presentazione progetto di formazione - Traccia questionari.
11.01.2011	Attività formative sanitari - Traccia interviste e questionari - Stabilita data incontro operativo - Approvazione protocollo protezione delle bambine dalla MGF.
25.01.2011	Approvazione logo. Programmazione incontro 15.02.2011 - Programmazione scuole e progetto formazione.
08.02.2011	Organizzazione incontro 15.02.2011 - Creazione indirizzo posta elettronica - Programmazione scuole
23.02.2011	Approvata attività formativa nelle scuole - Approvata lettere per prolungamento progetto - Concordata presenza del gruppo all'incontro: "L'Africa cammina con i piedi delle donne" in data 23 marzo 2011
02.03.2011	Definito programma corso di formazione personale socio-sanitario.
11.03.2011	Revisione e definizione programma corso di formazione personale socio sanitario.
15.03.2011	Stesura progetto per prolungamento attività corrente.
05.04.2011	Avanzamento dello stato attuale del progetto in merito alla programmazione nelle scuole, programmazione formazione socio sanitario , nella gestione del database ed attività clinica inerente.
21.06.2011	Definizione prossime attività da svolgere; Pianificazione prossima edizione corso di formazione per personale socio sanitario da svolgersi a Novembre 2011; Organizzazione prossimi incontri con associazioni presenti in regione.
06.09.2011	Resoconto incontro avvenuto a Pordenone con donne Burkinabè a Pordenone il 04.09.2011; approvazione modifiche al questionario; definizione attività presso scuole secondarie di I° della regione; stesura documento per procedure di de infibulazione; avanzamento programmazione II corso di formazione per personale socio sanitario; avanzamento sito web

08.11.2011	Sintesi dell'incontro con popolazione straniera organizzato con Donne Africa in data 5.11.2011; avanzamento programmazione II corso di formazione per personale socio sanitario; avanzamento sito web; definizione prossime attività.
13.12.2011	Programmazione attività conclusiva del progetto. Raccolta questionari. Suggerimenti sito web.
28.12.2011	Definizione progettualità in campo di sessualità
10.01.2012	Programmazione attività conclusiva del progetto. Raccolta questionari. Suggerimenti sito web. Definizione per stesura questionario in merito alla sessualità. Organizzazione evento conclusivo 25.01.2012

APPENDICE 2- QUESTIONARIO




**PROGETTO REGIONALE F.V.G.
MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI E
DONNE IMMIGRATE
PROGETTO DI FORMAZIONE PER UN
SOSTEGNO INTEGRATO ALLA PERSONA**

Dott. S. Alberico
Direttore S.C. Patologia Ostetrica e Ginecologica
IRCCS Burlo Garofolo - Trieste

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA
A CARATTERE SCIENTIFICO
BURLO GAROFOLO
C.P. 35 34100 TRIESTE
mgf@burlo-garofolo.it

34127 TRIESTE VIA DELL'ISTITUTO 181 TEL. (0432) 5781111 TELEFAX (0432) 5781242

1. In quale Paese sei nata? _____

2. Prima di venire in Europa, hai vissuto anche in qualche altro Paese africano?

SI 1 NO 2

Se sì, quale? _____

3. Ora in Italia, in quale provincia risiedi?

PN	1
UD	2
TS	3
GO	4

4. Hai vissuto anche in altri Paesi europei?

SI 1 NO 2

Se sì, quali? _____

5. Da quanti anni vivi in Italia? _____

6. Quanti anni avevi quando ti sei trasferita in Europa? _____

7. Tra le malattie presenti nel tuo Paese di origine, quali ha sofferto di più la tua famiglia?
(ti possono dare più risposte)

Dinbete	1
Pulmonite	2
Tubercolosi	3
Malattia sessuale	4
Sifilide	5
HIV	6
Epatiti	7
Malattia del cuore (miocardio, aneurisma)	8
Problemi alla	9
leucemia	10
Malattia del fegato	11
Malattia del sangue (emofilia, talassemia)	12
Problemi della tiroide	13
Malaria	14
Altre	15
Nessuna	16

81. Chi decide l'uso del sistema contraccettivo di solito tra le persone che conosci della tua comunità?

La donna	1
I familiari: qui in Italia	2
Il marito	3
Leader religioso	4
La comunità	5
I familiari in Africa	6
Altro: _____	7

82. Quanti aborti hai avuti nella tua vita?

Nessuno	1
Uno	2
Due	3
Tre	4
Quattro	5
Cinque	6
Più di cinque	7
Non risponde	8

83. Quali sono i principali problemi di comunicazione fra una paziente africana e gli operatori sanitari?

84. Traduttori culturali riescono a facilitare il rapporto?

85. Cosa sarebbe utile fare per migliorare il rapporto fra l'ospedale e le pazienti di origine africana?

76. Le persone che ti frequentano (della comunità) conoscono i diversi sistemi di contraccezione?

	SI	NO
Pillola	1	2
Preservativo	1	2
Spirale	1	2
Profilattico	1	2
Altro :	1	2

77. Ne fanno uso?

SI 1 NO 2

78. Qui in Italia hai avuto accesso a nuovi metodi di contraccezione?

SI 1 NO 2

79. Quale sistema usi?

Pillola	1
Preservativo	2
Profilattico	3
Spirale	4
Astinenza	5
Coito interrotto	6
Niente	7
Altro :	8

80. Tuo marito è d'accordo sulla contraccezione?

SI, molto	1
SI, abbastanza	2
Disinteressato	3
NO, non molto	4
NO, completamente contrario	5

8. Da quante persone era composta la tua famiglia in Africa?

9. Tuo padre aveva più mogli?

SI 1 NO 2

Se sì, Quante?

10. Dove abitavi con la tua famiglia?
(Una sola risposta)

Villaggio	1
Paesino/pesce	2
Città	3
Metropoli	4
Altro :	5

11. Tua madre lavorava fuori casa?

SI 1 NO 2

12. Tu lavoravi quando vivevi in Africa?

SI, Tutti i giorni	1
SI, qualche volta	2
NO	3

13. Quali sono i principali motivi per i quali hai lasciato il tuo Paese e sei emigrata in Europa?
(si possono dare al massimo tre risposte)

Per cercare un lavoro	1
Per seguire mio marito o i miei genitori	2
Perché dovevo sposare un africano che viveva qui	3
Perché volevo curarmi la mia malattia	4
Perché ero perseguitata politicamente	5
Per sfuggire alla guerra	6
Per studio	7
Per fuggire dalla fame e dalla miseria	8
Perché volevo guadagnare ed emanciparmi	9
Per un futuro migliore ai miei figli	10
Perché subivo continue violenze fisiche	11
Per sfuggire alle mutilazioni genitali femminili	12
Perché nella mia comunità famiglia ero trattata male	13
Altro	14

14. Da quale etnia discendi / appartieni?

15. Puoi descrivere le principali caratteristiche culturali e tradizioni?

16. Quale è la tua religione?

Cristiana	1
Musulmana	2
Animista	3
Nessuna	4
Altro :	5

17. Quali scuole hai frequentato nel tuo Paese?

Nessuna	1
Scuola elementare	2
Scuola Media	3
Scuola superiore	4
Università	5

18. Quanti anni hai?

19. Cosa avevi nel tuo Paese?
(Si possono dare più risposte)

La mia famiglia	1
La solidarietà della comunità	2
La libertà di parlare e di pensare	3
Un sentimento di appartenenza religiosa	4
La libertà di scegliere di decidere	5
Un lavoro	6
L'autonomia economica	7
L'emancipazione personale	8
Un sistema scolastico buono	9
Un sistema sanitario che mi dava fiducia	10
Altro	11

71. Quali medicine prendi?

Farmaci	1
Medicine omeopatiche	2
Erbe	3
Altro :	4

72. Hai mai dovuto affrontare una interruzione di gravidanza? Se Sì dove?

73. Se hai avuto una interruzione di gravidanza in ospedale, come ti sei trovata in quel momento?

Accudita	1
Maltreatata	2
Indifferenza	3
Altro :	4

74. Hai subito qualche forma di discriminazione o di violenza all'interno delle strutture sanitarie?

Sempre	1
Spatto	2
Qualche volta	3
Mai	4

Se sì, che tipo di discriminazione hai avuto?

75. Se sei scissa / infittulata quale atteggiamento ha avuto il personale sanitario?

Curiosità	1
Indifferenza	2
Non comprensione/non se n'è accorta	3
Aggressività	4
Altro :	5

68. Quando tu stai male o quando qualche tuo familiare sta male, dove o a chi ti rivolgi?

Ospedale, pronto soccorso	1
Medico di base	2
Amico/Familiare	3
Concittadino	4
Leader religioso	5
Persone di riferimento per la salute nella comunità	6
Internet	7
Altro :	8

69. Per quale motivo ti sei recato principalmente dal dottore?
(si possono dare più risposte)

Febbre/Malattie infettive	1
Problemi reumi	2
Problemi ginecologici	3
Problemi gastroenterici	4
Problemi dermatologici	5
Problemi traumatologici	6
Problemi bronco polmonari (TRC)	7
Depressione	8
Problemi cardiaci	9
Problemi epatici	10
Altro :	11

70. Per quale motivo invece ti sei recato in una struttura sanitaria?

Febbre/Malattie infettive	1
Problemi reumi	2
Problemi ginecologici	3
Problemi gastroenterici	4
Problemi dermatologici	5
Problemi traumatologici	6
Problemi bronco polmonari (TRC)	7
Depressione	8
Problemi cardiaci	9
Problemi epatici	10
Altro :	11

23. Chi ti accompagna quando vai dal medico o entri in una struttura sanitaria?

	Sempre	Spesso	Qualche volta	Mai
Vado da sola	4	3	2	1
Vado accompagnata da mio marito	4	3	2	1
Vado assieme a delle amiche	4	3	2	1
Vado con dei familiari	4	3	2	1
Vado con un mediatore	4	3	2	1
Vado accompagnata da mio figlio / a	4	3	2	1
Altro :	4	3	2	1

24. Come è cambiata la tua vita riguardo a:

	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
Rapporti con il marito / uomo	4	3	2	1
Quotidianità	4	3	2	1
Sessualità / piacere sessuale	4	3	2	1
Comunicazione	4	3	2	1
Conoscenza del proprio corpo	4	3	2	1
Conoscenza sul mondo	4	3	2	1
Relazioni sociali	4	3	2	1

25. Come sono cambiati i tuoi pensieri riguardo a:

	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
Valore delle tradizioni	4	3	2	1
Numero dei figli	4	3	2	1
Ruolo della donna / uomo	4	3	2	1
Mantenimento dei comportamenti tradizionali	4	3	2	1
Andare dal medico / ospedale	4	3	2	1
Valore della famiglia	4	3	2	1

26. Da quanti membri è composta la tua famiglia ora?

20. Che cosa hai trovato qui che non avevi prima?
(Si possono dare più risposte)

La mia famiglia	1
La solidarietà della comunità	2
La libertà di parlare e di pensare	3
Un sentimento di appartenenza religiosa	4
La libertà di scegliere di decidere	5
Un lavoro	6
L'autonomia economica	7
L'emancipazione personale	8
Un sistema scolastico buono	9
Un sistema sanitario che mi dava fiducia	10
Altro :	11

21. Da chi ha ricevuto sostegno per inserirti nella vita qui Italia?
(si possono dare più risposte)

	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
Da parenti che vivono qui	4	3	2	1
Da altri africani	4	3	2	1
Da altri stranieri	4	3	2	1
Da amici italiani	4	3	2	1
Da mediatori culturali	4	3	2	1
Dalle persone che operano nelle istituzioni (ospedali, servizi sanitari, sportelli informazione, sindacati...)	4	3	2	1
Dalla comunità religiosa islamica	4	3	2	1
Da organizzazioni religiose cristiane (Caritas, Arli, Chiesa...)	4	3	2	1
Altro :	4	3	2	1

22. Quanti amici italiani hai?

Nessuno	1
Uno	2
Pochi	3
Abbastanza	4
Molti	5

63. Che atteggiamento avevano?

Curiosità	1
Pregiudizio	2
Imbarazzo	3
Comprensione	4
Invito all'abbandono	5
Altro :	6

64. Che tipo di informazione e sensibilizzazione bisognerebbe fare in Italia per le persone provenienti dai paesi africani?

65. Nel tuo Paese che tipo di azioni si stanno facendo per contrastare la pratica?

66. Qual è il contributo che tu potresti offrire alla lotta alle MGF?

67. Che tipo di tessera hai?

Tessera sanitaria	1
Tessera STP	2
Altro :	3

59. Gli uomini africani che tu conosci che tipo di atteggiamento hanno rispetto a questa tradizione?

Sono contrari	1
Sono disinteressati	2
Vogliono che si mantengano le tradizioni	3
Sono arrabbiati	4
Altro	5

60. Così dice la tua religione nei riguardi della pratica di escissione / infibulazione?

61. Secondo te che significa ha continuare questa tradizione qui in Italia?

Per essere accettati dagli altri africani in Italia	1
Per tradizione / abitudine	2
Per sapere chi siamo (identità etno-culturale)	3
Per poter un giorno tornare a casa ed essere accettati	4
Altro	5

62. Le persone italiane con cui sei in contatto ti hanno mai fatto domande sulla pratica? Se sì, chi?

Medici	1
Insegnanti	2
Amiche / conoscenti	3
Ostetriche / infermieri	4
Madri della comunità	5
Altro	6

31. Quando in famiglia bisogna prendere una decisione importante sui figli, di solito chi la prende?
(una sola risposta)

Io da sola	1
Mio marito	2
Assieme a mio marito	3
Con i miei familiari che vivono in Africa	4
Con i familiari di mio marito che vivono in Africa	5
Con la comunità qui in Italia	6
Altro	7

32. Essere una donna africana in Italia ti ha creato dei problemi? Se sì, puoi descrivere brevemente

33. Come vedi le donne occidentali?

34. In che casa vivi?

	SI	NO
In affitto	1	2
In proprietà	1	2
In affitto ma con altre famiglie	1	2
Da sola	1	2
Luminosa e areggiata	1	2
Buona metratura	1	2
Con giardino	1	2

35. Il cambiamento climatico e il cambiamento dello stile di vita hanno modificato il tuo stato di salute?

Diminuzione delle malattie	1
Involuzione di nuove malattie	2
Nessun cambiamento	3

27. Quale è la comunità di cui tu ti senti più parte?

	Molto	Abbastanza	Poco	Perniente
Altri africani del mio Paese di nascita che vivono qui	1	2	3	4
Altri africani in generale che vivono qui	1	2	3	4
Altri immigrati	1	2	3	4
Comunità islamica	1	2	3	4
Associazione	1	2	3	4
Centro religioso / parrocchia	1	2	3	4
Gruppi / associazioni di donne	1	2	3	4
Italiana	1	2	3	4
Nessuna	1	2	3	4
Altro	1	2	3	4

28. Quale lavoro fai?

(si possono dare più risposte se uno ha lavori diversi)

In casa (Casalinga)	1
Operaria	2
Insegnante	3
Professionista	4
Impiegata	5
Servizi pulizie	6
Servizio agli anziani	7
Mediatore	8
Altro	9

29. Hai un conto corrente bancario?

Sì, solo a nome mio	1
Sì, contestato con mio marito	2
No	3

30. Hai mai partecipato a qualche corso di formazione qui in Italia? Se sì, specificare:

Linguistica	1
Corso di formazione	2
Specializzazione universitaria	3
Nessuno	4
Altro	5

30. Quali sono i sentimenti che nutri nei confronti della famiglia che ha permesso che ciò accadesse?

Compravendita	1
Gratificazione	2
Aggressività / conflitto	3
Altro	4

56. Se hai avuto l'operazione da piccola, quando hai scoperto di essere stata fatta, e di essere diversa dalle altre donne a cui non è stata praticata la escissione / infibulazione?

A la prima visita ginecologica	1
Quando sono venuta in Europa	2
A la prima gravidanza	3
Altro	4

57. Hai già avuto una gravidanza? Se sì, hai avuto dei problemi? Quali?
(Si possono dare più risposte)

Lacerazioni vaginali	1
Rottura d'utero	2
Taglio cesareo	3
Emorragie e infezioni	4
Problemi al bambino	5
Altro	6

58. I tuoi familiari ti hanno mai chiesto di farlo e tua figlia ora che vivi qui? Se sì, come hai reagito o come reagisti se un giorno te lo chiedessero?

52. Hai mai avuto dei problemi fisici dopo?

Infezioni urinarie	1
Cisti	2
Pistola	3
Dismenorrea / dolori addominali	4
Sterilità	5
Emorragie	6
Febbre	7
Schok	8
Difficoltà nel far pipì	9
Difficoltà a trattenere la pipì	10
Formazione cicatrice	11
Difficoltà nei rapporti sessuali	12
Cisti	13
Difficoltà ad aver bambini	14
Altro :	15

53. Hai mai avuto dei problemi psicologici dopo?

Ansia	1
Variazioni umore	2
Depressione	3
Disturbi alimentazione	4
Disturbi del sonno	5
Incuria	6
Difficoltà nella concentrazione e nel pensiero	7
Pensieri di morte	8
Paura / ansia del rapporto sessuale	9
Paura / ansia della anestesia (parto, gravidanza)	10
Altro :	11

54. Quali sono i tuoi sentimenti attuali per il fatto di aver subito questa operazione?

36. Se hai avuto nuove malattie, quali? _____

37. Hai figli?

0 1 2 3 4 5 6 7 più di 7

38. Vuoi avere dei figli o altri figli?

SI 1 NO 2

Se sì, quanti?

1 2 3 4 5 6 7

39. Nella etnia dalla quale discendi / apparteni si pratica la escissione / rinbulazione?

SI 1 NO 2

Se sì, a quale età? _____

40. Come viene chiamata questa tradizione (il nome)? _____

41. Secondo te, perché si fa?

42. Il fatto di avere l'escissione e di risiedere qui in Europa, allontana le donne dalla piena integrazione?

SI 1 NO 2

43. Pensi che questa pratica tradizionale possa portare dei problemi alla salute sessuale e riproduttiva delle donne?

Problemi rapporti sessuali	1
Problemi uro-genitali	2
Problemi emotivi	3
Problemi gravidanza e parto	4
Altro :	5

44. In Italia questa pratica è vietata dalla legge (anche portare le bambine all'estero), secondo te gli africani lo sanno?

SI 1 NO 2

45. Se tu fossi a conoscenza che qualche famiglia ha in progetto di tagliare la loro bambina, pensi che:

È meglio tacere	1
È meglio parlare con la famiglia	2
È meglio denunciare	3
È meglio parlare con la comunità	4
È meglio rivolgersi a un mediatore culturale	5
Altro :	6

46. Tu sei tagliata?

SI 1 NO 2

Se sì, a quale età? _____

47. Dove è successo? _____

48. Chi te lo ha fatto?

Un familiare	1
Una donna specializzata	2
Un uomo specializzato	3
Un infermiere/a un sanitario	4
Un medico	5
Altro :	6

49. Hai qualche ricordo?

50. Che significato aveva per te farlo?

51. Quali erano le emozioni e i sentimenti che hai avuto? (per esempio: felicità, paura, orgoglio, rassegnazione, ansia, confusione, impotenza, perdita dei sensi, eroismo, schok, speranza, aresa...)

Preceduto l'operazione : _____

Durante l'operazione : _____

Dopo l'operazione : _____

Appendice 3- Traccia Intervista in Profondità

Origini culturali, tradizione e società

- Da dove vieni? Quali erano le tradizioni della tua gente?
- Com'era la tua famiglia?
- A quale tribù appartieni?
- Qual è la religione praticata e come?
- Quali scuole hai frequentato nel tuo Paese?
- Lavoravi quando vivevi in Africa?
- Cosa significa essere donna nel tuo Paese di origine?
- Quali sono le principali malattie diffuse nel tuo Paese?
- Di quali malattie ha sofferto di più la tua famiglia?
- Come funziona il sistema sanitario nel tuo Paese?
- Quale è l'assistenza che viene data alle donne in gravidanza?
- Quali sono i farmaci più comunemente usati?

Processo migratorio

- Cosa ti ha spinto a lasciare il tuo Paese e perché hai scelto l'Italia?
- Cosa ti manca di più del tuo Paese e che cosa hai trovato qui?
- Da chi hai ricevuto un aiuto per inserirti nella vita qui in Italia?
- Da quanto tempo vivi in Italia?
- Come sono cambiate le tue abitudini ?
- Segui ancora la tradizione?

- Ti senti ancora africana?
- Da quanti membri è composta la tua famiglia ora?
- Qual è la comunità di cui ti senti più parte?
- Quale lavoro fai?
- Hai mai partecipato a qualche corso di formazione?
- Pratichi la tua religione?
- Essere una donna africana in Italia, quali ciance o quali problemi ti ha dato fin'ora?
- Come vedi le donne Occidentali?
- In che casa vivi?
- Il cambiamento climatico e lo stile di vita hanno modificato il tuo stato di salute?
- Qui in Italia hai avuto accesso alla contraccezione? Quale sistema usi?
- Tuo marito è d'accordo?
- Vuoi avere figli (o altri figli)? Se sì, quanti?

Le mutilazioni dei genitali femminili

- Nel tuo paese di nascita molte donne sono escisse (infibulate), ne conosci personalmente qualcuna?
- Come si chiama nella tua lingua la pratica?
- Ma tu, che ne pensi al riguardo?
- Credi che questa pratica tradizionale possa portare dei problemi alla salute delle donne?
- In Italia questa pratica è vietata dalla legge?
- Tu sei stata tagliata?

- Se sì, puoi ricordare qualche aspetto?
- Quali erano le emozioni e i sentimenti che hanno preceduto, accompagnato e seguito l'operazione?
- Quali mutamenti sono intervenuti nella tua vita. Come è cambiato il rapporto con le amiche e con gli adulti?
- Hai mai avuto dei problemi fisici o psicologici dopo?
- Hai mai avuto delle difficoltà nei rapporti sessuali?
- Quali sono i sentimenti attuali per il fatto di aver subito questa operazione?

Rapporto con la salute e le istituzioni sanitarie

- Ti sei trovata bene nelle strutture sanitarie qui in Italia?
- Quando tu o un tuo familiare stai/sta male, dove vai? A chi ti rivolgi?
- Per quale motivo ti sei recata principalmente dal dottore?
- Per quale motivo sei andata in ospedale?
- Come ti sei trovata?
- Quale atteggiamento ha avuto il personale sanitario di fronte al tuo taglio/escissione?
- Quali medicine prendi?
- Hai mai fatto una interruzione di gravidanza?
- Conosci i sistemi di contraccezione? Ne fai uso?
- Le tue amiche africane fanno uso di contraccettivi?
- Quali sono i principali problemi di comunicazione fra una donna africana e coloro che lavorano in ospedale?

Appendice 4- Applicazione Raccolta Informazione - Data Base



Data Base Questionario

24/01/2012 21:17:48

1. In quale Paese sei nata?

2. Prima di venire in Europa, hai vissuto anche in qualche altro Paese africano? ☐ SI Se sì, quale:

3. Ora in Italia, in quale provincia risiedi?

4. Hai vissuto anche in altri Paesi europei? ☐ NO Se sì, quali?

5. Da quanti anni vivi in Italia?

6. Quanti anni avevi quando ti sei trasferita in Europa?

7. Fra le malattie presenti nel tuo Paese di origine, quali ha sofferto di più la tua famiglia? (si possono dare più risposte)

Altro:

8. Da quante persone era composta la tua famiglia in Africa?

9. Tuo padre aveva più mogli? ☐ NO Se sì, quante?

10. Dove abitavi con la tua famiglia? (Una sola risposta)

o altro:

11. Tua madre lavorava fuori casa? ☐ NO

12. Tu lavoravi quando vivevi in Africa? ☐ Sì, qualche volta

13. Quali sono i principali motivi per il quale hai lasciato il tuo Paese e sei emigrata in Europa? (si possono dare al massimo tre risposte)

Altro:

14. Da quale etnia discendi / appartieni?

15. Puoi descrivere le principali caratteristiche culturali e tradizioni

16. Quale è la tua religione?

17. Quali scuole hai frequentato nel tuo Paese?

18. Quanti anni hai?

19. Cosa avevi nel tuo Paese? (Si possono dare più risposte)

Altro:

20. Che cosa hai trovato qui che non avevi prima? (si possono dare più risposte)

o altro:

Next >

Pagine:

Questionario

Record: <

Appendice 5- Programma Scuole

- Provincia di Gorizia
Numero partecipanti: 30
Giornate: 12,13,14 settembre 2011
- Provincia di Pordenone
Numero partecipanti: 40
Giornate: 26, 27,28 settembre 2011
- Provincia di Trieste
Numero partecipanti: 10
Giornate: 3,4,5 ottobre 2011
- Provincia di Udine
Numero partecipanti: 7
Giornate: 24, 25, 26 ottobre 2011

Relatori:

Dott.ssa Natascia Ferruccio - Psicologa
Dott. Francesco De Seta - Medico IRCCS Burlo Garofolo
Dott.ssa Ornella Urpis - Sociologa
Dott. Stefano Restaino - Medico IRCCS Burlo Garofolo

Temi trattati

Psicologia e fisiologia - Dott.ssa Natascia Ferruccio - Psicologa

- La comunicazione in adolescenza: lettura, traduzione e comprensione del messaggio comunicativo dell'adolescente
- L'adolescente e il proprio corpo: la percezione di sé e dell'altro nel gruppo dei pari
- Il disagio emotivo in adolescenza
- Fronteggiare le problematiche adolescenziali in classe

Malattie veneree, Contraccezione, Aborto - Dott. Francesco De Seta

- Accenni su: HIV, Papilloma virus e vaccino, Epatite B e C, Chlamydia trachomatis, Herpes genitale, Gonorrea, Infezioni parassitarie, Sifilide
- Metodi di barriera e farmacologici (Pillola, cerotto, spirale, anello, preservativo, diaframma)
- Pillola del giorno dopo
- Aborto medico e chirurgico

Sessualità e diverse culture - Dott. Stefano Restaino - Dott.ssa Ornella Urpis

- Mutilazioni Genitali Femminili
- Approccio antropologico: uno sguardo tra cultura e religione
- Videoproiezione
- Che cosa sono e dove si praticano
- I diversi tipi di MGF (I - II - III - IV tipo)
- Le conseguenze di tipo fisico (Cistiti, Infezioni, Emorragie, Infertilità)
- Legge n°7 del 9 gennaio 2006

Appendice 6 – Programma corso di formazione personale socio Sanitario.

Giornata 1

08.00 - 08.30 **Presentazione e saluto delle autorità**

Immigrazione, mutilazioni dei genitali femminili e salute della donna: aspetti sociali, giuridici e psicologici.

08.30 - 09.20 **Immigrazione e violenza sulle donne**

Dr.ssa FEDERICA SCRIMIN

09.20 - 10.10 **Le MGF nella costruzione dell'identità di genere. Analisi del fenomeno delle MGF in Friuli Venezia Giulia**

Dr.ssa ORNELLA URPIS

10.10 - 10.30 **Domande e discussione con i partecipanti**

Confronto/dibattito tra discenti ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")

Dr.ssa FEDERICA SCRIMIN, Dr.ssa ORNELLA URPIS

10.30 - 11.00 **Coffee break**

11.00 - 11.50 **La prostituzione a Trieste. Collaborazione con le Ong e indagini sullo sfruttamento**

Dr. LEONARDO BOIDO

11.50 - 12.40 **La disciplina delle MGF tra prevenzione e repressione**

Dr.ssa NATALINA FOLLA

12.40 - 13.00 **Domande e discussione con i partecipanti**

Confronto/dibattito tra discenti ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")

Dr. LEONARDO BOIDO, Dr.ssa NATALINA FOLLA

13.00 - 14.00 **Pausa Pranzo**

14.00 - 14.50 **Vissuti psicologici e rischi psicopatologici delle MGF**

Dr.ssa CRISTINA VECCHIET

14.50 - 15.40 **L'esperienza della formazione nelle scuole: il disagio in adolescenza.**

Dr.ssa NATASCIA FERRUCCIO

15.40 - 16.30 **Comunicazione transculturale**

Dr.ssa ORNELLA URPIS

16.30 - 17.00 **Domande e discussione con i partecipanti**

Confronto/dibattito tra discenti ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")

Dr.ssa NATASCIA FERRUCCIO, Dr.ssa CRISTINA VECCHIET, Dr.ssa ORNELLA URPIS

Giornata 2

Immigrazione e salute sessuale e riproduttiva

08:30 - 09:30	Gravidanze a rischio nelle donne immigrate Dr. GIANPAOLO MASO
09:30 - 10:20	HIV e rischi in gravidanza Dr. SALVATORE ALBERICO
10:20 - 10:40	Domande e discussione con i partecipanti <i>Confronto/dibattito tra discenti ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")</i> Dr. GIANPAOLO MASO, Dr. SALVATORE ALBERICO
10:40 - 11:00	Coffee break
11:00 - 11:50	Infezioni ed immigrazione Dr. FRANCESCO DE SETA
11:50 - 12:40	Contraccezione ed immigrazione Dr. STEFANO RESTAINO
12:40 - 13:00	Domande e discussione con i partecipanti <i>Confronto/dibattito tra discenti ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")</i> Dr. FRANCESCO DE SETA, Dr. STEFANO RESTAINO
13:00 - 14:00	Pausa pranzo
14:00 - 14:30	Donne straniere e sessualità Dr.ssa ROBERTA NATALE
14:30 - 15:20	Aspetti medici delle MGF: tecniche di ricostruzione Dr.ssa FEDERICA SCRIMIN
15:20 - 15:50	L'ostetrica specializzata in MGF e l'ambulatorio per la salute della donna africana: l'esperienza inglese Dr.ssa SONIA RICHARDSON
15:50 - 16:40	Le fistole ostetriche. Un problema ancora aperto nelle periferie dei paesi poveri Dr. GIORGIO PELLIS
16:40 - 17:00	Domande e discussione con i partecipanti <i>Confronto/dibattito tra discenti ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")</i> Dr. GIORGIO PELLIS, Dr.ssa SONIA RICHARDSON , Dr.ssa ROBERTA NATALE, Dr.ssa FEDERICA SCRIMIN

Giornata 3

Prevenzione e lotta alle MGF: le organizzazioni umanitarie e associative e il ruolo degli operatori socio-sanitari.

08:30 - 09:20	La prevenzione delle MGF: una sfida per il pediatra Dr.ssa ROSALIA MARIA DA RIOL
09:20 - 10:10	Il ruolo del mediatore culturale nella prevenzione alle MGF ASSETOU BILLA NONKANE
10:10 - 10:30	Domande e discussione con i partecipanti <i>Confronto/dibattito tra discenti ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")</i> ASSETOU BILLA NONKANE, Dr.ssa ROSALIA MARIA DA RIOL
10:30 - 11:00	Coffee Break
11:00 - 11:50	Proiezione documentario: "Le tradizioni antiche non sono verità assolute" di Pia Ranzato
11:50 - 12:40	Associazioni di donne e lotta alla schiavitù sessuale CARLA CORSO
12:40 - 13:00	Domande e discussione con i partecipanti <i>Confronto/dibattito tra discenti ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")</i> CARLA CORSO
13:00 - 14:00	Pausa Pranzo
14:00 - 15:00	L'Islam e le mutilazioni dei genitali femminili IGBARIA SALEH
15:00 - 16:00	Le organizzazioni di donne africane e di associazioni in aiuto alle donne mutilate: l'esperienza in FVG <i>Tavole rotonde con dibattito</i> AWA DIALLO KANE, NABILA KHALIL, Dr.ssa KOUTOU MABILO
16:00 - 16:15	Domande e discussione con i partecipanti <i>Confronto/dibattito tra discenti ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")</i> AWA DIALLO KANE, NABILA KHALIL, Dr.ssa KOUTOU MABILO
16:15 - 17:00	Verifica dell'apprendimento e conclusioni del corso <i>Verifica dell'apprendimento</i> Dr.ssa ORNELLA URPIS

Appendice 7 – Lista Incontri Associazioni

DATA	LUOGO	ATTIVITA'	PARTECIPANTI
17.10.2010	Aula Magna IRCCS Burlo Garofolo - Trieste	Psiche e soma: in quale ordine in gravidanza?	80
05.11.2010	Casa internazionale delle Donne - Trieste	La prevenzione delle donne straniere - Prendersi cura dei cittadini del mondo.	25
26-27.11.2010	Centro Congressi - Stazione Marittima - Trieste	Raccomandazioni e linee guida nella gravidanza ad alto rischio: quando sono basate su vere EBM, quando non si possono applicare, quando non ci sono, quando ti si ritorcono contro.	437
10.12.2010	Centro Islamico Trieste	Presentazione progetto: "Mutilazioni genitali femminili e donne immigrate. Progetto di formazione per un sostegno integrato alla persona" alla comunità islamica di Trieste e della Venezia Giulia.	38
02.02.2011	Incontro con Iman Centro Islamico di Pordenone	Presentazione progetto: "Mutilazioni genitali femminili e donne immigrate. Progetto di formazione per un sostegno integrato alla persona"	2
15.02.2011	Aula Magna Burlo Garofolo	Presentazione del progetto: "Mutilazioni genitali femminili e donne immigrate. Progetto di formazione per un sostegno integrato alla persona" alla comunità islamica di Trieste e della Venezia Giulia.	100
07-08-09.03.2011	Aula Magna Ospedale Ex Scuola Infermiere - Udine	Corso di formazione: Mutilazioni genitali femminili: sensibilizzazione, cura e prevenzione in ambito sanitario.	40
23.03.2011	Aula Magna via Filzi 14 Trieste	Incontro presso associazione Donne Africa - Presentazione del Progetto	100
15.04.2011	Centro culturale islamico Pordenone	Incontro di presentazione del progetto presso centro culturale islamico di Pordenone	40
13-14-15.06.2011	Aula Magna IRCCS Burlo Garofolo	I° Corso di formazione per personale socio sanitario	33
21.06.2011	Casa Internazionale delle donne	Presentazione del Progetto	15
04.09.2011	Associazione culturale Donne Burkinabè	Incontro con l'utenza	80
28.10.2011	Incontro CARA di Gradisca	Incontro con donne presso centro di prima accoglienza	20
05.11.2011	Incontro con Associazione Donne Africa	Popolazione immigrata presente sul territorio della Provincia di Trieste	80

Appendice 8 – Sessualità e Cultura

Introduzione

1.1 Il divenire donna e la sessualità

La costruzione dell'identità femminile è un processo che comprende dinamiche complesse, un lavoro di introiezione delle figure femminili, l'influenza della cultura, della Società, e di tutte le relazioni che permetteranno il divenire donna.

Nel rapporto con i genitori la bambina inizierà a costruire la propria identità. Tuttavia già nella fase perinatale c'è una preistoria che comprende le rappresentazioni, le fantasie che i genitori sviluppano del bambino che deve nascere.

Prima di venire al mondo il bambino è la conseguenza imprevedibile di quello che era avvenuto prima e in un ambito sconosciuto.

Infatti, la crisi psichica che caratterizza la gravidanza da un lato fa emergere ansie e conflitti latenti, dall'altra si presenta come una ricerca e un impegno verso un cambiamento di identità. La bambina viene al mondo già con un bagaglio che comprende tutte le proiezioni di significati simbolici, di avvenimenti bibliografici della madre che agiscono in gravidanza in quanto in questo periodo c'è una certa permeabilità alle rappresentazioni inconsce.²

Dopo la nascita, la madre rappresenta il primo contatto esterno e trasmetterà un determinato modello di femminilità, di donna e di madre; il padre è il primo incontro con l'altro sesso che farà emergere una serie di questioni che andranno ad incidere sullo sviluppo della bambina. Non solo i genitori ma tutte le relazioni hanno una funzione molto importante nel processo che porta la bambina al divenire donna e determineranno le sue relazioni future.

Oltre a ciò bisogna considerare l'influenza della cultura, della religione e di tutte le tradizioni e valori che coinvolgeranno la vita della bambina.

La sessualità è intrinseca all'essere umano.

Freud, agli inizi del '900 scriveva: " *La vita sessuale degli uomini è divenuta accessibile alla ricerca. Quella delle donne è nascosta dietro un'impenetrabile oscurità*".³

Più tardi, in uno scritto del 1929 Freud affermava che: *"la vita sessuale della donna è il continente oscuro della psicoanalisi"*. Questa concezione tradizionale ed arcaica della donna e della sessualità femminile pervade tutta l'opera psicoanalitica di Freud.⁴

² Bidlowsky M., Il debito di vita- i segreti della filiazione, QuattroVenti

³ S. Freud, Tre saggi sulla teoria della sessualità (1905), in Boringhieri, vol. 5^a. IV op. o. 1970

⁴ S. Freud, *La questione della situazione analitica*, Boringhieri, brine, voi. X, 1970

La rappresentazione di sé si costruisce attraverso il reale del corpo ma anche a partire dallo sguardo dell'altro, dal modo in cui la bambina ha percepito lo sguardo dei genitori su di lei.

Quindi nello sviluppo la bambina acquisisce una serie di rappresentazioni di sé, di identificazioni in base a quello che ha ricevuto dall'altro e questo evidenzia come sia importante fare attenzione quando si entra nella complessità del mondo della sessualità femminile.

Quando la discrepanza tra la rappresentazione di sé e la realtà effettiva è alta, si può produrre un disagio psichico.⁵ Possiamo immaginare come questo vada a complicarsi nel processo migratorio in cui una donna arriva da un Paese dove si è creata una certa rappresentazione di sé in base alla cultura e a una serie di ideali e nella nuova realtà gli stessi ideali e valori non vengono riconosciuti. Con la migrazione questa rappresentazione è completamente in contrasto con la nuova realtà che la rifiuta e spesso non la accetta; questo può produrre una perdita di identità e una forte crisi psichica.

E' necessario quindi avere uno sguardo privo di pregiudizio su donne provenienti da culture diverse e quindi portatrici di una serie di valori e credenze che comportano una serie di pratiche come la mutilazione dei genitali femminili.

1.1 Immigrazione femminile

L'immigrazione, soprattutto nelle grandi città, sta assumendo sempre più una connotazione al femminile e ciò comporta la necessità di riconoscere un valore alla dimensione del genere nell'analisi del fenomeno migratorio e dei disagi, anche interiori, che esso comporta.

All'interno di questo quadro troviamo diverse tipologie e livelli di immigrazioni con possibili situazioni di disagio sociale, economico e psicologico e in cui il vissuto dell'esperienza migratoria comporta un cambiamento e una serie di conseguenze.

I motivi che inducono le donne a migrare sono di vario tipo: guerra, problemi economici, sentimentali o lavorativi.

La migrazione comporta per le donne non solo il confronto con altri valori ed altre norme comportamentali ma anche la ridefinizione del proprio ruolo. Esso si trasforma in quanto la donna diventa lavoratrice e a volte assume la funzione di capofamiglia. Nei casi in cui, invece, raggiunge il marito nel nuovo Paese ospitante, rimane spesso a casa mantenendo il suo ruolo subordinato rispetto al marito e dedito alla famiglia.

Il viaggio verso il nuovo Paese rappresenta un passaggio che comporta la fine di un sistema di relazioni, affetti, abitudini e un nuovo inizio.

La patologia della povertà (malnutrizione, malattie respiratorie, parassitosi, tubercolosi) e la patologia di sradicamento (cambiamento dei ritmi, del clima, dell'alimentazione, sentimento di tradimento al gruppo di appartenenza e conseguente facilità all'insorgenza di malattie psicosomatiche) sono alcune delle patologie e delle

⁵ Walter G. Joffe e Joffe Sandler, "Concetto di dolore , con particolare riferimento alla depressione e al dolore psicogeno"

problematiche che si trovano ad affrontare, da una parte, le donne immigrate in Italia e, dall'altra, gli operatori sanitari sia del settore pubblico che del "privato-sociale".

Effetti dell'immigrazione nelle donne immigrate e nel Paese accogliente

Il fenomeno dell'immigrazione in Italia ha prodotto dei cambiamenti culturali e sociali, con effetti rilevanti anche dal punto di vista medico.

In particolare ha reso visibile nei paesi industrializzati realtà e abitudini che in precedenza non erano ben conosciute e ha coinvolto le popolazioni in processi multiculturali difficili.

Il processo migratorio introduce nuovi soggetti e nuovi contenuti culturali in grado di produrre un progetto comunitario condiviso ma spesso ostacolato da dinamiche dialettiche oppostive. L'impatto tra più culture, infatti, produce spesso situazioni di incertezza culturale, conflitti, disorientamenti che sfociano in quello che viene definito disagio culturale.⁶

Due realtà a confronto: da un lato i processi di adeguamento delle aspettative e dell'immaginario culturale dell'immigrato al nuovo Paese e dall'altro lato il Paese che accoglie e che ha una visione generica, sintetica, omologata del migrante.⁷

L'ospedale, con l'aumento continuo dell'utenza straniera, si trova a doversi ridefinire. Gravidanze ravvicinate, nascite pretermine, basso peso alla nascita, ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza e a pratiche di contraccezione non conosciute e non capite rappresentano alcuni degli aspetti più drammatici.

A volte le donne immigrate provengono da paesi del sud del mondo, dove hanno una vita durissima, spesso caratterizzata da violenze contro qualsiasi diritto umano: povertà, fame, malattie, carico di lavoro eccessivo, tirannie, repressioni e guerre.

Molte donne straniere arrivate in Italia portano ferite nel corpo, spesso irrimediabili, risultato di antiche pratiche escissorie: le Mutilazioni Genitali femminili (MGF), un termine che comprende diverse pratiche rituali tradizionali. Il fenomeno migratorio ha diffuso questa pratica nei paesi industrializzati in particolare in Europa, Stati Uniti, Canada e Australia.⁸

La mutilazione dei genitali femminili è una pratica che rappresenta un valore importante per le culture africane, essa rappresenta un rito di iniziazione per entrare a far parte di un gruppo, è un passaggio per la costruzione di una identità.

Questi valori non vengono accettati nella nostra società e quindi le donne con l'immigrazione si trovano a vivere all'interno di una Società che considera violenza, un massacro e fuori da ogni logica umana tutto ciò che per lei aveva un valore profondo perché facente parte del normale processo del divenire donna.

Alla base della pratica delle MGF ci sono motivazioni socio-culturali, ragioni estetiche e igieniche, convinzioni spirituali e religiose e motivazioni psicologiche e sessuali.

Rappresentano un segno di appartenenza a cui non si vuole rinunciare, in Somalia non esiste il senso dello Stato, essere infibulate vuol dire essere somale.

⁶ Di Cristofaro Longo G., Morrone A., Cultura, salute, immigrazione. Un'analisi interculturale, Armando, Roma 1994

⁷ Aldo Morrone, A. Sanella, "Sessualità e culture", Milano, 2010

⁸ A. Morrone e Sannella A., "Sessualità e culture", Franco Angeli, Milano 2010

La pratica MGF è illegale e penalmente perseguibile in numerosi paesi, tuttavia l'OMS stima che sarebbero dai 100 ai 140 milioni le donne nel mondo sottoposte a MGF.⁹

Le bambine sottoposte a tali pratiche sono ogni anno, circa 3 milioni.¹⁰

Le procedure includono l'escissione del prepuzio, l'escissione totale o parziale del clitoride e delle labbra, la sutura e il restringimento dell'orifizio vaginale (infibulazione), l'introcisione (allargamento dell'orifizio vaginale lacerando o tagliando il perineo), il pricking, il piercing, l'incisione o la cauterizzazione mediante bruciatura del clitoride e/o delle labbra e il raschiamento del tessuto circostante l'orifizio vaginale o l'incisione della parte vaginale anteriore e talvolta posteriore.

I dati circa la diffusione dei vari tipi di MGF sono molto incerti; secondo le fonti più certe la pratica sarebbe diffusa per il 98% in Somalia, 97% in Egitto, 90% in Gibuti e Eritrea, l'89% in Sudan, l'85-94% in Mali, ma sono osservabili anche in Europa, Australia, America Latina presso le comunità di immigrati e rifugiati.¹¹

L'età in cui viene praticata la mutilazione genitale femminile varia a seconda del gruppo etnico e della zona geografica, tuttavia sono colpite soprattutto donne tra i 12 e 49 anni.

In una ricerca del 2009 sono state raccolte delle testimonianze all'interno di comunità di giovani donne provenienti da Paesi a tradizione escissoria;

Una madre somala che vuole garantire il meglio per sua figlia dice: *"eh, devo dare un futuro a mia figlia io, mica le posso lasciare le schifezze e la metto in mezzo a una strada; così nessuno se la prende."* Le schifezze rappresentano il clitoride e le piccole labbra di una neonata che devono essere deturpati in modo da adeguarlo ai dettami simbolici di un corpo sociale che chiede modifiche a una natura imperfetta.¹²

Queste pratiche fanno parte di una tradizione antica, sono legate ad un ideale di bellezza del corpo che deve essere purificato, pulito, privo di odori. La donna europea viene vista come sporca, una donna privata di pratiche che permettono il raggiungimento di un ideale.

Tuttavia le MGF possono essere accompagnate da un vissuto di paura, terrore, un vero trauma caratterizzato dalla soppressione dei sentimenti e dei pensieri il cui ricordo rimane per tutta la vita accompagnato da conseguenze fisiche, psichiche e sociali. Bisogna fare molta attenzione ad entrare all'interno di questo mondo culturale delicato e per molti versi oscuro.

Per quanto riguarda gli effetti psicosessuali della pratica delle MGF è disponibile una scarsa documentazione; tra i possibili effetti che si sono riscontrati ci sono : - frigidità, -mancanza di orgasmo, -difficoltà coitale o incapacità assoluta di avere rapporti vaginali, - conflitti coniugali.¹³

Tuttavia dai racconti di molte donne non è sempre così anzi queste pratiche spesso portano ad intensificare il piacere.

⁹ Cfr. World Health Organization (WHO), Female Genital Mutilation, Fact sheet n. 241, May, 2008;

¹⁰ Cfr. Unicef, Changing Harmful Social Convention: Female Genital Mutilations/cutting, Innocenti, Digest, 2005;

¹¹ A. Morrone, A. Sanella, "Sessualità e culture", Milano, 2010

¹² Aldo Morrone, A. Sanella, "Sessualità e culture", Milano, 2010

¹³ Aldo Morrone., Vulpiani P., *Corpi e simboli*, Armando ed, 2004

La sofferenza che può caratterizzare il vissuto della mutilazione dei genitali femminili può produrre delle conseguenze nel rapporto con il proprio corpo e di conseguenza nella relazione con il partner.

Nel 2009 il Ministero delle Pari Opportunità ha commissionato una valutazione quantitativa e qualitativa del fenomeno MGF in Italia. Tra le diverse ricerche sono stati condotti dei focus group rivolti a donne straniere provenienti da paesi a rischio. Il tema del corpo è stato al centro della discussione nei focus group e analizzando i risultati gli aspetti più significativi che sono emersi sono:

Le resistenze e difficoltà nel parlare di MGF riguardano soprattutto le donne anziane. Per le giovani donne le informazioni derivano per lo più dai mass media e, in ogni caso, questo problema è retaggio di antiche tradizioni;

Nel contesto familiare l'argomento MGF è ancora un tabù;

Le Mgf sono un problema soprattutto "occidentale";

Le MGF sono pratiche fatte per motivi culturali e non religiosi in quanto si tratta prevalentemente di preservare la verginità;

Le Mgf interessano le zone rurali meno istruite dei Paesi coinvolti;

In Egitto, per mantenere salva la tradizione attualmente viene praticato un solo taglio come segno simbolico.¹⁴

Non bisogna mai dimenticare che le MGF vengono agite per costruire l'identità femminile e come tale esiste un senso di appartenenza da non sottovalutare.

Sessualità e disturbi sessuali

Come già detto in precedenza il tema della sessualità nelle donne è un argomento complesso, profondo e difficile da conoscere.

La sessualità è un aspetto dell'essere umano molto importante che indica sia l'attività finalizzata alla riproduzione sia la ricerca del piacere insieme al proprio partner, ma non solo.

In questo modo tocca diversi ambiti di un individuo: l'ambito biologico, riproduttivo, culturale, ludico e relazionale affettivo.

I fattori che compongono e modulano la sessualità umana sono molteplici e si influenzano tra di loro in modo tale che l'uno può favorire o inibire l'altro e viceversa.

Si possono considerare i fattori biologici, fattori psicosessuali, fattori contesto-dipendenti.

I fattori biologici riguardano il corpo e i possibili disturbi di tipo fisiologico.

I fattori psicosessuali riguardano tutti i sentimenti, la paura, le emozioni associati a vissuti della donna e che influenzano la sua sessualità.

Infine i fattori contesto dipendenti sono tutti gli aspetti legati al contesto di provenienza che influenzano la sessualità, tra cui la cultura, la religione, la famiglia, le esperienze correlate, credenze e ideologie.

I disturbi sessuali femminili sono ampiamente diffusi e spesso non vengono riconosciuti nella loro reale importanza per la qualità della vita di una donna e di una coppia. La loro importanza o serietà può dipendere da molti fattori.

¹⁴ Aldo Morrone, A. Sanella, "Sessualità e culture", Milano, 2010

I disturbi sessuali femminili possono essere suddivisi nelle seguenti categorie:

Disturbi del Desiderio

Disturbi dell'Eccitazione

Disturbi dell'Orgasmo

Disturbi da Dolore sessuale.

Disturbi dell'Identità di Genere

Parafilie ("perversioni")

Sessualità compulsiva

Problemi non sessuali che possono causare disturbi sessuali

Sessualità insoddisfacente

Nelle donne immigrate il processo migratorio può andare a incidere sulla sessualità anche perché si trovano a confrontarsi con una Società che ha un approccio diverso sull'argomento rispetto al Paese di origine e con una tradizione completamente diversa. Con l'immigrazione le donne si trovano private di una loro identità, tutto ciò che era un tempo normale e facente parte della cultura, nel nuovo Paese viene sottovalutato e non riconosciuto.

Sulla sessualità delle donne immigrate c'è una scarsa documentazione essendo un argomento estremamente delicato e difficile da affrontare; queste donne non sono abituate a parlare di sessualità in quanto nella loro cultura è un argomento tabù e viene affrontato in modo diverso.

Sono state svolte per lo più ricerche che andavano a raccogliere informazioni attraverso gli operatori sanitari in quanto è molto difficile affrontare argomenti delicati con le donne immigrate sia per le difficoltà delle singole donne di parlare della propria vita privata sia perché spesso i mariti di queste donne ostacolano la loro partecipazione

Gli studi sulla mgf e sulle conseguenze che essa può avere nella vita sessuale delle donne è molto contrastante.

Sara Johnsdotter e Birgitta Essen attraverso il progetto " Salute sessuale tra le giovani donne somale in Svezia" hanno cercato di comprendere le esperienze sessuali tra le donne somale maggiorenni.¹⁵

Il progetto comprendeva diversi studi della popolazione somala in Svezia ; nel '98 attraverso uno studio qualitativo sull'esperienza della gravidanza e del parto nelle donne somale in Svezia si evidenziò come il tema della sessualità emergesse in modo spontaneo nei racconti delle donne che riferivano di avere rapporti con i mariti durante la gravidanza. Una donna intervistata dice: "come se ne può fare a meno per nove mesi?"¹⁶

Nel 2002 Johnsdotter sviluppò uno studio antropologico sulla circoncisione femminile tra le donne somale; durante alcune interviste emerse il tema della sessualità e la maggior parte delle donne dimostrarono un atteggiamento positivo verso il sesso; tuttavia ne parlano soprattutto in termini generali in quanto molte di loro evitano di parlare della propria esperienza.

¹⁵ A. Morrone, P. Vulpiani, Corpi e simboli, 2004

¹⁶ Essen et al.,2000, Essen 2001

Nello studio nessuna donna somala parlò spontaneamente della perdita delle capacità di trarre piacere dal sesso a causa della circoncisione .

Dal settembre 2003 al marzo 2004 è stato condotto uno studio qualitativo sulla circoncisione femminile tra le donne svedesi di origine eritrea ed etiope attraverso delle interviste. Nonostante il tema della sessualità non fosse centrale nello studio, nel corso delle interviste divenne un argomento saliente. Molte donne erano convinte che la circoncisione femminile avesse distrutto la loro possibilità di avere una vita sessuale piacevole.

Nelle interviste dello studio di Johnsdotter emerse che le donne somale in Svezia abbandonano la tradizione della circoncisione femminile e quindi le madri devono trovare altre strategie rispetto all'infibulazione per assicurare la castità delle loro figlie; queste strategie comprendono la comunicazione rispetto alla sfera sessuale, un esteso controllo sociale, e fiducia nel rapporto madre e figlia. La comunità somala in Svezia richiede che le giovani nubili restino vergini fino al matrimonio. Le ragazze che restano incinte prima del matrimonio sono socialmente escluse dalla comunità somala.¹⁷

In un'indagine preliminare sulla sessualità in un gruppo di donne con mutilazione dei genitali femminili in assenza di complicanze a distanza sono state reclutate 137 donne immigrate dai paesi africani.¹⁸

Gli strumenti usati comprendevano un' intervista semistrutturata appositamente costruita e un preliminare adattamento in italiano del Female Sexual Function Index (FSFI, Rosen, Brown, Heiman, Leiblum, Meston, Shabsigh; Ferguson, D'Agostino, 2000). Nei risultati relativi alle conseguenze psico-sessuali legate all'operazione è emerso che il primo rapporto sessuale nella maggior parte dei casi è avvenuto dopo il matrimonio e la cicatrice nella quasi totalità dei casi (83,21%) è stata aperta dal partner dopo ripetuti tentativi di penetrazione.

Solo nel 6% dei casi l'apertura completa della cicatrice è avvenuta al momento del parto.

Le domande sulla sessualità andavano a raccogliere informazioni sul desiderio, sull'eccitazione-lubrificazione, sull'orgasmo e sulla penetrazione.

I risultati evidenziano che il 75,37% del campione valuta il proprio desiderio intenso, il 64,34% riferisce una lubrificazione vaginale abbondante e l'11% assente, solo il 3,65% del campione dichiara di non aver mai raggiunto l'orgasmo e questo dimostra che non c'è associazione tra mgf e impossibilità di raggiungere l'orgasmo.

Infine il 90,52% del campione dichiara di provare piacere dal rapporto sessuale.

I colloqui con le partecipanti alla ricerca hanno confermato i risultati ottenuti e hanno dimostrato come nelle donne il significato attribuito alla sessualità, il contesto socio-culturale e la qualità della relazione possono influire la percezione del dolore e del piacere.¹⁹

Sulla base dei risultati osservati nelle diverse ricerche e dallo studio della sessualità nelle donne immigrate, è necessario fare molta attenzione a come viene condotto uno studio di questo tipo.

¹⁷ A. Morrone, P. Vulpiani, Corpi e simboli, 2004

¹⁸ G.C. Denniston et al., in "Bodily integrity and the politics of circumcision", 2006 springer

¹⁹ A. Morrone, P. Vulpiani, Corpi e simboli, 2004

E' importante imparare a conoscere "il diverso" senza pregiudizio, spostandosi da una visione etnocentrica e offrendo uno spazio accogliente per potersi confrontare con culture, valori e credenze profonde.

IL PROGETTO

2.1 Obiettivi

L'obiettivo generale di questo studio è di svolgere un' indagine esplorativa sulla sessualità delle donne immigrate e comprendere l'impatto che gli aspetti socio-culturali, religiosi, le tradizioni ed usanze legate alla cultura possono avere nella vita coniugale e sessuale.

Obiettivi specifici: - le relazioni che ci sono tra differenze culturali, di provenienza geografica e l'approccio alla sessualità; - quanto l'immigrazione, l'adattamento al nuovo contesto e ai nuovi valori vadano ad influire sull'approccio alla sessualità; l'impatto che tradizioni, religione, miti, e riti hanno nella vita sessuale e di coppia.

Metodo e fasi di intervento

Il campione: il campione sarà costituito da donne immigrate provenienti da paesi a rischio mgf non distinte per appartenenza religiosa; verrà individuato un campione di donne di età compresa tra i 15 ed i 40 anni.

Il progetto comprenderà 3 fasi:

Fase 1

INDAGINE PRELIMINARE

La prima fase del progetto ha l'obiettivo di conoscere la dimensione della femminilità attraverso l'ascolto delle donne africane.

Le complesse dinamiche del processo del divenire donna implicano l'introduzione delle figure femminili, il senso dell'essere donna in funzione del mandato sociale e questo rappresenta una questione molto delicata se si vuole esplorare la sfera della sessualità. Tutto ciò risulta ancora più complicato se ci rivolgiamo a donne provenienti da culture diverse.

Consapevoli del nostro sguardo su un mondo che conosciamo solo in parte e non potendo utilizzare i medesimi strumenti (questionari ecc) che fanno riferimento a concetti, parole e significati intrisi della nostra cultura occidentale, si è deciso di svolgere un lavoro preliminare mettendoci in una dimensione di ascolto e offrendo la parola alle donne immigrate provenienti da paesi a rischio mgf.

Attraverso delle interviste si cercherà di esplorare la delicata area del significato del divenire donna e in particolare della sessualità all'interno di una cultura diversa.

Non si intende rivolgere domande personali sulle attività sessuali delle intervistate ma l'obiettivo è quello di affrontare temi della sessualità a livello generale e di conoscere la posizione delle donne.

Durante le interviste sarà fondamentale assicurare le intervistate sulla riservatezza su quello che verrà detto durante il colloquio cercando di creare un'atmosfera accogliente.

Da tale indagine si auspica di entrare in contatto con una visione non occidentalizzata dei fenomeni di indagine per poter al meglio comprenderne le ragioni ed i vissuti correlati non altrimenti conoscibili.

2- STRUMENTO

Nel progetto verrà utilizzata l'intervista semi strutturata, uno strumento aperto e modellabile nel corso dell'interazione, adattabile ai diversi contesti empirici e alle diverse personalità degli intervistati. Essa prevede una traccia che riporta gli argomenti che necessariamente devono essere affrontati durante l'intervista; può essere costituita da un elenco di argomenti o da una serie di domande a carattere generale.

Nonostante sia presente una traccia fissa e comune per tutti, la conduzione dell'intervista può variare sulla base delle risposte date dall'intervistato e sulla base della singola situazione. L'intervistatore, infatti, non può affrontare tematiche non previste dalla traccia ma, a differenza di quanto accade nell'intervista strutturata, può sviluppare alcuni argomenti che nascono spontaneamente nel corso dell'intervista qualora ritenga che tali argomenti siano utili alla comprensione del soggetto intervistato. Può accadere, ad esempio, che l'intervistato anticipi alcune risposte e quindi l'intervistatore può dover modificare l'ordine delle domande. In pratica, la traccia stabilisce una sorta di perimetro entro il quale l'intervistato e l'intervistatore hanno libertà di movimento consentendo a quest'ultimo di trattare tutti gli argomenti necessari ai fini conoscitivi. Nell'intervista verrà indagata l'influenza degli aspetti culturali e religiosi sulla vita di coppia, nel ruolo uomo donna, e nella sfera sessuale della donna. Per quanto concerne l'area trattante le mgf verrà, invece, costruita una batteria di item basandosi sull'ampia letteratura esistente, che andrà a far parte del del questionario nella sua versione finale.

Fase 2

ANALISI E COSTRUZIONE DEL QUESTIONARIO:

Una volta terminate le interviste la fase 2 comprenderà l'analisi del materiale raccolto e le stesse parole, le espressioni che provengono dai discorsi delle donne intervistate verranno utilizzati per costruire un questionario da utilizzare in seguito per conoscere la sfera della sessualità.

Il questionario strutturato ad hoc permetterà di mettere in relazioni caratteristiche anagrafiche e socio-demografiche del campione con aspetti di rilevanza per l'indagine da svolgere quali l'approccio alla sessualità e tutti gli aspetti correlati.

Fase 3

SOMMINISTRAZIONE DEL QUESTIONARIO:

La terza fase comprende la somministrazione del questionario sulla sessualità nelle donne immigrate.

Il questionario creato verrà somministrato ad un campione di donne diverso da quello dell'indagine preliminare ma egualmente non probabilistico ed a scelta ragionata, selezionato per paese di provenienza; dai dati ottenuti si cercheranno eventuali correlazioni tra le risposte fornite e le caratteristiche anagrafiche del campione

Intervista Semistrutturata

Prima di incominciare l'intervista, la donna verrà informata sugli obiettivi del progetto e verrà rassicurata sulla privacy. Si cercherà di creare un'atmosfera accogliente e priva di pregiudizi. Inoltre a ciascuna verrà chiesto se ha già partecipato a ricerche simili e che cosa ne pensa.

Si cercherà di capire se ricerche di questo tipo rappresentano un'intrusione oppure se possono rappresentare un modo per far conoscere la loro cultura, i valori e tutto ciò che la caratterizza.

INFANZIA E PRATICHE DI INIZIAZIONE

Nel tuo Paese di origine c'è qualche differenza nell'educazione delle bambine e dei bambini?

Quando si diventa "grandi" per una bambina, quando avviene il passaggio a donna adulta? (..MGF?altro..)

Ci sono dei rituali particolari nel passaggio da bambina a donna? se sì cosa ne pensi?

Alle bambine si parla delle differenze tra uomo e donna e di argomenti riguardo alla sessualità?

C'è un ideale, un modello di bellezza femminile? La bellezza da che cosa dipende?

RAPPORTO DI COPPIA

Nel rapporto tra un uomo e una donna ci sono delle differenze? nella coppia c'è chi decide e cosa?

Nell'intimità ci sono delle regole?

Quando si esprime la sessualità nella coppia? I rapporti sessuali sono associati al matrimonio?

Mi puoi spiegare come viene conosciuta la sessualità?

In coppia si parla apertamente di sessualità?

CULTURA E RELIGIONE

Come viene vista la sessualità nella tua cultura?

Cosa viene accettato dalla tua religione nella sfera sessuale? Ci sono dei limiti, delle regole?

Secondo la tua religione qual è il modo corretto di vivere la sessualità?

DIFFERENZE TRA PAESE DI ORIGINE E PAESE ACCOGLIENTE RIGUARDO AL CONCETTO DI PIACERE

Ci sono delle differenze nella visione della sessualità nel tuo paese e nel paese i cui ti trovi attualmente?

Che cosa significa per la tua cultura provare piacere nel rapporto sessuale?

Che ruolo ha la sessualità nella tua cultura?

Il sesso è visto come un gesto d'amore o come?

Prospettive di lavoro

Con questo studio ci si aspetta di ottenere dei dati finalizzati alla creazione di uno strumento di ricerca.

Una volta realizzato, tale strumento potrebbe essere utilizzato per estendere la ricerca alle seconde generazioni e a come il loro adattamento alla cultura, ai valori del nuovo Paese e l'influenza della cultura di origine, creino delle differenze nell'approccio alla sessualità rispetto alle madri di prima generazione.

Bibliografia

- Abu Daja J.M., Female circumcision, "Saudi Medical Journal", 21(10),921-923, 2000;
Andersson C., Female Genital mutilation- a complex phenomenon, *Lakartidningen*, 98(20),2001;
Balsamo F., da una sponda all'altra del Mediterraneo. Donne immigrate e maternità, *L'Harmattan Italia*, Torino, 1997;
Beneduce R., *Frontiere dell'identità e della memoria*, Franco Angeli, Milano, 1995;
G.C. Denniston et al., in "Bodily integrity and the politics of circumcision", 2006
springer
Grinberg L. e Grinberg R., *Psicoanalisi dell'emigrazione e dell'esilio*, Franco Angeli, Milano, 1990;
Morrone A., Cristofaro Longo G., *Cultura, salute, immigrazione. Un'analisi interculturale*, Armando, Roma 1994
Morrone A. e Sannella A., "Sessualità e culture", Franco Angeli, Milano 2010;
Morrone A., Vulpiani P., *Corpi e simboli*, Armando ed, 2004;
Ranisio G., *Venire al mondo: credenze, pratiche e rituali del parto*, Roma, Meltemi, 1996;
Toubia N., Two million girls a year mutilated, "The progress of nations". New York, NY, UNICEF, 1996;
Toubia N., Female genital mutilation and the responsibility of reproductive health professional. "International Journal of Gynecology e Obstetrics";
WHO, Female genital mutilation. An overview, Geneva, 1998
Unicef, *Changing Harmful Social Convention: Female Genital Mutilations/cutting*, Innocenti, Digest, 2005