

**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



**SESSUALITA' E CULTURA**

A cura di

Francesca Valencak

Nicoletta Marzi



# 1. 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.<sup>1</sup>

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"* ”<sup>2</sup>

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.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Bidlowsky M., Il debito di vita- i segreti della filiazione, QuattroVenti

<sup>2</sup> S. Freud, Tre saggi sulla teoria della sessualità (1905), in Boringhieri, vol. 5^, IV op. o. 1970

<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup> 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 ideale 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.

---

<sup>4</sup> Walter G. Joffe e Joffe Sandler, “Concetto di dolore , con particolare riferimento alla depressione e al dolore psicogeno”

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 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".

## 1.2 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 opposite. L'impatto tra più culture, infatti, produce spesso situazioni di incertezza culturale, conflitti, disorientamenti che sfociano in quello che viene definito disagio culturale.<sup>5</sup>

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.<sup>6</sup>

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 contracccezione 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.

---

<sup>5</sup> Di Cristofaro Longo G., Morrone A., Cultura, salute, immigrazione. Un'analisi interculturale, Armando, Roma 1994

<sup>6</sup> Aldo Morrone, A. Sanella, "Sessualità e culture", Milano, 2010

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.<sup>7</sup>

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.

La pratica MGF è illegale e penalmente perseguitabile in numerosi paesi, tuttavia l'OMS stima che sarebbero dai 100 ai 140 milioni le donne nel mondo sottoposte a MGF.<sup>8</sup>

Le bambine sottoposte a tali pratiche sono ogni anno, circa 3 milioni.<sup>9</sup>

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.<sup>10</sup>

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.

---

<sup>7</sup> A. Morrone e Sannella A., “Sessualità e culture”, Franco Angeli, Milano 2010

<sup>8</sup> Cfr. World Health Organization (WHO), Female Genital Mutilation, Fact sheet n. 241, May, 2008;

<sup>9</sup> Cfr. Unicef, Changing Harmful Social Convention: Female Genital Mutilations/cutting, Innocenti, Digest, 2005;

<sup>10</sup> A. Morrone, A. Sanella, “Sessualità e culture”, Milano, 2010

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.<sup>11</sup>

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.<sup>12</sup>

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

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”;

---

<sup>11</sup> Aldo Morrone, A. Sanella, “Sessualità e culture”, Milano, 2010

<sup>12</sup> Aldo Morrone., Vulpiani P., Corpi e simboli, Armando ed, 2004

- 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.<sup>13</sup>

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.

### 1.3 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.

---

<sup>13</sup> 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 si 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 maggiorenne.<sup>14</sup>

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?” .<sup>15</sup>

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

---

<sup>14</sup> A. Morrone, P. Vulpiani, Corpi e simboli, 2004

<sup>15</sup> Essen et al.,2000, Essen 2001

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.

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.<sup>16</sup>

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.<sup>17</sup>

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.

---

<sup>16</sup> A. Morrone, P. Vulpiani, Corpi e simboli, 2004

<sup>17</sup> G.C. Denniston et al., in "Bodily integrity and the politics of circumcision", 2006 springer

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.<sup>18</sup>

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.

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.

---

<sup>18</sup> A. Morrone, P. Vulpiani, Corpi e simboli, 2004

## 2. 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.

### 2.2 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

##### 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'introiezione 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 rassicurare 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 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

## 2.3 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?

### **3. 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