

Your role as a health-care provider is to support girls and women who seek care at health care facility. Every contact with a girl or woman who has experienced FGM represents an opportunity to provide her with accurate information about her body and health.

World Health Organization - WHO

MGF

MUTILAZIONI
GENITALI

FEMMINILI

un fenomeno globale

Esiti del percorso di ricerca,
formazione e sensibilizzazione



Regione Umbria



USLUmbria2



CIDIS

A cura di:

Annagrazia Faraca (CIDIS)

Valentina Chiocchi (CIDIS)

Elisa Marceddu (CERSAG)

Gruppo di progetto:

Alessandro Maria Vestrelli (Regione Umbria)

Eleonora Bigi (Regione Umbria)

Maria Teresa Terreri (CIDIS)

Laura Panella (CIDIS)

Marco Cristofori (CERSAG)

Giada Fioretti (CERSAG)

Sonia Bacci (CERSAG)

Ringraziamenti

Ringraziamo tutte le persone e i partner che a diverso titolo hanno partecipato con grande entusiasmo a questa attività. Un sentito grazie va dunque alla Regione Umbria, ai dirigenti dell'ASL Umbria2 e del Centro di Salute Globale Regionale (CERSAG) per aver promosso questo progetto di ricerca-azione; agli operatori e alle operatrici socio-sanitari/e, alle mediatrici culturali, alle operatrici del sistema di accoglienza per richiedenti asilo e protezione internazionale, agli studenti e alle studentesse del corso di laurea in infermieristica presso l'Università degli Studi di Perugia (sede di Terni) per la loro disponibilità a raccontarsi, per la loro generosità a condividere le proprie esperienze e per le ricche riflessioni condivise.

Indice

Prefazione	5
Introduzione	7
Le Mutilazioni Genitali Femminili: un fenomeno globale	9
Obiettivi della ricerca-azione	24
Nota metodologica	26
Il campione	31
I risultati della ricerca-azione: analisi quantitativa	32
I risultati della ricerca-azione: analisi qualitativa	50
Conclusioni	76
Appendice	78
Bibliografia	85

Prefazione

Le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) sono un fenomeno globale che coinvolge almeno 200 milioni di ragazze e donne in molti Paesi e costituiscono una violazione dei loro diritti fondamentali. L'UNICEF, in un recente rapporto, stima che altri 68 milioni di ragazze subiranno mutilazioni genitali da qui al 2030 se non vi sarà una forte accelerazione nell'impegno per porre fine a questa pratica nociva per la salute psico-fisica di donne e bambine.

Per quanto in Italia queste pratiche siano vietate, il rischio per bambine e donne migranti torna alto in caso di viaggi per vacanze o festività nei loro Paesi di origine e, comunque, in modo illegale viene ancora praticato anche nel nostro paese.

Una questione così complessa, che intreccia dimensioni individuali e collettive, sanitarie, culturali e del diritto, non può essere affrontata se non attraverso un lavoro di squadra, una riflessione comune di tutti gli attori coinvolti.

La Regione Umbria, al fine di portare avanti un lavoro progressivo per cercare di migliorare la capacità di tutto il sistema di prevenzione, promozione della salute e cura, ha attivato un progetto per poter rispondere alle esigenze delle donne a rischio di MGF o che già ne stanno vivendo le conseguenze, e comunque di aumentare le conoscenze del fenomeno, e la cultura su questo gravissimo problema globale.

Consapevoli che la strada è ancora lunga abbiamo cercato di essere guidati dai dati e dalle stime a disposizione, dalle evidenze e dalle buone pratiche sperimentate finora.

Il tutto attraverso una formazione capillare del personale sanitario e sociale, sia delle AUSL che dei Comuni della nostra regione, nonché dei mediatori culturali e di tutti coloro che per vari motivi hanno o possono avere contatti con il fenomeno.

Questo lavoro è frutto di una indagine epidemiologica preliminare, di workshop mirati a cui hanno conseguito Focus-Group e una approfondita analisi qualitativa. È stato affrontato anche il tema della comunicazione e sono stati prodotti materiali divulgativi, on line e cartacei, per tutti i punti di interesse.

Un lavoro multisetoriale a 360 gradi che non copre ovviamente tutte le esigenze necessarie per affrontare questo problema ma sicuramente è una strada aperta ad attività future con una consapevolezza aumentata e un linguaggio comune.

Luca Coletto

*Assessore alla Salute e Politiche Sociali
Regione Umbria*

Introduzione

Le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) riguardano tutte le procedure che comportano l'asportazione parziale o totale dei genitali esterni femminili o altre lesioni dei genitali femminili praticate a scopi non terapeutici. Si conoscono vari tipi di mutilazioni genitali femminili con diversi livelli di gravità, di cui la più radicale è comunemente chiamata infibulazione.

Le MGF rappresentano una grave forma di violenza di genere, una palese violazione dei diritti della donna e una forma violenta di subordinazione di donne e bambine, in totale contraddizione ai principi di uguaglianza di genere. Le bambine e ragazze che le subiscono sono private della capacità di decidere sulla propria salute.

Oltre che umilianti, le mutilazioni genitali sono estremamente dolorose fisicamente e traumatiche a livello psicologico. Le bambine che vi sono sottoposte possono morire per cause che vanno dallo shock emorragico a quello neurogenico, provocato dal dolore e dal trauma, all'infezione generalizzata. Le MGF causano complicanze a breve, medio e lungo termine legate soprattutto a patologie infiammatorie, ostetriche, psico-sessuali e esiti cicatriziali che condizionano la salute della donna e del neonato.

Le MGF si configurano, quindi, come tradizioni che segnano il passaggio dall'infanzia all'età adulta, secondo un rito per cui un'identità di genere, costruita socialmente, darebbe senso ad un'identità biologica, attraverso la manipolazione fisica del corpo.

La Regione Umbria spicca per una importante presenza di cittadini stranieri, registrando un'incidenza a livello regionale tra le più elevate d'Italia pari al 11,2% (ISTAT 2019) a cui si

aggiungono i flussi di richiedenti asilo registrati negli ultimi anni. Tali evidenze rendono ormai necessario per le istituzioni e i servizi presenti sul territorio umbro l'attivazione di servizi capaci di rispondere alle istanze della nuova popolazione residente e non. In particolare, il trend positivo del fenomeno migratorio e, parallelamente, di quello proveniente da paesi con elevata incidenza di MGF, ci indica chiaramente che il fenomeno necessita, anche nella nostra regione, di una costante osservazione e di una sempre maggiore attenzione, soprattutto per quel che riguarda i rischi per le bambine figlie di donne provenienti dai Paesi a tradizione escissoria.

È alla luce di questa consapevolezza che nasce il presente progetto di ricerca, formazione e sensibilizzazione sulle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) promosso dalla Regione Umbria in collaborazione con AUSL Umbria2, Centro di Salute Globale (CERSAG) e CIDIS.

Le Mutilazioni Genitali Femminili: un fenomeno globale

Le Mutilazione Genitali Femminili: definizione

Le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) riguardano tutte le procedure che comportano l'asportazione parziale o totale dei genitali esterni femminili o altre lesioni dei genitali femminili praticate a scopi non terapeutici. Si conoscono vari tipi di mutilazioni genitali femminili con diversi livelli di gravità, di cui la più radicale è comunemente chiamata infibulazione.

Le MGF rappresentano una grave forma di violenza di genere, una palese violazione dei diritti della donna e una forma violenta di subordinazione di donne e bambine, in totale contraddizione ai principi di uguaglianza di genere. Le bambine e ragazze che le subiscono sono private della capacità di decidere sulla propria salute.

Oltre che umilianti, le mutilazioni genitali sono estremamente dolorose fisicamente e traumatiche a livello psicologico. Le bambine che vi sono sottoposte possono morire per cause che vanno dallo shock emorragico a quello neurogenico, provocato dal dolore e dal trauma, all'infezione generalizzata.

Le MGF causano complicanze a breve, medio e lungo termine legate soprattutto a patologie infiammatorie, ostetriche, psico-sessuali e esiti cicatriziali che condizionano la salute della donna e del neonato.

Le MGF sono praticate sulle bambine per espressa volontà e convinzione della madre, dei genitori e dell'intera comunità, per una serie di motivazioni relative a:

1. **Cultura e tradizioni:** Le MGF sono considerate una forma di controllo della sessualità della donna che, secondo la tale cultura, potrà mantenersi vergine e casta in vista del matrimonio, che in molte comunità comporta anche accesso alla terra e quindi alla sopravvivenza. Esiste una forte pressione sociale dell'intera comunità sulle giovani generazioni e sulle loro famiglie soprattutto da parte delle generazioni più anziane.
2. **Onore della famiglia e rispettabilità della donna:** In alcune comunità si tende a sostenere la necessità di MGF per prevenire una incontrollata attività sessuale delle giovani donne, al fine di tutelare gli uomini e l'intera comunità da una vita sessualmente dissoluta.
3. **Igiene ed estetica:** La rimozione, più o meno radicale, delle parti esterne dei genitali femminili rende la donna più bella da un punto di vista estetico e più pulita da un punto di vista igienico, un concetto di bellezza cui è associato un significato più profondo di purezza spirituale.
4. **False credenze di ordine sanitario:** In alcune comunità si crede inoltre che la mutilazione favorisca la fertilità della donna e la sopravvivenza del bambino durante la gravidanza, facilitando il parto e curando certe malattie e disturbi.
5. **Richieste della religione:** Alcune comunità credono che le MGF siano indispensabili per rendere le giovani donne pure spiritualmente. In alcune realtà musulmane, inoltre, si tende a credere che il Corano prescriva tali pratiche. Non risultano, però, tali prescrizioni in alcun testo sacro.
6. **Livello di istruzione materna:** L'UNICEF (2016) rileva la connessione tra il grado di istruzione materna e la

probabilità che una figlia possa subire MGF. Nei 28 Stati di cui vengono presentati dati, circa 1 su 5 fra le figlie di donne analfabete è stata sottoposta a MGF: la media scende a 1 su 9 tra le figlie di donne che avevano frequentato almeno la scuola secondaria inferiore.

Le MGF si configurano, quindi, come tradizioni che segnano il passaggio dall'infanzia all'età adulta, secondo un rito per cui un'identità di genere, costruita socialmente, darebbe senso ad un'identità biologica, attraverso la manipolazione fisica del corpo. Ad eseguire le mutilazioni sono essenzialmente donne, generalmente anziane, il cui servizio viene considerato di elevato valore e status sociale, da remunerare lautamente.

Il contesto legislativo: Convenzioni internazionali e riferimenti normativi

Gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile adottati dalle Nazioni Unite nel settembre 2015 contemplano, fra gli altri, l'eliminazione entro il 2030 di pratiche intollerabili come le MGF e i matrimoni precoci.

Secondo gli ultimi dati diffusi dall'UNICEF (2016), circa due terzi degli uomini e delle donne, nei paesi in cui le MGF sono comuni, affermano di volervi porre fine e si dicono contrari alla reiterazione di questa pratica nelle loro comunità.

Oltre a ciò, ci sono anche esempi di un crescente slancio e impegno per porre fine alle MGF in diversi Paesi che hanno varato leggi che vietano le MGF e che hanno consentito accesso a servizi di protezione, prevenzione e cura dalle MGF.

Dal 2014 al 2017 il numero di MGF praticate su adolescenti tra i 15 e i 19 anni di età è diminuito in 10 dei 17 Stati che hanno aderito al programma contro le MGF promossi da UNICEF e United Nations Population Fund - UNFPA (UNICEF, 2016).

L'Italia è stato uno dei paesi sostenitori della risoluzione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite 67/146 di messa al bando universale delle MGF adottata nel dicembre 2012.

L'Italia ha ratificato diverse convenzioni internazionali che condannano le MGF, tra cui la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (nota anche come Convenzione di Istanbul), il primo trattato regionale che riconosce l'esistenza delle MGF in Europa e l'esigenza di affrontare questa problematica in maniera sistematica, aumentando ed implementando le misure preventive, di protezione e sostegno alle donne e alle ragazze, rivolgendosi alle comunità coinvolte, alla cittadinanza in generale e a coloro che lavorano nei settori interessati. Viene inoltre reso esplicito l'obbligo di protezione (AIDOS, 2018).

Dal 2006, la legge n. 7 del 9 gennaio stabilisce disposizioni specifiche per affrontare il problema delle MGF. Viene applicato il principio dell'extraterritorialità, criminalizzando la pratica anche quando è commessa all'estero. A seguito di tale normativa, sono state emanate nel 2007 dal Ministero della Salute le Linee Guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di MGF per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche.

La legge 119 del 2013 “Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere”, stabilisce che il permesso di soggiorno potrà essere rilasciato anche alle donne straniere che subiscono violenza, lesioni, percosse, maltrattamenti in ambito domestico, incluse le MGF. La legge prevede un Piano d’Azione Nazionale, il Piano straordinario contro violenza sessuale e di genere, che è stato adottato il 25 agosto 2015. Il Piano segue l’approccio della Convenzione di Istanbul nel contrasto a tutte le forme di violenza contro le donne, incluse le MGF e il matrimonio precoce. Nel 2018 sono state pubblicate le Linee guida¹ rivolte agli operatori dei Cpsa (Centri di primo soccorso e accoglienza), dei Cda (Centri di accoglienza) e dei Cara (Centri di accoglienza per richiedenti asilo), per il riconoscimento precoce delle vittime di MGF o altre pratiche dannose, il cui obiettivo è stato quello di fornire delle indicazioni agli operatori impegnati nell’accoglienza dei richiedenti asilo su come comportarsi di fronte a presunte vittime di MGF, matrimoni forzati o altre pratiche dannose, e su come promuovere il loro accesso a risorse adeguate e sicure e alla protezione internazionale per ragioni legate alla violenza subita.

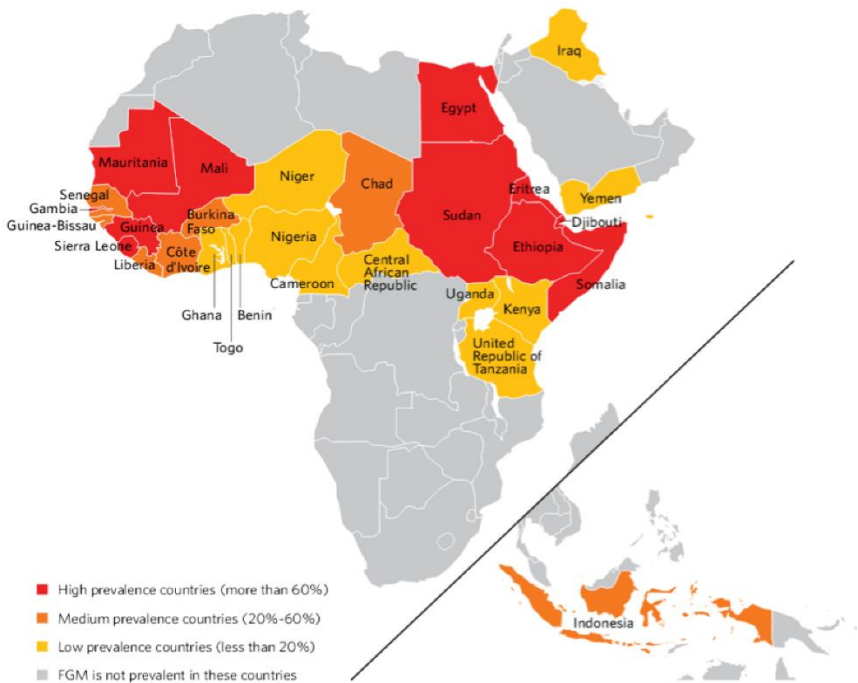
Diffusione delle MGF: il contesto internazionale

Si stima che in nel mondo il numero di donne che convivono con una mutilazione genitale siano circa 125 milioni. Dati gli attuali trend demografici, possiamo calcolare che ogni anno

¹ A cura di Associazione Parsec Ricerca e Interventi Sociali, Coop. Soc. Parsec, Università di Milano-Bicocca, A.O. San Camillo Forlanini, Nosotras Onlus e Associazione Trama di Terre.

circa tre milioni di bambine sotto i 15 anni si aggiungono a queste statistiche (UNICEF, 2016).

Le MGF sono diffuse prevalentemente in 29 paesi africani, mentre una quota decisamente minore vive in paesi a predominanza islamica dell'Asia.



Fonte: DHS and MICS, 2002-2014 citata in UNFPA, *Demographic Perspectives on Female Genital Mutilation*, 2015.

Figura 1 Paesi in cui sono praticate MGF e livello di prevalenza

In alcuni Stati africani l'incidenza del fenomeno rimane altissima, toccando il 90% della popolazione femminile (Somalia 98%, Guinea 97% e Djibouti 93%). In molti altri, invece, le mutilazioni riguardano una minoranza. La diffusione è molto disomogenea a seconda delle etnie che vi abitano, del

livello di urbanizzazione, del livello di istruzione delle donne stesse (UNICEF, 2019).

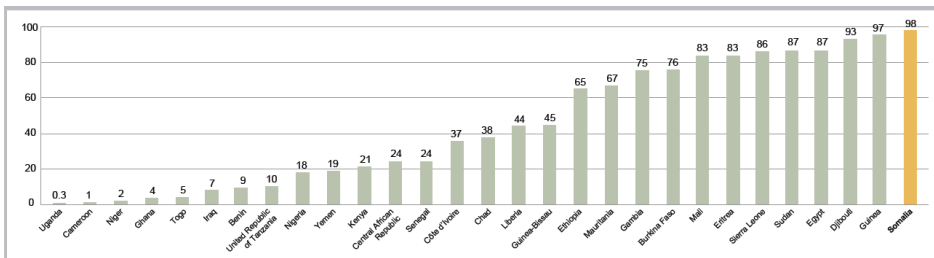


Figura 2 Percentuale di donne e bambine dai 15 ai 49 anni di età che hanno subito MGF (Fonte UNICEF, 2019)

Si registrano casi di MGF anche in Europa, Australia, Canada e negli Stati Uniti, soprattutto fra gli immigrati provenienti dall'Africa e dall'Asia sud-occidentale: si tratta di episodi che avvengono nella più totale illegalità, e che quindi sono difficili da censire statisticamente (UNICEF, 2019).

Le MGF vengono praticate principalmente su bambine tra i 4 e i 14 anni di età. Tuttavia, in alcuni paesi vengono operate bambine con meno di un anno di vita, come accade nel 44% dei casi in Eritrea e nel 29% dei casi nel Mali, o persino neonate di pochi giorni in Yemen (ibidem).

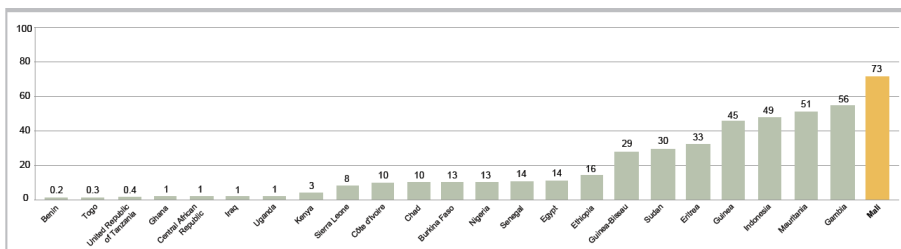


Figura 3 Percentuale di bambine da 0 a 14 anni di età che hanno subito MGF - dato riferito dalle madri (Fonte UNICEF, 2019)

Studi recenti hanno evidenziato un graduale abbassamento dell'età delle bambine sottoposte a MGF, spiegabile sia dalla maggiore facilità di occultare queste pratiche laddove sono proibite, ma anche dalla maggiore facilità di vincere eventuali resistenze da parte di bambine consapevoli (Ministero della Salute, 2007). Si è diffusa anche la tendenza alla medicalizzazione di questo rito e quindi alla pratica di MGF all'interno di strutture sanitarie ad opera di operatori sanitari, fattore di rischio questo molto importante in quanto ha reso la pratica accettabile in alcuni casi, poiché viene percepita come più igienica e meno dolorosa e pericolosa per la ragazza (European Institute for Gender Equality, 2018).

A seguito della pandemia da Covid-19, secondo quanto riportato dall'UNFPA (2020a), si potrebbero avere impatti di vasta portata sugli sforzi per porre fine alle MGF, con una ipotizzata riduzione di 1/3 dei progressi verso la fine della MGF entro il 2030, come stabilito dagli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030. Pertanto, UNFPA afferma che a causa delle interruzioni legate alla pandemia nei programmi di prevenzione, nel prossimo decennio potrebbero verificarsi 2 milioni di casi di MGF che altrimenti sarebbero stati evitati.

Le stime in Italia

In Italia, al 1° gennaio 2019 (ISTAT), risultano residenti 5.255.503 stranieri, di cui 2.718.716 femmine. Il 7% delle donne residenti, pari a 184.235 persone (172.722 al 1° gennaio 2018; ISTAT, 2019a), proviene da Paesi a tradizione escissoria, in particolare, maggiormente rappresentati, sono Nigeria, Egitto, Senegal e Ghana. Il numero di donne provenienti da

questi paesi segue un trend in continuo aumento negli ultimi anni (+6,6% dal 2018 al 2019).

Sul totale di 64.819 permessi di soggiorno per cittadini non comunitari rilasciati al 1° gennaio 2019 per motivi di asilo, richiesta asilo e motivi umanitari (ISTAT, 2019b), il 18% sono per donne delle quali il 33% provengono dalla Nigeria, seguita, per quel che riguarda i Paesi a tradizione escissoria, da Ghana, Senegal ed Egitto. Il numero assoluto di ragazze a rischio MGF è aumentato in quanto la popolazione totale di ragazze migranti provenienti dai paesi in cui si praticano le MGF che vivono in Italia è aumentata (Farina, Ortensi, Menonna, 2016). L'ultima indagine condotta (Farina et al., 2020) stima in Italia la presenza, al primo gennaio 2018, di 87.600 donne escisse, di cui 7.600 minorenni, come riportato in Figura 4.

Provenienza	Totale	Di cui:	
		Maggiorenni	Minorenni
Nigeria	28.037	24.392	3.645
Egitto	19.403	18.354	1.049
Senegal	8.007	7.170	837
Etiopia	6.806	6.670	136
Costa d'Avorio	6.137	5.529	608
Somalia	4.752	4.635	117
Eritrea	3.810	3.731	79
Burkina Faso	3.531	2.894	637
Guinea	1.129	998	131
Mali	805	648	157
Sudan	685	644	41
Altre provenienze	4.498	4.335	163
Totale	87.600	80.000	7.600
<i>* variante media</i>			

Fonte: Indagine mutilazioni femminili, Università Milano Bicocca e Dipartimento pari opportunità 2019

Figura 4 Stima delle residenti con MGF in Italia al 1 gennaio 2018 (Farina et al., 2020)

La proporzione di donne mutilate stimata supera l'80% fra le maliane, le somale, le sudanesi e le burkinabé, come mostrato di seguito; altre provenienze non superano invece il 30%.

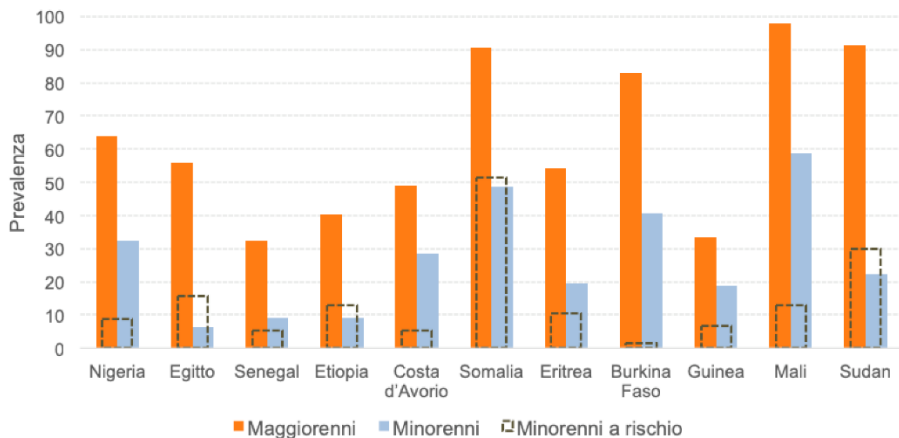


Figura 5 Prevalenza MGF stimata tra donne maggiorenni e minorenni in Italia, con indicazione di minorenni a rischio fra le provenienze indicate (Fonte: Indagine mutilazioni femminili, Università Milano Bicocca e Dipartimento pari opportunità 2019 – Farina et al., 2020)

In tutti i casi si osserva che il confronto fra maggiorenni e minorenni mostra una sostanziale riduzione fra le seconde a conferma di quanto si sta verificando anche nei paesi di origine. Per quanto riguarda il rischio delle minorenni, si osservano rischi molto differenziati. Fra le nazionalità ad alta prevalenza solo le giovani somale corrono rischi elevati di subire MGF mentre le maliane, sudanesi e burkinabé rischiano meno delle bambine egiziane.

L'Italia è uno dei paesi che ospita il maggior numero di donne escisse, in conseguenza di un consistente flusso migratorio femminile proveniente da paesi ad alta prevalenza di MGF

come l'Egitto, la Nigeria, l'Etiopia e il Senegal. Si stima (Farina, Ortensi, Menonna, 2016) che il numero di donne attualmente presenti in Italia che sono state sottoposte, durante l'infanzia, a una forma di mutilazione genitale sia riconducibile ad un intervallo tra 60.000 e 81.000 persone. Il gruppo maggiormente colpito è quello nigeriano che, insieme a quello egiziano, costituisce oltre la metà del collettivo stimato.

La presenza di un così elevato numero di donne mutilate, di cui una cospicua parte nell'ambito di flussi di tipo umanitario, segnala la necessità di implementare sia azioni di assistenza che di prevenzione. Queste cifre non comprendono, infatti, le bambine che rischiano di essere sottoposte a MGF che, in Italia, si stima (European Institute for Gender Equality, 2018) rappresentino il 15-24% delle ragazze di età compresa tra 0 e 18 anni provenienti da Paesi a tradizione escissoria.

Anche se è dimostrato che in emigrazione tale rischio si riduce (Farina, Ortensi, 2014), è indubbio che un'azione di prevenzione a tutela delle bambine e delle donne sia necessaria e urgente. Secondo un'indagine italiana (ibidem), infatti, un quarto delle donne immigrate ritiene che la pratica dovrebbe continuare.

Le stime in Umbria

In Umbria, al 1 gennaio 2019 (ISTAT, 2019c), risultano residenti 97.541 stranieri, di cui il 55,5% femmine, denotando una femminilizzazione della presenza immigrata che caratterizza anche i due territori provinciali (Bigi, 2019). Anche se negli ultimi cinque anni il numero di residenti stranieri in Umbria è risultato in flessione, la loro incidenza rispetto alla

popolazione autoctona, caratterizzata da invecchiamento e declino demografico, è aumentata e tornata ai livelli del 2013 (11,1%) (ibidem).

Il 4% delle donne residenti, pari a 2.351 persone (ISTAT, 2019c), provengono da Paesi a tradizione escissoria, in particolare i maggiormente rappresentati sono Nigeria, Costa d'Avorio, Cameroon ed Egitto.

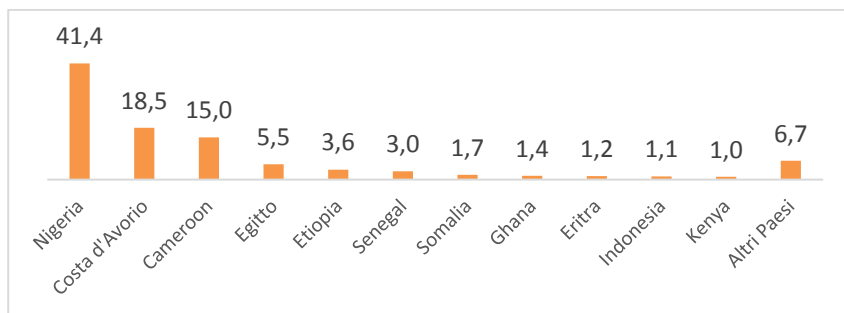


Figura 6 Percentuale donne provenienti da Paesi a tradizione escissoria residenti in Umbria (Elaborazione dati ISTAT, 2019c)

Sul totale di 625 permessi di soggiorno per cittadini non comunitari rilasciati al 1° gennaio 2019 per motivi di asilo, richiesta di asilo e motivi umanitari (ISTAT, 2019b), il 23% sono per donne e, di queste, il 45% provengono dalla Nigeria. Il 66% delle donne provenienti da Paesi a tradizione escissoria, risiede nel territorio della AUSL Umbria1.

Nel grafico che segue vengono presentati, per i territori delle due Aziende Sanitarie, i dati percentuali relativi alle donne residenti provenienti da Paesi a tradizione escissoria.

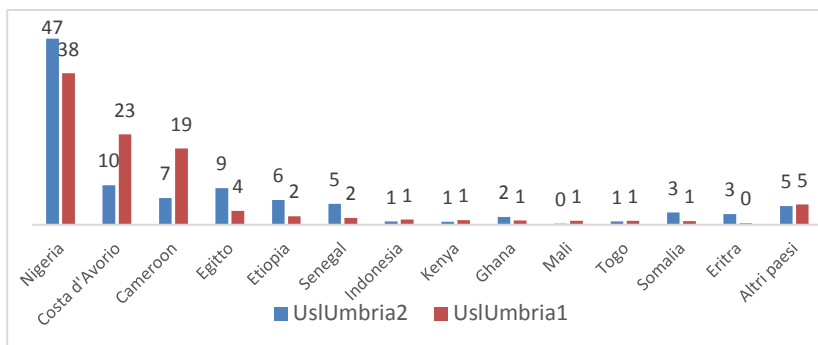


Figura 7 Percentuale di donne provenienti dai Paesi a tradizione escissoria residenti nei territori della AUSl Umbria1 e AUSl Umbria2 (Elaborazione dati ISTAT, 2019c)

Nella AUSL Umbria1 la popolazione femminile proveniente dai Paesi a tradizione escissoria è maggiormente presente nel territorio del Distretto del Perugino, dell'Alto Chiascio e dell'Assisano.

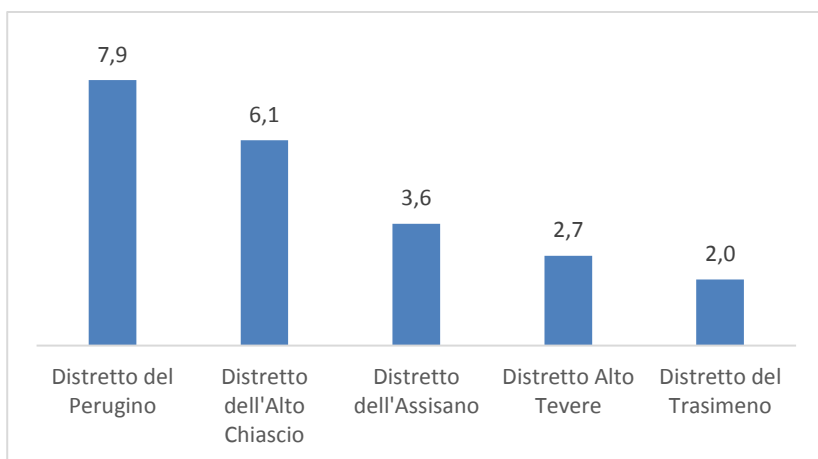


Figura 8 Percentuale di donne provenienti dai Paesi a tradizione escissoria residenti nei territori dei Distretti della AUSL Umbria1 (Elaborazione dati ISTAT, 2019c)

Nella AUSL Umbria2, invece, è maggiormente presente nel territorio del Distretto di Narni-Amelia, di Terni e di Foligno.

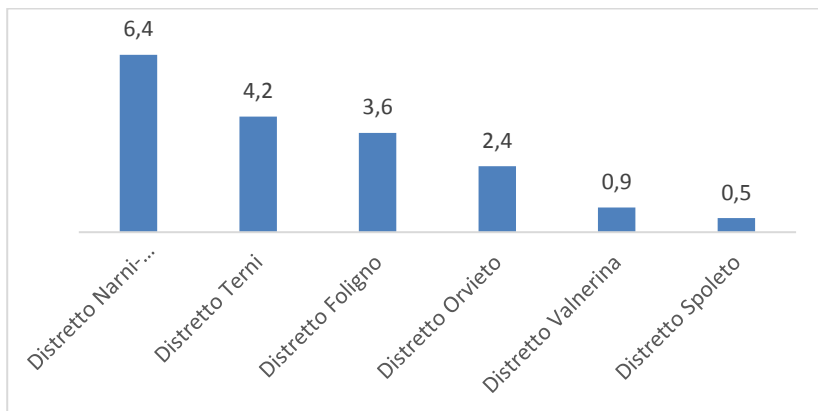


Figura 9 Percentuale di donne provenienti dai Paesi a tradizione escissoria residenti nei territori dei Distretti della AUSL Umbria2 (Elaborazione dati ISTAT, 2019c)

In Umbria è stata condotta tra il 2011 e il 2013 un'indagine (Bagaglia et al., 2014) che ha coinvolto sia le donne residenti in Umbria provenienti da Paesi con alta diffusione di MGF, sia gli operatori socio-sanitari che operano nella regione, con il preciso obiettivo di verificare la consistenza e il carattere del fenomeno, la presenza di donne già sottoposte alla pratica nel Paese d'origine, i livelli di informazione che risultano averne gli operatori socio-sanitari. Incrociando i dati, aggiornati al 2010, relativi alla consistenza numerica, suddivisa per genere, degli stranieri presenti nei diversi comuni delle Asl in cui era suddivisa la Regione Umbria fino al 2012, con i tassi di incidenza delle MGF nei vari paesi africani a disposizione al momento dell'elaborazione, è stato stimato che oltre 600 tra donne e bambine residenti in Umbria avessero subito una qualche forma di MGF.

Dalla ricerca qualitativa prevista nell'indagine (ibidem), è emerso che molte donne provenienti dai Paesi in cui le MGF vengono tradizionalmente praticate, considerino tali pratiche del tutto normali, ovvie e opportune per sé e per le proprie figlie. Per sondare la percezione e l'entità del fenomeno delle MGF nell'esperienza degli operatori socio-sanitari umbri, anche per rilevare eventuali casi di bambine e donne interessate da queste pratiche, l'indagine (ibidem) ha previsto anche la somministrazione di un questionario ad hoc rivolto a medici di medicina generale, pediatri, ginecologi, ostetriche, infermieri e assistenti sociali in servizio all'interno delle Aziende sanitarie e ospedaliere dell'Umbria. La maggioranza degli operatori (69%) denunciava la difficoltà a riconoscere le MGF.

Sulla base delle questioni critiche e dei bisogni emersi dalla ricerca, è stato realizzato un percorso biennale di formazione (2014-2015) rivolto ad operatori socio-sanitari ed educativi (100 ore di formazione, circa 200 operatori coinvolti) e sono state svolte attività di sensibilizzazione con soggetti chiave: insegnanti, studenti, operatori socio-sanitari, famiglie, amministratori e decisori politici (AIDOS, 2018).

Obiettivi della ricerca-azione

Il progetto, realizzato tra febbraio e dicembre 2020, ha inteso approfondire il fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) nel territorio regionale al fine di sensibilizzare e informare il personale socio-sanitario coinvolto e favorire lo sviluppo di attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione per le donne e le bambine sottoposte e a rischio MGF.

Il progetto è strutturato come ricerca-azione, ossia ricerca intervento e si è sviluppato in questa duplice direzione secondo i seguenti obiettivi specifici: è stata realizzata un'attività di ricerca condotta secondo le tecniche quantitative e qualitative della ricerca sociale utilizzando diversi strumenti di rilevazione (questionario e focus group) con l'obiettivo di sondare la percezione e l'entità del fenomeno a livello regionale e la distribuzione territoriale dello stesso al fine di identificare, insieme ai portatori di interesse, alcuni interventi di sensibilizzazione e contrasto al fenomeno e diffondere le principali buone pratiche riferibili alle MGF. Contemporaneamente il progetto ha realizzato un'azione di formazione e sensibilizzazione per le diverse professionalità coinvolte e operanti sul territorio regionale attraverso un'attività seminariale (workshop) con la finalità di aumentare la conoscenza del fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili secondo una prospettiva interdisciplinare (socio-antropologica-culturale) e rafforzare le competenze interculturali dei partecipanti.

La ricerca-azione ha coinvolto gli operatori socio-sanitari operanti sul territorio regionale, in particolare hanno partecipato gli operatori afferenti alla S.S.D. Sorveglianza e

Promozione della Salute della AUSL Umbria² per il Centro Regionale Salute Globale (CERSAG), gli operatori dei servizi materno-infantili ospedalieri e territoriali (ostetriche e ginecologi), psicologi, assistenti sociali, mediatori culturali e linguistici delle Aziende Sanitarie e dell’Agenzia Regionale di Mediazione Culturale e Linguistica di CIDIS e CSC-Società Cooperativa, gli operatori sociali nei servizi di accoglienza dei migranti (CAS, SAI – ex SIPROIMI).

A causa dell’emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del virus COVID-19, non è stato possibile coinvolgere nel percorso proposto i pediatri e i medici di medicina generale, come previsto in fase di pianificazione e programmazione. Sono stati pertanto coinvolti gli studenti del corso di laurea in infermieristica dell’Università di Perugia, con sede a Terni, iscritti all’ultimo anno e che avevano già intrapreso l’attività di tirocinio presso l’Ospedale di Terni. Un risultato inatteso è stato proprio il riconoscimento del percorso di ricerca-azione come tirocinio formativo per gli studenti che vi hanno preso parte. L’attività è stata realizzata nel corso di dodici workshop di quattro ore ciascuno per un totale di quarantotto ore di aula. I workshop si sono svolti secondo una modalità a distanza sincrona attraverso la piattaforma online GoToTraining fornita e gestita dall’AUSL Umbria². Le diverse edizioni dei workshop hanno coinvolto più target specifici suddivisi per gruppi omogenei.

Il presente report illustra i risultati dell’attività di analisi e ricerca-azione condotta da CIDIS adottando le metodologie del questionario e del Focus Group, ossia dell’intervista di gruppo, con la quale si è inteso approfondire le esperienze e

non esperienze riportate dai diversi territori regionali in merito alla conoscenza e gestione delle MGF e sondare la percezione del fenomeno a livello regionale. I risultati e gli esiti raccolti nel presente report di ricerca sono stati presentati a tutti i partecipanti alle diverse edizioni in un incontro finale svoltosi sulla piattaforma online.

Nota metodologica

L'attività di ricerca-azione si è svolta tra settembre e dicembre 2020 e ha coinvolto 61 soggetti con background professionale diverso e operanti nel territorio regionale (v. paragrafo sul Campione).

L'attività è stata rivolta a diversi target specifici identificati in fase di pianificazione in quanto professionalità coinvolte nella presa in carico di donne con o a rischio MGF o soggetti da coinvolgere nelle reti di gestione delle MGF. L'adesione all'attività di ricerca-azione è stata su base volontaria ed è stata promossa dagli organizzatori attraverso il servizio di formazione AUSL Umbria2. La ricerca-azione ha puntato a raccogliere le esperienze e non esperienze lavorative riportate dai diversi attori coinvolti a livello regionale in merito alla conoscenza e gestione delle MGF attraverso l'utilizzo di strumenti metodologici tipici della ricerca sociale. A tal fine, il disegno di ricerca ha previsto l'uso di più tecniche di raccolta delle informazioni, impiegate in modo complementare tra loro, utilizzando per la conduzione della ricerca un questionario a risposte chiuse e il Focus Group quali strumenti di rilevazione e ricognizione. In particolare, il Focus

Group è una tecnica di rilevazione per la ricerca sociale basata sulla discussione interattiva tra un piccolo gruppo di persone, guidata da un moderatore, focalizzata su un argomento che si vuole indagare in profondità (Corrao 2005).

I Focus Group sono stati condotti con un basso grado di direttività, cioè il grado di libertà lasciato al moderatore di decidere nel corso dell'incontro come condurre la discussione, e con una bassa strutturazione della traccia al fine di garantire la flessibilità nella realizzazione dei singoli incontri. Tale metodologia ha consentito di esplorare in profondità alcuni aspetti significativi ed esplicativi del fenomeno delle Mutilazioni genitali femminili in Umbria secondo quanto esperito (o meno) nella pratica lavorativa dai singoli partecipanti ai focus (massimo 8-9 persone a incontro), consentendo dunque di approcciare il fenomeno oggetto di osservazione dal punto di vista delle persone che lo hanno vissuto direttamente o indirettamente recuperando quindi la dimensione soggettiva dell'osservato (Cipolla 2003). Secondo tale approccio è stato possibile rilevare anche le opinioni, le frustrazioni, le visioni e le proposte di possibili modalità di intervento generando un processo virtuoso di condivisione e comparazione tra i partecipanti. Sono stati dunque realizzati dodici Focus Group per gruppi target omogenei, ciascuno della durata di circa due ore, condotti dalla ricercatrice in qualità di moderatrice della discussione e con il supporto della co-moderatrice che ha svolto un'azione di assistenza per la moderazione della discussione e di osservazione del gruppo. Durante gli incontri la moderatrice ha posto le sollecitazioni lasciando spazio alle

argomentazioni dei partecipanti e all'interazione di gruppo, contemporaneamente ha orientato la narrazione secondo l'impostazione teorica di riferimento basandosi sulla traccia realizzata per i fini conoscitivi e adattata alle persone con cui interagire, rilanciando e sostenendo la discussione, riconducendola, nei casi di divagazione, agli argomenti oggetto di indagine. Gli incontri, indirizzati alla discussione e approfondimento qualitativo di alcuni aspetti del fenomeno mutilatorio e delle relative esperienze professionali, sono stati condotti seguendo una traccia di domande e spunti da sottoporre ai partecipanti stilata a partire dai contenuti presenti nel questionario online. Tale traccia di discussione è stata uno strumento di riferimento dal quale partire per facilitare il dialogo tra i partecipanti e sollecitare il gruppo ma senza rigidità. Si tratta infatti di una traccia aperta che è stata adattata di volta in volta alla dimensione sociale del gruppo partecipante e ai temi emersi nel corso della discussione.

Tutti gli incontri sono stati registrati, successivamente le registrazioni sono state trascritte *verbatim*, ossia integralmente, e completate dalle annotazioni riportate dalle due ricercatrici nel corso dei singoli incontri. Per l'elaborazione e l'analisi dei dati emersi, condotte secondo l'approccio dell'analisi qualitativa del contenuto (analisi tematica), è stata predisposta una griglia di lettura strutturata per macro-tematiche composta da contenuti chiave esplicitati durante la fase di concettualizzazione della ricerca e categorie analitiche emerse durante l'analisi dei materiali. Attraverso questa procedura è stato possibile realizzare una prima analisi longitudinale, ossia per singolo

incontro, dei materiali testuali raccolti e successivamente un'analisi trasversale dei contenuti rispetto all'insieme del corpus testuale al fine di identificare e codificare nelle diverse categorie sia gli elementi ricorrenti, ripetuti con frequenza, sia gli argomenti inattesi, inaspettati. Il testo è stato quindi oggetto di un lavoro di scomposizione e ricomposizione attraverso grandi raggruppamenti di senso analitico, tale approccio ha consentito di ordinare tutte le informazioni emerse nel corso degli incontri tenendo sempre presenti gli scopi e le domande della ricerca. Infine, all'interno del report di natura descrittivo, come documentazione di ciascuna categoria analitica e per restituire la ricchezza semantica espressa nel corpus testuale, sono riportate in vivo affermazioni (termini, espressioni, frasi particolarmente significative) pronunciate nel corso della discussione dai partecipanti. Infatti, le parole dell'intervistato, intese come il racconto della sua esperienza di vita sociale, sono il centro dell'attenzione della ricercatrice che ha il compito di dare la possibilità all'intervistato di esprimere il suo modo di vedere il mondo, le sue percezioni, le sue valutazioni e dunque la sua esperienza così come sente di averla vissuta (Bichi 2007). Per la raccolta dei dati è stato predisposto un breve questionario online a risposta multipla composto da 18 *item* (visionabile in appendice). Questo strumento di ricerca ha consentito di raccogliere alcuni dati in maniera sistematica ed è stato somministrato ai partecipanti all'avvio degli incontri online. Tale strategia ha consentito di introdurre il tema dell'indagine, ha permesso ai rispondenti di prendersi del tempo per calarsi nell'argomento e per iniziare a soffermarsi

sulle questioni poste dal questionario predisponendosi così alla riflessione rispetto al fenomeno nella propria esperienza lavorativa oggetto di indagine nel successivo svolgimento del Focus Group.

La ricerca è stata strutturata secondo diversi passaggi riportati di seguito:

- Rilevazione mediante questionario anonimo somministrato all'avvio di ciascun incontro online per raccogliere prime informazioni e opinioni riguardanti le pratiche di MGF.
- Approfondimento qualitativo attraverso la realizzazione di Focus Group nel corso dei quali è stato dato ampio spazio al confronto e alla rilevazione delle esperienze lavorative sul tema a partire dalle domande poste nel questionario.
- Sistematizzazione dei dati quali-quantitativi raccolti ed elaborazione analitica sugli aspetti emergenti dai dati e dai Focus Group.
- Elaborazione delle conclusioni alla luce dei dati e delle informazioni raccolte.

Il campione

L'attività di ricerca-azione si è svolta nel territorio regionale umbro e ha coinvolto diverse professionalità socio-sanitarie afferenti all'AUSL Umbria1 e AUSL Umbria2. In particolare, sono stati coinvolti ostetriche, ginecologi, psicologi, mediatori culturali e linguistici, operatori sociali, assistenti sociali, operatori degli enti locali e privati dei servizi di accoglienza per richiedenti asilo e protezione internazionale. Il gruppo target iniziale prevedeva anche il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta e dei medici di famiglia (MMG). A causa della recrudescenza della diffusione della pandemia dovuta alla diffusione del virus SARS-COVID19 non è stato possibile raccogliere una loro adesione alla proposta di formazione e ricerca. In questo contesto mutato, rispetto alla pianificazione iniziale del progetto, è stata attivata una nuova programmazione in itinere attraverso cui è stato possibile coinvolgere gli studenti e le studentesse iscritti all'ultimo anno del corso di laurea in infermieristica dell'Università degli Studi di Perugia - sede di Terni. Agli studenti universitari partecipanti, grazie all'accordo stipulato con l'ufficio formazione dell'Università degli Studi, è stato possibile riconoscere il loro impegno come attività di tirocinio formativo previsto dal percorso di studi. Questa partecipazione si è rivelata un esito positivo e inatteso del percorso. In totale 57 operatori hanno risposto al questionario online e 62 operatori hanno partecipato ai dodici Focus Group di approfondimento organizzati sempre in modalità a distanza. La lieve discrepanza tra partecipanti e rispondenti è dovuta all'utilizzo condiviso del dispositivo dal

quale i partecipanti si sono collegati. Nel complesso, la partecipazione degli operatori è stata attenta, aperta al dialogo e al confronto.

Il campione individuato non è numericamente significativo bensì è qualitativamente rappresentativo, infatti non doveva rispondere a criteri statistici in quanto l'obiettivo era quello di ottenere dati descrittivi e in profondità. Di seguito si riporta lo schema dei partecipanti suddivisi per genere, anni di servizio, professione, territorio e tipologia del servizio in cui si esercita la propria attività professionale.

I risultati della ricerca-azione: analisi quantitativa

L'obiettivo di questo lavoro è quello di gettare luce sul fenomeno delle mutilazioni genitali femminili attraverso le esperienze di operatori socio-sanitari che operano nella regione Umbria. I dati sono raccolti grazie alla somministrazione di un questionario anonimo che prevedeva risposte aperte e risposte chiuse. Sono stati organizzati dodici incontri che hanno visto coinvolti 62 operatori sanitari dal 17 di settembre al 26 di novembre, alla fine dei quali sono pervenuti 57 questionari dai quali si evince che ad aver risposto sono cinquantaquattro donne mentre solo in tre erano uomini.

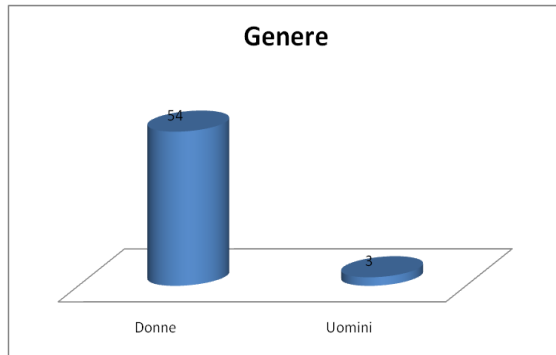


Fig.1 Genere dei partecipanti al questionario

Le domande partivano da un'indagine socio-demografica dei rispondenti, l'ente di appartenenza, la sede dove viene svolto il loro lavoro. Poi si è indagato quanto gli operatori conoscessero la pratica delle MGF, quali sono stati i canali utilizzati per informarsi e formarsi sul tema, l'opinione da parte dei professionisti sul fenomeno, si è voluto indagare se gli operatori fosse a conoscenza della legge che concerne le disposizioni per la prevenzione della pratica, poi si è interrogato gli operatori sulla presa in carico dei pazienti e quale sia il loro bisogno lavorativo principale per poter lavorare in maniera più efficace ed efficiente. Una delle domande fondamentali visto che si sta parlando di pazienti che si trovano sul territorio italiano ma che molto spesso non parlano la lingua ha riguardato l'utilizzo del mediatore culturale nella presa in carico ed infine quale percezione hanno i professionisti riguardo al fenomeno e la facilità di riconoscere le MGF su di un corpo femminile. Osserviamo, come da grafico (Fig. 2), che il 28% del totale dei rispondenti appartiene alla fascia di età che va dal 1991 al 2000, questo è

principalmente dovuto al coinvolgimento nel percorso di ricerca-azione degli studenti e studentesse iscritti all'ultimo anno del corso di laurea in infermieristica dell'Università degli Studi di Perugia con sede a Terni. A seguire quindici operatori partecipanti appartengono alla fascia di età che va dal 1971 al 1980, in dodici sono coloro che sono nati dal 1961 al 1970, undici dei partecipanti sono nati dal 1981 al 1990 mentre tre sono le persone corrispondenti alla fascia che va dal 1950 al 1960.

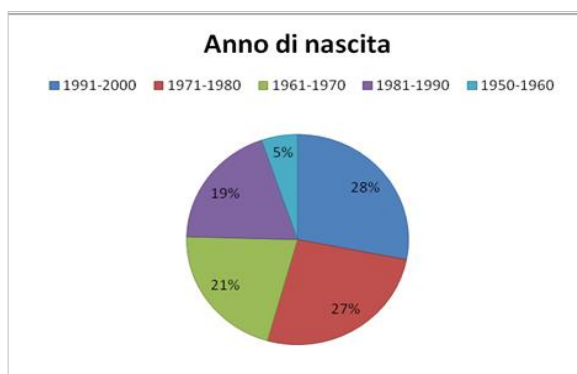


Fig. 2 Fasce di età dei partecipanti

In merito alle professioni che hanno partecipato alla compilazione del questionario appare preponderante quella delle ostetriche con ventotto rispondenti, seguite da dodici studenti di infermieristica, sei psicologhe e quattro mediatrici culturali. Si sottolinea la carenza tra i partecipanti di medici specialisti in ginecologia-ostetricia, infatti sono stati solo tre. Per il restante dei partecipanti c'è un solo rappresentante per ogni figura professionale come la psicopedagoga, l'educatrice, l'assistente sociale e l'infermiera.

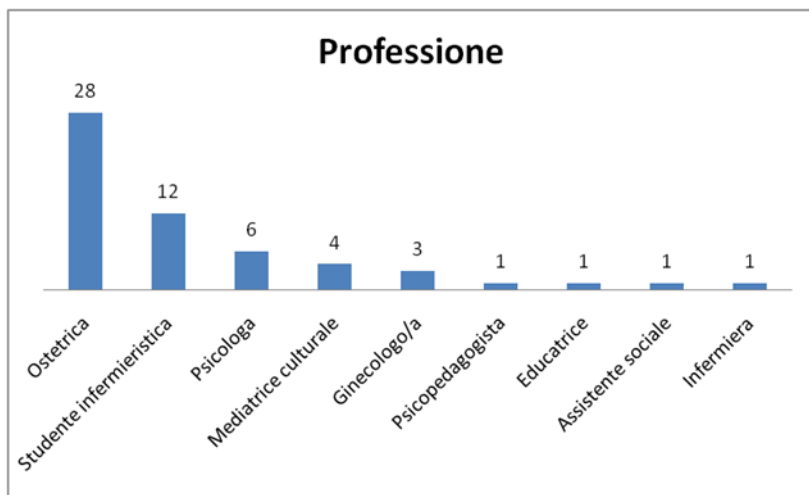


Fig.3 Professione dei partecipanti

Per quanto riguarda l'istituzione di appartenenza, confrontando i dati rilevati precedentemente, le ventotto professioniste ostetriche prestano servizio presso l'USL Umbria2. I dodici studenti universitari stanno svolgendo i loro studi presso l'ateneo di Perugia.

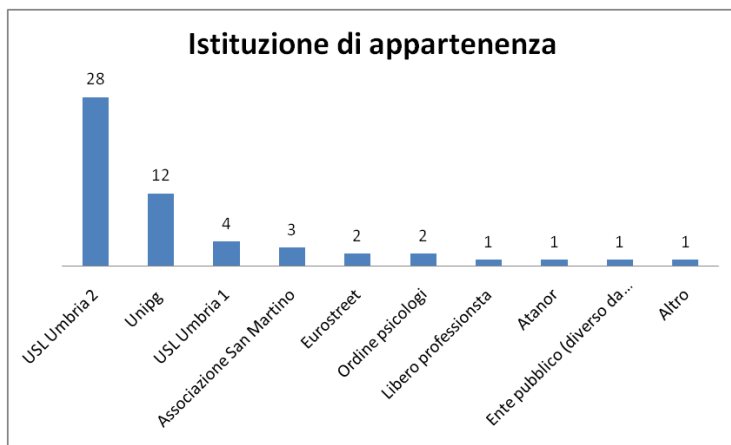


Fig.4 Istituzione di appartenenza.

Quattro invece sono le professioniste che prestano il loro servizio presso l'USL Umbria¹, mentre hanno partecipato tre operatori dell'Associazione San Martino, due mediatrici svolgono il loro lavoro presso la società cooperativa Eurostreet. Il restante 8% riguarda altri enti di appartenenza come il centro clinico Atanor, altri enti pubblici diversi dall'USL e dal Comune, o ancora come libero professionista. Osservando la distribuzione degli operatori nel territorio umbro, possiamo evincere che la maggior parte sono impegnati a Terni, rappresentando il 45% dei rispondenti, mentre il 23% svolge la propria professione nella zona di Perugia, da qui si può notare una grande disparità tra i due capoluogo di provincia. L'11% si trova nella zona di Narni-Amelia mentre percentuali residuali provengono da Orvieto e da Magione, per il 4% del totale, mentre il 3% proviene dal Comune di Foligno. Altre zone riportano un valore pari al 2% con riferimento alle aree di Cascia-Norcia, della Valnerina mentre una persona svolge la propria professione nel Comune di Fabro (provincia di Terni).

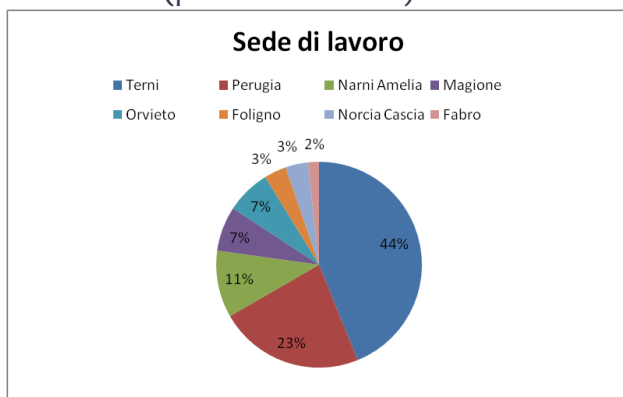


Fig. 5 Sede di lavoro

La mancanza di una conoscenza approfondita su questo tema appare preoccupante, specie se si considera che gli operatori intervistati prestano servizio in strutture dove la presenza di stranieri provenienti da Paesi dove si praticano MGF è elevata. Infatti come mostrato nel grafico sottostante il 67% dei rispondenti, quindi trentotto persone su 57 dichiara di avere qualche conoscenza del fenomeno delle MGF. Quattordici professionisti non conoscono il fenomeno ma chiedono di approfondire il tema, mentre il restante 9%, quindi in cinque dichiarano di non conoscerlo affatto.

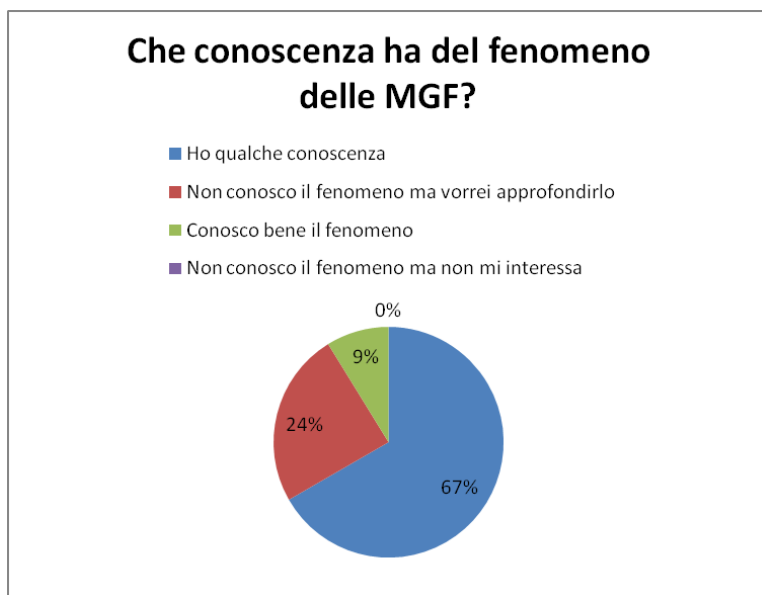


Fig. 6 Conoscenza del fenomeno delle MGF

Riguardo alle trentotto persone che dichiarano di possedere qualche conoscenza riguardo al fenomeno, in dodici hanno acquisito le loro conoscenze attraverso la partecipazione a corsi di formazione, in undici si sono documentate attraverso la lettura di testi scientifici e in dieci dichiarano di aver partecipato a convegni e seminari che avevano come focus quello delle MGF. In sette dichiarano di essersi imbattuti con il fenomeno dopo l'incontro di pazienti/utenti che hanno preso in carico o tramite mass media mentre ulteriori sette rispondenti hanno acquisito alcune informazioni nel corso di lezioni universitarie che hanno accennato alla questione. Due persone si sono informate attraverso testi di letteratura non scientifica ed infine una delle persone intervistate dichiara di averne avuto esperienza diretta.

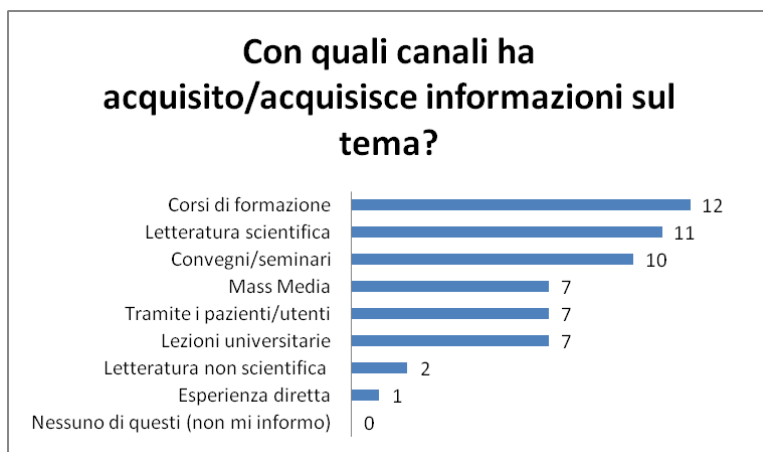


Fig. 7 Canali utilizzati per informarsi

Abbiamo chiesto agli intervistati se fossero a conoscenza di qualche centro specializzato nella cura e nella prevenzione contro le MGF. Ben l'88% dei rispondenti, quindi cinquanta professionisti su cinquantasette, non ne sono a conoscenza e solo il 12% conosce dei Centri specializzati. In cinque hanno fatto specifica menzione dei Centri noti: in tre hanno risposto che conoscono l'ospedale Careggi di Firenze, mentre una persona ha indicato tre Centri dove è possibile avere informazioni e assistenza: l'Osservatorio regionale Orim in Lombardia, l'Istituto S. Gallicano a Roma e infine l'Ospedale S. Camillo Forlanini a Roma, sempre una persona ha risposto di conoscere il lavoro che viene svolto presso l'ospedale Santa Maria di Terni.



Fig. 8 Conoscenza Centri specializzati in Italia

Dalle risposte ottenute è possibile dedurre una scarsa conoscenza del fenomeno da parte dei professionisti

intervistati. Abbiamo quindi inteso approfondire con gli operatori che operano sul territorio umbro le loro opinioni e visioni su questa pratica poco conosciuta. Il 53% dei rispondenti, ossia trenta professionisti, hanno risposto che si tratta di una forma di violenza e il 17% la ritiene una pratica culturalmente inaccettabile. Mentre per il 21% è un fenomeno da comprendere. Confrontando i dati ottenuti dal quesito precedente possiamo supporre che siano le stesse persone ad aver risposto di non conoscere il fenomeno ma che allo stesso modo desiderano maggiori approfondimenti per comprendere il fenomeno in questione. Infine, per il rimanente 9%, la stessa percentuale che dichiara di non conoscere il fenomeno, non sa esprimere un'opinione in merito alla pratica escissoria.

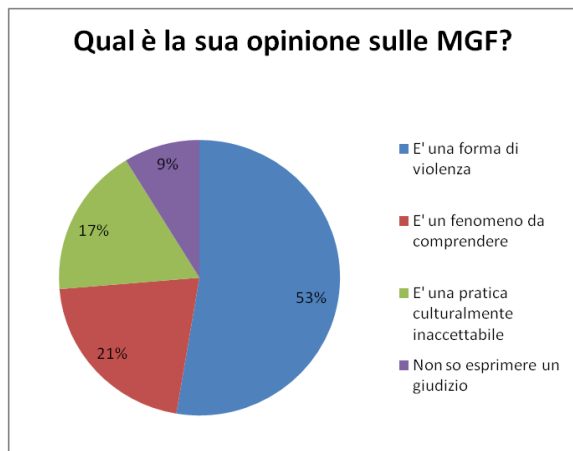


Fig. 9 Opinioni sulle Mutilazioni Genitali Femminili

Si è indagato se gli operatori socio-sanitari conoscessero la legge italiana che disciplina la prevenzione e il divieto delle

MGF sul territorio nazionale. Come mostrato dal grafico (Fig. 10), il livello di conoscenza della Legge italiana sul tema delle MGF è decisamente basso, dalle risposte date emerge che il 61%, quindi più della metà dei professionisti intervistati, non conosce la legge n.7 del 2006 “*Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile*”. La legge n. 7 del 9 gennaio emanata nel 2006 stabilisce disposizioni specifiche per affrontare il problema delle MGF. Viene applicato il principio dell’extraterritorialità, criminalizzando la pratica anche quando è commessa all’estero. A seguito di tale normativa, sono state emanate nel 2007 dal Ministero della Salute le Linee Guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di MGF per realizzare un’attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche.

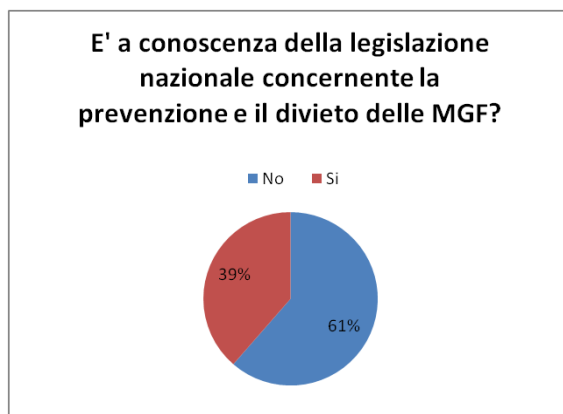


Fig.10 Conoscenza legislazione sulle MGF

Entrando nel merito della propria attività lavorativa, ai professionisti è stato domandato se hanno mai incontrato donne che portassero questi segni sul loro corpo. Analizzando il grafico emerge, con forte preoccupazione, che più del 60%, quindi trentasei professionisti su 57, non hanno mai incontrato pazienti che hanno subito delle modificazioni dei loro apparati genitali, il rimanente 37% ha invece risposto affermativamente.

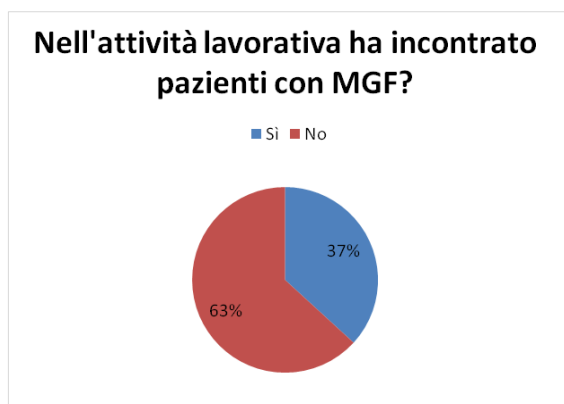


Fig.11 Casistica pazienti con MGF

Per comprendere in maniera più approfondita quanto il fenomeno sia presente sul territorio umbro, abbiamo chiesto agli operatori quante pazienti avessero incontrato durante la loro carriera lavorativa, comprendendo sia le donne sia le bambine che sopravvissute alla pratica. Confrontando i dati con la domanda precedente, possiamo notare che anche al presente quesito sono 36 i professionisti che hanno risposto di non aver mai incontrato donne o bambine sottoposte alla pratica. Invece dei ventuno professionisti che hanno risposto

in modo affermativo alla stessa domanda: sedici hanno incontrato da 1 alle 5 pazienti; due rispondenti hanno avuto contatti in un range compreso tra 6 e 10 pazienti; due partecipanti hanno dichiarato di avere incontrato dalle 20 alle 30 pazienti con MGF, e solo un rispondente ha incontrato dalle 10 alle 20 pazienti. Mentre nessun rispondente riporta alcuna casistica oltre le 30 pazienti.

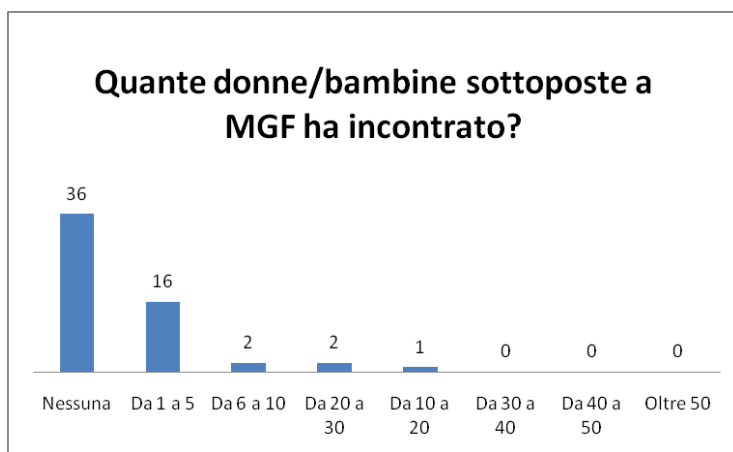


Fig.12 Casistica pazienti con MGF

Gli operatori sono complessivamente molto sensibili al fenomeno, infatti al quesito relativo ai principali bisogni percepiti nello svolgere il proprio operato il 63% ha risposto di sentire il bisogno di avere una migliore preparazione professionale, il 21% dei rispondenti vorrebbe confrontarsi con un esperto della tematica mentre il 12% vorrebbe avere un confronto e un supporto da parte dei colleghi e infine il 4%,

quindi due professionisti, non hanno sentito bisogni particolari nell'affrontare la questione.

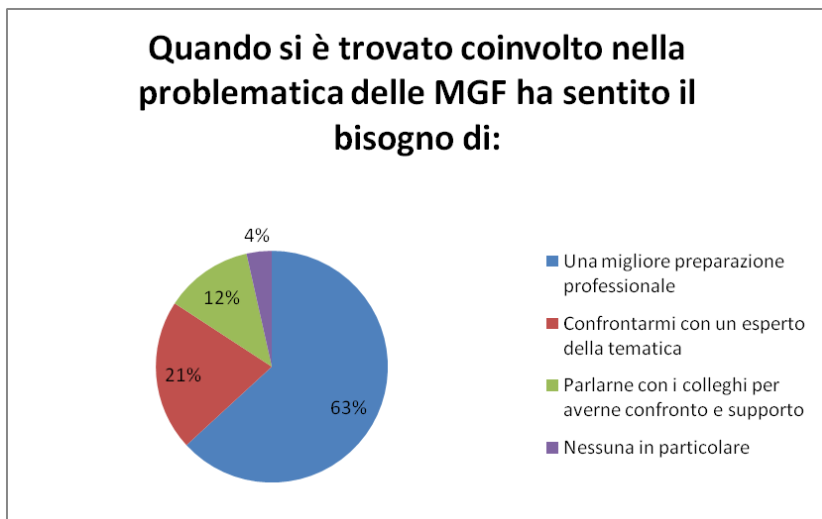


Fig.13 Quali sono i bisogni professionali

Abbiamo chiesto ai professionisti che hanno preso in carico la paziente che presentava questo tipo di problematica come e se questo è ricaduto sul loro agire e operare. Come si può vedere dal grafico (Fig. 14) il 43%, quindi ventisei persone sulle cinquantasette rispondenti, hanno prestato maggiore attenzione alle informazioni in merito, il 35% ha pensato a cosa fare per promuovere la prevenzione, l'11% ha sperato che qualcuno intervenisse, il 7% si è attivato personalmente per la presa in carico delle donne mentre il rimanente 4% non se ne è occupato né interessato, notiamo che è la stessa percentuale di chi ha dichiarato di non aver riscontrato

particolari bisogni quando si è trovato coinvolto personalmente.

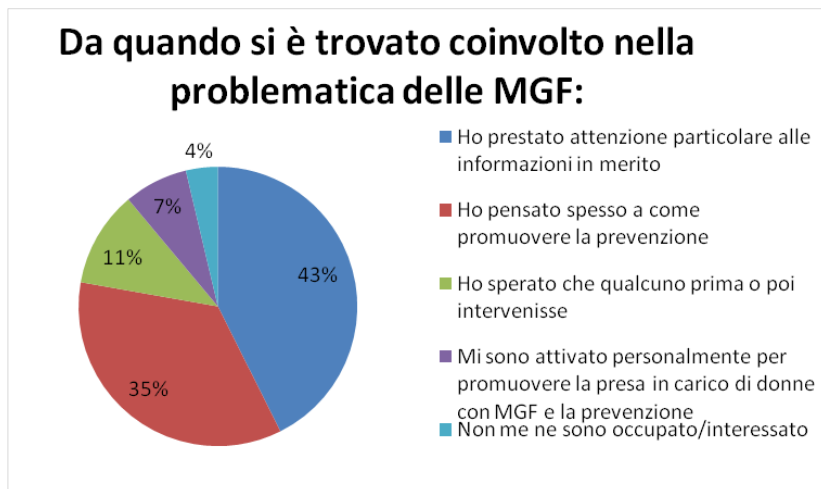


Fig.14 La presa in carico da parte degli operatori socio sanitari

Data la delicatezza del tema da trattare è indispensabile comprendere, e specialmente far comprendere alla paziente, tutte le informazioni per avere una presa in carico il più possibile integrata. Tale obiettivo può essere raggiunto in maniera efficace grazie all'intervento di un mediatore culturale e linguistico che può supportare entrambi i soggetti coinvolti e fare da ponte tra lingue e culture, quella di origine della paziente e quella del professionista italiano. La comunicazione tra immigrato e società d'accoglienza è spesso disturbata da incomprensioni linguistiche e culturali, in particolare nell'ambito sanitario se tutte le informazioni non sono veicolate in modo chiaro e corretto, si creano dei conflitti che vanno ad inficiare il rapporto di fiducia medico-paziente. La mediazione è una strategia che mira alla decodifica culturale, per far sì che il paziente si senta accolto

e non discriminato. Come possiamo osservare dal grafico (Fig. 15), il 33% dei professionisti ha dichiarato che il mediatore non viene coinvolto, il 32% degli intervistati indica di aver coinvolto la figura del mediatore solo in alcuni casi, mentre il 19% dichiara di aver richiesto la presenza del mediatore in tutti i casi e il rimanente 16% dichiara di non sapere come fare per poter attivare il servizio di mediazione.

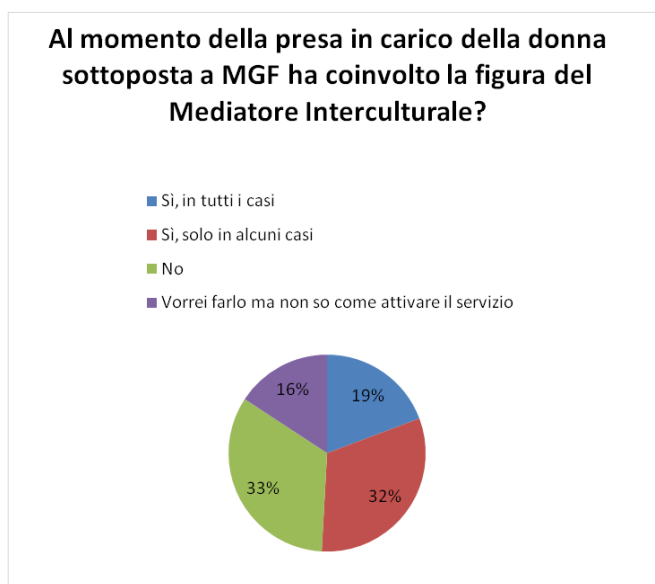


Fig. 15 Coinvolgimento del mediatore interculturale

La presente ricerca ha lo scopo ultimo di comprendere quanto il fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili sia percepito come significativo e presente in Umbria secondo il punto di vista privilegiato degli operatori socio-sanitari che lavorano sul territorio regionale.

Incrociando i dati è possibile notare come per la maggior parte dei professionisti, in valore assoluto ventotto rispondenti, il fenomeno delle MGF è abbastanza significativo in Umbria, in aggiunta per sette persone il responso oscilla tra molto significativo (n. 4) e moltissimo (n.3), mentre in ventuno pensano che sia poco significativo, ed infine per una sola persona il fenomeno non è per nulla significativo.

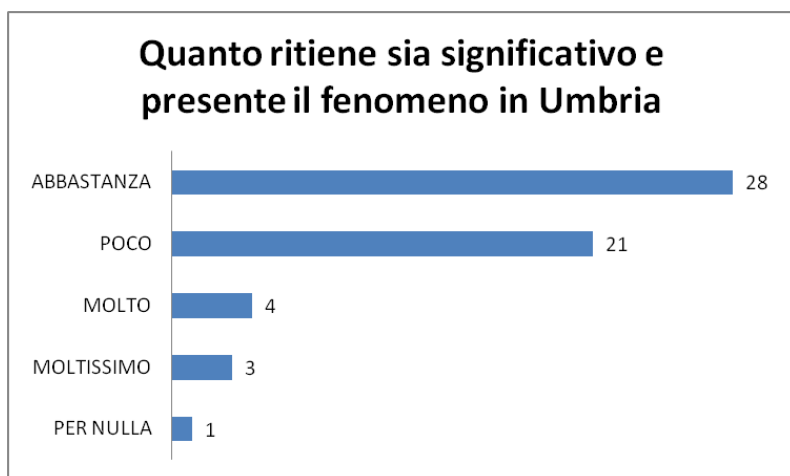


Fig. 16 Rilevanza del fenomeno in Umbria per gli operatori

Nell'ultimo quesito posto ai professionisti abbiamo chiesto quanto, secondo la loro esperienza e conoscenza, sia facile o meno riconoscere i segni delle MGF in un apparato genitale femminile. Per 24 persone è abbastanza facile riconoscere la presenza di una qualche forma di MGF sull'apparato genitale femminile (Fig. 17), mentre in 4 dichiarano di avere molta facilità e in 3 indicano di averne moltissima nel riconoscere i

segni delle mutilazioni genitali sul corpo delle loro pazienti. Al contrario, per 18 rispondenti la difficoltà riscontrata è molta e in 8 professionisti pensano non sia per niente facile riconoscerle.

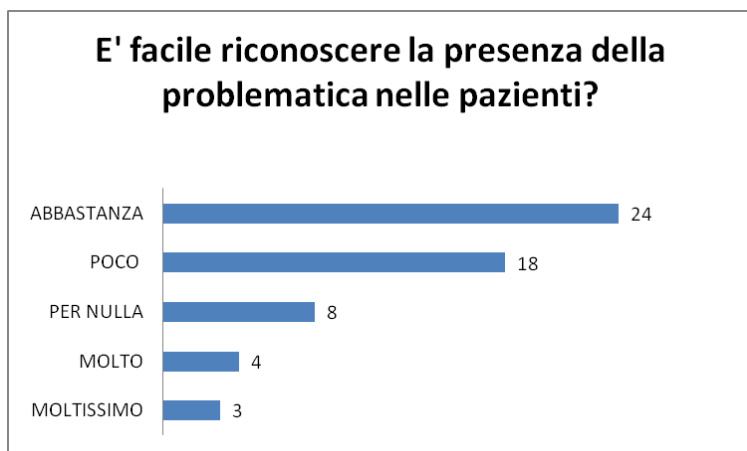


Fig. 17 Identificazione della problematica nelle pazienti

Infine, riportiamo i commenti e suggerimenti che alcuni professionisti coinvolti nella ricerca hanno lasciato alla fine del questionario:

1. *Mi piacerebbe ascoltare l'esperienza diretta di ragazze che attualmente vivono in Italia e che proprio sotto i nostri occhi hanno subito mutilazioni.*
2. *Questo corso rappresenta una bella opportunità, non solo professionale ma anche umana.*
3. *Divulgare la conoscenza del fenomeno fra gli operatori dei Servizi che lavorano con le donne per poter*

comprendere, aiutarle e lavorare sulla prevenzione del fenomeno.

- 4. Tanti incontri e convegni devono essere organizzati per la sensibilizzazione.*
- 5. Ad una delle domande ho risposto di no! Perché personalmente non ho incontrato casi di pazienti che hanno subito questa pratica.*
- 6. Sarebbe importante coinvolgere anche i servizi che si occupano della salute mentale.*

Alla luce di questi risultati, sembra opportuno introdurre una serie di attività di formazione per gli operatori socio-sanitari, comprese quelle finalizzate ad aumentare la conoscenza delle problematiche connesse alle MGF e soprattutto delle situazioni reali delle donne con Mutilazioni Genitali. Tali attività dovrebbero essere studiate e organizzate per differenti professionalità e differenti contesti di lavoro, dovrebbero essere finalizzate alla costruzione di relazioni di sostegno basate su principi di mediazione socio-culturale, fondate sul rispetto dell'autonomia delle donne nelle scelte di salute, in modo da consentire agli operatori sanitari di intervenire in modo appropriato. Infine sarebbe opportuno incrementare lo scambio di esperienze di buone pratiche in Italia e in Europa nella presa in carico di queste donne.

I risultati della ricerca-azione: analisi qualitativa

Nella seguente sezione sono presentate le risultanze emerse dalla conduzione di 12 focus group secondo nove categorie analitiche, o temi, identificate durante la fase di concettualizzazione della ricerca ed emerse nel corso dell'analisi del materiale di ricerca. Per l'elaborazione e l'analisi dei dati emersi, condotte secondo l'approccio dell'analisi qualitativa del contenuto (analisi tematica), è stata predisposta una griglia di lettura strutturata per macrotematiche composta da contenuti chiave esplicitati in fase di pianificazione della ricerca. Attraverso questa procedura è stato possibile realizzare una prima analisi longitudinale, per singolo incontro, dei materiali testuali raccolti e successivamente un'analisi trasversale dei contenuti rispetto all'insieme del corpus al fine di identificare e codificare nelle diverse categorie sia gli elementi ricorrenti, ripetuti con frequenza, sia gli argomenti inattesi, inaspettati. Il testo è stato quindi oggetto di un lavoro di scomposizione e ricomposizione attraverso grandi raggruppamenti di senso analitico, tale approccio ha consentito di ordinare tutte le informazioni emerse nel corso degli incontri tenendo sempre presenti gli scopi e le domande della ricerca.

Le categorie analitiche individuate sono le seguenti:

1. Le opinioni
2. La presa in carico
3. Le emozioni
4. Le esperienze e non esperienze
5. I bisogni professionali

6. La mediazione culturale e linguistica
7. La formazione
8. Il razzismo
9. Le raccomandazioni

1.LE OPINIONI

Cosa pensano le operatrici e gli operatori socio-sanitari intervistati di queste pratiche di modificazione genitale? Il focus group ha dato la possibilità di approfondire le risposte date nel questionario online. Emergono con significativa frequenza opinioni negative nei confronti delle MGF, così come riportato nel questionario, che vengono definite come:

“è una cosa disumana”; “il fenomeno è destabilizzante e violento”

“è una pratica barbara”; “è un atto di violenza”

“per loro non è una mutilazione, e questo mi ha sconvolto!”

Ostetrica

Come è stato approfondito nel corso della formazione in aula si tratta di pratiche consuetudinarie che appartengono a tradizioni e credenze radicate nelle comunità e nei gruppi che le perpetuano e che presentano rilevanti significati sul piano sociale, culturale ed economico dalle quali non si può prescindere per una presa in carico della salute della donna.

“è un fenomeno culturale. Per loro è normale e non lo reputano una forma di violenza. Tutte le bambine passano questo step”.

(Ostetrica)

“molte di loro non vivono la cosa come un trauma (...) Non la vivono come violenza, ma noi occidentali sì” (Ostetrica)

*“per noi è una cosa anomala. Non siamo abituate a vederlo. Quindi hai dubbi su quello che vedi. Ti chiedi se per loro è normale, se sei tu che hai dei pregiudizi verso di loro. **Mi sono chiesta se quello che vedevo era vero o un film che mi facevo, non essendo abituata a vederle**”. (Ostetrica)*

Tra i rispondenti c'è chi sottolinea la dimensione culturale e la difficoltà di comprendere questo fenomeno da una prospettiva etnocentrica. Si riconosce quanto il tema sia complesso e delicato da richiedere il bisogno di “mediare senza ferire la loro cultura” ma senza tralasciare come la pratica sia una forma di violenza che lede i diritti umani delle donne e delle bambine. Inevitabilmente si usano le categorie “noi” e “loro” che mettono in evidenza le barriere culturali e gli ostacoli conoscitivi/comunicativi rispetto alle pratiche tradizionali come quelle delle MGF ma contemporaneamente emerge una consapevolezza delle proprie cornici culturali e di una visione etnocentrica rispetto a valori, norme e rappresentazioni culturali che determinano le proprie opinioni e punti di vista:

*“è una violenza sulle bambine, **ma è il nostro punto di vista occidentale**, per loro non è così, non se ne rendono conto. Se non è visto come violenza dalle donne stesse, come possiamo cambiarlo?” (Ostetrica)*

*“**nella nostra società pensiamo sia sbagliata ma nel loro contesto non è così**. Dobbiamo ridimensionarci anche a questo. Noi pensiamo che questa manovra sia sbagliata. Nella nostra realtà è sbagliato ma*

non bisogna essere pregiudizievoli. Come faccio io a farti capire che è sbagliata se nella tua condizione sicuramente non lo è?”

(Ostetrica)

“certo che dalla nostra ottica è una violenza, però credo che, parlo sempre dall’ottica di noi operatori, **la cosa più difficile è mettersi accanto a queste donne**, perché appunto **si fa immediatamente pregiudizio**, con una supponenza e una piccola o grande arroganza... come se la nostra cultura occidentale fosse la migliore, quella che veramente c’ha la verità in mano!” (Psicologa)

“non è facile lavorare con culture completamente diverse... è una sfida quotidiana che abbiamo. Bisogna far cambiare i comportamenti così rischiosi, intervenire sullo scambio culturale. Dobbiamo lavorare molto e non è facile” (Ginecologo)

“noi donne ci sentiamo vicine a queste donne, io do per scontato empatia e pregiudizio. Ti domandi “come fai a vivere con questa cosa?” (Ostetrica)

“è difficile far comprendere alla donna che è una violenza fisica. Ma chi dovrà farlo questo processo?” (Ostetrica)

I professionisti si interrogano, come diventare agenti del cambiamento, come rendere consapevoli le donne dei danni causati dalle MGF subite in quanto pratiche lesive della salute e dei diritti umani, come **“portarle fuori da questo cerchio”** (Ostetrica).

Questi interrogativi ci pongono di fronte alla seconda categoria analitica emersa: la presa in carico.

2. LA PRESA IN CARICO

Le donne straniere non si fidano dei servizi e delle persone che vi operano, questo emerge dai FG, il rapporto di fiducia medico/operatore sanitario-paziente è in difficoltà. Le ostetriche lo hanno ben chiaro e lo hanno dichiarato a più voci che è necessario *“lavorare sulla fiducia e sulla relazione con la donna in gravidanza, perché abbiamo 9 mesi. Abbiamo la possibilità di costruire relazioni di fiducia. Possiamo spezzare l’ineluttabilità della mancanza di fiducia verso i servizi”* (Ostetrica).

Al tema della fiducia si interseca quello della paura. Emerge infatti che molte donne straniere non si rivolgono ai servizi per **paura di essere giudicate, di essere derise e di non essere comprese dal personale socio-sanitario:**

*“le donne pensano **“non te ne parlo perché non capiresti”**. È importante trovare un approccio per parlare con la donna, per farla aprire. Sono vissuti che nel travaglio vengono fuori, ma **bisogna trovare un modo di affrontare l’argomento”*** (Ostetrica)

*“vorrei dirle: puoi aprirti, non sei giudicata. Io come ostetrica ne sento maggiormente il bisogno. Ma **la donna non parla perché si sente derisa, non ha voglia di aprirsi”*** (Ostetrica)

“la donna non ha piacere di parlare di questa manovra e negano l’evidenza” (Ostetrica)

A seguito della crescente mobilità globale e dei flussi migratori transnazionali le società odierne si caratterizzano per una imponente eterogeneità, sono diventate luogo di culture multiple e identità ibride. L’approccio interculturale può venirci in soccorso, (Intercultura intesa come

riconoscimento dell'“altro” e delle appartenenze culturali): esprime uno spazio in divenire, dove i confini tra le realtà non sono fissi, bensì dinamici, e dove è possibile agire uno scambio, una negoziazione, un confronto attento tra culture differenti, o meglio tra individui, in quanto *“a incontrarsi o scontrarsi non sono culture, ma persone”* (Aime, 2004, p.1). È necessario dunque spostare la questione dalla visione di azioni barbare e incivili, come spesso sono state definite le pratiche di MGF, che portano al radicamento di posizioni contrapposte, allontanano l'incontro tra le persone e precludono qualsiasi possibilità dialogica. Diviene dunque necessario abbandonare una visione statica e omogenea della cultura per sostituirla con una concezione dinamica, sociale che coglie i processi di negoziazione e di ridefinizione da cui le culture e le tradizioni vengono modellate. In questo quadro delineato le culture si presentano come negoziazioni ininterrotte degli immaginari confini tra “noi” e “l'altro”, dove l'“altro” è anche sempre dentro e in mezzo a “noi” e viceversa, parafrasando l'antropologo Clifford Geertz.

Emerge con forza e ripetutamente la necessità di adottare un approccio culturalmente sensibile e non giudicante, scevro da pregiudizi, improntato all'ascolto e all'empatia nelle fasi di accoglienza e di incontro con le donne e bambine (e loro famiglie) portatrici di questi segni sul corpo. Gli operatori sanitari sono consapevoli che dovrebbero adottare un atteggiamento più accogliente e comprensivo nei confronti di queste pazienti, cercando di comunicare con *“tatto e pazienza”* con loro (v. Mediazione) per comprendere le ragioni di queste pratiche (*“per slegarmi dal giudizio”* - psicologa) senza tralasciare gli aspetti legati alla salute

mentale e psicologici della donna che ha subito MGF. Affermano che non dovrebbero avere atteggiamenti pregiudizievole verso le pazienti con MGF, ma che è difficile non cadere nella rete del pregiudizio perché *“il giudizio crea pregiudizio”* (Psicologa):

“il pregiudizio in noi operatori occidentali è a volte così forte che non ce ne rendiamo conto, perché facciamo diagnosi... diciamo questa donna è venuta dal mondo africano e quindi poverina non è mai riuscita ad emergere. Questo (non essere pregiudizievole, ndr) è l'aspetto veramente più faticoso di fronte a questi fenomeni perché sono tanto ma tanto lontani da noi” (Psicologa)

*“Credo che questi atteggiamenti (di pregiudizio, ndr) vadano proprio esacerbati, non è possibile ammettere questo tipo di atteggiamenti di ignoranza da parte di operatori sanitari verso persone che sono fragili e hanno avuto esperienze negative subendo queste pratiche. Io penso che l'umanità vada preservata, nel senso che vanno capite, vanno ascoltate e aiutate, perché **questo è un problema serio**”* (Ostetrica)

*“è importante saper approcciarsi, interagire con queste donne **usando le parole giuste, il modo giusto** e non offenderle.”*
(Ostetrica)

Nella fase di presa in carico, e non solo, della donna con MGF è dunque importante adottare un atteggiamento attento e non giudicante prestando anche molta attenzione alle parole, al linguaggio utilizzato (scegliere le parole giuste!) e alle proprie reazioni (verbali e non verbali) perché potrebbero essere fonte di incomprensioni (ad esempio l'utilizzo del termine “mutilazione” potrebbe non essere compreso e non

descrivere la percezione che le donne hanno di se stesse né di come vogliono essere percepite), di discriminazione (potrebbero sentirsi giudicate) e di chiusura della paziente. È bene evitare atteggiamenti paternalistici, di vittimizzazione o di spettacolarizzazione della donna con MGF. Come è stato riportato tali atteggiamenti potrebbero far sentire la paziente giudicata e andare a inficiare, se non a precludere del tutto, il rapporto di fiducia medico-paziente. Ricordiamo pertanto che il Ministero della Salute nel 2007 ha pubblicato le Linee guida per gli operatori socio-sanitari nella presa in carico di donne con MGF con l'obiettivo di *“ Offrire uno strumento di lavoro agli operatori sanitari, ma anche agli operatori socio-culturali, per accogliere e curare, con attenzione e professionalità, le donne che hanno subito mutilazioni genitali, senza manifestazioni di imbarazzo, di sorpresa o di curiosità, come è stato a volte denunciato, perché possa essere instaurato quel rapporto di fiducia medico-paziente, che è il primo passo da parte delle donne per una diversa presa di coscienza del proprio corpo e del proprio benessere, ma anche per avviare un dialogo finalizzato a prevenire che le figlie di queste stesse donne possano a loro volta essere sottoposte a mutilazioni”*.

Oltre alla necessità di costruire relazioni di fiducia e senza paura nella presa in carico, il tema delle MGF emerge come:

“è un fenomeno così lontano da noi che non sappiamo trattare”
(Ostetrica) o ancora **“è una cosa che ho sempre visto dal vetro.”**
(Ostetrica)

Dunque un fenomeno poco studiato e approfondito, di cui si hanno poche informazioni, e che pertanto gli operatori si dichiarano impreparati a gestire e ad affrontare la paziente che presenta questa problematica. Queste opinioni, se da un lato possono essere dovute all'assenza di esperienza diretta nella presa in carico di donne con MGF, e sulla quale torneremo, dall'altro è dovuto alla mancanza di informazioni e soprattutto di formazione specifica e multidisciplinare in merito al fenomeno, alle diverse tipologie classificate dall'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), alle conseguenze psico-fisiche, alle modalità di approccio comunicativo (verbale/non verbale) e culturalmente sensibile per relazionarsi in maniera ottimale con queste donne e le loro famiglie. Infatti in molti hanno denunciato il bisogno di sapere come approcciarsi alle donne con i genitali modificati.

“è un tema su cui tutti simo a digiuno (...) ci sentiamo poco preparati”(Ostetrica)

“se mi dovessi trovare di fronte a questa situazione (di fronte a una paziente con MGF, ndr.) non saprei come comportarmi”
(Ostetrica)

I partecipanti quindi lamentano una impreparazione dovuta a una mancanza di formazione teorica e pratica sul fenomeno atta ad acquisire competenze e capacità che li mettano in grado di accogliere queste pazienti con le loro problematicità, con il loro disagio psico-fisico, e di realizzare una presa in carico attenta agli aspetti interculturali, accurata e olistica. Queste esigenze espresse dal personale socio-sanitario meritano risposte e considerazione, in parte date

attraverso il percorso formativo appena concluso entro il quale è stata sviluppata la presente ricerca-azione, ma tali bisogni potrebbero essere ulteriormente soddisfatti con future formazioni in materia promosse e pianificate dai soggetti istituzionali e del privato sociale già attenti e sensibili a queste tematiche e qui coinvolti. Riprendendo le parole di una partecipante è fondamentale dare visibilità al tema delle Mutilazioni genitali femminili, riconoscere che il fenomeno è presente anche nel contesto regionale umbro e si inserisce nelle questioni di salute globale:

*“Questo tema deve trovare finalmente **un suo riconoscimento e una sua visibilità**. Se non se ne parla non esistono. **Silenzio e omertà sono i campi in cui si muovono questi fenomeni**”* (Psicologa)

3. LE EMOZIONI

Questo è un elemento inatteso rispetto al costrutto concettuale della ricerca nella fase di pianificazione e che è emerso nel corso degli incontri. Il tema delle mutilazioni genitali femminili, e soprattutto l'incontro con le donne, alimentano emozioni forti: i professionisti non rimangono indifferenti, ma sono coinvolti empaticamente provando emozioni forti e diverse, positive e negative. I seguenti stralci riportano le riflessioni dei partecipanti rispetto alla sollecitazione di raccontare come si sono sentiti, cosa hanno provato quando hanno preso in carico la donna con questi segni sul corpo:

“il primo impatto è molto soggettivo. Me la sono sentita addosso questa cosa. Te la senti sulla pelle. **Mi immedesimavo nella donna** che ha subito e ha continuato a subire (...) lo **mi sento molto impotente, è disarmante...** una mutilazione è sempre una mutilazione” (Operatrice sociale)

“all’inizio, quando l’ho viste per la prima volta, ero stato preso **impreparato...**poi ogni volta che le vedevo **ero stupito, atterrito. Mi ha messo paura.** Alcune erano proprio spaventose, non pensavo si potesse arrivare a fare certe cose” (Ginecologo)

“quando mi sono trovata pazienti con questi segni sul corpo sono rimasta senza parole, **sbigottita**”(Ostetrica)

“(è arrivata una donna in ospedale) doveva partorire, ma non ho seguito tutto il travaglio. Ho notato i genitali diversi e mi sono chiesta “è mutilata?”. Poi ci siamo confrontati con i colleghi, ci siamo chiesti come si sentiva. **Io durante il travaglio guardavo i suoi occhi. Io mi sentivo in imbarazzo** e forse per lei era tutto naturale. Io invece non potevo capire quello che lei provava e se portava alla luce problematiche psicologiche” (Ostetrica)

“lei sosteneva me quando le curavo la ferita che aveva, **io mi sentivo male** e le chiedevo come faceva a non sentire dolore. “la situazione più difficile è passata”, mi rispondeva. Come fai?” (Ostetrica)

“**Mi sono sentita triste,** per le donne che non hanno consapevolezza, non conoscono i diritti sul loro corpo. Mi sono sentita anche **arrabbiata,** con il sistema in generale, con la cultura (...) **Ho provato anche** frustrazione in situazioni in cui le pazienti non vedevano la cosa in maniera negativa tanto quanto la vedevamo noi” (Ostetrica)

4. LE ESPERIENZE E NON ESPERIENZE

Al questionario somministrato online il 37% dei rispondenti (n.21) ha dichiarato di aver incontrato almeno 1 donna sottoposta a MGF nel corso della propria esperienza lavorativa. In particolare, in 16 dichiarano di avere visitato da 1 a 5 pazienti con mutilazione genitale, due rispondenti hanno avuto contatti in un range compreso tra 6 e 10 pazienti; due partecipanti hanno dichiarato di avere incontrato dalle 20 alle 30 pazienti con MGF, e solo un rispondente ha incontrato dalle 10 alle 20 pazienti. Mentre la maggioranza, il 63% dei professionisti coinvolti, ha dichiarato di non avere incontrato nessuna donna o bambina con i segni di una mutilazione genitale nell'arco della propria carriera. Questi dati sono stati approfonditi nel FG in cui è stata confermata questa tendenza, ossia la maggior parte degli intervistati non ha mai avuto esperienze dirette o indirette nella presa in carico e nella relazione con pazienti che presentassero i genitali modificati. Prendendo in considerazione le testimonianze di presa in carico di donne con questi segni sul corpo, si ritiene significativa l'esperienza di un medico ginecologo che nella sua carriera ha incontrato molte donne con i genitali modificati, riportiamo alcuni passaggi del suo racconto:

“ho un ricordo di una donna somala, che era infibulata, l'orifizio vaginale era molto ristretto, veramente terribile. Era in gravidanza. Abbiamo appreso accordi con l'ospedale di Terni, dove ho trovato medici che hanno fatto un ottimo intervento chirurgico. Abbiamo spiegato alla donna che da lì non si tornava più indietro. Una chiusura (infibulazione, ndr.), abbiamo spiegato alla donna che le avrebbe dato seri problemi infettivi nel futuro. Ne abbiamo parlato

*insieme alle ostetriche, **le ho fatto vedere perché ci devi fare l'occhio, non tutte sono facile da capire.** La donna ha potuto partorire in modo naturale. Abbiamo avuto dei buoni risultati, più di una ne abbiamo fatte operare: cinque o sei. Nella maggior parte sono donne africane, in particolare somale, etiopi ma anche altri paesi dell'Africa” (Ginecologo)*

Osservando invece l'altra prospettiva, alcuni operatori, pur non avendo mai avuto esperienze dirette con pazienti con MGF, affermano che non dovrebbe essere difficile riconoscere i segni di una mutilazione in quanto:

*“non è una cosa che passa inosservata. Ora pur non avendone mai potute visionare non credo che possa ... si vede una paziente con una mutilazione genitale, credo che si veda. È una zona che il ginecologo, l'ostetrica la vede cioè a livello anatomico credo sia ben evidente, **non penso sia qualcosa che passi inosservata, per una disattenzione”** (Ostetrica)*

Mentre una studentessa di infermieristica dichiara:

“purtroppo non ho nemmeno l'esperienza e quindi non saprei quello che cercare, sono sincera.”

In generale emergono le **difficoltà di sapere identificare e classificare correttamente le modificazioni** genitali, i segni sul corpo, aspetto appunto non facile che richiede competenze e che non si può dare per scontato **“perché ci devi fare l'occhio, non tutte sono facile da capire”** (ginecologo). La classificazione standard delle diverse tipologie di MGF stilata dall'OMS e riconosciuta globalmente è utile ai fini dell'identificazione delle diverse tipologie e delle relative conseguenze per la salute della donna. Tuttavia, non è sempre facile e immediato riconoscere e collocare le

diverse forme di modificazione genitale all'interno delle tipologie e sotto-tipologie utilizzate dall'OMS. Infatti, dalla classificazione dell'OMS appare evidente che le MGF costituiscono un insieme assai eterogeneo. Benché accomunate per convenzione sotto la medesima sigla, sono infatti pratiche molto diverse, sia per quanto riguarda le conseguenze cliniche che determinano sia per i sistemi socio-culturali a cui fanno riferimento. Di conseguenza, non solo possono essere assai differenti le pratiche, ma altrettanto lo sono le modalità di esecuzione, le motivazioni culturali e antropologiche su cui si basano, le età in cui vengono svolte, gli operatori che le effettuano e la partecipazione della collettività.

Inoltre, nella maggior parte dei casi le donne con MGF non si recano ai servizi socio-sanitari per motivi legati esplicitamente alla pratica in sé ma per altre problematiche o ragioni, ad esempio in occasione della visita ginecologica o del parto, della consulenza psicologica, oppure, nel caso di minori, della visita pediatrica. In tali situazioni può emergere la presenza della MGF (anche in modo inatteso da parte del personale sanitario) e che i disturbi presentati dalla paziente siano connessi o dirette conseguenze dovute ai genitali modificati. Alcuni partecipanti dichiarano di avere avuto pazienti con MGF arrivate direttamente per il parto, mai incontrate prima del travaglio e che non avevano effettuato esami. Contemporaneamente si evidenzia la mancanza di tempo per parlare con la donna, la bambina e la famiglia e per comprendere il background socio-culturale e il vissuto. Elementi questi fondamentali per aiutare il personale sanitario a riconoscere e classificare anche quelle alterazioni dei genitali meno invasive e meno note di MGF.

Certamente i **numeri del fenomeno in Umbria non sono elevati**², ma non sono nemmeno prossimi allo zero, parafrasando la partecipante qualcosa sfugge oppure come riporta un'altra partecipante è sottostimato (si fa riferimento al caso avvenuto nel 2017 a Fossato di Vico in cui un padre di famiglia è stato arrestato per avere fatto circoncidere la figlia). Nel 2014 si stimavano circa 600 donne e bambine con MGF presente sul territorio regionale. Bisogna infatti registrare la presenza sempre più stabile e strutturata di persone, gruppi, famiglie e comunità originarie da paesi a tradizione escissoria come riportato dall'elaborazione dei dati realizzata dal CERSAG nella presente ricerca-azione che

² Si rammenta che la regione Umbria è stata segnalata nel 2007 dal Ministero della Salute come territorio target per le attività di tutela e prevenzione delle MGF in quanto annoverata nel gruppo delle tredici regioni italiane in cui il fenomeno era stato registrato. Nel medesimo documento si dichiarava che il fenomeno fosse “*quasi del tutto assente*” in Umbria. Ciò nonostante, l'inclusione della regione in questa ricognizione ministeriale ha portato alla costituzione del primo tavolo di lavoro per le MGF a livello regionale a cui parteciparono i rappresentanti dei servizi socio-sanitari. Cfr. Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Direzione Generale della prevenzione sanitaria, Ufficio Salute della donna e dell'età evolutiva, *Ricognizione sui servizi offerti a livello regionale a donne e bambine sottoposte a pratiche di mutilazione genitale femminile (Mgf)* anno 2007, Roma, 29 maggio 2007. Le altre regioni segnalate dal Ministero sono: Valle d'Aosta, Lombardia, P.A. Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Marche, Lazio, Abruzzo, Puglia, Sardegna. A seguito di questo primo documento il Ministero ha adottato le Linee Guida “*destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche*”, art. 4 – Legge n. 7 del 2006.

stima in circa **2.000 donne presenti in Umbria** e provenienti dai territori interessati alle pratiche di mutilazione genitale. Secondo alcune ostetriche, questa tipologia di pazienti non è stata mai incontrata all'interno dei servizi socio-sanitari in cui operano perché si **rivolgono verso altre strutture** (che potrebbero essere lecite o meno) in cui operano medici che provengono dai loro contesti d'origine o ancora **non hanno proprio accesso** alle cure e questo può creare l'esposizione a importanti rischi per la salute psico-fisica di queste donne nonché un vuoto nella tutela della salute in quanto diritto accessibile e fruibile (art. 32 della Costituzione italiana):

*“io credo abbiano altri canali, qui da noi nei consultori nostri non vengono... e mi sembra strano, io è dall’88 che sto qua e non abbiamo avuto niente, non lo so... mi sono fatta un po’ un’idea, ripeto hanno altri canali a noi sconosciuti per farsi controllare, per questo dico c’è un’altra strada, un’altra via. Non lo so eh... è una mia idea, probabilmente mi sbaglio. (...) **Non è possibile che in letteratura sono così tanti i casi e dopo a livello pratico sono pochi. Dove sono queste pazienti? Ecco allora che c’è qualcosa che ci sfugge”** (Ostetrica)*

*“secondo me non vengono proprio ad essere controllate, **non si controllano**. Probabilmente anche perché pensano che non ne hanno bisogno.”* (Ostetrica)

In relazione all’esperienza, presente o meno, e alla presa in carico di donne con MGF emerge il tema della **prevenzione**. Questa è un’azione fondamentale che dovrebbe essere posta tra gli obiettivi da raggiungere in ogni situazione e intervento. Gli operatori che hanno avuto esperienze di prese in carico con donne mutilate raccontano dell’impegno profuso

nell'attività di prevenzione e di sensibilizzazione per la messa in discussione delle attitudini delle pazienti e delle famiglie (aspetto fondamentale in questo tipo di azioni è proprio il coinvolgimento dei membri della famiglia) al fine di favorire l'abbandono di queste pratiche nocive per la salute delle donne e delle bambine. Si nota come per un'azione di prevenzione più efficace è importante il coinvolgimento di altre professionalità al fine di attivare una presa in carico olistica attraverso il lavoro in **équipe**. Purtroppo però mancano i **riscontri** di questo tipo di interventi, così come dichiarato dai rispondenti:

*“abbiamo cercato di fare un lavoro di prevenzione sul cambiamento dei comportamenti. Volevamo far capire che non dovevano imporre la mutilazione alle loro figlie. **Non abbiamo riscontri**. Non abbiamo avuto un ritorno, non sono tornate con le figlie. Spero di aver sortito qualche effetto, me lo auguro. Una donna etiopica **non capiva, diceva che doveva essere fatto necessariamente**. Noi dicevamo assolutamente non doveva essere fatto per evitare i rischi del futuro, esagerando anche, **cercavamo di mettere paura**. Abbiamo lottato parecchio contro la resistenza. Nei colloqui con l'assistente sociale e lo psicologo, se c'era, abbiamo incontrato resistenza non solo delle mogli ma anche dei mariti”* (Ginecologo)

*“Cerchiamo di dare indicazioni (ai genitori di bambine, ndr), ma come va non lo so perché non ho il potere di controllare (si riferisce al controllo medico, ndr). Ecco perché **è importante che il pediatra sia dalla nostra parte**”* (Operatrice sociale)

5. I BISOGNI PROFESSIONALI

Tra i principali bisogni dal punto di vista lavorativo e pratico che i professionisti sentono pressanti si riportano i seguenti:

- Lavorare sulla costruzione di relazioni di fiducia medico-paziente, in particolar modo con la donna in gravidanza al fine di spezzare la mancanza di fiducia nei confronti dei servizi. *“credo ci sia molta difficoltà da parte di queste donna a chiedere aiuto”* (Psicologa).
- Avere maggiore tempo a disposizione per il *counselling* e le visite ambulatoriali con le pazienti, è indispensabile per poter costruire relazioni di fiducia con la donna, dare il tempo di aprirsi e di ascoltare, di entrare in relazione.
- Offerta formativa professionale, specifica e multidisciplinare che tenga conto degli aspetti sociali, culturali, legali, psicologici, sanitari.
- Incentivare una maggiore comunicazione tra rete territoriale e rete ospedaliera e favorire la messa in rete dei servizi socio-sanitari territoriali per una presa in carico efficace ed integrata che coinvolga anche le realtà del privato sociale e del terzo settore. *“Come tutte le cose se non se ne parla, non esistono. Quindi credo che questo lavoro di rete ha un grande valore. I tempi sono maturi”* (Assistente Sociale).

- Sviluppare un approccio maggiormente centrato sulla persona e non soltanto sugli aspetti organici del paziente e del suo disturbo. In particolare con riferimento alle donne con MGF l'approccio deve mettere la donna al centro condividendo con lei le possibilità terapeutiche e la definizione del percorso di cura, perché *“spesso si parla tra colleghi ma non coinvolgendo la donna”* (Ostetrica); ***“Sbagliamo di nuovo l'approccio, decidiamo noi per quel corpo. Le abbiamo tolto di nuovo non chiedendo alla donna. Qualcuno ha deciso per te prima e ora di nuovo”*** (Ostetrica).

6. LA MEDIAZIONE CULTURALE E LINGUISTICA

Il dispositivo della Mediazione culturale e linguistica e la figura del mediatore e della mediatrice trovano ampio spazio all'interno dei focus group. Infatti la mediazione è considerata come uno strumento indispensabile di cui c'è assoluto bisogno per poter comunicare in maniera efficace con le pazienti e per poter essere supportati nell'adozione di un approccio culturalmente sensibile e non giudicante. Eppure, nonostante queste premesse, molto spesso la figura del mediatore/trice non è presente sia per ragioni di tempistiche, spesso si lavora in urgenza e non vi è la possibilità di attivare il servizio, sia per ragioni di mancanza di una prassi consolidata nell'utilizzo di questa figura all'interno dei servizi.

“essendo impreparata, il mediatore culturale e linguistico è importante ma è una figura non sempre presente” (Ostetrica)

LA MEDIAZIONE CULTURALE-LINGUISTICA

La mediazione culturale-linguistica è un dispositivo utilizzabile dalle istituzioni pubbliche finalizzato a favorire le pari opportunità, la tutela dei diritti riconosciuti dallo Stato e l'accesso e fruizione ai servizi pubblici. La scelta di utilizzare il dispositivo di mediazione nasce dalla necessità di favorire una corretta comunicazione tra due soggetti (in particolare tra l'operatore della pubblica amministrazione e l'utente straniero) con lingua e cultura diversa laddove incomprensioni linguistiche e mancanza di conoscenza dei riferimenti culturali (valoriali e simbolici) di ognuno, possono condurre a fraintendimenti ed ambiguità nella comunicazione e di conseguenza nella relazione tra le parti. La mediazione culturale consente ai cittadini di comunicare e dialogare in uno “spazio condiviso” che garantisca giustizia sociale, tuteli la diversità, rafforzi la democrazia. Lo consente grazie ad una metodologia di lavoro che punta all'ascolto, alla conoscenza, all'orientamento, all'advocacy e all'empowerment di tutti i soggetti coinvolti, che consente cioè di conoscere ed intercettare i bisogni espressi dalla popolazione immigrata, ma anche di orientare e supportare gli operatori dei Servizi pubblici nella risposta a tali bisogni, nonché di tenere nel dovuto conto le necessità della società civile nel suo insieme, per permettere a tutte le parti in causa di gestire consapevolmente i rapporti reciproci.

“L'integrazione è un processo dinamico, non statico, a due direzioni, di reciproco adattamento, che richiede la partecipazione non soltanto degli immigrati ma anche dei residenti degli Stati membri (...) e la chiara compenetrazione dei loro reciproci diritti e responsabilità.”
(Consiglio Europeo, Common Basic Principles, CBP. 1)

7. LA FORMAZIONE

Il tema della formazione specifica sul complesso e poliedrico fenomeno delle MGF è emerso con frequenza in tutte gli incontri realizzati e quindi con tutti i profili professionali coinvolti. In molti dichiarano la mancanza o la scarsità di proposte formative professionalizzanti sul tema, alcuni hanno approfondito il tema in modo autonomo altri dichiarano di avere una conoscenza superficiale o di essere completamente inesperti. Nel complesso tutti i partecipanti si sono dichiarati molto interessati a conoscere e ad approfondire la tematica e a ritenere necessaria questo tipo di formazione anche per i professionisti nel settore della salute mentale. Infatti, come già riportato nella sezione 2 relativa alla presa in carico, in molti si dichiarano impreparati esplicitando difficoltà nella individuazione, classificazione e gestione di donne (inteso come approccio verso le donne) con problematiche legate alla presenza di mutilazioni genitali e riconoscendo l'importanza di approfondire le conoscenze anche da una prospettiva socio-culturale-antropologica utile al fine di comprendere le motivazioni e le consuetudini che sostengono la persistenza di queste pratiche anche in contesti diasporici come quello italiano:

“Lo reputo un argomento molto interessante, attuale, sembra lontano da noi ma può capitare in qualsiasi momento (di avere una paziente con MGF, ndr.) (Ostetrica)

“è un tema su cui siamo tutti a digiuno e ci sentiamo poco preparati” (Ostetrica)

“La formazione la facciamo sul campo, perché sono presenti pochi corsi che parlano di questo e che danno informazioni. C’è necessità di formazione. A noi manca la diffusione delle informazioni, dobbiamo conoscere meglio il problema. Se n’è parlato ma in modo superficiale. Bisogna conoscere meglio e sapere dove trovare aiuti. Lavoriamo senza una preparazione, una base culturale”
(Ginecologo)

È stato riportato da alcuni partecipanti che nel corso di laurea di ostetricia è stato inserito un modulo sul tema delle MGF e anche nel percorso di studi in infermieristica vi sono alcune ore dedicate all’approfondimento del fenomeno. Certamente la decisione di aprire il presente percorso di ricerca-azione agli studenti e alle studentesse iscritti all’ultimo anno di infermieristica presso l’Università degli Studi di Perugia è stata un’importante opportunità di studio e confronto, merito della felice intuizione dei responsabili della formazione per il tirocinio universitario e dell’ASL Umbria2.

“C’è da fare molto con noi operatori e credo che soprattutto su queste tematiche così delicate, così primordiali che hanno a che fare con la nascita del mondo, mi viene da dire. C’è da lavorare e da non lasciare in pace neanche gli operatori che snobbano un po’ o che comunque si reputano al di sopra di queste necessità. (...) Io credo che è importante cominciare a parlarne nei servizi, perché c’è un’ignoranza totale su questo tema. Ritengo che i nostri infermieri, le nostre assistenti sociali... anche nel settore delle dipendenze, della salute mentale debbano essere sensibilizzati a queste tematiche” (Psicologa)

8. RAZZISMO

Nel corso degli incontri è emerso inaspettatamente il tema del razzismo all'interno dei servizi socio-sanitari agito dal personale sanitario nei confronti di pazienti straniere. Diversi professionisti hanno rilevato un atteggiamento razzista da parte di colleghi e colleghe nei confronti di donne straniere che vengono considerate “(pazienti) **di serie B**” nei confronti delle quali c'è un approccio diverso, un'accoglienza distaccata e infastidita in quanto “*non vedono più la persona ma solo l'oggetto della professione*” (Ostetrica). Vengono denunciati quindi atteggiamenti discriminatori, in alcuni casi espliciti e in altri meno espliciti, dovuti a pregiudizi e stereotipi verso determinate culture. Concepire le culture come tradizioni chiuse, fisse, immutabili, e quindi adottare una visione reificata della cultura in cui le differenze culturali sono naturalizzate, può portare a nuove forme di razzismo in cui la cultura viene concepita come un marcatore di identità e ne diventa un suo sinonimo. Le culture invece sono sistemi permeabili, sono spazi di scambio non sono realtà fisse e statiche. Pertanto, atteggiamenti giudicanti e discriminatori possono anche sfociare in forme di razzismo, come ha suggerito Marco Aime “*utilizzando la cultura come paravento, siamo diventati razzisti senza nemmeno più bisogno della razza*” (Aime, 2009, p.70).

Ma secondo alcune non è solo una “*questione di colore della pelle o etnica*” ma proprio una “*questione di lontananza a livello culturale, a livello linguistico*” che porta a discriminare la paziente che è pertanto percepita e trattata come un

“problema” in quanto il personale sanitario ha grandi difficoltà a comunicare e a relazionarsi. Il dibattito su questo tema è sempre stato molto vivace e partecipato in tutti gli incontri realizzati. I razzismi in Italia ci sono ed è una questione culturale e di sensibilità secondo quanto riferito da molti partecipanti. Per quanto riguarda i processi discriminatori di cui le donne migranti sono vittime, gli studiosi dei Gender Studies hanno individuato una tripla discriminazione: le donne migranti sono discriminate in quanto donne, in quanto migranti e in base alla classe sociale. Formano così quella che è stata definita una “trimurti di caratteri” che definiscono il ruolo delle donne immigrate nelle società d’arrivo.

9.RACCOMANDAZIONI

- Costruire e consolidare un’*équipe* professionale multidisciplinare specializzata sul tema (anche se i casi non sono enormi e quindi il tema non è visto come principale dalla dirigenza) in cui fanno parte diverse figure professionali in ambito socio-sanitario: psicologo, ostetrica, ginecologa, pediatra, mediatore/trice culturale, MMG, antropologi, assistenti sociali. Questo tipo di *équipe* potrebbe agire come Front Unit ed essere non fissa ma flessibile, cioè composta da diverse figure professionali specializzate che all’occorrenza vengono attivate dalle strutture territoriali in qualità di esperti per la gestione dei casi, la presa in carico e l’attività di consulenza. È una modalità d’intervento che potrebbe essere sviluppata

nel più ampio ambito della presa in carico delle donne vittime di violenza di genere.

- Attivare interventi di micro-counselling e di counselling breve che ha caratteristiche specifiche come pratica di lavoro e che potrebbe essere appropriata ed efficace come modalità d'intervento per la presa in carico di famiglie in cui le MGF sono presenti e per attivare azioni di prevenzione e sensibilizzazione per l'abbandono delle pratiche.
- Istituire un Registro regionale in cui raccogliere la casistica delle MGF rilevate all'interno dei servizi socio-sanitari territoriali.
- Creazione di un Protocollo regionale per la presa in carico e i relativi step da seguire in base alle diverse casistiche/situazioni che possono presentarsi in merito a questa tipologia di pazienti con MGF.
- Inserire il riscontro delle MGF in base alle tipologie classificate dall'OMS all'interno della Cartella clinica della paziente.
- Inserire un codice per l'esenzione di cure legate alle conseguenze dovute alla presenza di MGF.
- Promozione e presentazione dei servizi socio-sanitari a cui si può accedere per i diversi gruppi target

interessati alla pratica al fine di aumentare l'accesso ai servizi e ridurre sacche di marginalità ed esclusione dall'assistenza sanitaria universale e gratuita.

- Promuovere l'impiego strutturato e pianificato del dispositivo della Mediazione culturale e linguistica all'interno dei servizi come strumento in supporto sia agli operatori sanitari sia ai pazienti al fine di migliorare la comunicazione verbale, non verbale e interculturale, e anche come mezzo per rendere i servizi più accessibili, efficaci ed efficienti.
- Promuovere azioni di prevenzione delle MGF nei confronti delle bambine.
- Realizzare una ricerca su scala regionale per monitorare e valutare gli esiti degli interventi di prevenzione e sensibilizzazione realizzati con le famiglie interessate alle pratiche di MGF attivati dai servizi territoriali.

Conclusioni

Il lungo percorso di ricerca-azione realizzato con e per i servizi socio-sanitari presenti nella Regione Umbria ha rilevato grande interesse per la tematica affrontata e forti sensibilità da parte del personale coinvolto. Non sono mancati i confronti di opinioni divergenti così come l'emersione di esperienze e di buone pratiche presenti sul territorio. I momenti di gruppo sono stati foriera di scambio, di riflessione condivisa in cui è stata segnalata la mancanza di tempi e spazi di condivisione tra colleghi e la necessità di adottare un approccio culturalmente più sensibile, scevro da stereotipi ed esotismo, nella presa in carico della donna migrante.

In relazione a ciò, diviene sempre più indispensabile promuovere una formazione specialistica e mirata su tali tematiche, e più in generale sui determinanti di genere rispetto alla salute delle donne migranti, che adotti un approccio olistico, multidimensionale e interculturale, elemento emerso anche dagli operatori stessi. Come sottolinea l'Organizzazione Mondiale della Sanità *“l'approccio di genere alla salute è ineludibile per un efficace contrasto delle disuguaglianze nello stato di salute della popolazione”* (OMS 2007) al quale aggiungere la necessità di riconoscere una particolare attenzione e maggiore fruizione del dispositivo della mediazione culturale linguistica, proprio legata alla salute delle donne straniere.

I servizi socio-sanitari costituiscono una risorsa particolarmente efficace per affrontare la problematica delle Mutilazioni Genitali Femminili potendo esprimere non solo

competenze terapeutiche e preventive ma anche di promozione del cambiamento culturale in senso di tutela della salute e di affermazione globale dei diritti umani (CACCIALUPI, SIMONELLI 2014).

Appendice

Schema Partecipanti

Genere	Professione	Anni servizio	Località servizio	Tipologia servizio
F	Coordinatrice Ostetriche – Docente	40 anni	AO Perugia	Ospedale
F	Ostetrica	Non specificato (N.S.)	Terni	Consultorio
F	Ostetrica – corso laurea ostetricia	5 anni	AO Perugia	Ospedale; Coordinatrice laurea ostetricia
F	Ostetrica	N.S.	N.S.	Consultorio
F	Ostetrica	40 anni	Orvieto	Consultorio
F	Ostetrica	N.S.	Orvieto	Consultorio
F	Ostetrica	23 anni	Norcia-Cascia	Consultorio
F	Ostetrica	4 anni	AO Perugia	Ospedale
F	Ostetrica	14 anni	AO Perugia	Ospedale
F	Ostetrica	2 anni	Terni	Consultorio
F	Ostetrica	20 anni	Amelia	Consultorio
F	Ostetrica	20 anni	Foligno-Trevi-Sant'Eraclio	Consultorio
F	Ostetrica	32 anni	Orvieto	Ospedale
F	Ostetrica	20 anni	Foligno	Ospedale
F	Ostetrica	5 anni	AO Perugia	Ospedale
F	Ostetrica	2 anni	AO Perugia	Ospedale
F	Ostetrica	33 anni	Città Giardino	Consultorio

F	Ostetrica	11 anni	Narni-Amelia	Consultorio
F	Ostetrica	N.S.	Terni	Consultorio
F	Ostetrica	21 anni	Norcia-Cascia	Consultorio
F	Ostetrica	N.S.	AO Perugia	Ospedale
F	Ostetrica	16 anni	AO Perugia	Ospedale
F	Ostetrica	27 anni	Cascia - Norcia	Consultorio
F	Ostetrica	23 anni	N.S.	Ospedale
F	Ostetrica	20 anni	Terni	Consultorio
F	Ostetrica	22 anni	Narni-Amelia	Consultorio
F	Ostetrica	5 anni	AO Perugia	Ospedale
F	Ostetrica	5 anni	AO Perugia	Ospedale
F	Ostetrica	11 anni	Orvieto	Consultorio
M	Ginecologo	8 anni	Orvieto	Consultorio
M	Ginecologo	N.S.	Narni-Amelia	Consultorio
F	Operatrice sociale	12 anni	Terni	Caritas-San Martino
F	Operatrice sociale	15 anni	Terni	Comunità San Martino
F	Mediatrice Culturale	N.S.	Perugia	Agenzia mediazione CIDIS/CSC
F	Operatrice sociale	N.S.	Terni	Comunità San Martino
F	Mediatrice Culturale	8 anni	Terni	Agenzia mediazione CIDIS/CSC
F	Mediatrice Culturale	7 anni	Terni	Agenzia mediazione CIDIS/CSC
F	Psicologa	N.S.	Orvieto	Cooperativa Quadrifoglio

F	Infermiera	33 anni	Perugia	Responsabile Formazione UniPG
F	Assistente sociale	17 anni	Amelia	Consultorio
F	Psicologa	30 anni	Orvieto	Consultorio
F	Psicologa, psicoterapeuta	42 anni	Orvieto	Poliambulatorio
F	Psicoanalista	38 anni	Terni	Consultorio
F	Psicologa	Pochi mesi	Terni	Consultorio
F	Psicologa	Pochi mesi	Fabro	Scuola di specializzazione
F	Ostetrica	6 anni	Magione	Consultorio
F	Ostetrica	15 anni	Magione	Consultorio
F	Ostetrica	32 anni	Magione	Consultorio
F	Ostetrica	7 anni	Magione	Consultorio
F	Ginecologa	8 anni	Foligno	Ospedale
F	Iscritti al III ANNO del corso di Laurea in Infermieristica presso l'Università degli Studi di Perugia- sede di Terni. I partecipanti stavano svolgendo l'ultimo periodo di tirocinio in previsione della conclusione del percorso di studi.			
F				
F				
F				
F				
F				
M				
F				
F				
F				

Mutilazioni Genitali Femminili: Questionario di rilevazione

Genere:

Anno di nascita:

Professione:

Istituzione di appartenenza:

Sede di lavoro:

Che conoscenza ha del fenomeno delle MGF:

- Conosco bene il fenomeno
- Ho qualche conoscenza
- Non conosco il fenomeno ma vorrei approfondirlo
- Non conosco il fenomeno e non mi interessa

Con quali canali ha acquisito/acquisisce informazioni sul tema?

- Letteratura scientifica
- Letteratura non scientifica
- Corsi di formazione
- Convegni/seminari
- Esperienza diretta
- Mass Media
- Tramite i pazienti/utenti
- Nessuno di questi (non mi informo)
- Altro: _____

E' a conoscenza della presenza di centri clinici in Italia specializzati nella cura e prevenzione delle MGF?

- Sì
- No

In caso di risposta affermativa, potrebbe indicare quali?

Qual è la sua opinione sulle MGF?

- E' una forma di violenza
- E' una pratica culturalmente inaccettabile
- E' un fenomeno da comprendere
- Non so esprimere un giudizio

E' a conoscenza della legislazione nazionale concernente la prevenzione e il divieto delle MGF?

- Sì
- No

Nell'attività lavorativa ha incontrato pazienti con MGF?

- Sì
- No

Nella sua esperienza lavorativa quante donne/bambine sottoposte a MGF ha incontrato?

- Nessuna
- da 1 a 5
- da 6 a 10

- da 10 a 20
- da 20 a 30
- da 30 a 40
- da 40 a 50
- oltre 50

Quando si è trovato coinvolto nella problematica delle MGF ha sentito il bisogno di:

- Una migliore preparazione professionale
- Parlarne con i colleghi per averne confronto e supporto
- Nessuna in particolare
- Confrontarmi con un esperto della tematica

Da quando si è trovato coinvolto nella problematica delle MGF:

- Ho pensato spesso a come promuovere la prevenzione
- Ho sperato che qualcuno prima o poi intervenisse
- Ho prestato attenzione particolare alle informazioni in merito
- Non me ne sono preoccupato/interessato
- Mi sono attivato personalmente per promuovere la presa in carico di donne con MGF e la prevenzione

Al momento della presa in carico della donna sottoposta a MGF ha coinvolto la figura del Mediatore Interculturale?

- Sì, in tutti i casi
- Sì, solo in alcuni casi
- No
- Vorrei farlo ma non so come attivare il servizio

Quanto ritiene sia significativo e presente il fenomeno in Umbria:

- Per nulla
- Poco
- Abbastanza
- Molto
- Moltissimo

E' facile riconoscere la presenza della problematica nelle pazienti?

- Per nulla
- Poco
- Abbastanza
- Molto
- Moltissimo

Commenti o suggerimenti aggiuntivi

Bibliografia

AIDOS, 2018. MGF: *La situazione in Italia*. https://www.aidos.it/wpcontent/uploads/2017/02/COUNTRY-INFO-PAGES_ITALY_ITALIAN-FINAL.pdf

AIME M., 2004. *Eccessi di culture*, Einaudi, Torino.

AIME M., 2009. *La macchia umana*, Ponte alle Grazie, Milano.

BAGAGLIA C., FLAMINI S., PELLICCIARI M., POLCRI C., 2014. *Mutilazioni genitali e salute riproduttiva della donna immigrata in Umbria*. Centro Stampa Giunta Regionale Umbria, Perugia.

BICHI R., 2007. *La conduzione delle interviste nella ricerca sociale*, Carocci Roma.

BIGI E., 2019. Umbria. Rapporto immigrazione 2019. In IDOS e Centro Studi Confronti (a cura di), Dossier statistico immigrazione 2019.

CACCIALUPI M. G., SIMONELLI I., 2014. *Mutilazioni genitali Femminili. Rappresentazioni sociali e approcci sociosanitari*, i Quid n.11, Milano.

CIPOLLA C., 2003. *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, Franco Angeli Milano.

CORRAO S., 2005. *Il focus group*, Franco Angeli Milano.

European Institute for Gender Equality - EIGE, 2018. REPORT. *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union Belgium, Greece, France, Italy, Cyprus and Malta*. <https://aidos.it/wp-content/uploads/2017/07/EIGE-Girls-at-risk-2018.pdf.pdf>

Faraca A., 2016. *Female Genital Mutilation/Cutting in the context of migration: Stories from the lives of Nigerian exiles*, in *One Way Trip. Essays on Mediterranean Migration*, Ed by V. De Cesaris, pp. 143-172, Stranieri University Press, Perugia.

Farina P., Ortensi L.E., 2014. *The mother to daughter transmission of Female Genital Cutting in emigration as evidenced by Italian survey data*. GENUS - Journal of Population Sciences. 70 (2): 111-137.

Farina P., Ortensi E., Menonna A., 2016. *Estimating the number of foreign women with female genital mutilation/cutting in Italy*. The European Journal of Public Health, 26 (4).

Farina P., Ortensi E., Pettinato T., 2020. *Le mutilazioni genitali femminili in Italia: un aggiornamento*. <https://www.neodemos.info/2020/07/03/le-mutilazioni-genitali-femminili-in-italia-un-aggiornamento/>

ISTAT (2019). *Stranieri residenti al 1° gennaio 2019 - Cittadinanza*.

ISTAT (2019a). *Stranieri residenti al 1° gennaio 2018 - Cittadinanza*.

ISTAT (2019b). *Stranieri e immigrati. Permessi di soggiorno dei cittadini non comunitari: Cittadinanza e motivo del permesso al 1 gennaio 2019*.

ISTAT (2019c). *Stranieri residenti al 1° gennaio 2019 – Cittadinanza: Umbria*.

Ministero della Salute, 2007. *Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche.* Ministero della Salute, Roma.

UNFPA, 2020. *State of World Population. Report 2020: Against My Will. Defying the practices that harm women and girls and undermine equality.* <https://www.unfpa.org/swop>

UNFPA, 2020a. *Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage. Pandemic threatens achievement of the Transformative Results committed to by UNFPA.* <https://www.unfpa.org/resources/impact-covid-19-pandemic-family-planning-and-ending-gender-based-violence-female-genital>

UNICEF, 2019. *DHS, MICS, Health Issues Survey, Population and Health Survey and RISKESDAS, 2004-2018.* <https://data.unicef.org> > Somalia > FGM_SOM .

UNICEF, 2016. *Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern.* UNICEF, New York.



Il CERSAG - Centro Regionale per la Salute Globale si occupa di ricerca, formazione, valutazione sui temi della Salute Unica e Globale. I campi di interesse e di intervento, riferendosi al modello dei determinanti di salute, alle disuguaglianze ed al concetto di equità, sono gli effetti della globalizzazione sulla salute (Global Health) e la relazione dinamica esistente tra uomo, animale e ambiente (One Health).

Attraverso lo sforzo congiunto di più discipline professionali, stimola la cultura della progettazione partecipata per promuovere salute nelle comunità locali, attraverso il coinvolgimento degli stakeholder presenti nei territori, con un occhio sempre attento alle dimensioni globali e alle evidenze scientifiche.

Concorrono alle attività del CERSAG la Regione Umbria, l'Università degli Studi di Perugia, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche, l'Azienda USL Umbria 2, il Comune di Orvieto e la Fondazione per il Centro Studi "Città di Orvieto".



Associazione no profit attiva a livello nazionale ed europeo per garantire diritti pari opportunità alla popolazione migrante e per sensibilizzare l'opinione pubblica alla cultura dell'accoglienza. CIDIS promuove l'integrazione di stranieri, apolidi, rifugiati e richiedenti asilo nella vita sociale e culturale della comunità locale, in posizione di uguaglianza con i cittadini italiani, contro ogni forma di razzismo e discriminazione. CIDIS promuove attività multidimensionali ed integrate ponendo attenzione alla persona, alla parità di genere e alla logica di rete.

WWW.CIDISONLUS.ORG

