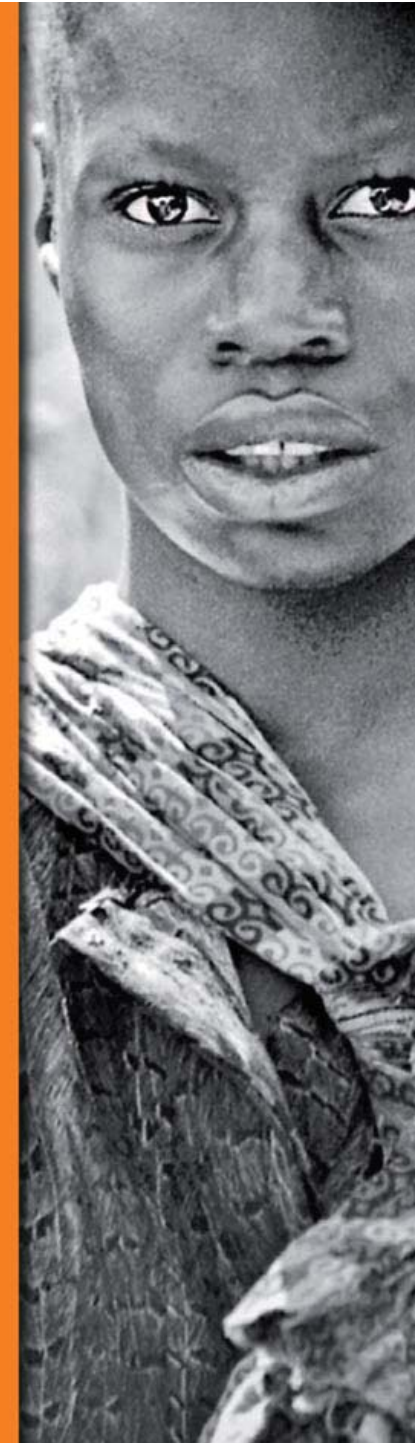




FONDAZIONE
**ANGELO
CELLI**
per una cultura della salute

MUTILAZIONI GENITALI E SALUTE RIPRODUTTIVA della donna immigrata in Umbria

Direzione regionale Salute e Coesione sociale
Servizio Programmazione e sviluppo della rete dei servizi sociali
e integrazione socio-sanitaria





MUTILAZIONI GENITALI E SALUTE RIPRODUTTIVA della donna immigrata in umbria

A cura di

Carlotta Bagaglia - Sabrina Flamini - Maya Pellicciari - Chiara Polcri
Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute

© Perugia, Giugno 2014
Edizione fuori commercio
Progetto grafico, Impaginazione e Stampa: *Centro Stampa Giunta Regionale Umbria*

In copertina: foto di *Andrea Innocenti*

INDICE

Prefazione	
Assessore Carla Casciari	9
Presentazione	
di Tullio Seppilli	11
CAPITOLO 1 - Le premesse del progetto	
di Sabrina Flamini e Maya Pellicciari	15
1.0. Dalla "Ricognizione ministeriale del 2007" all'indagine in Umbria	17
1.1. I dati sulle presenze delle donne africane nella regione e la definizione delle aree di ricerca	19
CAPITOLO 2 - L'indagine qualitativa: la ricerca sul campo a Perugia e a Terni di Sabrina Flamini e Maya Pellicciari	29
2.0. Note metodologiche	31
2.1. Introduzione a un tema "difficile"	33
2.2. Le MGF: definizione "ufficiale", tipologie, stime	37
2.3. La pratica delle MGF nelle parole degli intervistati	47
2.4. "Anomalie genitali", donne migranti e rapporto con i servizi	57
2.5. La scelta delle madri: quale continuità nella migrazione	65
2.6. Parlare o non parlare delle MGF: il silenzio delle donne e la voce delle istituzioni	73
2.7. Il dolore incorporato e il potere della narrazione	80
2.8. Aprire/chiedere: la vicinanza possibile, un caso di deinfibulazione	86
2.9. Quale apertura: MGF e diritti migranti	90
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	95
CAPITOLO 3 - L'indagine quantitativa: il questionario online per gli operatori umbri di Carlotta Bagaglia e Chiara Polcri	99
3.0. Note metodologiche	101
3.1. Profili socio-anagrafici	103
3.2. Gli operatori e l'utenza femminile straniera	107
3.3. Conoscenza e percezione del fenomeno	111
3.4. Esperienze dirette	116
3.4.1 Casi di donne o bambine incontrate con mutilazioni genitali	118
3.5. Quali percorsi: opinioni e suggerimenti	123
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	127

PREFAZIONE

Il fenomeno dell'immigrazione è sicuramente uno di quelli che ha determinato i maggiori mutamenti sociali e economici che hanno recentemente investito i sistemi di welfare locali, ma ha anche portato con sé culture e stili di vita che sono propri delle famiglie che hanno trovato in Umbria la nuova residenza.

In questo contesto la condizione delle donne straniere diventa un tema centrale per l'integrazione degli immigrati, il nodo per concretizzare una vera convivenza culturale, che si realizza ovviamente anche attraverso politiche pubbliche locali di attenzione e conoscenza dei modelli culturali di cui le nuove famiglie sono portatrici. Tra questi, le mutilazioni genitali femminili, un fenomeno che risulta ancora per la maggior parte sommerso, necessita un approfondimento circa gli aspetti culturali, ma anche per la tutela della salute in termini di assistenza sanitaria e psicologica, per quelle donne che hanno subito una mutilazione.

Per queste ragioni, la Regione Umbria, in applicazione della Legge 9 gennaio 2006 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile" ha posto in essere alcune azioni, fra cui il progetto di ricerca "Mutilazioni genitali e salute riproduttiva della donna immigrata in Umbria", affidato alla Fondazione Angelo Celli.

Fra gli obiettivi dell'indagine c'è la necessità di acquisire informazioni più dettagliate del fenomeno sul nostro territorio, dati utili anche alla programmazione degli interventi di sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari e socio educativi. Con questo intento, la Regione Umbria vuole rafforzare e implementare le azioni già in essere per la tutela della salute e dal benessere delle donne anche attraverso la costituzione di un Centro regionale di riferimento che funga da polo formativo ma anche con compiti di supporto e consulenza per la mediazione socio-culturale fra le donne e i servizi del territorio.

Carla Casciari
Vice Presidente Regione Umbria
Assessore Welfare e Istruzione

Presentazione

Tullio Seppilli - Presidente della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute

Vengono qui presentati la metodica e i risultati di una ricerca su una condizione poco diffusa e apparentemente assai marginale, almeno in Italia, che tuttavia ci obbliga ad affrontare una delle questioni più urgenti, più significative, più generali e, ad un tempo più “difficili” della nostra epoca: quella dell’incontro ravvicinato fra protagonisti di differenti culture e, di conseguenza, il problema di come affrontare la coesistenza fra sistemi di valori e di relazioni umane non soltanto “diversi” ma tra loro in qualche modo incompatibili.

In sostanza, il tema è quello delle cosiddette “mutilazioni genitali femminili” (MGF), che già nella sua formulazione verbale risulta abbastanza improprio e certamente “non neutro”. La realtà di cui stiamo parlando è che specie in alcuni Paesi africani, soprattutto dell’Est, vigono eterogenee e più o meno diffuse pratiche di intervento cruento finalizzate ad asportare o comunque a modificare anatomicamente, sin dall’età infantile, parti significative dell’apparato sessuale femminile: sono pratiche supportate da motivazioni culturali di vario genere – estetiche, repressive della partecipazione erotica, di “pulizia” o “salute”, o altro ancora – e costituiscono comunque una pre-condizione necessaria perché, in quei contesti, la donna non rischi di essere considerata una prostituta e possa contrarre matrimonio.

Si tratta ovviamente di concezioni e interventi in totale contrasto con i valori correnti nei Paesi occidentali e con lo statuto sociale che essi attribuiscono alla donna: uno statuto, oltre tutto, largamente vissuto come una irrinunciabile conquista di civiltà, raggiunta dopo un secolo di dure lotte femministe.

Ci si trova di fronte, dunque, a un radicale contrasto di valori, di attese, di “regole” che investono molte sfere della soggettività e del costume e che peraltro ci interessano ormai direttamente se si considera che le MGF sono oggi presenti anche in Italia come risultato dei flussi di immigrazione femminile, di una certa consistenza, dai Paesi in cui esse sono praticate.

La ricerca qui presentata ha avuto in effetti come obiettivo un più preciso accertamento conoscitivo della consistenza e del carattere del fenomeno, nel territorio umbro, sia per quanto riguarda la presenza di donne già sottoposte alla pratica nel loro Paese d’origine, sia per quanto riguarda il loro atteggiamento

nei confronti della propria condizione, sia infine per quanto riguarda i livelli di informazione che risultano averne i nostri operatori socio-sanitari.

Dalla ricerca risulta peraltro confermato anche per l'Umbria quanto già abbastanza noto: che molte donne provenienti dai Paesi in cui le MGF vengono tradizionalmente praticate le considerano del tutto "normali", ovvie e positive o comunque opportune per sé e per le proprie figlie (talché, in proposito, il termine "mutilazioni" appare loro del tutto estraneo).

La questione investe così, come sopra anticipato, un vero e proprio conflitto di valori fra differenti culture. E come tale va compreso e affrontato.

Situazioni di questo tipo, peraltro, sono da parecchio tempo oggetto di non semplici riflessioni teorico-pratiche o, se vogliamo, etico-politiche: nelle quali si gioca da un lato una opzione per valori che "noi" riteniamo "avanzati", e vorremmo considerare "universali", e dall'altro l'altra opzione – anch'essa acquisita fra i nostri "valori" – del rispetto per le altre culture.

Siamo ormai consapevoli, in effetti, che nessun sistema di valori è valido *in assoluto*, che i valori, cioè, sono *prodotti storici*, espressione e funzione di specifici assetti sociali: talché ha poco senso tentar di "confrontare dall'alto" – cioè da una inesistente posizione "esterna" e "superiore" a tutte le altre – i valori espressi da differenti civiltà.

E così, sono "storici" anche i valori correnti nella nostra civiltà, anche quelli che ne esprimono le componenti sociali e le istanze ideologiche più "avanzate" e "progressiste": quelli per i quali noi ci battiamo, dentro e fuori dal nostro contesto sociale e che vorremmo si universalizzino.

È ormai chiaro, comunque, che l'affermarsi di una nuova e significativa costellazione di valori può solo trovare fondamento in un processo di trasformazione delle basi materiali della società e della conseguente tipologia di rapporti sociali e, comunque, nell'affermarsi di protagonisti sociali che se ne facciano portatori e "diffusori": che li veicolino, cioè, esercitando in tal senso una propria dinamica di *egemonia* e che, eventualmente, propongano anche un'istanza di "protezione" dei nuovi valori attraverso l'imposizione di norme giuridiche che prevedano precise sanzioni a fronte del manifestarsi di comportamenti difformi. La "conquista delle coscienze" – l'egemonia cioè – si integra in questo caso con la "repressione della devianza" – cioè con la *coercizione* – dando luogo in tal modo a un nuovo compiuto e "classico" processo di *controllo sociale*. Ma si tratta in ogni caso di dinamiche assai complesse e articolate: in genere, nei Paesi africani dove vige tutt'ora, in talune aree, la pratica delle MGF, essa è ormai ufficialmente illegale, ma il

processo di cambiamento del costume, e cioè della soggettività collettiva, non si è ancora esteso all'intera popolazione, confermando – se ce ne fosse bisogno – che cambiamenti di questo tipo hanno comunque tempi lunghi e dipendono da numerosi concreti fattori generali e locali.

Conta comunque il contesto. *Dentro il nostro Paese*, in effetti, la difesa dei valori su cui si fonda il nostro rifiuto delle MGF è formalmente garantita da una normativa precisa e specifica (Legge 9 gennaio 2006 n. 7 e Codice Penale titolo XII art. 583/bis): le mutilazioni genitali femminili sono proibite in ogni loro forma, anche se praticate sotto controllo sanitario¹ e in ogni caso, anche al di là delle possibili sanzioni, le immigrate (e gli immigrati) dai Paesi dove le MGF sono ancora praticate vivono qui, necessariamente, un processo di integrazione in una società nella quale le MGF appaiono radicalmente inaccettabili.

Ci sembra che in questo contesto – assai diverso peraltro da quello che le immigrate hanno conosciuto nel loro Paese – il problema e l'obiettivo di fondo debbano individuarsi nel *dialogo in una relazione di rispetto* per le diversità di partenza. Le ragioni dei nostri valori vanno proposte, cioè, come elementi di un miglioramento complessivo del sistema di vita, evitando ogni stimolo che si aggiunga alle già gravi difficoltà oggettive e soggettive in cui si trovano tutti gli immigrati e finisca cioè per favorire "reazioni controacculturative", di chiusura difensiva, cioè, nella propria cultura tradizionale.

In effetti, solo la prospettiva del dialogo – muovendosi sul terreno della soggettività e del consenso – sembra poter evitare, per quanto ci è dato di fare, le due possibili (e reali) modalità di riproduzione del costume: che le bambine, nate ormai in Italia o giunte nel nostro Paese con le loro madri a loro tempo oggetto della pratica, siano affidate *qui* a operatrici clandestine (oltretutto con i seri rischi che ciò comporta) o vengano invece riportate "per un breve periodo di vacanza" *nel loro Paese di origine* proprio per subirvi lì il tradizionale intervento.

Appunto a fornire materiale per questo dialogo la ricerca qui presentata è stata a suo tempo progettata e ora condotta a termine.

¹ In merito, è difficile non osservare che "presso di noi" sono invece consentite sia la pratica della circoncisione maschile sia i numerosi ed eterogenei interventi sul proprio corpo, anche cruenti, se voluti dagli stessi protagonisti e dettati oggi dalle più diverse mode culturali.

CAPITOLO 1

Le premesse del progetto
di Sabrina Flamini e Maya Pellicciari

1. Le premesse del progetto

di Sabrina Flamini e Maya Pellicciari

1.0 Dalla “Ricognizione ministeriale del 2007” all’indagine in Umbria

Nella “Ricognizione sui servizi offerti a livello regionale a donne e bambine sottoposte a pratiche di mutilazione genitale femminile (MGF)”, del 29 maggio 2007, il Ministero della Salute² segnalava l’Umbria come una delle tredici regioni italiane in cui il fenomeno era stato registrato. Veniva nello specifico segnalata un’iniziativa formativa rivolta agli operatori sanitari (ginecologi) e socio-sanitari (assistenti sociali) dei servizi della ex Asl 2 di Perugia, ma si affermava che «il fenomeno delle MGF è quasi del tutto assente nella regione» (p. 62).

Sulla base di questa rilevazione a livello regionale, il Ministero stanziava un fondo per lo svolgimento di attività di ricerca e formazione sul tema delle MGF. La Regione Umbria avvia un Tavolo di confronto con i rappresentanti di tutti i servizi socio-sanitari del territorio regionale (“Tavolo regionale per le MGF”), dal quale emerge il bisogno di far precedere le attività di formazione da una indagine conoscitiva sulla reale presenza del fenomeno tra le donne immigrate in Umbria.

Nell’estate del 2010 si avviano i primi contatti tra la Regione Umbria e la Fondazione Angelo Celli per l’ideazione di un percorso progettuale sul tema delle MGF. Dopo numerosi incontri di confronto con i dirigenti e i funzionari della Regione, viene organizzata il 5 maggio 2011 una riunione tra i ricercatori della Fondazione Celli e i rappresentanti del “Tavolo regionale per le MGF”, per la presentazione di una prima proposta di ricerca. Durante la riunione emergono pareri contrastanti: da una parte si riconosce l’importanza di effettuare un’indagine sul campo che verifichi l’effettivo stato del problema, dall’altra si teme che il fenomeno sia sovrastimato, poiché fino a quel momento non erano state registrate dagli operatori testimonianze rilevanti in tal senso.

² Dipartimento della prevenzione e della comunicazione. Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ufficio X – “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), 29 maggio 2007, Roma.

Sulla base del dibattito sviluppatosi nel corso della riunione, i ricercatori della Fondazione Celli procedono a una ricalibrazione del progetto, nella duplice direzione di una indagine che lavori ad un tempo sia sul versante qualitativo che su quello quantitativo dei dati. Uno degli ambiti più problematici è la definizione delle aree di ricerca: le limitate risorse finanziarie non consentono infatti di allargare l'indagine qualitativa all'intero territorio regionale ed emerge la necessità di individuare le aree su cui concentrare il lavoro. Alla fine si decide di comune accordo di svolgere la ricerca sul campo nei Comuni di Perugia e Terni, e di coinvolgere in un'indagine quantitativa gli operatori di tutti i servizi sanitari e socio-sanitari della regione maggiormente coinvolti dal fenomeno delle MGF.

Il progetto “Mutilazioni genitali e salute riproduttiva della donna immigrata in Umbria” è dunque il risultato di un intenso lavoro di progettazione partecipata, che ha visto i ricercatori della Fondazione Celli lavorare in continua collaborazione con dirigenti, funzionari e operatori socio-sanitari, durante tutta l'estate del 2011. Il 17 ottobre si è proceduto infine alla firma della convenzione e all'avvio formale dei lavori.

L'equipe di ricerca della Fondazione Celli è stata composta da cinque antropologhe: alla ricerca sul campo hanno collaborato le dott. Carlotta Bagaglia, Sabrina Flamini, Michela Marchetti e Maya Pellicciari; l'analisi dei dati qualitativi e quantitativi è stata affidata rispettivamente alle dott. Maya Pellicciari e Sabrina Flamini, e alle dott. Carlotta Bagaglia e Chiara Polcri; la supervisione scientifica è stata curata dal prof. Tullio Seppilli.

Il testo che segue, preceduto da un breve excursus sulle presenze dei cittadini stranieri residenti in Umbria e provenienti dal continente africano, illustra, nella Prima parte, i risultati dell'indagine qualitativa condotta a Perugia e a Terni; nella Seconda parte, gli esiti della rilevazione quantitativa rivolta agli operatori socio-sanitari dell'intera regione.

La scelta di utilizzare la definizione di “mutilazioni genitali femminili” è stata oggetto di attente riflessioni e animate discussioni, che in parte sono riportate all'interno del testo che qui viene presentato. Tuttavia, nonostante le perplessità scientifico-metodologiche, abbiamo alla fine scelto di adottare la denominazione “ufficiale”, considerandola però come la cornice di un campo complesso, ambiguo, difficile da inquadrare in un'unica prospettiva, e dunque da utilizzare in senso critico e dialogico rispetto all'etnografia. Abbiamo dunque convenuto di utilizzare “mutilazioni genitali femminili”, e in particolare l'acronimo “MGF”, quando ci siamo riferite alla “questionone” (politica, morale,

culturale) che tale definizione sottende. Quando ci siamo riferite, nello specifico, alle narrazioni delle donne intervistate, abbiamo invece ritenuto più coerente rispettare i termini da loro indicati e, con essi, l'orizzonte di senso all'interno del quale venivano collocati. Condividiamo, infatti, le posizioni critiche di chi ritiene tale definizione una imposizione da parte di soggetti “esterni”, del tutto sconosciuta tra le donne coinvolte direttamente dal fenomeno, e in qualche misura colpevolizzante e discriminatoria (cfr. par. 2.2.). Ciononostante, abbiamo anche preso atto del fatto che gli organismi internazionali, così come le istituzioni locali, l'hanno ormai eletta come formula ufficiale da utilizzare nei discorsi pubblici, ritenendola più efficace di altre – più “morbide” (quali “modificazioni genitali”), e più condivise (quali “circoncisione”, taglio, infibulazione, ecc.) – nel comunicare la posizione di netto contrasto e assoluta condanna assunta da tali organismi nei confronti di queste pratiche.

1.1. I dati sulle presenze delle donne africane nella regione e la definizione delle aree di ricerca

Nell'ambito delle attività di calibrazione del progetto è stata effettuata una ricognizione dei dati relativi alle presenze di donne immigrate in Umbria, provenienti dai paesi africani in cui appare maggiormente diffuso il fenomeno delle MGF.

Il numero totale di cittadini stranieri provenienti dal continente africano, residenti in Umbria al 1° gennaio 2011, è di 17.645 unità, di cui 7.660 donne e 9.985 uomini, che rappresentano insieme il 17,67% del totale degli immigrati nella regione. Le donne provenienti dai 27 paesi africani in cui l'OMS riconosce, sulla base dei dati a sua disposizione, la presenza delle MGF (cfr. tabella a p. 43-44) sono in totale 1857.

<i>AFRICA</i>	<i>Area</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>Totale</i>
Nigeria	<i>Africa occidentale</i>	516	598	1.114
Costa d'Avorio	<i>Africa occidentale</i>	501	447	948
Camerun	<i>Africa centro meridionale</i>	343	376	719
Egitto	<i>Africa settentrionale</i>	134	73	207
Etiopia	<i>Africa orientale</i>	70	109	179
Senegal	<i>Africa occidentale</i>	86	42	128

AFRICA	Area	Maschi	Femmine	Totale
Eritrea	Africa orientale	66	44	110
Somalia	Africa orientale	51	37	88
Liberia	Africa occidentale	33	15	48
Ghana	Africa occidentale	22	22	44
Kenya	Africa orientale	20	22	42
Benin (ex Dahomey)	Africa occidentale	27	7	34
Togo	Africa occidentale	18	12	30
Burkina Faso (ex Alto Volta)	Africa occidentale	21	9	30
Sudan	Africa settentrionale	23	5	28
Guinea	Africa occidentale	11	8	19
Mali	Africa occidentale	12	7	19
Gibuti	Africa orientale	9	9	18
Sierra Leone	Africa occidentale	6	5	11
Tanzania	Africa orientale	5	5	10
Repubblica Centrafricana	Africa centro meridionale	4	1	5
Uganda	Africa orientale	4	1	5
Ciad	Africa centro meridionale	1	2	3
Guinea Equatoriale	Africa centro meridionale	1	0	1
Gambia	Africa occidentale	1	0	1
Mauritania	Africa occidentale	0	1	1
Niger	Africa occidentale	1	0	1
Totale Africa		1986	1857	3843

Fonte: dati Istat - Elaborazione TUTTITALIA.IT (cfr. www.tuttitalia.it).

Tali dati sulle principali presenze nel territorio regionale umbro, incrociati con quelli relativi ai tassi di prevalenza delle MGF forniti dall'OMS, ci hanno consentito di individuare le aree di provenienza su cui focalizzare l'indagine qualitativa: la Nigeria (29,6%), la Costa d'Avorio (36,4%), l'Egitto (91,1%), l'Etiopia (74,3%), l'Eritrea (88,7%) e la Somalia (97,9). In corso d'opera, si è presentata l'occasione di intervistare anche donne provenienti dal Ciad (44,9%) e dal Mali (85,2%), paesi che pur essendo scarsamente rappresentati in Umbria, sono tuttavia caratterizzati da una significativa diffusione del fenomeno delle MGF. Le donne residenti in Umbria provenienti da questi otto paesi sono in totale 1317. Riportiamo qui dati più specifici sul numero di donne provenienti da ciascuno dei sei paesi inizialmente selezionati, suddivisi per provincia. Sono indicati il numero delle presenze, suddivise per sesso, la percentuale rispetto alla complessiva presenza immigrata nella regione, e la variazione in percentuale del numero di presenze rispetto alla rilevazione

dell'anno precedente. Per ognuno dei sei paesi viene inoltre riportato l'andamento del flusso migratorio dal 2005 al 2011, che mette bene in evidenza il significativo e costante aumento di presenze per quasi tutte le nazionalità selezionate (unica eccezione la Somalia, rimasta stabile). 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.

NIGERIA

Nigeriani in Umbria: 1.114 su 99.849 stranieri in Umbria (1,1%)

Nigeriani in Italia: 53.613 su 4.570.317 stranieri in Italia (1,2%)

Provincia	Nigeriani			%	% su tutta la popolaz. straniera	Variazione % anno precedente
	Maschi	Femmine	Totale			
Perugia	432	493	925	83,0%	1,19%	+14,8%
Terni	84	105	189	17,0%	0,84%	+2,7%
Totale Regione	516	598	1.114		1,1%	+12,5%

Stranieri residenti con cittadinanza nigeriana al 1° gennaio di ogni anno.

Provincia	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Perugia	925	806	752	709	666	637	629
Terni	189	184	180	148	144	110	101
Totale Regione	1.114	990	932	857	810	747	730

COSTA D'AVORIO

Ivoriani in Umbria: 948 su 99.849 stranieri in Umbria (0,95%)

Ivoriani in Italia: 22.665 su 4.570.317 stranieri in Italia (0,50%)

Provincia	Ivoriani			%	% su tutta la popolaz. straniera	Variazione % anno precedente
	Maschi	Femmine	Totale			
Perugia	486	424	910	96,0%	1,18%	+5,6%
Terni	15	23	38	4,0%	0,17%	+72,7%
Totale Regione	501	447	948		0,9%	+7,2%

Stranieri residenti con cittadinanza ivoriana al 1° gennaio di ogni anno.

Provincia	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Perugia	910	862	816	740	688	674	620
Terni	38	22	21	22	18	12	8
Totale Regione	948	884	837	762	706	686	628

EGITTO**Egiziani in Umbria:** 207 su 99.849 stranieri in Umbria (0,21%)**Egiziani in Italia:** 90.365 su 4.570.317 stranieri in Italia (2,0%)

Provincia	Egiziani				% su tutta la popolaz. straniera	Variazione % anno precedente
	Maschi	Femmine	Totale	%		
Perugia	100	60	160	77,3%	0,21%	+3,2%
Terni	34	13	47	22,7%	0,21%	-4,1%
Totale Regione	134	73	207		0,2%	+1,5%

Stranieri residenti con cittadinanza egiziana al 1° gennaio di ogni anno.

Provincia	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Perugia	160	155	145	132	130	119	110
Terni	47	49	44	31	32	34	29
Totale Regione	207	204	189	163	162	153	139

ETIOPIA**Etiopi in Umbria:** 179 su 99.849 stranieri in Umbria (0,18%)**Etiopi in Italia:** 8.593 su 4.570.317 stranieri in Italia (0,19%)

Provincia	Etiopi				% su tutta la popolaz. straniera	Variazione % anno precedente
	Maschi	Femmine	Totale	%		
Terni	50	63	113	63,1%	0,50%	+7,6%
Perugia	20	46	66	36,9%	0,09%	0,0%
Totale Regione	70	109	179		0,2%	+4,7%

Stranieri residenti con cittadinanza etiopica al 1° gennaio di ogni anno.

Provincia	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Perugia	66	66	62	57	61	58	49
Terni	113	105	95	76	61	53	45
Totale Regione	179	171	157	133	122	111	94

ERITREA**Eritrei in Umbria:** 110 su 99.849 stranieri in Umbria (0,11%)**Eritrei in Italia:** 13.368 su 4.570.317 stranieri in Italia (0,29%)

Provincia	Eritrei				% su tutta la popolaz. straniera	Variazione % anno precedente
	Maschi	Femmine	Totale	%		
Terni	38	23	61	55,5%	0,27%	+8,9%
Perugia	28	21	49	44,5%	0,06%	+22,5%
Totale Regione	66	44	110		0,1%	+14,6%

Stranieri residenti con cittadinanza eritrea al 1° gennaio di ogni anno.

Provincia	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Perugia	49	40	35	31	31	25	21
Terni	61	56	46	33	25	11	3
Totale Regione	110	96	81	64	56	36	24

SOMALIA**Somali in Umbria:** 88 su 99.849 stranieri in Umbria (0,09%)**Somali in Italia:** 8.112 su 4.570.317 stranieri in Italia (0,18%)

Provincia	Somali				% su tutta la popolaz. straniera	Variazione % anno precedente
	Maschi	Femmine	Totale	%		
Perugia	22	26	48	54,5%	0,06%	+2,1%
Terni	29	11	40	45,5%	0,18%	+37,9%
Totale Regione	51	37	88		0,1%	+15,8%

Provincia	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Perugia	48	47	45	42	43	37	83
Terni	40	29	19	16	11	4	2
Totale Regione	88	76	64	58	54	41	85

Il Servizio di mediazione culturale della ex Asl 2 di Perugia, nella fase preliminare di definizione delle aree di indagine, ha messo inoltre a disposizione dati, aggiornati al 2010, relativi alla consistenza numerica, suddivisa per genere, degli stranieri presenti nei diversi comuni delle quattro Asl in cui era suddivisa la Regione Umbria fino al 2012. Incrociando questi dati con i tassi di incidenza delle MGF nei vari paesi africani a disposizione del Servizio al momento dell'elaborazione, abbiamo stimato che oltre 600 tra donne e bambine residenti in Umbria abbiano subito una qualche forma di mutilazione genitale. Sempre sulla base di questi dati (presenze e tassi di diffusione delle MGF), e grazie anche alle indicazioni fornite dal "Tavolo regionale per le MGF", i Comuni di Perugia e Terni sono dunque risultati come i più interessanti sui quali focalizzare l'indagine qualitativa. Le tabelle di seguito riportate mostrano il numero totale di stranieri residenti nella singola Asl, il numero di stranieri provenienti dai paesi africani, il numero di coloro che provengono dai paesi africani in cui si praticano MGF, ed infine il numero di quelli che provengono dai sei paesi selezionati per l'indagine. Come si può vedere, il Comune di Perugia e quello di Terni sono in assoluto i Comuni con il maggior numero di donne provenienti dai paesi ritenuti più rilevanti.

EX ASL 1

	Stranieri presenti nella ex ASL 1		Stranieri presenti nella ex ASL 1 provenienti dall'Africa		Stranieri presenti nella ex ASL 1 provenienti dai paesi africani in cui si praticano MGF		Stranieri provenienti da Nigeria, Costa d'Avorio, Egitto, Etiopia, Eritrea, Somalia	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Città di Castello	1659	2103	745	502	49	41	40	41
Citerna	135	158	36	24	3	2	3	-
Lisciano Niccone	61	58	17	17	0	0	-	-
Monte Santa Tiberina	48	58	15	12	1	0	-	-
Montone	90	87	40	33	5	1	1	-
Pietralunga	75	98	23	17	0	0	-	-
San Giustino	424	513	156	128	2	3	1	3
Umbertide	1313	1306	573	371	40	17	27	10
Gubbio	992	1283	175	158	23	29	18	18
Costacciaro	51	45	30	14	1	0	1	-
Fossato di Vico	269	276	109	96	59	54	48	44
Gualdo Tadino	908	992	329	247	89	79	80	80
Scheggia e Pascelupo	46	55	16	12	1	0	-	-
Sigillo	48	69	7	9	0	1	-	-

EX ASL 2

	Stranieri residenti nella ex ASL 2		Stranieri presenti nella ex Asl. 2 provenienti dall'Africa		Stranieri presenti nella EX ASL 1 provenienti dai paesi africani in cui si praticano MGF		Stranieri provenienti da Egitto, Somalia, Eritrea, Etiopia, Costa d'Avorio e Nigeria	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Perugia	9142	11128	2328	1783	870	865	370	342
Corciano	996	1180	167	158	93	100	49	65
Torgiano	212	288	56	54	18	24	8	11
Assisi	1345	1597	292	272	42	34	29	22
Bastia	1063	1213	246	168	56	54	45	43
Bettona	283	278	62	64	14	18	3	6
Cannara	179	193	76	58	8	8	-	1
Valfabbrica	156	161	60	30	0	0	-	-
Todi	767	922	181	118	33	8	20	4
Collazzone	264	233	94	54	2	2	2	2
Deruta	483	551	129	109	14	15	7	10
Fratta Todina	92	123	39	33	4	6	-	-
Marsciano	1030	1185	235	208	14	21	8	8
Massa Martana	300	245	66	44	0	1	-	1
Monte Castello di Vibio	76	94	20	17	0	1	-	-
San Venanzo	106	119	28	17	0	0	-	-
Panicale	398	394	74	50	16	15	12	11
Castiglione del Lago	977	987	200	128	12	12	8	10
Città della Pieve	360	438	32	34	1	2	1	1
Magione	678	803	233	168	33	27	16	13
Paciano	46	54	5	2	0	0	-	-
Passignano sul Trasimeno	297	334	62	56	1	0	1	-
Piegaro	167	209	19	32	3	10	2	8
Tuoro sul Trasimeno	223	235	52	30	0	0	-	-

EX ASL 3

	Stranieri residenti nella ex Asl. 3		Stranieri presenti nella ex Asl. 3 provenienti dai paesi africani in cui si praticano MGF		Stranieri presenti nella ex Asl. 3 provenienti dai paesi africani in cui si praticano MGF		Stranieri provenienti da Egitto, Somalia, Eritrea, Etiopia, Costa d'Avorio e Nigeria	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Foligno	3342	3534	717	488	83	65	54	43
Bevagna	208	220	99	68	0	1	-	1
Gualdo Cattaneo	374	387	45	39	3	4	1	2
Montefalco	274	259	39	25	0	2	-	-
Nocera Umbra	333	318	97	78	0	2	-	2
Sellano	32	37	1	1	1	0	-	-
Spello	263	340	79	54	2	3	1	-
Trevi	494	524	21	25	0	5	-	5
Valtopina	67	103	20	19	0	0	-	-
Spoleto	1643	2030	379	243	5	3	4	1
Campello sul Clitunno	68	104	6	4	1	0	-	-
Castel Ritaldi	198	228	34	31	0	0	-	-
Giano dell' Umbria	328	311	49	42	0	0	-	-
Norcia	237	238	10	5	0	1	-	1
Cascia	55	97	1	2	0	0	-	-
Cerretto di Spoleto	19	37	0	1	0	0	-	-
Monteleone di Spoleto	14	11	0	0	0	0	-	-
Poggiodomo	2	2	2	0	0	0	-	-
Preci	42	39	0	0	0	0	-	-
Sant' Anatolia di Narco	20	22	3	3	3	3	1	1
Scheggino	15	25	0	1	0	0	-	-
Vallo di Nera	20	21	0	0	0	0	-	-

EX ASL 4

	Stranieri residenti nella ex Asl. 4		Stranieri presenti nella ex Asl. 4 provenienti dall' Africa		Stranieri nella ex Asl. 4 provenienti dai paesi africani in cui si praticano MGF		Stranieri provenienti da Egitto, Somalia, Eritrea, Etiopia, Costa d'Avorio e Nigeria	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Terni	4627	6264	571	407	223	171	153	132
Acquasparta	407	352	35	17	3	2	3	2
Arrone	148	155	23	13	1	1	1	1
Ferentilo	73	98	12	8	0	1	-	1
Montefranco	39	57	6	10	0	1	-	-
Polino	10	8	2	0	2	0	-	-
San Gemini	74	107	2	5	2	3	-	3
Stroncone	173	189	9	11	1	0	1	-

	Stranieri residenti nella ex Asl. 4		Stranieri presenti nella ex Asl. 4 provenienti dall' Africa		Stranieri nella ex Asl. 4 provenienti dai paesi africani in cui si praticano MGF		Stranieri provenienti da Egitto, Somalia, Eritrea, Etiopia, Costa d'Avorio e Nigeria	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Narni	613	779	64	59	23	13	13	5
Alviano	18	33	2	0	1	0	1	-
Amelia	401	440	37	16	12	5	5	5
Attigliano	118	166	40	34	38	34	31	24
Avigliano Umbro	122	118	28	12	1	0	1	-
Calvi dell' Umbria	66	82	3	5	2	3	2	2
Giove	47	68	3	5	1	0	-	-
Guarda	43	59	0	3	0	2	-	2
Lugnano in Teverina	35	38	2	0	1	0	1	-
Montecastrilli	235	277	32	15	5	3	2	3
Orticoli	97	117	9	8	7	4	7	4
Penna in Teverina	53	59	0	1	0	0	-	-
Orvieto	726	943	57	40	23	17	21	13
Allerona	38	57	0	2	0	1	-	1
Baschi	90	129	1	1	1	1	-	-
Castel Giorgio	52	77	2	2	0	0	-	-
Castel Viscardo	117	118	5	2	3	0	1	-
Fabro	139	173	6	3	0	0	-	-
Ficulle	87	100	6	10	1	8	-	1
Montecchio	92	74	10	4	0	0	-	-
Montegabbione	107	88	1	2	1	2	-	-
Monteleone d' Orvieto	78	68	3	1	0	0	-	-
Parrano	30	31	0	0	0	0	-	-
Porano	45	65	3	1	0	2	-	1

CAPITOLO 2

L'indagine qualitativa: la ricerca sul campo
a Perugia e a Terni

di Sabrina Flamini e Maya Pellicciari

2. Le premesse del progetto

di Sabrina Flamini e Maya Pellicciari

2.0. Note metodologiche

La ricerca sul campo è iniziata a marzo 2012 a Perugia e ad aprile a Terni, e si è conclusa a marzo 2013.

A Perugia, la costruzione della rete di relazioni per accedere al campo di ricerca è partita dalla collaborazione con l'Ambulatorio medico per immigrati di via XIV Settembre. La collaborazione, nello specifico, si è concretizzata nella condivisione di dati relativi all'accesso all'ambulatorio e di contatti con colleghi e donne immigrate a Perugia dai paesi di interesse per il progetto. Sono stati intervistati tre medici, due al momento in servizio presso l'Ambulatorio, e una – di origine ivoriana – attualmente in servizio in un'altra regione, ma che per molti anni ha lavorato presso lo stesso Ambulatorio.

Un altro percorso di accesso al campo di indagine è stata la collaborazione con la Consulta regionale dell'immigrazione, attraverso la quale sono stati avviati i contatti con i rappresentanti delle comunità immigrate presenti sul territorio regionale. Attraverso il Servizio di mediazione culturale della ex Asl 2 di Perugia, inoltre, è stato organizzato il primo incontro con una donna etiopie presso il Centro di salute di Ponte Felcino (Perugia).

Altre informazioni rilevanti per il progetto sono state raccolte mediante un'intervista alla titolare di uno studio di avvocatura di Perugia, che nel biennio 2006-2007 ha seguito il caso di una donna nigeriana che aveva fatto richiesta d'asilo nel timore che, tornando nel proprio paese, la figlia minore avrebbe potuto essere sottoposta a MGF. Anche la collaborazione con l'Arco di Perugia ha permesso l'incontro con donne nigeriane afferenti al "Progetto Cabiria" (unità di strada per la riduzione del fenomeno della prostituzione).

Attraverso il reticolo di relazioni che si è andato via via strutturando e intensificando nel corso dei primi mesi di ricerca, sono state infine contattate e intervistate per Perugia diciotto persone: quattro medici (tre medici di medicina generale e una pediatra di libera scelta); un Imam, il presidente e il vice-presidente del Centro islamico di Foligno; un avvocato; undici immigrati (nove donne e due uomini) provenienti da Nigeria, Costa d'Avorio, Egitto, Etiopia, Eritrea, Somalia, Mali e Ciad. Non sempre è stato possibile registrare. Sono stati naturalmente effettuati anche numerosissimi colloqui informali.

A Terni, la costruzione del campo di ricerca è partita dalla relazione con il Consultorio familiare “Città Giardino” e dalla partecipazione alle attività organizzate a favore delle donne africane residenti sul territorio. È stata effettuata una riunione preliminare con le assistenti sociali, le psicologhe e la referente del consultorio, per stabilire le più idonee strategie di avvicinamento e confronto con le donne africane. La partecipazione dei ricercatori alle attività consultoriali è apparsa la strada più proficua per avviare relazioni significative con le donne. Sono stati quindi organizzati due focus-group, che hanno visto, ciascuno, la partecipazione di dodici donne richiedenti asilo. Le riunioni si sono tenute all'interno del consultorio e sono state realizzate, la prima, in collaborazione con la Caritas locale, con donne provenienti dalla Nigeria; la seconda, con l'Arco (progetto “Emergenza Nord-Africa”), con donne etiopi, eritree e ivoriane. Sono state presenti in entrambe le occasioni anche una psicologa, un'assistente sociale, la referente di consultorio e un operatore sociale (Caritas e Arco). Il tema degli incontri è stato la salute riproduttiva delle donne; l'obiettivo “ufficiale” era quello di fornire una mappa informativa dei servizi socio-sanitari che si occupano di prevenzione e salute riproduttiva della donna. L'argomento delle MGF è stato inserito come “corollario”, come tema tangenziale, un primo accenno che ha consentito di chiedere alle donne colloqui personalizzati per affrontare la questione privatamente, in occasione di interviste individuali in profondità. Data la delicatezza della posizione giuridica delle donne presenti ai focus-group, nonché la sensibilità del tema, non è stato possibile effettuare alcuna registrazione degli incontri.

Oltre ai due focus-group, a Terni sono state effettuate sette interviste in profondità a donne provenienti dai seguenti Paesi: Nigeria, Costa d'Avorio, Egitto, Etiopia, Eritrea, Ciad. Le interviste alle donne di lingua araba si sono avvalse della presenza di una mediatrice culturale, contattata attraverso il consultorio.

Uno dei canali di costruzione della rete di relazioni che ha costituito il lavoro di campo a Terni è stato il Centro islamico della città, che nella persona del suo Presidente ha anche facilitato diversi colloqui con l'Imam locale e dunque con le donne da intervistare.

Un'altra interessante direzione di ricerca, a Terni, è stata la collaborazione con una delle ostetriche del consultorio, che ha messo al corrente i ricercatori di un caso di de-infibulazione di una donna somala, avvenuto a Terni pochi anni prima. L'ostetrica è stata intervistata, mentre non è stato possibile incontrare il ginecologo che ha effettuato l'operazione.

In totale a Terni sono state effettuate dieci interviste: un'ostetrica, l'Imam e il Presidente del Centro islamico di Terni, sette donne (non sempre è stato possibile registrare); sono stati anche effettuati numerosi colloqui informali con gli operatori socio-sanitari del consultorio.

Nel testo che segue, dove necessario, sono stati inseriti stralci di intervista, così come note di campo trascritte dai ricercatori durante l'indagine (precedute dalla dicitura “Diario di campo”, per distinguerle sia dal testo che dagli stralci di intervista). Per tutelare la privacy di tutti gli informatori, abbiamo scelto di utilizzare degli pseudonimi in sostituzione dei nomi originali.

2.1. Introduzione a un tema “difficile”

Dal diario di campo:

«Aspettiamo Sarah per più di mezzora davanti alla stazione; l'abbiamo cercata in molti visi di donne di colore intorno a noi e alla fine è arrivata: una ragazza minuta, vestita con colori accesi, ostenta sicurezza ma si intravede una certa timidezza e soprattutto il timore e la diffidenza. Ci avviamo insieme verso un bar lì vicino e ci sediamo all'aperto accanto ad una strada molto trafficata e rumorosa. È evidente che Sarah non ha ben chiaro il motivo del nostro incontro: il contatto è avvenuto tramite un'operatrice dell'Arco, impegnata nello specifico nel progetto “Cabiria”, un'unità di strada che lavora nel campo della prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, con particolare attenzione alle prostitute immigrate. Sarah ha 23 anni, ma dall'aspetto sembra ancora più giovane; è partita dalla Nigeria quattro anni fa, e dopo due giorni di navigazione su una piccola barca è arrivata in Italia con uno sbarco clandestino a Lampedusa. Parla malvolentieri dell'esperienza dello sbarco, lascia intuire che si tratta di un'esperienza dolorosa che non ha intenzione di rievocare. Abita lì vicino, in un appartamento, con molte altre persone. Le è stato detto che se denuncia la persona che la spinge alla prostituzione, la persona che la sfrutta, può ottenere il permesso di soggiorno: ma lei dice di non avere nessuno da denunciare, quindi si sente incastrata in una condizione da cui vorrebbe uscire, ma non riesce. È in costante ricerca di un lavoro, di qualcuno che la assuma regolarmente, sia per uscire dal giro della prostituzione che per regolarizzare la sua presenza in Italia. Quando le chiediamo che tipo di lavoro vorrebbe fare, risponde che farebbe qualunque cosa! Pur di lavorare. Le sembra assurdo che per lavorare le chiedano il permesso di soggiorno, quando si sa benissimo che nessuno accetta di darle un lavoro senza il permesso. Vive come un fantasma nel nostro Paese, è una presenza-non presente, eppure è estremamente concreta, visibile, reale. Non ha amici italiani, solo qualche contatto con connazionali, sembra vivere in una condizione astratta, un non-luogo, o meglio un luogo

qualsiasi, che potrebbe essere qui ma anche in mille altri posti, un luogo che non è Perugia, non sono queste strade, in una città che per lei è come un ologramma, un'immagine vuota fatta di cose che si vedono ma che non si possono toccare, di persone che passano e si intrecciano ma che non si possono incontrare: ogni relazione le è di fatto completamente negata. Ci fa alcune domande, ci chiede se siamo medici, ci vede come persone con una posizione di prestigio, benestanti: resta stupita quando ci mettiamo a scherzare della nostra condizione di ricercatrici precarie. Si intuisce che attende, che aspetta di capire cosa le porterà il nostro dialogo e cosa abbiamo noi da darle: un lavoro? Una sistemazione? Un permesso di soggiorno? Informazioni utili? Che delusione quando poco dopo dobbiamo nominare la circoncisione, le mutilazioni dei genitali: "Ah!". È questo di cui ci interessa parlare? È per questo che lei "ci interessa"? Quello di cui pensiamo lei abbia davvero bisogno? La tensione cala, le aspettative si infrangono. Il tono è ora leggero, sorride stupita all'idea che noi non siamo circoncise, che i nostri genitali non siano stati curati né abbelliti come i suoi...»

L'opportunità per noi, come ricercatrici, di occuparci del tema delle cosiddette "mutilazioni genitali femminili" si è concretizzata quando siamo state invitate dalla Regione Umbria a partecipare al Tavolo nell'ambito del quale discutere della possibilità di svolgere un'indagine conoscitiva sul fenomeno nel territorio umbro (cfr. par. 1.0).

Un treno già in corsa, dunque, avviato su sollecitazione ministeriale e in sintonia con le direttive europee e gli organismi internazionali fortemente impegnati nella direzione del superamento globale della pratica delle mutilazioni genitali femminili: fondi già stanziati, un obiettivo ben delineato, un posizionamento già acquisito, indiscutibile.

La riunione ci appare subito interessante, per un doppio motivo: da una parte, il discorso medico, veicolato dalle ginecologhe presenti, mostra tutta la sua autorevolezza, ponendosi come unica voce interlocutoria con la quale negoziare l'utilità, la fattibilità e il senso di una ricerca di questo genere; dall'altra, la ferma convinzione, espressa dalle operatrici sanitarie, che il fenomeno delle mutilazioni genitali fosse del tutto sovrastimato nella nostra regione, pressoché inesistente, e senz'altro non prioritario rispetto alle numerose problematiche legate alla migrazione femminile e alla salute riproduttiva. Qualcuna si espone addirittura nell'affermare che in tutta la sua carriera non le era mai capitato di vedere una vagina in qualche modo "modificata".

Conoscendo la realtà migratoria umbra, le principali nazionalità presenti, e con la certezza che ci derivava dalla dimestichezza con i dati relativi ai

Paesi a più radicata "tradizione escissoria"³ (in molti dei quali si stima che la quasi totalità delle donne sia stata sottoposta a pratiche più o meno invasive di modificazione dei genitali), sapevamo che le affermazioni circa l'assenza del fenomeno nella nostra regione sarebbero state contraddette.

Sulla scorta di una prima appassionata ricognizione della sterminata letteratura prodotta in merito, e influenzate dalle retoriche dominanti nel discorso pubblico nazionale e internazionale, il nostro coinvolgimento emotivo, come donne prima che come ricercatrici, ci portava invece in qualche modo a condividere l'intento implicito dell'iniziativa, la posizione di assoluto rigetto rispetto alla pratica, lo scandalo di fronte alla violenza e all'accanimento esercitati sul corpo di donne e bambine, l'ingenuo slancio nella messa al bando definitiva di tali barbarie.

Tuttavia, fin dall'inizio, un disagio indefinito ci ha accompagnato nel percorso di avvicinamento al tema delle mutilazioni genitali femminili, nel difficile tentativo di instaurare una vicinanza con queste donne che non fosse una mera proiezione delle nostre categorie: categorie che ci spingono a pensare come "normale" e unico possibile un certo modo di intendere la persona, la salute, la sessualità, il rapporto tra generi, e che è assolutamente necessario invece sottoporre a decostruzione critica, tanto più forte si presenta la tentazione "istintiva" a riaffermarle e cavalcarle nell'osservare, e giudicare, la realtà che ci circonda. Tale disagio ci portava a sentirci almeno in parte insoddisfatte anche di ognuna delle diverse posizioni teoriche via via assunte dagli antropologi nel corso degli anni, così come degli approcci ora militanti, ora relativisti di molte delle autorevoli voci che animano l'arena del discorso pubblico sulle mutilazioni genitali femminili. Quasi come se questo tema, più di altri, si mostrasse indocile a qualsiasi tipo di standardizzazione, categorizzazione, a qualsiasi addomesticamento. Un tema che chiama in causa l'antica contrapposizione tra relativismo culturale e universalismo dei diritti, tra *emico* ed *etico*, tra culturalismo e analisi dei processi di egemonia, che

³ Anche su questa definizione, così come per la dicitura "mutilazioni genitali femminili", si è sollevato un certo dibattito critico, di cui abbiamo tenuto conto, pur avendo poi scelto di utilizzarlo quando ci appariva utile per facilitare la comprensione del testo: resta tuttavia una definizione problematica perché – come spesso accade quando si utilizza il termine "tradizione" – si finisce per conferire un'immagine rigida e statica alla diffusione di pratiche in realtà spesso circoscritte a singole aree e a specifiche fasi storiche, facilitando così la etnicizzazione o nazionalizzazione di un fenomeno invece discontinuo e in costante mutamento.

reclama a gran voce il superamento di tutte le dicotomie e le contrapposizioni, lasciando intravedere come unica via di trasformazione possibile la strada dell'incontro e dunque dell' "etnocentrismo critico"⁴.

L'avvicinamento al campo, l'incontro con ciascuna delle donne con cui abbiamo parlato, ha acuito la percezione iniziale, rendendo ancora più difficile l'adesione a qualunque modello interpretativo preconstituito: per ognuna di loro la questione della modificazione dei genitali si presentava fortemente intrecciata a storie di vita complesse, diversissime l'una dall'altra, a riferimenti culturali o religiosi del tutto eterogenei, a posizionamenti mai netti, sempre negoziati sia con il contesto sociale di provenienza che con la nuova condizione di vita in Italia.

Per sfuggire al rischio delle generalizzazioni, destoricizzate e delocalizzate, per sottrarci all'improbabile – e quanto mai inutile – compito di descrivere, spiegare, giustificare la pratica delle mutilazioni genitali femminili, diffusa nelle più svariate aree del pianeta con i più diversi significati, abbiamo deciso quindi di utilizzare una prospettiva etnografica, fondata sulla esclusiva, circoscritta osservazione di donne africane presenti al momento attuale nel territorio regionale umbro, e nello specifico nelle città di Perugia e Terni. Attenerci al senso che le tracce lasciate da tali pratiche sul corpo acquisiscono qui e ora per queste donne, ci pareva l'unica vera strada da percorrere per rendere, nella sua complessità e processualità, il senso di ciò che le persone fanno nella loro vita

⁴ La nozione di "etnocentrismo critico", elaborata da Ernesto de Martino, uno dei padri fondatori dell'antropologia italiana, ci consente di mantenere uno sguardo analitico sul fenomeno delle MGF e, insieme, di riconoscerci nel "postulato della comune umanità" con le persone che le praticano e le subiscono, senza dover rinunciare alla presa di distanza da pratiche che, da occidentali, non possono che apparirci in tutta la loro violenza e brutalità: «Il giudizio che l'occidente può dare di culture non occidentali non può non essere etnocentrico, almeno nel senso che non è possibile per lo studioso occidentale di culture non occidentali rinunziare all'impiego di categorie interpretative maturate nella storia culturale dell'occidente: una prospettiva assolutamente non etnocentrica è un assurdo teorico e una impossibilità pratica, poiché equivarrebbe ad uscire dalla storia per contemplare tutte le culture, compresa la occidentale. L'unica possibilità è quindi l'impiego non dogmatico di categorie interpretative occidentali, il che significa un impiego critico, cioè controllato dalla consapevolezza esplicita della genesi storica occidentale di quelle categorie e dalla esigenza di allargarle e riplasmarle il significato mediante il confronto con altri mondi storico-culturali. Tale confronto si fonda sull'assunzione che le categorie interpretative dell'occidente e quelle degli altri etne non occidentali siano "incommensurabili" (in questo caso si decreterebbe la impossibilità di ogni discorso etnologico), ma che una comune umanità abbraccia le prime e le seconde, consentendo il passaggio dalle prime alle seconde. Per un verso è dunque impossibile dire qualche cosa sul significato delle culture degli etne se non ci si impiega sul senso della civiltà occidentale; per un altro verso proprio questo senso, una volta dichiarato e giustificato, apre al dialogo con il significato delle altre culture in quanto fondato sul postulato della comune umanità" (de Martino E. 2002 [1977]: 394-395).

reale e, solo a partire da lì, provare ad immaginare insieme forme di incontro, condivisione e, magari, di trasformazione reciproca.

Premesso ciò, occorre qui aprire alcune finestre di approfondimento generale che consentano di esplicitare, in maniera più chiara, di cosa si parla quando si parla di "mutilazioni genitali", e soprattutto chi e come se ne parla.

2.2. Le MGF: definizione "ufficiale", tipologie, stime

Il percorso istituzionale che ha condotto negli ultimi 40 anni organismi internazionali come l'OMS, l'ONU, l'UNICEF, l'United Nations Population Fund (UNFPA) e l'Inter-African Committee on traditional practices affecting the health of women and children (IAC), ad occuparsi del tema delle MGF è assai tortuoso e ricco di sfumature interessanti da numerosi punti di vista di cui purtroppo non è possibile qui rendere conto, ma che è stato teatro di prese di posizione e revisioni critiche, che hanno avuto come esiti ufficiali le varie pubblicazioni cui quasi tutti coloro che si occupano di MGF fanno in qualche modo riferimento⁵, e che sanciscono la definitiva acquisizione del tema da parte delle autorità sanitarie internazionali. Infatti, fino alla prima metà del Novecento appare dominante la lettura "culturalista" del fenomeno, fornita dalle ricerche etno-antropologiche condotte sulle pratiche di circoncisione sia maschile che femminile, nei contesti "esotici"; solo negli ultimi decenni, invece, il fenomeno delle MGF si trasforma in un tema di pertinenza biomedica, in un problema di salute pubblica globale e dunque, insieme, in una questione etica e di "diritto internazionale"⁶.

⁵ Who, Female genital mutilation: a joint Who-Unicef-Unfpa statement, Ginevra, 1997; Ohchr - Unids - Undp - Uneca - Unesco - Unfpa - Unhcr - Unicef - Unifem - Who, Eliminating female genital mutilation. An interagency statement, 2008; Who, Female genital mutilation: an overview, Ginevra, 1998.

⁶ È significativo ricordare che l'"Economic and Social Council" dell'ONU, nel 1958, invitò l'OMS ad occuparsi dello studio delle pratiche rituali sui genitali femminili, e che l'OMS respinse la richiesta ritenendola non di pertinenza sanitaria (Who, 12th World health assembly, 11th plenary meeting, May 28, 1959, Geneva - cfr. www.who.org). Seguirono vari tentativi di inserimento di tali pratiche nel campo biomedico, ma solo nel 1979, in un famoso seminario tenutosi a Khartoum, se ne cominciò a circoscrivere ufficialmente l'ambito di interesse attraverso la definizione degli "effetti nocivi sulla salute di determinate pratiche tradizionali" (Who, Traditional practices affecting the health of women and children: female circumcision, childhood marriage, nutritional taboos, etc., Report of a seminar, Khartoum, 10-15 February 1979) (Ciminelli M.L. 2002).

Per tanto tempo la questione rimane all'ombra dell'interesse generale, una "curiosità" culturale di esclusivo appannaggio dei pochi specialisti di scienze sociali che se ne sono occupati⁷, con una scarsissima risonanza sia tra gli esponenti della biomedicina, che nel dibattito pubblico generale. Colpisce soprattutto il silenzio durante il cosiddetto "periodo coloniale italiano", in cui, pure, soldati e personale medico hanno avuto rapporti molto stretti con la popolazione locale, sia nella vita privata (numerose le relazioni coniugali ed extraconiugali con donne somale ed eritree), che professionale (visite e interventi chirurgici effettuati presso le strutture sanitarie italiane).

Certamente, la sfera della sessualità costituiva un tabù fortemente presente nella cultura occidentale di quel periodo e dunque l'argomento sembrava non attrarre molto gli studiosi, timorosi di incorrere nell'accusa di *oscurità*. Peraltro, la maggior parte degli etnologi della prima metà del Novecento (così come tutti gli altri protagonisti della scena coloniale) erano di sesso maschile, cui era precluso l'accesso ad informazioni relative a pratiche e saperi di dominio femminile (come le iniziazioni), la cui divulgazione era comunque disincentivata e fortemente ritualizzata (Ciminelli M.L. 2002).

Ma potremmo spingerci anche oltre, e interrogarci ad esempio sull'incompatibilità dell'immagine femminile veicolata da questo tipo di pratiche (sostanzialmente fondate sulla volontà di conservazione della verginità femminile, e sulla attribuzione di purezza e status matrimoniale) rispetto all'immagine della donna africana costruita dalla propaganda fascista del periodo pre-imperiale (e tuttora molto presente), finalizzata a legittimare la conquista e rafforzare il consenso popolare sull'impresa coloniale: una donna iper-erotizzata, sessualmente disponibile, capace di rendere desiderabile ai lavoratori italiani il trasferimento nelle colonie (Volpato C. 2009: 112)⁸. Coloni

⁷ Numerosissimi sono invece i documenti (testuali e visivi) raccolti anche da semplici esploratori e fotografi su altre forme di manipolazione del corpo, come ad esempio l'allungamento delle labbra o dei lobi delle orecchie, le scarificazioni, i tatuaggi e le deformazioni craniche, certamente più visibili e dunque più "spettacolarizzabili" (Pluskota Krzysztof, Atelier Photo Cinématographique - C. Zagorski, in Christraud M. Geary, In and out of focus: images from Central Africa, 1885-1960, Philip Wilson, London, 2002 / Seeger Anthony, The meaning of body ornaments: a Suya example, "Ethnology", vol. 14, n. 3, 1975, pp. 211-224 / Thaw C. - Thaw M., Trans-Africa safari, "National Geographic Magazine", vol. 64, n. 3, 1938 / Vannutelli Lamberto - Citerni Carlo, L'Omo: viaggio d'esplorazione nell'Africa Orientale, Ulrico Hoepli Editore, Milano, 1899.

⁸ «Le donne dell'Africa orientale furono infatti il soggetto più fotografato dai colonizzatori italiani, tanto da generare un mercato estremamente fiorente di cartoline e fotografie. Una delle immagini più ricorrenti fu quella della donna somala che, grazie anche alla diffusione di un'importante letteratura esotica,

a cui era infatti inizialmente consentita la relazione sessuale con le "suddite indigene", ma non il matrimonio (*il cosiddetto madamato*, cfr. Sorgoni B. 1998: 74). Peraltro anche il passaggio successivo, del fascismo razzista⁹, ha contribuito non poco ad alimentare il disinteresse verso qualunque discorso potesse attribuire alla razza inferiore (e soprattutto alle sue donne) lo statuto di "persone", riconoscendole portatrici di qualsivoglia diritto umano, o che potesse addirittura individuarle come soggetti in nome dei quali l'Occidente dovesse in qualche modo mobilitarsi.

E a me questo me fa rabbia! Che poi noi eravamo, se se po' di, sotto colonia vostra! Era il primo che ci doveva aiutare, l'italiano! Perché i francesi aiutano, come si chiamano, i marocchini, i magrebini, tutti quanti... e invece l'italiano, unica colonia che aveva era la Somalia e Eritrea, e non ha mai fatto niente! [Zola, donna somala, 70 anni]

Quanto meno significativo rispetto ad una possibile "precoce" problematizzazione delle MGF nel discorso pubblico occidentale, appare infine anche la permanenza, per tutta la prima metà del Novecento, fra alcuni tra i medici più in vista nell'Europa "civilizzata" (numerose le pubblicazioni su riviste come "The Lancet"), di pratiche come l'isterectomia e l'ablazione dei genitali, sia esterni che interni (Morrone A. - Di Gennaro L. 2010), con lo scopo ritenuto terapeutico di ridurre comportamenti sessuali ritenuti "abnormi" e comunque non conformi alla concezione dominante del pudore e

divenne il simbolo di un'Africa "paradiso dei sensi". Un territorio in cui il maschio italiano riscopriva una primordiale virilità, conquistando quelle terre naturalmente selvagge le cui donne erano considerate parti integranti del paesaggio» (Ravano L. 2011).

⁹ A partire dal 1935 il regime inizia il meticoloso processo di costruzione dell'ideologia razzista, che porterà all'affermazione delle leggi del '38: dalla visione del meticciato come occasione per promuovere e diffondere la razza bianca nel mondo, dunque, si passa ad una sempre più rigida politica di protezione contro la contaminazione e la promiscuità. Viene vietata qualsiasi relazione, anche occasionale, con "i cittadini sudditi" (Regio Decreto Legislativo 19 aprile 1937, n. 880: Sanzioni per i rapporti d'indole coniugale tra cittadini e sudditi; Legge 29 giugno 1939, n. 1004: Sanzioni penali per la difesa del prestigio di razza di fronte ai nativi dell'Africa italiana), e la donna nera, da oggetto di desiderio sessuale, diventa il simbolo della possibile corruzione dell'uomo bianco, un mostro da ridicolizzare, da temere perché portatore di malattie, abbruttita fino quasi a fargli perdere le stesse connotazioni umane. Si pensi ad esempio al passaggio dalla promozione di canzoni quali "Faccetta nera", alla sua successiva messa al bando, attraverso una campagna denigratoria veicolata sia dai discorsi del Duce che dalla stampa dell'epoca (Franceschi D. 2012). Nell'articolo Donne e buoi dei paesi tuoi: la fine di "Faccetta nera", pubblicato nella "Gazzetta del Popolo" del 13 giugno 1936, così vengono rappresentate le donne abissine: «sempre fetide del burro rancido che cola a goccioline sul collo; sfatte a vent'anni; per secolare servaggio amoroso fatte fredde ed inerti tra le braccia dell'uomo; e per una bella dal viso nobile e composto, cento ce ne sono dagli occhi cipriosi, dai tratti duri e maschili, dalla pelle butterata. [...] Le parole faccetta nera sono peggio che idiote. Sono indice di una mentalità che vorremmo trapassata».

della “normalità” di genere (cfr. anche nota 15).

Solo in epoca relativamente recente, dunque, e quasi “improvvisamente”, le MGF irrompono sulla scena politica globale e diventano uno dei maggiori fronti di lotta per i principali organismi di matrice medico-sanitaria e di tutela dei diritti umani, primi fra tutti appunto le Nazioni Unite, l’OMS e l’UNICEF. I passaggi “epistemologici” che consentono la realizzazione di tale acquisizione – ovvero la configurazione di uno specifico spazio concettuale e quindi di un legittimo intervento politico da parte di questi nuovi *stakeholders* – sono sostanzialmente tre: la delimitazione e *denominazione* dell’oggetto “MGF”; la sua *classificazione* e tipologizzazione; la sua quantificazione e localizzazione geografica (*diffusione*).

A partire dai primi anni '90, dunque, la *denominazione* “mutilazioni genitali femminili” inizia a comparire nei documenti ufficiali, in sostituzione di altre definizioni più generiche precedentemente utilizzate (fra cui il più frequente quello di “circoncisione femminile”), con il dichiarato scopo di sottolineare il carattere di irreversibilità della pratica sul corpo e sulla salute delle donne, sgombrando il campo da qualsiasi rimando al suo carattere “rituale” e dunque alla sua specificità culturale; secondo tale definizione è infatti da intendere come “mutilazione genitale” «qualsiasi intervento che comporta l’ablazione totale o parziale dei genitali esterni della donna e/o la lesione degli organi genitali femminili praticata per ragioni culturali e per ogni altro motivo non terapeutico» (Who, Female genital mutilation: a joint Who-Unicef-Unfpa statement, 1997).

Fin dalla sua prima enunciazione, tuttavia, è sorto un articolato dibattito che ha coinvolto vari soggetti (antropologi, sociologi, rappresentanti delle ONG e delle associazioni di donne dei vari paesi africani, ecc.) intorno alla appropriatezza del termine “mutilazione”, che continua a sollevare molte critiche per le sue connotazioni negative e dunque per l’implicita condanna di cui è carico, rispetto invece a definizioni ritenute più “neutre” e vicine ai termini utilizzati nelle lingue d’origine delle stesse donne che le praticano (circoncisione, taglio e cucitura, infibulazione, ecc.)¹⁰. Non è un caso che tale definizione sia utilizzata quasi esclusivamente dai detrattori delle MGF, da tutti coloro che si schierano per la loro messa al bando, mentre è percepita come accusatoria e discriminante da molte delle donne africane che non si

¹⁰ Cfr. tra gli altri Fusaschi M. 2011 e Pasquinelli C. 2007.

riconoscono nell’immagine di un corpo “mutilato”.

Allo stesso periodo (1994) risalgono anche i primi tentativi di *classificazione* ufficiale delle MGF da parte dell’OMS, cui seguono poi alcune significative revisioni, fino alla più recente, del 2008¹¹, nella quale – pur dichiarando di aver tenuto conto di suggerimenti e critiche emersi dal confronto con l’eterogeneità delle pratiche riscontrate “sul campo” – si riconferma comunque l’originale suddivisione in quattro tipologie, articolate secondo un ordine di gravità e invasività crescente:

Tipo I: Asportazione parziale o totale del clitoride e/o del prepuzio (clitoridectomia). L’OMS propone anche una ulteriore suddivisione del tipo I: Tipo Ia, che è la rimozione del glande clitorideo o la rimozione del solo prepuzio; Tipo Ib, in cui vengono rimossi contemporaneamente clitoride e prepuzio.

Tipo II: Asportazione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra, con o senza asportazione delle grandi labbra (escissione). L’ulteriore suddivisione del tipo II prevede un Tipo IIa, in cui vi è la rimozione delle sole piccole labbra, e un Tipo IIb, in cui, accanto alla rimozione delle piccole labbra c’è anche la rimozione parziale o totale del clitoride; infine c’è un Tipo IIc, caratterizzato dalla rimozione parziale o totale del clitoride, delle piccole labbra e delle grandi labbra.

Tipo III: Restringimento dell’orifizio vaginale attraverso una chiusura ermetica coprente creata tagliando e avvicinando le piccole e/o le grandi labbra, con o senza escissione del clitoride (infibulazione). L’infibulazione può essere ulteriormente suddivisa in Tipo IIIa, in cui vi è rimozione, apposizione e adesione delle sole piccole labbra e in Tipo IIIb, in cui vi è la rimozione, l’apposizione e l’adesione delle grandi labbra.

Tipo IV: Non classificato. Rientrano in questa categoria tutte le altre pratiche dannose per i genitali femminili, condotte per scopi non terapeutici (ad es. puntura, piercing, incisione, raschiatura, cauterizzazione).

Rispetto a tale tipologizzazione, le critiche si articolano intorno alla natura stessa della classificazione, che generalizza e inchioda pratiche assai fluide e mutevoli – sia nello spazio che nel tempo – in contenitori rigidi e schematici, incapaci di cogliere le infinite varianti con cui le pratiche umane si manifestano. La stessa gravità delle pratiche di “mutilazione” viene valutata

¹¹ Who, Eliminating female genital mutilation. An interagency statement, 2008.

solo ed esclusivamente secondo i criteri della biomedicina¹², così come il concetto di salute e “integrità fisica” a cui fanno riferimento. Appare inoltre quanto meno strano – e ci spinge ad ulteriori interrogativi sulla logica di inclusione/esclusione delle singole pratiche nelle varie classi individuate – che l’ultima revisione delle tipologie abbia espunto dal gruppo delle pratiche “non classificate” (tipo IV) (o almeno dall’elenco degli esempi riportati in parentesi) le forme di manipolazione dei genitali femminili finalizzate al loro prolungamento, fino alla quasi totale estroflessione del clitoride e delle piccole labbra (longinifismo), diffuse in alcune aree dell’Africa centro-meridionale, e che potremmo definire quantomeno altrettanto invasive, trasfiguranti e definitive.

Mentre rimane inclusa e denominata, ad esempio, la pratica del *piercing*, la cui permanenza potrebbe essere giustificata, da un punto di vista biomedico, soltanto in relazione agli eventuali rischi connessi alle infezioni che possono insorgere al momento della sua applicazione, ma che non modifica sostanzialmente le capacità sessuali e riproduttive della donna, né toglie o asporta alcunché (non è un caso che una delle donne somale da noi intervistate, infibulata, abbia manifestato, a conclusione dell’intervista, tutto il suo scandalo e la sua repulsione verso la pratica del *piercing*, così diffusa in Occidente e per lei del tutto inconcepibile!).

Di recente, un’antropologa italiana che da anni si occupa del tema delle MGF, Michela Fusaschi – peraltro fortemente critica anche verso la definizione “mutilazioni” genitali femminili, che ha sostituito con la dicitura “modificazioni” – ha proposto l’utilizzo di tipologie distintive composte da categorie più ampie di quelle promosse dall’OMS, che permettano di ricomprendervi tutti gli interventi conosciuti di modificazione del corpo, e nello specifico del corpo femminile, a fini non terapeutici, a prescindere dalla loro natura “esotica” o nostrana, genitale o extra-genitale (Fusaschi M. 2007 [2003]):

¹² Alcuni studiosi, anche vicini allo stesso campo biomedico, hanno peraltro tentato di mettere in discussione la reale incidenza di patologie e disabilità connesse alle modificazioni genitali (Obermeyer C.M. 1999; Stewart H. et al. 2002).

I Tipo: modificazioni o alterazioni a carattere *riduttivo*: rientrano in questa categoria l’escissione e l’infibulazione, la castrazione e la sterilizzazione, per quanto concerne l’ambito genitale, così come le pratiche di restringimento dei piedi mediante fasciatura o amputazione volontaria, di ablazione/riduzione del seno o di asportazione di porzioni più o meno ampie di pelle, per quanto riguarda il resto del corpo.

II Tipo: modificazioni o alterazioni a carattere *espansivo*: rientrano in questa categoria gli allungamenti clitorido-labiali e tutte le forme di ipertrofia degli organi genitali esterni; così come le deformazioni delle labbra, delle orecchie, del derma in generale; ma anche l’ipermastia e l’ingrassamento coatto.

III Tipo: altre modificazioni o alterazioni: rientrano in questa categoria le deflorazioni rituali, l’introcisione e le numerose pratiche abortive; ma anche tutte le modificazioni tegumentarie nonché le scarificazioni, i tatuaggi e i *piercing*.

Rispetto alla *diffusione* delle pratiche di modificazione genitale l’OMS, attraverso i dati forniti dalle principali agenzie di ricerca internazionali, ha delineato una mappa che individua l’Africa come il continente in cui le MGF appaiono in assoluto più presenti, con almeno 27 paesi coinvolti, seguito dall’Asia, in cui solo lo Yemen pare aver prodotto stime nazionali ufficiali, mentre numerose ricerche attestano la presenza della pratica anche in India, Indonesia, Iraq, Israele, Malesia, Emirati Arabi e in molti altri ancora.

Nazione	Anno	Prevalenza stimata delle mutilazioni genitali femminili in ragazze e donne
		15-49 anni (%)
Benin	2006	12,9
Burkina Faso	2006	72,5
Camerun	2004	1,4
Repubblica Centrafricana	2008	25,7
Ciad	2004	44,9
Costa d’Avorio	2006	36,4
Gibuti	2006	93,1
Egitto	2008	91,1
Eritrea	2002	88,7
Etiopia	2005	74,3

Nazione	Anno	Prevalenza stimata delle mutilazioni genitali femminili in ragazze e donne
Gambia	2005/6	78.3
Ghana	2006	3.8
Guinea	2005	95.6
Guinea-Bissau	2006	44.5
Kenya	2008/9	27.1
Liberia	2007	58.2
Mali	2006	85.2
Mauritania	2007	72.2
Niger	2006	2.2
Nigeria	2008	29,6
Senegal	2005	28,2
Sierra Leone	2006	94
Somalia	2006	97.9
Sudan, nel nord (circa il 80% della popolazione totale nel sondaggio)	2000	90
Togo	2006	5.8
Uganda	2006	0.8
Repubblica Unita di Tanzania	2004	14.6
Yemen	2003	38.2

Fonte: dati WHO (<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/en/index.html>)

Anche rispetto all'operazione di demarcazione dei confini di diffusione delle MGF occorre qui problematizzare alcuni aspetti. Innanzitutto, occorre tenere presente che pure per quei paesi in cui la stima relativa alla percentuale di donne sottoposte a MGF indichi la quasi totalità delle donne, la pratica resta diffusa in misura variabile all'interno delle diverse aree del paese (nelle aree rurali più che nelle aree urbane), e vengono rilevate forti differenziazioni interne anche da un villaggio a un altro, all'interno della medesima area, e persino inclinazioni divergenti all'interno di singole famiglie che si riconoscono nell'una o l'altra tradizione etnica:

Ci sono alcune parti, alcune regioni che è obbligatoria la circoncisione femminile, invece altre no. Dipende dalla famiglia [Samia, donna ciadiana, 26 anni]

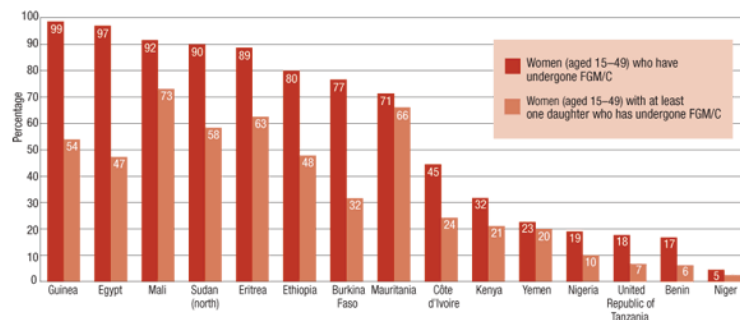
Soprattutto, è assai difficile pensare di fotografare in maniera fedele una pratica così mutevole, soggetta a oscillazioni continue, sia rispetto ai significati che gli si attribuiscono, che al grado di adesione ora crescente, ora in calo, fino alla sua totale scomparsa. Sarebbe un errore, infatti, parlare delle MGF come di «una pratica relativamente fissa e statica, saldamente ancorata ad istituzioni sociali e relazioni le une e le altre difficili e lente da modificare» (Leonard L. 2000: 161): numerose ricerche dimostrano piuttosto l'estrema varietà con cui non solo si differenziano a seconda dei contesti, ma si trasformano, scomparendo dove prima erano estremamente “radicate”, e in alcuni casi “radicandosi” o comunque rivitalizzandosi, spesso proprio in reazione alla diffusione di campagne contro le MGF (Shell-Duncan B. - Hernlund Y. [curr.] 2000), dove fino a poco prima non erano diffuse o occupavano spazi del tutto residuali (Nypan A. 1991).

Per ovvie oggettive difficoltà di “rilevazione”, peraltro, appare difficile quantificare il fenomeno in maniera precisa anche per quei paesi in cui si dispone delle cosiddette “stime ufficiali”: basti solo pensare alla scarsa visibilità di pratiche effettuate in aree isolate – in cui di fatto nemmeno i registri anagrafici riescono ad essere attendibili o esaustivi – e in regime “privato”, familiare, per non dire clandestino, soprattutto dopo la recente introduzione di leggi fortemente repressive che ne vietano formalmente l'esercizio. Non è un caso che nel periodo in cui in Egitto la legge proibiva la pratica nella sua forma “domestica”, ma la tollerava se praticata in regime igienico-sanitario protetto (ovvero all'interno delle strutture mediche e da parte di operatori sanitari), il numero dei ricorsi risultava aumentato, se non altro per la maggiore facilità di emersione del dato all'interno delle statistiche¹³.

Ciò detto, UNICEF e OMS riportano dati consistenti, di cui è necessario tenere conto quantomeno per delineare i contorni complessivi del fenomeno e i

¹³ Dal 2008 è in vigore in Egitto la legge che proibisce la pratica anche all'interno delle strutture sanitarie e ad opera di personale medico. Tuttavia, come emerge da un recentissimo caso di cronaca (www.corriere.it, notizia del 22 maggio 2014) che vede per la prima volta un medico egiziano condannato per aver praticato una mutilazione genitale su una bambina di 13 anni, poi deceduta, la pratica di affidare a personale sanitario la mutilazione genitale delle proprie figlie sembra essere ancora molto presente, sebbene ridotta in clandestinità.

suoi livelli di diffusione globale: l'OMS stima infatti che tra 100 e 140 milioni di donne e bambine nel mondo abbiano subito ad oggi una qualche forma di mutilazione dei genitali, e che solo in Africa ogni anno circa 3 milioni di bambine siano potenzialmente a rischio (Who 2008: 4). È da sottolineare che i dati rilevano anche una certa flessione rispetto all'incidenza del fenomeno, nell'ultimo passaggio intergenerazionale: le donne in età compresa tra i 15 e i 19 anni hanno infatti minore probabilità di subire una qualche forma di MGF



Fonte: *Female genital mutilation/cutting: a statistical exploration*, UNICEF, New York, 2005.

È del 16 aprile 2013 l'articolo pubblicato da "La Presse"¹⁴ che cita un rapporto diffuso dall'UNICEF, in collaborazione con i governi di Somaliland e Puntland, secondo cui il tasso di diffusione delle MGF in queste aree della Somalia sembra essere sceso dal 99% tra le donne adulte, al 25% tra le giovani con meno di 14 anni. Il dato confermerebbe anche quanto affermato da alcune delle donne con cui abbiamo parlato, che sottolineano la tendenza emergente e sempre più diffusa da parte delle nuove generazioni, più influenzate dai processi di globalizzazione, a prendere le distanze dalla pratica, che sarebbe secondo loro "destinata a scomparire":

Stiamo dicendo anche in televisione che certe persone ci parlano, dicono che queste cose sono cose così, e dobbiamo smettere, di capire che le donne, se parlano, loro l'ascoltano. E dopo invece per loro... perché ci siamo rifiutate di

¹⁴ <http://www.lapresse.it/mondo/africa/somalia-unicef-diminuiscono-le-mutilazioni-genitali-femminili-1.317214>

farlo proprio tutte le donne... e certe mamme ancora la vogliono fare di nascosto, però stiamo cercando di fare... da una decina di anni che stiamo facendo queste cose così, per dire... per cui per farlo capire a tutti ci vuole tempo, basta che ogni tanto smette un gruppo, ogni tanto smette un gruppo... [Amina, donna somala, 42 anni]

La gente adesso vanno nelle periferie, nei villaggi un po' fuori per avere una comunicazione con loro, spiegarle quali sono le conseguenze e i pericoli che incontrano e tutto. Quindi stanno... piano piano. Ci vuole, ci vuole, però prima o poi non lo faranno più. Perché il Mali è abbastanza adesso... lo vedo sempre in televisione e ci sono organizzazioni anche che lottano contro questo [Sylvie, donna maliana, 50 anni]

2.3. La pratica delle MGF nelle parole delle intervistate

Quelle che vengono definite "mutilazioni genitali femminili" sono pratiche di manipolazione del corpo, e nello specifico dei genitali femminili, sostanzialmente finalizzate alla costruzione sociale del corpo biologico nell'ottica della contrapposizione di genere: forme ritualizzate di incorporazione che conducono alla trasformazione di individui di sesso femminile in soggetti di *genere* femminile, perfettamente aderenti ai canoni estetici e morali che in un determinato contesto, in uno specifico momento storico, ci si attende una donna adulta incarni, in contrapposizione con quelli che definiscono per contraltare la mascolinità. Forme istituzionalizzate di "controllo" della corporeità femminile del tutto analoghe, negli scopi ma talvolta anche nei modi, ad altre diffuse nel mondo occidentale di oggi e di ieri¹⁵.

Le motivazioni che vengono riportate a "giustificazione" della pratica sono innumerevoli, estremamente variegata, e vengono fatte risalire ora all'ordine religioso, ora a quello estetico, ora a quello della "pura" tradizione. Sarebbe estremamente scorretto fare delle generalizzazioni, perché trattandosi di pratiche profondamente culturali, ed essendo la cultura sempre dinamica e in

¹⁵ Si pensi ad esempio al processo di costruzione storico-istituzionale di categorie come quelle di "strega", "isterica", "ninfomane", che hanno via via consentito, attraverso la manipolazione del corpo femminile, di definire il confine tra normale e anormale, tra sano e patologico (Pizza G. 2005), destinando la "anormalità" alla repressione e alla "cura" coatta: se la tortura e il rogo sembrano ormai ricordi lontani, l'internamento negli ospedali psichiatrici e gli interventi di isterectomia e clitoridectomia che vi si praticavano sono testimoniati in Europa e negli Stati Uniti fino ad almeno la seconda metà del XX secolo (Morrone A. - Gennaro F. 2010).

continua trasformazione, il loro significato muta radicalmente sia nello spazio che nel tempo, dando vita a infinite varianti e sfumature.

Certamente hanno molto a che fare con la preoccupazione circa la conservazione della castità pre-coniugale, con il controllo del mercato matrimoniale, con l'identità e il potere (di un genere sull'altro, di un clan o un gruppo etnico sull'altro, di una religione sull'altra). In alcuni casi si configurano chiaramente come strumenti di oppressione femminile che consentono la riproduzione dell'ordine patriarcale; altre volte, al contrario, consentono alle donne di acquisire posizioni di potere e di controllo sulla sessualità e la riproduzione (Ahmadu F. 2000). Alcuni sottolineano come la loro funzione sia quella di inibire la libido per esaltare e dunque affermare la funzione riproduttiva della donna; altri le ritengono sostanzialmente degli interventi di tipo estetico, che esaltano la femminilità e la desiderabilità di una donna rendendo il loro sesso più proporzionato, armonico, pulito, ma soprattutto eliminando le parti "eccedenti", che in qualche modo rimandano ad una indistinzione sessuale, un'incursione maschile nel femminile, che è necessario eliminare perché la complementarità sia perfetta (Boddy J. 2007 [1982]).

Eh io strilla, strillato da loro, strilla tanto, e piange: "Perché così?! Perché fatto?!", e loro dice tanto bugia, perché ancora piccola, no? "Ho fatto come tutti, è normale, devo fare così se no tu maleducata dopo! Non è normale! Dopo rimane come il maschio tu, tu dopo maschio tu, si non fa questo rimane come el maschio!" [Maryam, donna egiziana, 44 anni]

Infine, nelle aree a tradizione musulmana, l'aderenza ai dettami religiosi e dunque la necessità di rispettare l'immagine della donna veicolata dalle sacre scritture, è ciò che legittima la pratica e spinge le donne a continuare ad aderirvi.

Ciò premesso, per non perderci nel mare *magnum* delle interpretazioni, dei significati e delle descrizioni che accompagnano le MGF nelle loro innumerevoli varianti, riteniamo più utile qui focalizzare la nostra attenzione su alcuni tratti specifici, che sono emersi con più insistenza dalle donne che abbiamo incontrato a Perugia e a Terni, durante il nostro lavoro di indagine, anche perché è questo il materiale con cui ci troviamo poi ad avere a che fare in contesto migratorio, e che tende ad emergere anche nella relazione tra queste donne e i servizi socio-sanitari locali.

Va detto, innanzitutto, che di rado le donne che parlano di "circoncisione" – nessuna ha mai utilizzato nei nostri colloqui la dicitura "mutilazioni/modificazioni genitali" – separano la pratica femminile da quella maschile: entrambe

ci vengono descritte come pratiche fondamentali per la regolamentazione dei rapporti intersessuali e quindi delle relazioni matrimoniali. Tanto per i maschi quanto per le femmine si va alla ricerca del corpo "perfetto", nel tentativo di farlo corrispondere alle aspettative dell'altro sesso, e dell'intero gruppo sociale: i genitori sono convinti che il dolore della circoncisione sia tutto sommato un piccolo prezzo da pagare in cambio di una dote che, tanto i maschi quanto le femmine, potranno spendere per garantirsi un buon esito matrimoniale e – nel caso dei figli maschi – prestazioni sessuali soddisfacenti.

Ci sono delle donne che non accettano di andare a letto con degli uomini non circoncisi! [Dott. Njanu]

Per quanto riguarda la circoncisione maschile, accanto alle motivazioni legate all'igiene e alla salute sessuale – che sembrano semmai forme di legittimazione a posteriori –, l'atto appare connesso alla necessità di esaltare la mascolinità del proprio figlio, di dimostrare che *quel* neonato è all'altezza dello status che gli viene conferito in quanto futuro uomo e in quanto "africano": sono molto forti, infatti, anche le connotazioni identitarie che rivestono la pratica, attraverso la quale l'*africanità* è rivendicata e celebrata con orgoglio come appartenenza sovranazionale da contrapporre al resto del mondo.

In alcune regioni, appena la bimba vengono le mestruazioni, le fanno la circoncisione, per abitudine, per tradizione, forse nemmeno loro sanno dare spiegazioni. Come un'abitudine che la fanno tutti e anche loro la fanno [...] I maschi sì, possono essere circoncisi, le femmine perché lo fanno?! I maschi per un motivo igienico e perché dopo quando diventa uomo avrà anche lui la sua donna, anche... c'entra la circoncisione, c'entra nei rapporti sessuali tra marito e moglie [Samia, donna ciadiana, 26 anni]

Tutti i nostri uomini e nostri bambini, lo facciamo a loro, perché è una sunna e perché è una cosa igienica secondo noi, e anche quando questo bambino cresce e avrà dei rapporti sessuali, uno circonciso non è come un altro, come uno non circonciso, è un'altra cosa! Il rapporto si sente di più. [...] il piacere è più forte. [...] E adesso ci sta, anche in Egitto, un aumento di donne che non sono sposate, come si chiama, zitelle, sono aumentate, anche quelle, perché ha detto, da noi mussulmani non si fa sesso fuori dal matrimonio, per questo si fa da loro la circoncisione. Perché la donna sta come una suora, non deve toccare né uomini, nessuno, se non fosse sposata non può toccare niente! [...] una non circoncisa non è come una circoncisa! [Faizah, donna egiziana, 33 anni]

Per parte femminile, invece, la funzione principale attribuita alla circoncisione è quella di stabilire un ordine di selezione per l'accesso al mercato matrimoniale: solo le ragazze circoncise, la cui sessualità pre-matrimoniale è stata

cioè mantenuta severamente “sotto controllo”, possono rivendicare “purezza” e integrità, e quindi essere inserite nella rosa delle possibili mogli. La decisione di sottoporre le proprie figlie a tale pratica è infatti fortemente vincolata al timore che possano essere escluse dalla selezione matrimoniale: la circoncisione costituisce una sorta di “protezione” che la famiglia mette in atto per tutelare la futura donna tanto dalle incontrollate pulsioni che accompagneranno il suo futuro sviluppo sessuale, quanto dalle possibili incursioni di uomini non pretendenti, che potrebbero corrompere quella verginità che costituisce invece il vero prezzo della sposa, da custodire e “spendere” al momento giusto.

Africa, paese hanno tradizione, quindi per loro fantasia fanno questi così [la circoncisione], perché le donne se poi lo fai questo diventate... non so, diventate un po' cosa strano, cercano uomini di più, così... fanno queste cose prima di arrivare al matrimonio, quindi... loro credono... le famiglie credono questi cose, per quello fanno questi cose... però, io non credo che sia giusto. [...] fanno questi cose perché genitori preoccupando, di là, una donna finché [non c'è] il matrimonio non deve andare con l'uomo, per quello loro fanno questi cose, perché una donna quando andato con uomini prima di matrimonio, non valgono niente per la famiglia [Adisa, uomo eritreo, 27 anni]

Questo nell'antichità lo facevano per non envoglià una donna. Tutto qui! Non c'è altro motivo. Perché la donna deve essere sottomessa e deve fà quello che l'uomo dice! Quando lui c'ha voglia devi essere pronta, si non c'ha voglia, tu non devi pensare a niente! È questo il motivo che lo facevano. [...] La mamma è complice, dice: “Questa è ora che gli facemo questa cosa, perché se no diventa donna e il rischio c'è!”, perché la mentalità è che può darsi che quella va con un uomo... perché a quei tempi, si la tua figlia rimane incinta, ma dice de sessant'anni fa, per esempio, se una rimane incinta così ragazzina, ragazza madre, è un disonore per la famiglia, quindi le mamme sò proprio preoccupate su queste cose! [Josette, donna ivoriana, 44 anni]

Per noi si dice perché così sei più calma. Perché lo usano che dicono la bimba così sta più calma, così non avrà parecchi figli! [...] I genitori specialmente son contenti perché si sentono protetti, perché la donna sta più calma, sta a casa, non cerca, non è agitata e quindi per i genitori son contenti! [Zema, donna etiopica, 38 anni]

Mentre rispetto alla circoncisione femminile quasi tutte le donne che abbiamo intervistato si sono espresse in maniera critica, dichiarando che non avevano o non avrebbero mai circonciso le loro figlie, poiché avevano compreso – anche grazie al confronto con donne non circoncise – che non è la porzione mancante del clitoride o delle piccole labbra a regolare il desiderio sessuale, e quindi il profilo morale di una donna, rispetto a quella maschile abbiamo riscontrato

da parte di tutte una totale e incondizionata adesione: come si è accennato sopra, l'uomo africano è circonciso, non può esistere altra possibilità, è giusto che sia così. L'avallo della biomedicina, che non parla più solo di igiene, ma di prevenzione dell'Hiv e di altre patologie sessualmente trasmissibili, e addirittura di diminuzione dei casi di tumore all'utero nelle partner, ha fornito un contenitore inespugnabile in cui proteggere la circoncisione maschile.

Non solo. L'inevitabilità della circoncisione maschile è sancita anche dai dettami di alcune fra le principali religioni del mondo, e per quanto riguarda i casi specifici incontrati nella nostra indagine, della religione islamica, che la definisce “un obbligo” perché riportato nel Corano.

Per quella femminile, invece, sembra non essere riscontrabile nessun riferimento diretto nei sacri testi, e per questo, le donne africane di religione islamica che intendono affrancarsi dalla pratica, trovano un importante sostegno nella posizione ufficiale assunta da molti Imam che collocano l'esistenza della pratica in tempi pre-islamici, e in una tradizione che nulla ha a che vedere con l'Islam¹⁶.

Il nostro Corano dice: potete fare solo una... appena sangue. Questa la puoi fare. La puoi fare, però la puoi fare, non devi! Per cui tu la puoi lasciare o la puoi fare come tu credi, rimane così. C'è invece maschi che si dice: “devi”, maschi va fatta! [...] Lo scrive il Corano proprio chiaramente. Per cui maschi si fa così quando nascono, appena nascono è meglio a farlo, quando diventa grande è più difficile... [Amina, donna somala, 42 anni]

Interessante l'affermazione dell'Imam di Perugia, un palestinese che, interpellato sulla questione, ha subito sottolineato come la pratica sia diffusa per lo più nell'Africa Sub-Sahariana e *non* nei paesi arabi, che sono la culla del vero Islam. Interessante soprattutto che l'intervista abbia costituito per l'Imam una occasione “di dibattito pubblico”, come se attraverso di noi potesse rispondere alle voci che animano il dibattito internazionale sul tema delle MGF, dichiarando posizioni ufficiali di condanna alla pratica che sembravano per lo più finalizzate alla protezione dell'Islam dai suoi possibili detrattori. Durante tutta l'intervista ha infatti mantenuto un atteggiamento estremamente difensivo, sostenendo che “l'attenzione eccessiva sulle circoncisioni femminili va a ledere

¹⁶ Sulle prese di posizione ufficiali di rappresentanti dell'Islam contro le MGF, cfr. ad es. gli Atti del Seminario afro-arabo di esperti sulle norme legislative per la prevenzione dei genitali femminili tenuto al Cairo il 21-23 giugno 2003: <http://www.emmabonino.it/campagne/stopfgm/cairo/5.pdf>.

l'immagine dell'Islam e acuisce i sentimenti negativi nei confronti della religione islamica". L'Islam, ha sostenuto, riconosce grande rispetto alla figura femminile e ne promuove da sempre i diritti: per questo è estraneo alla pratica delle MGF, che è semmai legata a tradizioni "pagane" che vanno fatte risalire "ai tempi del Faraone". Per giustificare l'attuale permanere di tali "tradizioni", si appella infatti alla strategia "sincretica" di Maometto: la pratica era così diffusa al tempo del Profeta che sarebbe stato impossibile vietarla *tout court*; l'obiettivo quindi andava spostato sul lungo termine, mantenendo nel presente una serie di indicazioni e suggerimenti che avrebbero limitato il più possibile "i danni". Secondo la Sharia, afferma, l'integrità del corpo va sempre preservata, quindi la circoncisione è indicata solo ed esclusivamente nel caso di una forma "eccessiva", aberrante del clitoride – certificata tramite visita medica –, che potrebbe essere causa nella donna di problemi di salute:

Alcune donne hanno un clitoride estremamente sviluppato, che potrebbe irritarsi facilmente anche a contatto con gli abiti, allora lì si interviene chirurgicamente per riportare le cose alla normalità [Imam di Perugia]

L'intervento fatto "nei limiti", "senza esagerare", con il fine unico di correggere la forma impropria del clitoride a "cresta di gallo", e non per ledere la salute della donna e il suo piacere sessuale, è accolto e in qualche misura consigliato da molti interpreti delle scritture islamiche, anche se definito "non obbligatorio": dai racconti delle donne egiziane che abbiamo intervistato emerge tutta l'ambiguità contenuta in queste "dispute teologiche", che la maggior parte dei credenti non conosce nelle loro varie, dibattute sfumature, e che alla fine risuonano semplicemente alle loro orecchie come prescrizioni da rispettare per essere considerati dei buoni musulmani: «le circoncisioni africane si manifestano in larga misura in corrispondenza con l'Islam. In tutta onestà, i testi canonici islamici offrono una minima giustificazione per la pratica. Ma tale questione teologica sembra avere più valore per islamici istruiti, oppositori della pratica, così come per i detrattori occidentali, piuttosto che per le donne locali, che spesso invece legano la loro identità di donna islamica proprio alla pratica del rito» (Silverman E.K. 2004: 428, traduz. delle autrici).

La circoncisione femminile tagliano soltanto la parte... clo... come si chiama? Clitoride, sì. La parte quella... per esempio si questa parte è più grande, tolgono un pezzettino, non è che la tolgono tutta. Se per esempio ha una forma più del normale, se la forma è normale non la toccano. Dipende da com'è, sì. Come si chiama quella del gallo? Se il clitoride ha la forma come la cresta del gallo allora devono toglierlo. Non tutto però, come fosse "giustarlo", giustare

quella parte tanta. Perché secondo loro è quella che dà la voglia ai femini... la voglia di fare sesso, di fare... per diminuire la voglia, secondo loro [Faizah, donna egiziana, 33 anni]

Di fatto, la pratica della clitoridectomia o dell'escissione parziale dei genitali esterni, funzionali alla costruzione di una femminilità "controllata", appare in qualche misura convergente con il valore della verginità, della fedeltà e dell'onore, così centrali nell'Islam (come del resto, in forme e intensità diverse a seconda delle epoche e dei contesti, anche nello stesso cattolicesimo). In tal senso, le interpretazioni che vogliono l'Islam estraneo alla pratica della circoncisione femminile perché "assente" dalle scritture, si intrecciano e contraddicono con le posizioni che lasciano aperta la porta a forme di taglio "più blande", che consentono alla donna di mantenersi pura per il futuro marito, senza precludere con questo la salute riproduttiva e l'attività sessuale all'interno del matrimonio¹⁷.

Io, più calda di quella che non l'ha fatto! [ride] Ti giuro! Io con tutte le mie sorelle, quando noi parliamo, noi teniamo il marito più meglio de loro che non l'ha fatto! Ti giuro! [...] Benissimo lo stesso, non è cambiato niente, niente! Io parlato con la mia figlia, con la mia sorella, con la mia cugina, con fidanzata anche del mio fratello, niente, lei anche non ha fatto, è una ragazza di diciannove anni, non ha fatto. Uguale, tutto uguale. Solo, per prima cosa, la circoncisione è per avere la cosa pulita... [Maryam, donna egiziana, 44 anni]

Le ragazze che non sono circoncise hanno la voglia di più di fare sesso. Sente piacere, ma se lui sta lontano da lei, lei non può avere questa voglia, perché lui sta lontano. Ad esempio, lei è stata in Egitto lontana da lui e lui è stato in Libia, però lei non ha avuto quella voglia. E diceva che lei è stata circoncisa per questo, per non avrà la voglia quando il marito sta lontano da lei, però quando sta vicino ha la voglia e sentire anche piacere come tutte le donne [Faizah, donna egiziana, 33 anni]

In alcuni paesi a tradizione islamica, dunque, come si è già accennato, anche lo Stato e la biomedicina hanno concorso a veicolare un'immagine ambigua

¹⁷ In effetti, seppure nel Corano non vi sia alcun riferimento specifico alla circoncisione femminile, alcuni fanno riferimento, in proposito, alla Sunna, cioè ad indicazioni comportamentali, esempi tratti dalla vita del Profeta, tramandati oralmente e solo secoli dopo codificati e trascritti da fedeli compilatori. Sebbene non tutti concordino nella autenticità dei numerosissimi ahadith che compongono la Sunna, non vi è dubbio che alcuni di questi in effetti giustificano e in qualche modo addirittura promuovano la pratica della circoncisione femminile (Sami Aldeeb Abu-Sahlieh, Circoncision masculine - circoncision féminine. Débat religieux, médical, social et juridique, L'Harmattan, Parigi, 2001 / Carobene Germana, Le escissioni rituali femminili tra precepto religioso, costume tradizionale e tutela dell'identità del soggetto in una società pluralista, "Diritto e Religioni", anno II, n. 2, luglio-dicembre 2007, pp. 33-48).

di queste pratiche, attraverso la promulgazione di leggi che promuovevano il ricorso alle strutture sanitarie ufficiali come luoghi in cui effettuare la circoncisione femminile, al pari di quella maschile (Atighetchi D. 2009): nonostante lo scopo dichiarato fosse quello di contenere i rischi igienico-sanitari connessi alla clandestinità della pratica, il risultato finale è stato quello di legittimarla ulteriormente. L'operazione, infatti, effettuata da professionisti in regime "protetto", risultava in tal modo priva di rischi e, grazie all'anestesia, praticamente indolore. Il fatto poi che le autorità religiose indicassero i medici come coloro a cui era affidato il compito di valutare se e in che misura era "necessario" intervenire sulla riduzione dei genitali, ha senz'altro giocato un ruolo decisivo nella convinzione che la circoncisione fosse una indiscutibile prescrizione religiosa:

Mi hanno portato dalla ginecologa: "Questo non è lungo, questo pezzo non è lungo, questa pronto questo mese, no viene il prossimo mese che taglio perché ancora non è cresciuto!", [mi portavano] ogni volta [a controllare] [Maryam, donna egiziana, 44 anni]

Intanto loro la circoncisione la fanno in ospedale o portano il medico in casa, non è... secondo quella cosa, la cresta, se è grande o piccola, se è normale, non la toccano, se è grande... decide il medico... decide il medico se la tagliano o no. Non è una cosa obbligatoria per ogni bambina, no, decide il medico su questa cosa. [...] la fanno a 11 o 12 anni, prima di arrivare le mestruazioni [Faizah, donna egiziana, 33 anni]

La medesima ambiguità, tuttavia, ha anche consentito ad alcune donne – soprattutto a quelle che hanno avuto la possibilità di studiare, di approfondire, di sviluppare un proprio pensiero critico – di prendere le distanze dalla pratica, senza per questo considerare minacciata la propria integrità religiosa, senza per questo sentirsi musulmane meno fedeli:

Più diventi grande e più capisci. Io capivo che questa è una cosa di religione che obbliga a farlo; però crescendo, abbiamo capito che non c'entra niente. [...] per cui è inutile di farlo, a far male, la donna levarlo quello che è suo e non va bene. Per cui, quando io ho capito che non è... abbiamo capito quasi tutti, tutti quasi... certe persone no! Non si riesce a farlo capire a smette questo. Perché è inutile, è una cosa inutile far soffrire la bambina e farla soffrire anche dopo... [Amina, donna somala, 42 anni]

Il motivo dicevano che era religione, che non era vero! Non è scritto da nessuna parte sul Corano. [...] Hanno sbagliato loro [i vecchi], non lo sapevano perché il problema era che non lo sapevano. Ogni cosa si impara piano piano, anche la religione si impara che qualcosa che c'entra, qualcosa che non c'en-

tra, anche vostra religione non è che la sapete tutti! Può darsi che si scopre una cosa che non c'era, che ti fanno capire che questa obbliga di fare, invece che non è. Allora ci vuole a capire piano piano e a imparare, leggere, imparare il Corano, da capire quello che dice veramente e quello che non dice. Invece quelli anziani prima han fatto capire che era così, invece questo era una cosa che come ho detto prima è una cosa che usanza di Faraone, è venuta a fare... è la figlia che ha cominciato di Faraone. [...] Dopo pian piano gli han fatto perché lui la obbligava a farlo tutte le donne, perché? Per non andare in uomini! [Zola, donna somala, 70 anni]

In effetti, resta comunque molto diffuso sia tra gli osservatori occidentali meno preparati sull'argomento, che fra le donne africane, musulmane e non, lo stereotipo che considera le MGF una pratica per lo più islamica, per quanto la diffusione tra cattolici, copti e ortodossi sia altrettanto testimoniata, e sebbene in alcuni contesti a tradizione islamica siano invece del tutto assenti. In questo, dobbiamo riconoscere in parte come fondati i timori dell'Imam di Perugia, che individua lo stereotipo della radice islamica delle MGF come uno strumento strategico di screditamento dell'Islam: e tuttavia, anche le parole dell'Imam sembrano ricalcare quello stesso stereotipo (sebbene mutandolo di segno), proprio quando respinge, rilanciandola agli "altri", ai pagani, ai non musulmani, l'accusa di praticare le MGF. Le argomentazioni utilizzate nel corso dell'intervista a questo proposito sono complesse e articolate, ma sono, in sintesi, più mirate ad una difesa dell'Islam di fronte ai suoi detrattori, che non ad una reale disamina critica delle eventuali responsabilità di alcune interpretazioni dell'Islam nella legittimazione delle MGF (ambiguità di cui egli stesso peraltro rivela traccia, contraddicendosi continuamente e parlando ora di un totale rigetto, ora di una possibile, seppur mitigata apertura alla pratica). Dal diario di campo steso a seguito dell'incontro all'Imam:

«L'Imam afferma: "Io non sono d'accordo con l'infibulazione, assolutamente non sono d'accordo! Il Profeta Muhammad ha anche indicato intelligentemente di smettere di praticare. Quando ha visto una donna che pratica l'infibulazione ha detto: "Dove vai?! Stai attenta, non approfondire il taglio per niente, fai qualcosa leggera!", perché è meglio e a favore della donna avere il suo organo intero, anche per suo godimento. E questa è una cosa molto importante perché le fa mancare un suo diritto". Sostiene inoltre che il Profeta ha indicato di non praticarla e che alcuni musulmani hanno mal compreso le sue indicazioni. Il Profeta Muhammad non ha proibito questa pratica, dice, ma nonostante non fosse d'accordo, ha indicato il modo per farla limitando i danni. [...] Condanna gli strumenti "primitivi" utilizzati per praticare l'infibulazione e le circoncisioni femminili in generale, che hanno creato grossi problemi alle donne, lega

la pratica all'ignoranza; eppure poco dopo si dilunga in una digressione sulla forma appropriata del clitoride, rispetto alla quale occorre intervenire chirurgicamente: "Alcune donne hanno un clitoride estremamente sviluppato, che potrebbe irritarsi facilmente anche a contatto con gli abiti, allora lì si interviene chirurgicamente per riportare le cose alla normalità!". E sottolinea che alcuni lo fanno per questo motivo, altri lo fanno a prescindere, ma continua a ribadire che non è assolutamente un'indicazione religiosa, che semmai è una questione sociale, e l'accosta alla verginità: i musulmani, i cristiani più radicali, non accettano di sposare una donna non vergine. La verginità è fondamentale, così una donna somala ad esempio non si sente completa se non è circoncesa, e l'uomo somalo non accetta di sposare una donna non circoncesa. Ma resta una questione sociale, alla quale non si può andare contro. [...] Quando riportiamo l'attenzione dell'Imam al dato statistico riguardante le circoncisioni in Egitto, risponde: "Questa è una bugia! Per ingrandire la cosa!". E traccia una spartizione netta tra sud e nord dell'Egitto, sottolineando che la circoncisione viene praticata a sud, "per cultura". "Allora vanno a colpire l'Islam! Il gioco è così! Viene colpita la religione e molti hanno interesse per colpire l'Islam!"».

Anche le donne intervistate hanno spesso utilizzato la strategia retorica dello screditamento dell'altro "diverso da sé", per chiamare fuori se stesse e il proprio gruppo di riferimento (etnico, nazionale, religioso) da qualsiasi responsabilità rispetto all'origine o alla perpetuazione della pratica: alcune ad esempio hanno affermato di essere estranee alla tradizione della circoncisione proprio grazie al fatto di essere cattoliche, condizione che le posizionerebbe su un gradino di civiltà superiore a quello degli stessi connazionali islamici, rispetto ai quali rivendicano una maggiore distanza che rispetto agli Europei ad esempio, emancipati, aperti, moderni:

Io sono cattolica, non facciamo. I cristiani no. Queste cose da noi non vengono fatte. Tanto tempo fa, tempo fa lo fanno, magari mia mamma, mia nonna. Invece noi non lo fanno, perché noi siamo cattolici, seguiamo sempre cose di chiesa, più o meno quelle europee... io non l'ho fatto. I maschi lo fanno, per maschi sì. Per maschi anche adesso lo fanno, però per femmine no. [...] Più che seguono di tutti i musulmani queste cose. Non so se anche i ortodossi. Però noi tante cose siamo diversi perché siamo anche cattolici, come non mangiano loro maiale, musulmani e ortodossi non mangiano, e noi mangiamo. Questo io lo dico così perché tante cose differenza dell'Etiopia, noi seguiamo quello di chiesa, ecco. [...] Allora, si preempio magari io sono musulmana, magari certe cose non mi viene parlare, capito? Come riguarda preempio ginecologo, queste cose, non parlano tutte le cose, si vergognano, si vergognano tante cose. Invece noi siamo liberi, siamo stati sempre liberi, come europei, come in chiesa. [...] non posso avere amici musulmani, però vicini di casa sì, che conoscono mio padre, però come amici... diciamo anche parlare con loro non mi viene, perché pure il modo di vestire, di parlare, non sono aperti!

Capito? Allora è un po' difficile con loro, io si parlo di mio marito, adesso ti sto parlando, la mia vita privata, tutto, con loro, non si può parlare così. Non è colpa di loro, hanno preso tradizione di loro, non l'ho detto io, non sto dicendo musulmani io meglio di loro, però loro un po' chiusi, io posso aprire, posso parlare, anche in Etiopia, anche se non vengo in Italia [Sheba, donna etiopica, 40 anni]

L'infibulazione, nello specifico, descritta come la pratica più invasiva e "brutale", è attribuita, sempre utilizzando la medesima retorica di discriminazione "interna", ai più "barbari", che sono appunto sempre "gli altri": nei paesi in cui sono presenti conflitti interetnici e/o interreligiosi, viene così attribuita alla fazione avversaria, più integralista e violenta, più retrograda, patriarcale, repressiva. Oppure, semplicemente, viene indicata come una forma "arcaica" di per sé, ancora presente nelle zone rurali e più isolate, e fra le persone di bassa estrazione sociale e con un livello minimo di scolarizzazione; mentre nei centri urbani, e con la progressiva "modernizzazione", è ormai sostituita da forme più "blande", o addirittura scomparsa. Spesso il confronto con la pratica "estrema" dell'infibulazione, consente una sorta di giustificazione delle pratiche più "leggere", del cosiddetto taglio, che viene in alcuni casi sminuito, ridotto a poco più di un atto cosmetico di abbellimento corporeo.

2.4. "Anomalie genitali", donne migranti e rapporto con i servizi

È significativo che per poter immaginare un dialogo sul tema delle MGF con le donne africane presenti in Umbria abbiamo dovuto pensarlo come un argomento sanitario e collocarlo nel più ampio tema della "salute sessuale e riproduttiva delle donne immigrate". In un primo momento il suggerimento è arrivato proprio dal "Tavolo regionale sulle MGF" (cfr. par. 1.0.), sulla scorta della convinzione che l'indagine specifica sulle MGF non avrebbe prodotto risultati significativi, vista l'assenza del fenomeno nella regione. Infatti, anche in relazione ad altre problematiche emergenti che le ginecologhe segnalavano (gravidezze precoci e interruzioni volontarie di gravidanza, scarsa adesione ai programmi di prevenzione e screening, difficoltà di coinvolgimento nei percorsi di accompagnamento alla nascita, ecc.), indagare su questioni più generali avrebbe sicuramente fornito materiale più utile e interessante, anche ai fini di una pianificazione di possibili percorsi di intervento. Da parte nostra,

l'utilizzo della chiave sanitaria ci ha senz'altro fornito la legittimazione per incontrare le donne su un terreno più neutro, senza dover affrontare un tema tanto complesso e delicato in maniera diretta e brutale, rischiando così di compromettere il dialogo.

Tuttavia, mano a mano che procedevamo con le interviste e il lavoro sul campo, appariva sempre più evidente come le donne fossero in qualche modo spiazzate di fronte al taglio sanitario all'interno del quale tendevamo a proporre la questione delle MGF. Fino a quando il discorso rimaneva incentrato sulla loro storia di vita e il progetto migratorio, il dialogo scorreva fluido e partecipe; quando veniva proposto l'argomento del rapporto con i servizi socio-sanitari, la reazione prevalente era di compiacenza rispetto alla qualità dei servizi, come se si sentissero in dovere di mostrare la propria riconoscenza verso il paese che le ha "accolte" (anche se, come vedremo in seguito, con il consolidamento della fiducia nei nostri confronti tendevano ad emergere progressivamente anche i problemi, le critiche, i disagi); al momento poi di affrontare la questione delle MGF – generalmente nella seconda metà dell'intervista – quasi tutte reagivano con stupore, imbarazzo, diffidenza, chiedendo "cosa c'entrasse" e perché ci interessava proprio quel tema¹⁸. La mutilazione dei genitali sembrava avere molto più a che fare con l'immagine di sé e del proprio paese di provenienza, con il senso di appartenenza a una determinata cultura, tradizione o religione, con i conflitti e le rinegoziazioni connesse alla migrazione, piuttosto che con questioni puramente sanitarie: non si tratta infatti di un "problema" per il quale queste donne si rivolgono ai servizi sanitari, se non nei rari casi di richiesta di intervento per deinfibulazione.

L'incontro con donne dai genitali modificati, mutilati, "diversi" rappresenta semmai un problema dei servizi e, nello specifico, degli operatori: problema che solo in un secondo momento torna ad essere anche delle donne, costrette dalla reazione degli operatori a sentire il proprio corpo come estraneo, diverso, nella necessità di doversi giustificare, e di dover giustificare una pratica che nella maggior parte dei casi nemmeno loro vorrebbero difendere. Le don-

¹⁸ Interessante, a posteriori, constatare che solo alla fine del percorso di ricerca l'intestataro del finanziamento ministeriale per la nostra ricerca si sia rivelato essere non il "Servizio della programmazione sanitaria" della Regione, bensì il Servizio "Famiglia, adolescenza e giovani" della Direzione regionale Salute, coesione sociale e società della conoscenza, riposizionando così il tema all'interno di una prospettiva più ampia, di carattere più squisitamente sociale, così come implicitamente suggerito anche dalle sopradescritte reazioni delle nostre interlocutrici.

ne intervistate hanno infatti raccontato dell'estremo imbarazzo e della profonda umiliazione vissuti nel corso di alcune visite ginecologiche di routine, di fronte alla reazione di sconcerto e scandalo suscitata dalla vista del proprio sesso da parte di operatori quanto meno "impreparati": non sono rari i casi in cui i medici si sono sentiti in diritto di richiamare l'attenzione di colleghi e studenti, per mostrare la curiosa, esotica, eccezionale conformazione di un apparato distorto nei suoi conosciuti e tradizionali canoni anatomici.

[Ai dottori] gli fa ride! Eh, al ginecologo! La mia zia l'altra volta diceva che è andata a fare la visita, c'è una donna, per fare ecografia, quello che si fa... interna. E allora ha detto che quando l'ha vista dice: "Mamma mia! Ma che è??? Che è successo??? Tutto chiuso, così!! Che hai fatto?!!!", e incominciava a ride, ha detto. [...] Allora lei ha risposto: "Senti, non ridi! E me lo fai quello che sono venuta a fare! Perché ridi?! Noi è così! Tu guardala e lascia com'è!". Cioè, non devi ride, ho capito che è una cosa che... lo posso anche capire... l'hai vista, non l'hai mai vista però può chiedere, a me me l'hanno chiesto: "Che cos'è questo?!". Sì e lì gliel'ho risposto e gli ho detto: "Da noi si fa cucì!", e così, siamo rimasti così! [Amina, donna somala, 42 anni]

Allora quando io sono rimasta incinta di mio figlio, il primo, sono andata e sono messi a ridere! Sono rimasta molto male, e dico: "Ma che cosa ho fatto?!". Non riuscivano a capire perché. Dopo io c'avevo un'amica del Marocco che ce sta da tanti anni qua e ho detto: "Scusa ma, io sono a una visita e come si faceva da noi l'usanza è che devi essere pulita [intende "rasata"], insomma, non devi essere... e si sono messi a ridere! "Ho combinato un casino!!". Gli ho detto: "Damme un consiglio!", "Che cosa hai fatto?", "Io ho fatto come si fa normalmente, come mi hanno detto i miei genitori, e così sono messi a ridere!", "Ma non si fa così!", "Ah, sì?! Con tutti i peli?! Ma che brutto!!" [ridiamo]. Nessuno vuole, non vogliono però! Si può evitare, ho visto che qualche donna non vogliono. Da noi è una usanza che se devi andare a una visita devi andare pulita. Quindi da quel giorno quando andavo alla visita non... ma io non mi sentivo tranquilla! [...] Anche di quello [della circoncisione], il dottore che non lo sapeva, e dice: "Ma no dalle loro parti è normale! Quindi non c'è niente da meravigliarsi!". Perché io mi ricordo anche se tu mi dici i dottori e infermieri [intende: "Se mi domandi il nome di ognuno, io li ricordo tutti!"], perché si sono messi a ridere, quindi mi ricordavo come sono, capito? È venuta una dottoressa, mi ha visitato, ha chiamato l'infermiera, ha chiamato un dottore, son venuti parecchi!! [sorridente] Io son rimasta male! Proprio, ha detto: "Vieni a vedere che spettacolo!", proprio così! Io sono rimasta proprio male, e poi capivo poco, non è che capivo tanto italiano... Sì della circoncisione sì, è rimasto un dottore, sì, che non riusciva a capire e poi anche alla [Clinica] Lioti, così c'era un altro dottore che è rimasto così, male, però c'aveva un'amica infermiera, e ha detto: "Guarda, a te è novità, da noi esiste così!", così gli ha risposto!, "Non c'è niente di novità perché da noi esiste così!" [Zema, donna etiopica, 38 anni]

La prima volta che sono andata a farmi fare una visita dal ginecologo... Madonna santa! Appena mi sono messa lì il dottore: “Signora si è bruciata!?!?” [...] “È cuscita!”, perché secondo lui dice: “È impossibile che cusciono!”, e gli ho detto: “Ma non è scritto sul libro?!”, perché poi io c’ho sempre la battuta... “Ma non è scritto sul libro, lei che è medico, perché ci stanno i trattati che parlano di questo!”, che me lo diceva mio marito [che era medico], non è che io ho studiato, no, no, me lo diceva lui. E dico: “Ma non ci sta qualche trattato che parla di questa cosa che fanno in Africa?!”, “No, non ho mai sentito!”, “Eh è la volta che prende [qualche libro], perché adesso siamo tanti qua eh?!” [Zola, donna somala, 70 anni]

In questi casi la mutilazione sembra perdere persino le sue connotazioni vittimizzanti (che seppur paternalistiche, quanto meno si pongono su un piano di pseudo-vicinanza), per diventare un vero e proprio strumento di discriminazione, un ulteriore elemento di conferma della distanza culturale e quindi “umana” tra chi rappresenta la civiltà, il progresso, la scienza e chi incorpora la brutalità e l’inferiorità di una cultura selvaggia e tradizionalista che si mostra attraverso la cicatrice della mutilazione. Queste donne, di pelle nera, che portano sul corpo i segni della loro appartenenza a culture considerate “retrograde”, sprovviste dei necessari strumenti comunicativi per comprendere e farsi comprendere, assumono una posizione di assoluta vulnerabilità di fronte all’esercizio del potere medico: i loro corpi vengono esposti, osservati, manipolati senza un reale e consapevole consenso, senza che siano messe nelle condizioni di comprendere cosa gli stia realmente accadendo e perché.

C’avevo un fibroma che mi dovevo fare operare, sono andata all’ospedale di Monteluca, c’avevo sei persone che mi dovevano visitare! C’avevo un ginecologo, l’infermiera e quattro studenti: purtroppo loro devono fare pratica, però aspettano quando c’è una straniera, è il momento giusto che vengono tutti! Per me è anche cattivo a dillo, ma approfittano! Io quando sò entrata, tutti quanti con i fogli, la penna... Perché purtroppo c’è l’ignoranza che esiste da tutte le parti. Eh sì, tanto quella è straniera, che ti dice, accetta tutto... Appena mi sono messa a gambe larghe [ride] ... già che anche con un medico solo ti senti un po’... e subito: “Quanto è nera!”. Io mi sono sentita male. Io sono andata là mica per fare il pap-test, quello si fa all’Usl e va bene che c’è una persona, due massimo, ma all’ospedale in ginecologia c’è tante persone che ti guardano, e vengono a studiare proprio su di me?! Poi parlavano tra di loro: “Mamma mia quanto è scura!”. Questo è proprio da prendere a schiaffi, perché tu lavori per scelta... [...] E io la prossima visita sono andata là e ho visto anche sei, sette persone, e ho detto: “Dottore, mi dispiace, io mi sento un po’ perplessa, non mi faccio visitare!”. Che già ho pensato a quella cosa... mi ha detto: “Lei non si vuole fare visitare?”, ho detto: “No! Con tutta questa gente no!”, m’ha detto:

“Loro devono imparare!”, ho detto: “Va bene ma io devo andare via, la salute è la mia! Vado via!”, e sono andata via [Josette, donna ivoriana, 44 anni]

Non si tratta solo di una scarsa competenza linguistica – che pure sembra essere uno dei principali problemi nel rapporto tra servizi e utenti di lingua non italiana – quanto piuttosto del non conoscere i codici culturali necessari per interpretare i contesti e le situazioni, o le attese reciproche implicite nelle relazioni che si instaurano tra operatori e utenti. D’altro canto, nella maggior parte dei casi, nemmeno gli operatori dispongono degli elementi per comprendere i codici comunicativi, soprattutto analogici e prossemici, dei pazienti – e non solo di quelli immigrati –, per interpretare rabbie, silenzi, atteggiamenti incongrui rispetto alle proprie attese; di fronte a tali complesse difficoltà relazionali, spesso l’operatore si rifugia nella reiterazione degli schemi precostituiti, nella prassi e nei protocolli, che ancor più allontanano la possibilità di comprensione da parte dell’anomalo, ignaro interlocutore. Una difficile ricostruzione da parte del paziente di eventi, relazioni di causa-effetto, opzioni terapeutiche, interpretazioni, contribuisce infatti a produrre immaginari persecutori, in cui ciò che non si comprende tende ad essere interpretato – e talora peraltro lo è – come un’omissione, una discriminazione, un’ingiustizia connessa alla propria condizione subalterna.

Dal diario di campo:

«Maryam racconta di un’operazione di asportazione di una ciste sulla spalla che pare sia andata male: le è rimasta una cicatrice enorme, che ci mostra; ha tutte le sembianze di un cheloide, ma lei sembra imputarla ad un errore medico. Sono passati ormai più di dieci anni e la cicatrice le fa ancora molto male, le prude terribilmente; attribuisce questo al fatto di essere stata operata da giovani studenti, che avrebbero a sua insaputa – e in accordo con il medico – sostituito il chirurgo a cui si era rivolta, e siccome si tratta del marito della sua dottoressa di base, pensa che tutti (a partire dalla sua dottoressa, da cui si è più volte recata a seguito dell’operazione) tendano a sminuire la gravità della situazione per interesse, e per nascondere la “malefatta”. Al di là di come sono andate le cose, si vince che non le è stato spiegato bene cosa è accaduto, o che lei non è riuscita a capire la causa del suo problema, né di che problema si tratti esattamente, e per questo tende ad alimentare scenari persecutori in cui il fatto di essere straniera, e soprattutto, di portare il velo in pubblico, la rende facile vittima di discriminazioni e ingiustizie»

È chiaro che di fronte a tali rischi di incomprensione o fraintendimento, all’operatore sarebbe richiesto un maggiore investimento soprattutto in termini di

comunicazione e attenzione ai livelli di comprensione altrui, vale a dire in fondo di *tempo e formazione*, mentre la burocratizzazione e la efficientizzazione dei servizi in chiave meramente economica, sembrano spingere sempre più nella direzione diametralmente opposta.

Le donne non hanno fiducia perché parecchi non sono seguiti bene, perché anche quando vanno dal medico non parlano bene l'italiano, poi non sono seguiti bene, non riescono a far capire ai medici quello che hanno. Non è facile, per le donne specialmente non è facile [Mihret, donna etiopica, 39 anni]

Anche l'impressionante frequenza con cui molte delle donne africane con cui abbiamo parlato riferiscono di aver subito più di un cesareo d'urgenza, senza nemmeno sapere il perché, ci sembra in qualche modo connesso a tali situazioni di totale incomunicabilità, in cui l'impossibilità di queste donne di comprendere e farsi comprendere nella lingua degli operatori – e, in generale, la totale subalternità connessa alla condizione migratoria e, nello specifico, all'esperienza della ospedalizzazione – le rende decisamente più “vulnerabili” a decisioni che troppo spesso non le coinvolgono come soggetti autorevoli, ma che si fondano sulle necessità della *governance* sanitaria di risolvere le eventuali difficoltà nel modo più rapido e efficiente possibile¹⁹.

Io ho fatto due tagli cesarei. Non lo so [il perché]!! Per me è un mistero, perché non lo so per quale motivo... io non sono riuscita a scoprire per quale motivo mi hanno fatto il taglio! Sul foglio non c'è. Quando sono andata a fare la seconda [figlia], quindi dopo sei anni, e parlavo bene [l'italiano], ho rifiutato di fare il taglio cesareo. E dopo il dottore m'ha detto: “Lasciatela! Se ha detto che deve partorire da sola, lasciatela...” Ma alla fine, dopo una settimana: “No, so stanca...” [Zema, donna etiopica, 38 anni]

Paradossalmente, il rapporto stesso con una sanità pubblica, universalistica, costituisce per molte di queste donne un'esperienza del tutto nuova, che in

¹⁹In una rassegna dei dati relativi ai parti cesarei effettuati in alcune strutture ospedaliere italiane, Aldo Morrone ci offre un interessante quadro sull'elevato numero di parti cesarei d'urgenza tra le donne migranti, rispetto alle donne italiane. Sulla base di indagini qualitative svolte all'interno del Policlinico Umberto I di Roma, inoltre, si conferma la totale estraneità delle intervistate circa la causa del ricorso al taglio cesareo d'urgenza, che riguardava la quasi totalità delle intervistate. Morrone sottolinea come oltre al problema dell'incomunicabilità linguistica, anche il forte ritardo con cui le donne straniere, rispetto alle italiane, accedono alla prima visita e dunque il minor numero di controlli e visite ecografiche a cui sono sottoposte, svolge un ruolo determinante nell'insorgere di complicazioni che, non essendo individuate in tempo, possono tradursi nella necessità di parti medicalizzati e interventi d'urgenza (Morrone A. 2007).

qualche caso sembra addirittura avere un effetto disorientante sulla loro capacità di determinarsi come soggetti “attivi”: per quei pochi che nel loro paese hanno la possibilità di accedere ai servizi sanitari, infatti, il ricorso terapeutico costituisce di rado la risposta ad un diritto alla salute, quanto piuttosto l'esito di uno scambio economico, privato, che finisce per rappresentare l'unica base su cui si fondano le attese dei cittadini circa i propri “diritti”, sanitari e non solo. Di fronte ad esperienze negative nella relazione con medici o sanitari dei servizi pubblici italiani, molte di loro hanno dichiarato di aver scelto di rivolgersi a professionisti privati, convinte che solo la prestazione a pagamento sia in grado di garantire la sensibilità e il rispetto loro dovuto, e che solo la transazione economica, il potere contrattuale che gli deriva dall'aver corrisposto un pagamento, gli dia la forza e la legittimazione per rivendicare il proprio diritto alla cura. Alcune sottolineano che specialmente in ambito ginecologico, la necessità di un rapporto “paritario”, ma soprattutto la possibilità di scegliere un medico donna, con la quale stabilire un rapporto assistenziale continuativo e consolidato, costituiscono elementi talmente imprescindibili da spingerle a sacrificare una porzione decisamente importante del proprio reddito per rivolgersi ai servizi privati (che, come abbiamo già avuto modo di dire, costituendo l'unica forma di ricorso sanitario nel loro paese, non si configurano come opzioni straordinarie o inconcepibili).

Si comprende allora lo stupore di queste donne di fronte al fatto che nel nostro paese un intervento di emergenza, ad esempio, possa essere erogato senza previa richiesta di pagamento della prestazione: molte hanno infatti mostrato un grande apprezzamento di fronte al fatto che il Servizio sanitario nazionale abbia come primo e unico interesse la presa in carico dei pazienti, mettendo il diritto alla salute al di sopra di qualunque altra istanza:

Sò arrivata all'ospedale, m'hanno operata subito, cioè, certe cose che ti fa rimanere dentro buoni, molto buoni, perché senza chiedere niente, perché... se diciamo la verità, Italia prima ti cura, questo è sicuro, perché prima ti cura, dopo ti chiede, e questo è importante: basta curare le persone, poi chiedere, è una bella cosa!» (Amina, Somalia, 44 anni).

Poiché non sono moltissime le donne migranti che possono rivolgersi, in Italia, ai servizi sanitari privati, nel caso di incontri deludenti con i servizi pubblici, invece, la maggior parte finisce per rifiutare qualunque tipo di assistenza o intervento sanitario, se non per motivi gravi e urgenti. La vergogna, la paura di essere nuovamente oggetto di derisione, le porta ad una totale chiusura nei

confronti dei servizi sanitari, e nello specifico di quelli per la salute sessuale e riproduttiva. Questo chiaramente pone seri problemi circa la capacità di prevenzione e la reale possibilità di presa in carico di queste donne e delle loro bambine, che appare invece fondamentale soprattutto rispetto alla complessa questione delle MGF.

Occorre però a questo punto fare una distinzione, che ci appare fondamentale e che ci può aiutare ad evitare ambiguità e generalizzazioni: dai colloqui con le donne intervistate, emergono due ordini di discorso profondamente diversi, a seconda del tipo di modificazione genitale subita.

Di fronte all'eterogeneità di tutte le forme conosciute, sono le stesse donne a indicare un sostanziale confine demarcatorio, che ci induce a due percorsi di analisi differenti: da una parte, "il taglio", più o meno invasivo (in alcuni casi così attenuato da essere sostituito con pratiche di sfregamento e abrasione), dall'altra "la cucitura", la chiusura completa dei genitali esterni, con l'unica eccezione di un piccolo foro lasciato per consentire la fuoriuscita dell'urina e del sangue mestruale. Tale distinzione ha via via sostituito anche per noi il ricorso al termine generico "mutilazione/modificazione genitale", e ci ha consentito una migliore chiave di accesso per farci comprendere da tutte le donne con cui abbiamo parlato, a prescindere dal loro paese di provenienza.

Tutte le donne intervistate hanno mostrato una certa difficoltà a parlare della propria "circoncisione", manifestando ora imbarazzo, ora stupore, ora totale chiusura; tuttavia, il carico emotivo più intenso ci è arrivato dalle donne infibulate, ancora così sofferenti nel rivivere, attraverso il racconto, le loro storie drammatiche, pezzi di un passato traumatico che, paradossalmente, costituisce – proprio a causa della "chiusura" – una ferita ancora del tutto "aperta".

Anche rispetto al rapporto con i servizi, naturalmente, le esperienze più dure sono state riportate dalle donne infibulate, sia perché la maggiore invasività dell'intervento, la totale trasfigurazione dell'organo sessuale femminile rispetto alla sua fisiologia naturale, provoca maggiore scandalo e sconcerto ad uno sguardo "esterno", sia perché la semplice rimozione di parti talvolta minime del clitoride o delle piccole labbra, magari avvenuta nei primi mesi di vita di una donna ormai adulta, è più difficilmente riconoscibile per gli operatori sanitari e quindi finisce per passare molto più inosservata.

Ci sono stati segnalati vari casi di visite ginecologiche in cui i medici si sarebbero posti con atteggiamenti percepiti come prevaricanti, di assoluta mancanza di rispetto per il corpo della donna e per la morale sessuale di cui è espressione: di fronte all'infibulazione, gli operatori avrebbero sottolineato

l'impossibilità per loro di procedere ad una "normale" visita ginecologica, impediti dalla impraticabilità dell'orifizio, proponendo come unica soluzione possibile l'apertura per via chirurgica (deinfibulazione). Interessante la reazione scandalizzata di una delle donne intervistate, che rivendica il diritto "all'apertura" esclusivamente al marito, interpretando la proposta del medico come una intollerabile, violenta intromissione, una deflorazione di una verginità simbolica che nessun altro può essere titolato ad eseguire:

Dicono: "Di qui non si può visitare, tutto chiuso, tagliamo!", "E perché lo tagli?! Lo devo tagliare mio marito, no tu!" [Aidha, donna somala, 38 anni]

Una violenza che si aggiunge a quella già subita nell'infanzia, e che viene ora proposta proprio da chi vorrebbe offrirsi come "salvatore".

2.5. La scelta delle madri: quale continuità nella migrazione

Dal diario di campo:

«Alla fine del colloquio con le due donne somale, entrambe infibulate, ci rimane addosso la sensazione di aver riaperto ferite mai realmente cicatrizzate, e di avere un po' "violato" il loro diritto a proteggersi con il silenzio. Ci resta lo sconcerto di fronte alla paradossale esperienza di queste donne, che le rende "doppiamente vittime": nel loro paese, in un'età troppo tardiva per poterle dimenticare, hanno subito sul proprio corpo pratiche violente che fin da allora sono riuscite ad accettare solo collocandole in un "da noi si fa così", solo perché era l'unico modo per porsi in continuità con quella genealogia femminile di cui sono eredi involontarie, perché solo così sarebbero state accettate ed apprezzate dalla propria gente; ora, invece, adulte migranti in terra occidentale, quelle stesse pratiche costituiscono, nella realtà in cui hanno deciso di vivere, una fonte di stigma, lo strumento per una ulteriore esclusione, per tornare di nuovo nella "diversità", nell'alterità...»

L'esperienza della migrazione ha in sé un enorme potere "svelante", nel senso che offre l'opportunità di fuoriuscire, anche fisicamente, dalle categorie culturali attraverso cui ci abituiamo, dalla nascita, ad osservare il mondo; esperienza, peraltro, che poche altre condizioni – per lo più frutto di un faticosissimo esercizio intellettuale – riescono a rendere possibile.

Si tratta di un processo anche molto doloroso, che non avviene in una terra "franca", bensì in un contesto in cui il regime di verità è un "altro" dal proprio,

in cui gli strumenti che abbiamo appreso per addomesticare il mondo, che abbiamo incorporato per attraversarlo e dargli un senso, ora sono elementi di un sapere subalterno, che ci connotano come diversi, inadeguati, inferiori. Ma il dolore è dato anche dalla presa di coscienza della violenza con cui “l’ordine naturale delle cose” in cui siamo stati socializzati si incide nei nostri corpi, di quanto intimamente incorporiamo una determinata cultura e il “sapere di stato” di cui è espressione, fino a sentirlo parte integrante di noi, della nostra stessa biologia: «Le sofferenze fisiche e morali che lo straniero sopporta rivelano all’osservatore attento tutto ciò che l’inserimento dalla nascita in una nazione e in uno stato nasconde nell’intimità più profonda delle menti e dei corpi, quasi a livello di stato di natura, cioè fuori dalla presa di coscienza» (Bourdieu P. 2002: 7).

La migrazione fornisce la possibilità di riconoscere, osservare e magari mettere in discussione elementi di cui si percepisce ora tutta la storicità, la relatività: non è un caso forse che le donne che hanno esplicitato posizioni più critiche e meditate erano residenti in Umbria da ormai molti anni, mentre alcune di quelle che ne hanno parlato con stupore, quasi come se per la prima volta, attraverso l’intervista, fossero poste di fronte a questioni che mai avrebbero pensato di interrogare criticamente, erano in Italia da un tempo relativamente breve, alcune ancora coinvolte dal lungo processo di riconoscimento come rifugiate. Occorre specificare, tuttavia, che in alcuni casi queste donne già nel proprio paese avevano intercettato o comunque sentito parlare dei movimenti autoctoni di liberazione dalle MGF, delle lotte femministe e degli attivisti per i diritti umani, degli appelli dei gruppi religiosi o delle campagne sanitarie per il superamento delle pratiche tradizionali; quasi tutte sono comunque consapevoli che esistono leggi più o meno recenti che vietano la pratica nella maggior parte dei paesi africani a tradizione escissoria, oltre che in Europa e nel resto del mondo occidentale. Tuttavia, quello che la migrazione sembra aver messo bene in luce è il potere stesso della tradizione, la sua forza conservatrice, che rende difficile opporsi a pratiche che in un dato contesto definiscono la “normalità”, fino a quando non si riesce in qualche modo ad uscire – anche fisicamente – dai propri confini.

Io, personalmente, guardate che non mi sono mai posto il quesito quando stavo nel paese mio, che è una parte della cultura nostra, poi quando sono andato fuori non mi son mai... poi sì, è una battaglia che si sta facendo per abolire questo, perché scientificamente non è stato dimostrato che cosa ci guadagna ad andare a togliere un pezzo lì, non si sa! Quindi io mi sto allineando, mi sono

allineato dietro il fatto di vietare queste mutilazioni genitali e peggio ancora l’infibulazione, questa è una cosa che non dovrebbe essere per nulla fatta! [Dottor Njanu, uomo ciadiano, 50 anni]

Però anch’io quando son venuta di qui ho saputo e sono consapevole, ma se ero di lì eravamo tutte eguali e nessuno lo capiva! [Zema, donna etiopica, 38 anni]

Quello che non hai avuto da tua madre, non lo puoi dare a tua figlia, non c’è niente da fare... [Zola, donna somala, 70 anni]

Lo stesso Dottor Njanu, medico del Ciad attualmente operante a Perugia, che ci ha messo poi in contatto con alcune delle donne che abbiamo intervistato, di fronte alla posizione critica di Sylvie, una donna del Mali che raccontava di essersi rifiutata di perpetrare la pratica della circoncisione sulla figlia, ha voluto sottolineare che questa libertà le era derivata dal fatto di non vivere più in quel contesto, di averne preso le distanze attraverso la migrazione; in caso contrario, non avrebbe potuto assolutamente sottrarsi alla ripetizione della tradizione, anche in conseguenza della rappresentazione dominante circa la povertà dei figli, che non sono considerati “proprietà” dei genitori, ma dell’intera famiglia, *in primis* dei nonni e degli zii, ora materni, ora paterni:

[Sylvie] Allora, sai, nella famiglia africana, qualche volta, non è che i genitori hanno subito il potere sui figli. Una zia o uno zio si alza e dice: “No, sono io che devo decidere quello o quell’altro!”. Spesso è così e forse qualche volta i genitori non condividono ciò che viene detto in famiglia o tradizionalmente, ma, come dico, una zia o uno zio che si alza...

[Dottor Njanu] Il figlio o la figlia non è proprietà di papà e mamma; può decidere lo zio, la zia, o anche la nonna.

[Sylvie] Quando i parenti della famiglia sono venuti da me perché... per dirmi che dovevano farla, ho detto no. Non era la mamma del papà, ma la zia. Come vi ho detto, la zia viene e: “Ah, la bambina qui...” – è nata in Europa, in Francia – “Ah, la bambina è qua, allora possiamo farla!”. Ho detto: “No!”. [...] Siamo venuti in vacanza in Mali, allora ho detto: “No!”. È durante le vacanze che mi hanno proposto... aveva otto o nove anni.

[Intervistatrice] E si sono arrabbiati perché ti sei opposta?

[Sylvie] No, non possono arrabbiarsi, perché è mio diritto di dire sì o no. È la mia bimba, quindi non possono fare!

[Dottor Njanu] Cosa che sicuramente se viveva in Africa era molto diverso, perché li decidono...

[Sylvie] Se ero da sola senza... [avrei ceduto]

La tradizione è anche l’unico strumento che rende pensabile la riproduzione

delle “identità” e delle appartenenze, la stessa continuità del proprio gruppo e della propria cultura: la migrazione è già di per sé un atto irriverente, che minaccia tale continuità, e solo il mantenimento dei legami con persone, luoghi, abitudini del proprio paese d’origine può stemperare il senso di colpa che ogni migrante in qualche misura coltiva dentro di sé. Talvolta, per queste persone rompere con le proprie “tradizioni” assume un significato ancora più dirompente, sia per se stessi che per coloro che sono rimasti in patria, un atto politico che li condanna a una doppia subalternità, a una doppia assenza (Sayad A. 1999). Più in generale, il difficile processo di “integrazione” – dei diritti, prima ancora che delle “culture” – che condanna queste persone e le loro famiglie ad una vita di semi-isolamento, fagocitati dal tempo del lavoro e dagli angusti spazi domestici, o quanto meno ad una reale presenza soltanto all’interno di piccole reti relazionali che coinvolgono esclusivamente migranti, rischia di favorire l’attaccamento reattivo a pratiche tradizionali che magari nel loro paese non avrebbero perseguito con il medesimo appassionato “accanimento”²⁰, o quantomeno non attivano – o attivano in misura solo ridotta – quei meccanismi di riflessione critica che, come abbiamo descritto, la migrazione è in grado talvolta di innescare o accelerare.

Dal diario di campo:

«La pediatra ci racconta delle sue due piccole pazienti maliane, entrambe infibulate nel loro Paese, a pochi giorni dalla nascita; ci dice che dopo una fase di “osservazione”, ad un certo punto ha deciso di tentare un dialogo con i giovanissimi genitori di una delle due bimbe, che al momento aveva 18 mesi, da poco arrivati in Italia. Mentre in un primo momento alla domanda sulla pratica dell’infibulazione hanno risposto in maniera vaga, “facendo finta di niente”, la visita ai genitali della bambina ha consentito alla dottoressa di riprendere l’argomento e di ottenere l’attenzione e le risposte dei genitori sul senso di quell’intervento. Entrambi sembravano consapevoli che tanto nel loro Paese quanto nel nostro la pratica fosse considerata illegale, ma ribadivano l’importanza di quel gesto affermando che fosse “un bene” averlo fatto, che era giusto soprattutto perché avrebbe consentito alla bimba di trovare un marito, una vol-

²⁰ Si pensi ad esempio anche alla questione del velo islamico, oggetto di un dibattito pubblico dai fondamenti epistemologici in parte analoghi a quello sulle MGF: molte ricerche hanno messo in luce le dinamiche di cambiamento dell’uso del velo in epoca post-coloniale, e soprattutto come in contesto migratorio vi sia talvolta la ripresa di abitudini che assumono un forte valore di affermazione identitaria, percepito come non necessario in assenza di “oppositori” (Rivera A. 2005).

ta diventata adulta, e che in fondo lo fanno tutti, anche i maschi, e che è come per noi il battesimo o la comunione. Solo dopo aver sottolineato le differenze, in termini di effetti negativi sulla salute sessuale e riproduttiva, tra l’infibulazione e la circoncisione maschile, la pediatra è riuscita a fargli ammettere che sì, in fondo forse non è una pratica così “buona”, ma come fare ad opporsi ad una tradizione così radicata e contro gli anziani?!»

Dai colloqui con le donne intervistate è emersa ad esempio l’enorme difficoltà a gestire la responsabilità di una interruzione della continuità generazionale, che “da sempre” si riconferma proprio attraverso la trasmissione delle pratiche di costruzione di genere e, nello specifico, delle forme di manipolazione del corpo femminile, e quindi anche dei genitali. Scegliere di porsi in rottura con la linea simbolica che le collega alle loro madri e alle loro nonne, significa non solo rompere con le proprie origini, ma condannare anche le proprie figlie ad un corpo “diverso”, sancirne definitivamente l’estraneità rispetto ai canoni legittimati dalla propria cultura d’origine, conoscendo peraltro la posizione di grande precarietà che anche i cosiddetti “migranti di seconda generazione” rivestono nei paesi in cui pure sono nati.

[Mi dicevano le nonne:] “Perché la tua figlia è nata di là allora vai a fare come le italiane, a lasciare tua figlia come loro! Eh, se trova male più avanti!”, “Eh va beh, se trova... peggio per me! [ride] Se trova male peggio per me! [Maryam, donna egiziana, 44 anni]

Spaventa dover rinunciare al rassicurante senso di continuità che offre la “sommiglianza dei corpi”: le donne che scelgono di non intervenire sui genitali delle proprie figlie fanno di “costruire” per loro un corpo diverso dal proprio, di intraprendere una strada verso il “dis-ordine” (verso lo sporco, l’impuro, il “brutto”), un diverso ordine delle cose, sconosciuto, che potrebbe esporre le figlie all’imprevedibile, al possibile negativo. Da quel momento, la madre non potrà più riconoscersi nel corpo, identico a sé, della figlia, così come le sue antenate hanno potuto riprodursi, e riprodurre l’ordine sociale, attraverso la manipolazione del corpo delle nuove generazioni.

È interessante il caso di Zema, donna etiopica di 38 anni, che si è posta in totale rottura con la pratica, e quindi con la madre, e si è rifiutata di far circoncidere la sua bambina: la presa di distanza dalla pratica, che ora percepisce come inutile e dannosa (le è stata effettuata la clitoridectomia nella primissima infanzia), l’ha spinta a scontrarsi con la madre, accusandola di “averla rovina-

ta”. Tuttavia, mostra una continua preoccupazione rispetto alla diversità che, rinunciando al “taglio”, ha impresso nel corpo della figlia: fin dalla nascita, le controlla periodicamente il sesso, per trovare rassicurazione in una almeno sommaria somiglianza, in una non così evidente “differenza”:

Io quando sono stata di qui e sono tornata gliel'ho dette di tutti colori [a mia madre]! “Ci avete fatto un danno impagabile!”, ma gliene ho dette di tutte! [...] C'avevo un'amica di qui... ho visto che era diversa e ho chiesto: “E come mai?!”. Adesso mi piacerebbe, perché io non ho mai visto [una vagina “normale”], quindi adesso la mia figlia quando si lava mi si nasconde! Io mi piacerebbe vedere, gli ho detto: “Amore, mi fai vedere?!”, dice: “No!” [ridiamo]. C'ha undici anni. È nata di qui. Però insomma fino a quando c'aveva due, tre anni, ce l'aveva come me, piatto: cresce piano piano? Però ho visto cinque, sei anni fa, che riuscivo a farle la doccia, non vedevo la differenza... però adesso è grande! [ridiamo] Quando si fa la doccia fa da sola...

In alcune delle donne che hanno scelto di non far circoncidere o infibulare le proprie figlie, si coglie anche una certa inquietudine connessa alla consapevolezza che così come loro hanno saputo interrompere questa catena, anche la propria madre avrebbe avuto la possibilità di evitare di farlo su di loro: è come se, senza continuità generazionale, decadesse anche il senso del proprio “sacrificio”, reiterare la pratica significa anche dare senso a ciò che si è vissuto in prima persona. Questo ingenera un sentimento ambivalente nei confronti delle proprie madri: da una parte, si coglie un certo risentimento, una rabbia più o meno repressa nei confronti di una madre che non ha saputo ribellarsi a ciò che oggi loro “sanno” essere “sbagliato”; dall'altra, consapevoli del potere che la tradizione ha saputo esercitare, sono spinte alla comprensione per l'incapacità delle madri di sottrarsi al mandato culturale che le induceva a pensare che quello sarebbe stato “il loro bene”:

Io spero che Dio li perdoni ai miei genitori perché non son cose che si fanno. [...] Oggi [me ne rendo conto], perché quando uno è piccolo, va beh no, però oggi... io non odio i miei, perché è la nostra cultura, anzi [sono] qua a dire: “Che Dio li perdoni”, che io li ho perdonati... [Zola, donna somala, 70 anni]

Ancora non gli entra [il concetto], perché sanno... “Io l'ho fatta, mia mamma l'ha fatta, mia nonna l'ha fatta... e allora io glielo faccio!”. E invece no! Hanno sbagliato loro, non lo sapevano, perché il problema era che non lo sapevano. [...] A me la mamma... non era viva a quell'ora, c'era mia sorella, [che] fino a adesso mi dice: “Perdonami!”, e io: “Perché ti devo perdonare?! Tu non lo sapevi, te l'han fatto...”, me l'han fatto perché lei credeva che era una cosa religiosa... [Amina, donna somala, 42 anni]

Del resto, tanto per le donne che vivono oggi nei paesi a tradizione escissoria, quanto per coloro che sono emigrate in altri paesi, la scelta di praticare una qualsiasi modificazione dei genitali sui propri figli – maschi o femmine che siano – è sempre dettata dalla buona fede, dalla assoluta convinzione di agire “per il loro bene”²¹. L'intenzione che sta alla base dell'intervento sociale sul corpo e sui genitali, d'altro canto, è sempre connessa all'obiettivo di “proteggere” gli individui, orientandoli secondo le norme e i valori dominanti in quel determinato contesto.

I bambini piangono molto. La mamma del bambino viene lasciata fuori dalla stanza dove si fa la circoncisione, non può guardare il suo bambino che piange. Si fa per l'igiene. Per proteggere la salute del bambino. È molto importante. [...] Anche le bambine piangono molto, anche quando si toglie il latte [si riferisce alla pratica di spremere i seni delle neonate affinché il latte presente possa uscire e non debba ingrossare prematuramente il petto], ma sono cose che si devono fare: anche io una volta l'ho fatto a una bambina, perché la mamma era sola. Dovevo fare, per il bene della bambina [Oluchi, donna nigeriana, 32 anni]

L'indefinitezza del progetto migratorio, la precarietà che caratterizza la presenza qui e ora dei migranti, nella costante oscillazione tra un possibile ritorno e un potenziale radicarsi, rende difficile prendere decisioni dalle conseguenze definitive come l'incisione di segni indelebili sul corpo; talvolta, invece, le rende ancora più cogenti, perché vi si affida il potere di orientare, di ancorare la propria “presenza” ad almeno una delle due “sponde”.

Il radicamento dei propri figli nel paese in cui attualmente ci si trova per lo più per necessità lavorative o come rifugiati, appare in alcuni casi una possibilità così remota da rendere necessaria la reiterazione della pratica, in continuità con i propri modelli culturali, tanto più che anche nel caso di una possibile futura stabilizzazione in Occidente, spesso i genitori più o meno implicitamente immaginano per le figlie un matrimonio con “i propri simili”.

L'eventuale scelta di effettuare la circoncisione o l'infibulazione sulle figlie è fatta sempre nella convinzione, o nel dubbio, di un possibile ritorno: cosa potrebbe mai accadere a queste future donne di una terra di mezzo, qualora

²¹ Non è un caso che l'unica sentenza italiana su un caso di MGF – conclusasi lo scorso 21 novembre 2012, presso la Corte d'Appello di Venezia – abbia sancito la definitiva assoluzione dei genitori accusati, in quanto non avrebbero agito allo scopo di “menomare le funzioni sessuali” della figlia ma, al contrario, convinti di fare il suo “bene”: solo preservando l'integrità sessuale della bambina, infatti, avrebbero risposto coerentemente al mandato culturale che prevede il matrimonio per le sole donne circoncise.

decidessero di tornare nel paese d'origine dei loro genitori? Come potrebbero essere accolte, se prive dei necessari segni di riconoscimento per la ri-aggregazione al gruppo? Potrebbero non trovare marito, essere escluse, addirittura essere denigrate, derise, rifiutate.

[Amina] Sapevo che lo facevano tutti, però io il dolore non lo volevo farlo, eh il dolore... per cui... però siccome che la facevano tutti mi stringevo i denti per non urlare...

[Zola] ...perché uno poi pensa che è una ragazzaccia chi non la fa! Non era così, Amina?!

[Amina] Sì, sì e dopo ti dicevano...

[Zola] "È tutta aperta!"

[Amina] Sì, sì, "ancora ce l'ha aperta!"

[Zola] Ti prendevano in giro!

[Amina] Sì, le altre ragazze...

[Zola] Ti prendevano in giro. L'ha passato loro, ti fanno passare anche a te...

[Amina] Embè! Tocca fà tutti!

Un caso interessante è quello di Zola, una donna somala di circa 70 anni, che vive in Italia da quasi 50 anni, vedova di un medico italiano che lavorava all'ospedale di Mogadiscio. Si è trasferita in Italia quando il marito ha dovuto rientrare a Roma per lavoro, quando aveva poco più di vent'anni e tre figli nati in Somalia. Per lei il progetto migratorio si è delineato in maniera molto chiara fin da subito, ed è stato preceduto da una lunga fase preparatoria, costituita dalla stessa relazione con il marito italiano. La lenta, reciproca condivisione di valori, rappresentazioni, concezioni del mondo ha trasformato la vita quotidiana di entrambi in maniera quasi tacita, concorde, senza che ci fosse mai la necessità di porre le questioni nei termini contrappositivi di "due culture che si scontrano": stupisce la naturalezza con cui, secondo i racconti di Zola, la coppia ha superato la questione della possibile infibulazione della prima figlia. Per lei si trattava di un fatto implicito, scontato, di una cosa che "doveva essere fatta"; il marito, con altrettanta "naturalezza", attraverso la semplice posticipazione dell'evento ad un momento "più avanzato", a un domani che poi non arrivava mai, l'ha piano piano accompagnata in un percorso di negoziazione con i propri riferimenti culturali, con la propria storia personale, che l'ha portata in Italia a maturare una consapevolezza estremamente nitida circa le ripercussioni che la figlia, cresciuta in Occidente, avrebbe subito se fosse stata infibulata. E soprattutto, circa le ripercussioni che questo avrebbe avuto nel suo rapporto con la figlia, per il risentimento che una donna diventata

adulta in un paese che non prevede le MGF avrebbe potuto provare nei confronti di una madre che avesse commesso "l'errore" di dotare la figlia di strumenti incoerenti rispetto alle attese del contesto in cui l'ha portata a vivere.

Lo volevo fare perché l'hanno fatto a me e allora lo devo fà a mia figlia; e allora l'ho detto a mio marito, e: "Mario che dici, che facciamo...?", e lui: "Sì, sì, lo facciamo, non adesso però, è piccola ancora!", che Dio lo benedica! E poi non gliel'ho fatta perché lui era... ha fatto... ha rimandato, piano piano, senza venirmi... perché non ce la faceva a venire contro di me, no?! Piano piano, piano, piano... di un'eleganza credimi! Sono arrivata in Italia... perché anche a me la mentalità... [...] Io ringrazio Iddio, ringrazio questo uomo sennò non so come mi potrebbe odià mia figlia oggi! Oggi, perché quando uno è piccolo, va beh, no, però oggi... io non odio i miei perché è la nostra cultura. [...] Però mia figlia non poteva capire se le facevo una cosa del genere. Dio mi ha aiutato!

2.6. Perché parlare o non parlare delle MGF: il silenzio delle donne e la voce delle istituzioni

Anche dopo tanti anni di lavoro sul campo come ricercatrici, l'intervista in profondità, lo strumento privilegiato che utilizziamo per entrare in relazione con i nostri informatori ha ancora, ogni volta, la capacità di stupirci: il suo potere performativo va ben oltre la semplice raccolta di "dati", è il momento in cui si gioca la possibilità di innescare processi trasformativi reciproci che possono determinare la riuscita o il fallimento dell'incontro e, dunque, dell'indagine stessa. In quel momento, come nel gioco delle tre carte, tutto si confonde, i ruoli, le posizioni, la direzione dell'osservazione, l'alterità diventa "identità" e l'identità appare ai nostri stessi occhi in tutta la sua "alterità". La diversità degli altri perde lentamente i suoi contorni, fino quasi a scomparire, e la nostra naturalizzata "normalità" ci appare improvvisamente nella sua relatività, una delle tante "normalità" possibili. Un processo di decostruzione e ri-costruzione reciproca dove le polarità ad un certo punto decadono, o semplicemente non hanno più senso, e che si rende manifesto attraverso la sensazione di un'intimità profonda, inaspettata che si determina nell'incontro fra persone sconosciute e in qualche modo profondamente diverse ma assolutamente simili. Paradossalmente, le apparenti eterogeneità di ciascuna di noi, ricercatrici e informatrici, non hanno mai creato, di per sé, alcuna separazione; anzi, la progressiva emersione di ognuna delle nostre "diversità" ha contribu-

ito a creare un clima di complicità e vicinanza²², che è stato comunque messo a dura prova da un unico elemento: il tema delle MGF.

Quasi automaticamente, nel momento in cui si introduceva l'argomento, una immediata sensazione di "rottura", di imbarazzo, interrompeva il flusso dei dialoghi, introducendo disagio, tensione, silenzi, tanto nelle donne intervistate quanto in noi ricercatrici. Ci siamo chieste perché il solo parlare di MGF tendesse a creare separazioni, divisioni, fratture: è possibile affrontare questo argomento senza che si crei contrapposizione? C'è una via d'uscita, un modo per poterne parlare che "apra", invece che "chiudere"?

Dal diario di campo:

«Ci incontriamo con Aidha e Amina nei locali della Consulta per l'immigrazione di Perugia, in un pomeriggio abbastanza frequentato e rumoroso; ci sediamo intorno a un tavolo, insieme al giovane rappresentante della comunità somala di Perugia che ci ha procurato i contatti. Appena possibile, lo chiamiamo da una parte, invitandolo a lasciarci sole con le donne, dovendo affrontare temi legati alla sessualità femminile, che senz'altro avrebbero messo in difficoltà sia le donne che lui! Appena si allontana, si crea immediatamente una situazione strana: da una parte, si prefigurano le condizioni per l'avvio di un dialogo più intimo, dall'altra Aidha comincia a manifestare un forte disagio, quasi come se si sentisse braccata e non più protetta dalla presenza del giovane. Soprattutto, sembra intuire la direzione che sta per prendere il discorso – solo in parte accennato all'inizio dell'intervista – e comincia a cercare altri dispositivi di protezione negli oggetti che trova intorno a sé: gioca con il registratore, chiedendo di continuo di registrare e riascoltare la sua voce, e prende un libricino di "poesie immigrate" che si trovava sulla scrivania, lo sfoglia nervosamente e ne legge ad alta voce alcuni brani. I continui tentativi di boicottaggio dell'intervista si acuiscono ogni qual volta, anche grazie alla disponibilità al dialogo di Amina, ci si avvicina al tema delle mutilazioni genitali. Aidha arriva ad alzarsi più volte, mostrando una intolleranza profonda a quella che percepisce come una violenza; sostiene di dover andare, di avere finito il tempo a sua disposizione per l'intervista, propone di posticipare il resto del dialogo ad un successivo incontro, vorrebbe che anche l'amica si alzasse perché è venuta in auto con lei e non può andarsene da sola. Ma Amina resta seduta e continua a tentare di raccontare, chiede all'amica "altri dieci minuti", che ci vengono alla fine concessi, ma con grande difficoltà e continue interruzioni»

Di fronte al desiderio di alcune di queste donne di non parlare delle MGF, ci

²² Abbiamo riso insieme, ad esempio, del loro stupore di fronte al fatto che alcune di noi fossero single quarantenni senza figli!

è tornata alla mente la resistenza manifestata dagli operatori del "Tavolo regionale" ad avviare una ricerca su un tema ritenuto forse poco rilevante, inesistente, di cui non si percepiva appunto la necessità di parlare. La convergenza ci è parsa significativa: su quale terreno queste due posizioni, apparentemente opposte, si incontrano e si rafforzano vicendevolmente? In che misura è possibile superare entrambi i silenzi, quello che protegge e mimetizza, delle donne, e quello che sminuisce e rimuove, di alcuni operatori?

È l'argomento di per sé, a creare il silenzio, la natura stessa delle MGF, che si alimenta proprio attraverso la tacita reiterazione della pratica? O non è piuttosto il *modo* in cui se ne parla, i soggetti titolati a parlarne nello spazio pubblico? Da una parte, infatti, c'è il silenzio di cui queste donne si fanno espressione, ma dall'altra, un vociare convulso di tanti soggetti diversi, che soprattutto negli ultimi tempi parlano delle MGF, sentenziano, legiferano, individuano colpe e colpevoli, suggeriscono possibili soluzioni: un discorso tutto "inter-no", che diventa molto spesso un monologo, e che di rado comunque riesce a spingere le donne a rompere il loro silenzio e a dare vita a un dialogo, o addirittura a rendersene protagoniste.

Eppure, nell'ambito dell'intervista, si sono creati momenti di profonda intimità e "apertura", anche e soprattutto intorno al tema delle MGF: era come se ad un certo punto la relazione riuscisse ad attivare la chiave giusta per accedere ad un cassetto che fino a poco prima sembrava così remoto e impenetrabile; d'improvviso, parlare non era più così difficile, anzi, sembrava quasi una necessità, un bisogno. Il silenzio allora si mostra in tutta la sua "eloquenza", indicandoci semmai il percorso, quasi ritualizzato, di accesso alle varie forme di dialogo: ci dice che esiste un tempo, un luogo, un modo, un tono, un codice da rispettare per affrontare temi apparentemente più intimi e "delicati" di altri; nulla è precluso a priori, bisogna solo imparare ad accedere ai diversi contenuti, magari cedendo l'autorialità del discorso.

A tale proposito, sembra assai diffuso uno stereotipo, alimentato tanto dalle donne africane quanto da alcuni osservatori "esterni", che descrive le stesse donne come particolarmente restie a parlare di questioni sessuali, considerate un vero e proprio tabù, di fronte al quale mostrare vergogna, pudore, silenzio. Uno stereotipo utilizzato da soggetti diversi e con strategie retoriche diverse: in chiave inferiorizzante, dagli osservatori occidentali (attraverso la contrapposizione arcaico/moderno, tradizionale/emancipato, talvolta incorporata dagli stessi soggetti ex-coloniali), per "proteggersi" e riaffermare il proprio diritto a decidere con chi e come parlare, da parte delle donne.

Dalle nostre interviste emerge invece un atteggiamento del tutto opposto, ovvero di grande apertura e disponibilità a parlare di sessualità (e anche di MGF), seppure condizionato al riconoscimento, da parte dell'interlocutore, del loro diritto a decidere come, quando e in quali termini affrontare il discorso. Da parte nostra, ci siamo persino più volte stupite di come per alcune di loro diventasse estremamente "naturale", ad un certo punto, parlare di questioni sessuali, e soprattutto di dettagli connessi alla fisiologia, all'igiene, alla funzionalità dell'apparato genitale, che difficilmente noi ci saremmo sentite così a nostro agio a trattare con degli estranei, mettendo in rilievo quanto tabù e pudori siano semmai radicati nel nostro stesso modo occidentale, profondamente cattolico, di pensare il corpo e la sessualità. Il silenzio quindi, e le strategie che declinano il dire e il non dire, non possono essere attribuiti a stereotipi "inclinazioni naturali" attribuite al tradizionalismo africano, ma vanno ricollocati nel quadro delle strategie retoriche che regolano, in Occidente, le forme di autorità del discorso pubblico sulle MGF.

Tutti non sono disponibili a parlare di queste cose. È questo. Conoscendole come persone non credo che c'abbia questa disponibilità di poter aprirsi a parlare. [...] Non che siano favorevoli o no. Magari aprirsi a parlare. Questo. [...] Non è questione di condividere o no, di essere favorevole o no. Ma di essere disponibile a raccontare o a discutere con voi vari argomenti. È chiaro che le persone che sono qui non vogliono parlare troppo di certe cose; preferiscono non parlare. Parlo di questo e non se sono favorevoli o no [Sylvie, donna maliana, 50 anni]

È interessante ad esempio l'uso selettivo del silenzio che mette in atto Josette, una donna ivoriana di 44 anni, rispetto ad argomenti che ritiene possibile condividere soltanto con noi, e che devono invece essere assolutamente taciuti con i propri connazionali, persino con i familiari e gli amici più stretti, soprattutto con quelli rimasti in Costa d'Avorio: qualche anno fa subisce un intervento di isterectomia a causa di un fibroma, e sceglie di tenere la cosa per sé, ne informa solo il marito; durante l'intervista decide di rendere partecipi anche noi del suo segreto, investendoci del diritto scientifico a conoscere, per "capire come sono le mentalità":

È una cosa che ho tenuto solo per me. Questa è la mentalità africana anche, eh?! Lo sa solo mio marito. Non voglio fare tanta pubblicità, perché la donna africana senza l'utero... sembra chissà quello che ti hanno fatto. Pensano sempre male. Invece di qui io c'ho una collega che l'anno scorso a quarant'anni, c'ha quarant'anni, ha levato tutto. È venuta al lavoro, ha raccontato. Ma io i miei colleghi, siamo sei a lavorà di qui, nessuno lo sa. Ormai non l'ho detto

a nessuno, l'ho detto a voi... dopo mio marito lo sapete a voi! All'ospedale, certo, lo sanno, però... [...] le cose quando lo sai solo tu, ti dispiace ma è gli altri che ti fanno sentire un po'... quindi io per questo motivo non l'ho detto a nessuno, perché non vorrei che uno mi compatisce, che sta a di... lo tengo per me. A casa mia in Africa non sa niente nessuno, anche perché se io mi metto nuda di qui non capisci se m'hanno operato o no! Mi hanno fatto un lavoro... [...] quindi per me la posso tené fino alla morte, anche morta non vedranno che io ho fatto qualcosa! Mio marito lo sa perché certamente... quindi questa amica mia stava vicino a me, mi ha assistito tanto, ma non ha saputo niente... perché chissà che andrà a raccontare! Dopo non volevo queste cose, perché dopo ti senti... se non sa niente nessuno, sei bene eh? Se tu c'hai una malattia grave, che non sa nessuno, sei bene, anche di testa, e poi lo sopporti anche meglio, lo accetti meglio. Ma quando tutti cominciano a bronto... a lamentare di te, a compatisci, e queste cose, è lì che ti buttano giù. Io la penso così. Perché la donna africana pensa che ha levato l'utero... "Ah, questa non c'ha più l'utero, hanno levato tutto!". Non lo dico, perché a che serve poi alla fine? Mica ti possono... non ti possono fà niente! A voi l'ho detto perché se siete a fare le ricerche almeno capite anche come sono le mentalità...

Josette decide di omettere l'intervento per timore dello stigma, del giudizio dei suoi pari, che la farebbero sentire "diversa", monca, una donna a metà, privata della funzione riproduttiva che è il fondamento simbolico della distinzione di genere; per noi occidentali è diverso, sostiene, a noi può dirlo: qui una donna privata dell'utero gode dello speciale statuto di "paziente", "malato", vittima sopravvissuta che ha saputo affrontare con dignità la sua malattia, è comunque una persona; in Africa senza utero non sei più una donna, non sei più nessuno. Anche rispetto al tema delle MGF è il timore del giudizio altrui, la paura di essere considerate deformi o mutilate, la ragione fondamentale che spinge molte di queste donne a nascondersi dietro il silenzio; un silenzio che in questo caso non è rivolto ai propri pari, che semmai condividono la medesima prospettiva culturale, ma piuttosto all'interlocutore occidentale, che si fa talora compassionevole, talora giudicante: due atteggiamenti apparentemente opposti ma il cui esito è sempre e comunque la produzione di una diversità, di una alterità:

[Amina] C'è certe persone che queste cose non vogliono proprio parlare. [...]
[Zola] Ci si sente un po' diversa... perché ti fanno sentire diversa...

Occorre anche sottolineare che non si tratta solo della percezione delle donne africane – magari fraintesa o enfaticizzata – di un giudizio morale espresso nei loro confronti da parte dell'Occidente, ma di una vera e propria "condanna legale", chiaramente espressa dalla normativa recentemente introdotta in Italia in materia di MGF. Numerosi giuristi, antropologi, filosofi hanno analizzato il

percorso politico-normativo che ha portato in Italia all'emanazione della Legge 7 del 2006²³, e ne hanno messo bene in evidenza non solo il carattere fortemente repressivo, ma l'intenzione chiaramente discriminatoria nei confronti delle mutilazioni genitali femminili *made in Africa*: esistevano già, infatti, nel Codice Penale, articoli riguardanti le lesioni corporee, gli abusi e i maltrattamenti nei confronti dei minori²⁴, in grado di ricomprendere e regolare anche le fattispecie delle mutilazioni genitali "esotiche". La legge del 2006, dunque, appare un inutile "doppione" la cui necessità da un punto di vista giuridico è quanto mai dubbia e fonte di profonde perplessità fra gli stessi giuristi: la legge sembra piuttosto trovare la sua unica ragione di esistenza nella creazione di soggetti criminosi *ad hoc*²⁵, definiti proprio dalla loro appartenenza etnica, culturale, per non dire "razziale"; nell'intento specifico di "criminalizzare" la mutilazione dei genitali *femminili* (lasciando peraltro ben protetta la circoncisione maschile, legittimata da due delle più potenti religioni monoteiste del

²³ Riportiamo di seguito una sintesi dei tratti salienti della legge n. 7 del 9 gennaio 2006, Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile. Art. 1 (Finalità): 1. In attuazione degli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione e di quanto sancito dalla Dichiarazione e dal Programma di azione adottati a Pechino il 15 settembre 1995 nella quarta Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulle donne, la presente legge detta le misure necessarie per prevenire, contrastare e reprimere le pratiche di mutilazione genitale femminile quali violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona e alla salute delle donne e delle bambine. [...] Art. 6. (Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili): 1. Dopo l'articolo 583 del codice penale sono inseriti i seguenti: «Art. 583-bis. - (Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili). Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili è punito con la reclusione da quattro a dodici anni. Ai fini del presente articolo, si intendono come pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione e qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo. Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, provoca, al fine di menomare le funzioni sessuali, lesioni agli organi genitali femminili diverse da quelle indicate al primo comma, da cui derivi una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre a sette anni. La pena è diminuita fino a due terzi se la lesione è di lieve entità. La pena è aumentata di un terzo quando le pratiche di cui al primo e al secondo comma sono commesse a danno di un minore ovvero se il fatto è commesso per fini di lucro. Le disposizioni del presente articolo si applicano altresì quando il fatto è commesso all'estero da cittadino italiano o da straniero residente in Italia, ovvero in danno di cittadino italiano o di straniero residente in Italia. In tal caso, il colpevole è punito a richiesta del Ministro della giustizia. Art. 583-ter. - (Pena accessoria). - La condanna contro l'esercente una professione sanitaria per taluno dei delitti previsti dall'articolo 583-bis importa la pena accessoria dell'interdizione dalla professione da tre a dieci anni. Della sentenza di condanna è data comunicazione all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri. 2. All'articolo 604 del codice penale, al primo periodo, le parole: «da cittadino straniero» sono sostituite dalle seguenti: «dallo straniero» e, al secondo periodo, le parole: «il cittadino straniero» sono sostituite dalle seguenti: «lo straniero» ("Gazzetta Ufficiale", n. 14, 18 gennaio 2006).

²⁴ Cfr. l'articolo 32 della Costituzione; gli Articoli 5, 330 e 333 del Codice Civile; gli Articoli 582 e 583 del Codice Penale.

²⁵ «L'introduzione di una norma incriminatrice *ad hoc* è dovuta, a detta dei proponenti la legge, alla intollerabilità delle condotte di mutilazione e dalla inadeguatezza delle norme *generali* in tema di lesioni personali: l'intenzione del legislatore è quella di fornire una risposta efficace al fenomeno delle MGF» (Di Pietro F. 2006:14).

mondo) e, più esplicitamente, dei genitali delle donne immigrate: «è una legge superflua dal punto di vista giuridico, ma molto efficace sul piano simbolico, dal momento che, non introducendo una nuova figura di reato, sanziona non quel particolare comportamento, che ricadeva già dentro la previsione dell'articolo 583, bensì la cultura che c'è dietro quel comportamento, stigmatizzando così un'intera comunità con il fare del corpo delle loro donne il confine invalicabile tra civiltà e barbarie, tra noi e loro. [...] Così facendo la 7/2006 si rivela per quello che è: una legge di decisa impronta colonialista, che discrimina le responsabilità delle persone sulla base della loro appartenenza etnica, basandosi sul tacito presupposto che in alcuni casi non si tratta di cittadini bensì di persone in transito senza diritto» (Pasquinelli C. 2007: 24-25).

La culturalizzazione del crimine si esplicita anche attraverso la cosiddetta *clausola negativa*, contenuta nel testo di legge, che individua la "assenza di esigenze terapeutiche" come unico elemento dirimente per l'attribuzione del reato: di fatto, si legittima una lettura etnocentrica del concetto di salute, le cui più ampie declinazioni di "benessere bio-psico-sociale" vengono riconosciute solo ed esclusivamente se riferite ai modelli occidentali. Si offre così l'escamotage per mettere al riparo le MGF "di casa nostra" da qualsiasi possibilità di essere ricomprese nell'ambito di applicazione della legge. Si pensi ai sempre più diffusi e ricercati interventi di chirurgia estetica genitale (vaginoplastica, perineoplastica, labioplastica, liposcultura del pube, clitoridoplastica, imenoplastica, sbiancamento nell'ano, ecc.), ma anche a quelle che Federica Ruggiero definisce "modificazioni genitali di Stato", ovvero gli interventi chirurgici sui genitali dei neonati intersessuati e sui cosiddetti *transgender*, finalizzati alla riproduzione di una conformità di genere che esclude le forme "ibride" e non univoche di sessualità biologica (Ruggiero F. 2013: 84-88).

Il rischio di effetti perversi contenuti nella attuale legislazione italiana (e non solo) appare ancora più evidente, di fronte a tali palesi "discriminazioni" istituzionali: da più parti sono stati infatti messi in luce i rischi connessi ad una ulteriore regressione delle pratiche che si intendono abolire in una dimensione di clandestinità, in un "silenzio" ancora più impenetrabile e certamente meno accessibile, che ostacola, invece che favorire, qualunque eventuale forma di "prevenzione" rispetto alla continuazione della pratica sulle nuove generazioni. È eloquente, a tale proposito, che a tutt'oggi, nonostante in quasi tutti i Paesi a tradizione escissoria, siano state, negli ultimi decenni, promulgate leggi che formalmente vietano il ricorso alle MGF, la pratica continua ancora ad essere effettuata, poiché, come scrive Tamar Pitch, «la sanzione dovuta alla

trasgressione della norma consuetudinaria è vissuta come ben più pesante di quella che, eventualmente, segue la trasgressione della norma ufficiale» (Pitch T. 2000: 10).

2.7. Il dolore incorporato e il potere della narrazione

È particolarmente significativo che nel descrivere lo stereotipo, cui abbiamo fatto riferimento sopra, circa il tabù della “donna africana”, che mostrerebbe pudore e ritrosia nel parlare di questioni legate alla sessualità, ricorra frequentemente un aggettivo: “chiusa”. La donna africana è chiusa, non parla di sesso, non parla di molte cose; quella occidentale è aperta, emancipata, non si vergogna a parlare di nulla, e certamente non di sesso.

La donna africana è molto chiusa. È molto chiusa su queste cose, si vergogna, non lo so perché... [Josette, donna ivoriana, 44 anni]

Da noi non puoi... noi proprio, noi Somali, non so altre razze non lo conosco, non posso di niente, ma tu [rivolta ad Amina] vedi una donna che parla in pubblico che parla di questa cosa?! [Zola, donna somala, 70 anni]

Con le amiche non si parla mai di queste cose, siamo un popolo riservato, si sa, questa è una cultura così, però non è che con le amiche parli di queste cose perché è un argomento delicato. Io non chiedo se sono fidanzate o queste cose qua [Mihret, donna etiope, 39 anni]

Impossibile non riconoscere l'oscillamento semantico tra il dato oggettivo e quello simbolico, tra la chiusura/apertura intesa come tratto di personalità, e la chiusura/apertura dei genitali, marcata o no dall'infibulazione.

L'infibulazione costituisce l'esperienza fondante del processo di costruzione di forme socialmente accettate e desiderate di femminilità, in cui la giovane donna apprende un *habitus*, un modo specifico di stare al mondo, di comportarsi, incorporando la posizione che le è riservata in quel contesto sociale; apprende come ci si relaziona con le altre donne, con il genere maschile, con le generazioni degli “anziani” e con quelle dei discendenti. Un *habitus* che si rende visibile tanto attraverso l'attitudine a parlare o non parlare, ad esprimere in maniera più o meno “riservata” le emozioni, quanto attraverso la postura e il modo di camminare.

Dal diario di campo:

«Durante il tè, a registratore spento, Amina torna a parlare del momento

dell'infibulazione, raccontandoci come le bambine a cui viene fatta imparano, loro malgrado, a camminare in modo “diverso”, un modo che poi gli rimarrà addosso e che renderà ben distinguibili le ragazze che l'hanno fatta da quelle che ancora non l'hanno fatta. Una forma di adattamento al taglio, e al dolore che provoca, ma anche alla cucitura, che da quel momento in poi ti impedirà di deambulare come prima, perché “tira”, accorcia la falcata, spinge a fare passi più piccoli, a tenere le ginocchia più chiuse, ad ancheggiare in maniera più marcata, “specificata”»

Il “silenzio”, del resto, è un elemento costitutivo del processo di incorporazione dell'ordine sociale: «L'apprendimento del corpo è spesso “silenzioso”, non si fonda cioè sulla comunicazione verbale. [...] Il corpo assorbe conoscenze, saperi attinti dall'esperienza sociale, e li trasforma in movimenti e azioni che si mascherano di naturalezza. Il corpo è dotato di una grande capacità mimetica, è in grado di assorbire il sapere con i pori della propria pelle [...]. È attraverso la mimèsi che apprendiamo le tecniche, imparando a posizionare il nostro corpo sulla scena sociale. [...] Il posizionamento del corpo, i suoi movimenti e le sue posture assumono quindi un senso solo se contestualizzati nel quadro delle relazioni con gli altri. In tale dialettica, ad esempio, vanno considerate anche le tecniche del corpo maschili e femminili poiché non si può ridurre l'essere uomini o donne al solo dato biologico: anche il genere è una tecnica del corpo, una *performance* appresa attraverso la mimèsi e l'azione pedagogica dei processi di educazione e modellamento culturale del corpo messi in atto dall'ambiente sociale e culturale» (Pizza G. 2005: 31-32).

Durante i rituali di circoncisione, alle bambine e ai bambini è richiesto il silenzio, non possono gridare, non devono lamentarsi; devono dimostrare di saper affrontare la prova, di “accettare” l'inevitabilità dell'evento e la sofferenza fisica che ne deriva: il dolore individuale deve essere sublimato nella celebrazione collettiva della costruzione sociale del corpo²⁶. «Viene infatti attribuito un considerevole significato sociale alla capacità dei soggetti sottoposti al rito di circoncisione di resistere al dolore, considerato un insostituibile catalizzatore della auspicabile trasformazione del Sé, e quindi ricercato piuttosto che evitato» (Silverman E.K. 2004: 432, traduz. delle autrici).

²⁶ Sebbene estremamente rari, sono riportati in letteratura anche casi etnografici di popolazioni in cui è socialmente condivisa e attesa la manifestazione pubblica del dolore subito dai ragazzi durante il rito di circoncisione (Crosse-Upcott A.R.W. 1959, Bohannon P. 1954).

Ti legano anche! Le gambe, per non... hai capito perché ti legano?! Che furbi! Il corpo si deve appiccicà! Eh... che dolore a far la pipì il primo giorno! Tre giorni non ho fatto pipì... tre giorni. Poi non lo so com'è mi è scappato che stavo in piedi e è finito. No, è doloroso credimi, è molto doloroso! [Zola, donna somala, 70 anni]

Il silenzio agevola il processo di “naturalizzazione” delle pratiche sociali e, soprattutto, dei processi di egemonia che le sottendono: diventa in questo caso il dispositivo che consente il riprodursi della violenza strutturale insita nella dinamica dei rapporti tra generi.

La pratica delle MGF, come forma di violenza incorporata, si nutre del silenzio, ne ha bisogno per la sua stessa continuazione, e per questo sanziona la parola, e ogni forma di espressione verbale del dolore, come disdicevole, oltraggiosa e addirittura “peccaminosa”²⁷.

[Amina] Sapevo che lo facevano tutti, però io il dolore non lo volevo farlo, eh il dolore... per cui... però siccome che la facevano tutti mi stringevo i denti per non urlare! [...] No, veramente non è per urlare da noi altri, anche quando si fa i figli non si urla. Anche lei diceva che non ce la faceva a urlare... [...] Sì perché è peccato... “Uh, dove vai domani?! Dove passi che stai urlando?! Quale strada passi?!” È vero?!

[Zola] Sì, sì, sì, l'infermiera stessa che mi dice: “Per cui niente, stai zitta, stai zitta!”.

[Amina] Stai zitta, stringi i denti...

Non è un caso che alcune madri scelgano di anticipare il momento dell'intervento sulle proprie figlie, finanche a farlo coincidere con i primissimi mesi di vita, quando le bambine sono ritenute così piccole da non poter sentire il dolore, da non potersi ribellare; in un'età che in ogni caso non permette a nessun ricordo, per quanto doloroso, di fissarsi nella memoria, e di tornare, incontrollato e incontrollabile, ad incrinare, magari attraverso la parola, l'ordine “naturale” delle cose.

[Lo fanno] fin da piccole, prima che tu sei consapevole... da piccola, appena nata. [...] Da piccoli che lo fanno, da piccoli... perché [se no] sei consapevole e non dai retta, no?! [Zema, donna etiope, 38 anni]

²⁷ Non dimentichiamo tuttavia quanto abbiamo accennato sopra, ovvero che il silenzio può anche essere utilizzato come strumento di resistenza e non solo indicare l'incorporazione dell'egemonia; così come non vogliamo celebrare il potere trasformativo tout court della parola, dimenticando gli infiniti modi in cui può invece essere utilizzata in chiave conservatrice e violenta.

Io ero grande, dieci, undici anni. Se loro ha fatto da piccola... adesso per esempio mia cognata ha fatto... lei c'ha tre femmine, ha fatto da piccole, cinque, sei anni, così dice per loro non ricordi. Però adesso il bimbi sveglia, si ricordano ogni cosa! [Maryam, donna egiziana, 44 anni]

Mi ricordo quando ero non molto più grande, forse dieci, dodici anni, che sono andata al fiume e lì vedevo le ragazze che le portavano vestite di bianco verso il fiume per andare a fare queste... erano grandi e io mi sono chiesta: perché aspettare questo momento per andare a farlo?! Per vedere prima se erano vergine e fare questa cosa! Questo è massacrante proprio, perché a questa età, andare a fare questa cosa... da bambina non sai niente, sei piccolina, non sai niente e finisce lì. Però aspettare che crescano... [Sylvie, donna maliana, 50 anni]

In un interessante stralcio di intervista, Josette mette in parallelo il potere del silenzio sulle MGF con quello che nasconde, e quindi “protegge” e riproduce, la violenza domestica: è lei stessa a sottolineare la natura svelante della parola, il potere contro-egemonico della narrazione che può essere prodotta in chiave trasformativa dalle stesse donne. Parlare significa uscire allo scoperto, significa rompere il dispositivo e consentire l'avvio di possibili percorsi di *advocacy*:

Però non c'è niente da vergognarsi, se vogliamo levare questa cosa dobbiamo parlare. Perché è come una volta, si tuo marito t'ha menato, non lo puoi di a nessuno, ma si non lo dici a nessuno, nessuno ti difende! Lo tieni per te, non va bene! [Josette, donna ivoriana, 44 anni]

Potrebbe sembrare per certi versi paradossale l'accostamento tra la violenza esercitata dagli uomini sulle donne, e le pratiche di mutilazione genitale femminile, che almeno apparentemente sembrano escludere la figura maschile: sono le donne che ne custodiscono e tramandano i saperi e le tecniche, e sono loro a decidere i tempi e i modi per il compimento del rito. Tuttavia, come abbiamo già accennato, le pratiche di costruzione del genere sono sempre relazionali, non riguardano mai le donne senza riguardare, contemporaneamente, gli uomini, e viceversa. Anzi, forse è proprio attraverso la sua apparente assenza, qui, che il maschile riafferma la propria presenza²⁸, nella medesima

²⁸ «La forza dell'ordine maschile si misura dal fatto che non deve giustificarsi: la visione androcentrica si impone in quanto neutra e non ha bisogno di enunciarsi in discorsi miranti a legittimarla» (Bourdieu P. 2009 [1998]: 17-18).

misura in cui la voce delle donne è tanto più eloquente quanto più tace. Una presenza che non è solo rilevabile nei riferimenti delle donne circa l'origine della pratica e le sue motivazioni (connesse per lo più alla necessità di conformarsi a un mercato matrimoniale che esclude le donne non circoncise/infibulate), ma anche nelle posizioni "oppositive" che talvolta gli uomini della famiglia assumono rispetto alla circoncisione delle figlie, quando cioè si pongono, in maniera dialettica, in una posizione di superamento delle MGF, ottenendo spesso per contro un loro rafforzamento "indiretto"²⁹.

Nelle parole delle donne intervistate troviamo vari riferimenti circa la sofferenza che anche l'uomo è condannato a sperimentare durante i primi rapporti sessuali con la moglie infibulata: una sofferenza fisica causata dalla inaccessibilità della vagina, quasi del tutto occlusa, ma anche legata al dolore indicibile che attraverso i vari tentativi di penetrazione deve infliggere alla propria compagna, tanto che la coppia è spesso costretta a rinunciare ai rapporti sessuali e, in estremo, a rompere il legame matrimoniale. In questo senso la relazione sessuale si configura per entrambi come un ulteriore passaggio del processo di incorporazione delle dinamiche di genere e della relazione di potere che li unisce.

In Somalia si fa ancora, ti lasciano un piccolo buco, solo per piscià. Da nove anni in poi, e dopo quando che comincia... che è l'uomo che ti deve aprir! Quello ha detto [una mia amica somala]: "Sò sola per questo motivo, che non ci vado più con un uomo, perché mi hanno fatto sposà a sedici anni, e a sedici anni al primo rapporto ho sofferto come una matta! E lui piano piano ti deve aprir tutto! Un po' per volta...". E lei alla fine è scappata via e non è più tornata a casa, non si è più messa con un uomo e è rimasta senza figli e senza nessuno [Josette, donna ivoriana 44 anni]

[Amina] Il dolore c'è sempre...

²⁹ Si pensi alla teoria della cosiddetta "schismogenesi", elaborata da Gregory Bateson fin dal 1935: secondo Bateson, la schismogenesi è quell'insieme di interazioni tra individui, o tra gruppi, che induce un processo di differenziazione dei comportamenti reciproci tale per cui le azioni dell'uno determinano e rafforzano, come in un circolo vizioso, le azioni dell'altro, alimentando le divisioni tra gli individui o tra i gruppi, ma garantendo anche – attraverso meccanismi di regolazione interna – l'equilibrio dinamico del sistema sociale. «Se consideriamo una differenziazione sociale in una qualche comunità stabile [...] vediamo che non è sufficiente dire che il sistema delle abitudini o la struttura dei caratteri di un sesso sono diversi da quelli dell'altro. Il punto significativo è che il sistema delle abitudini di ciascun sesso ingrana col sistema di abitudini dell'altro. Così per esempio si ritrovano tra i sessi strutture complementari, come ammirazione-esibizionismo, autorità-sottomissione e assistenza-dipendenza, o combinazioni di queste. Fra tali gruppi non è mai dato di osservare reciproca irrilevanza» (Bateson G. 1976 [1972]: 126-127).

[Aidha] No, no, è lui che ce l'ha dolore, eh?!

[Intervistatrice] Anche l'uomo ha dolore?

[Aidha] È uomo, deve rompere di là!

[Zola] Soffre, soffre anche l'uomo eh?! È doloroso anche per l'uomo, è doloroso di più per la donna, ma anche l'uomo...

[Amina] Devi fare un bel lavoretto! [ridono]

[Zola] Uno è innamorato, non vede l'ora di stare col proprio... e invece c'è questo problema! [Mio marito] c'ha provato, ma io urlavo, perché poi ero troppo giovane. Urlavo! Mi faceva male... Sì, sì, poveretto, sò stata con lui almeno un anno, ero vergine io! Un anno!

In tale prospettiva vanno forse valutate con una certa attenzione, per quanto calibrate caso per caso, le proposte che molti hanno avanzato circa il necessario coinvolgimento degli uomini nei percorsi di sensibilizzazione e ridiscussione critica della pratica delle MGF³⁰. Si tratta certamente di un terreno scivoloso, perché come molte femministe africane hanno più volte sottolineato, la presenza maschile non è mai neutrale, mentre perché abbia davvero senso, il processo trasformativo deve essere veramente "liberatorio" per le donne e non può costituire, *mutatis mutandis*, una ulteriore forma di oppressione a loro carico. Tuttavia, è innegabile che la condizione migratoria pone la coppia migrante di fronte ad una situazione per molti aspetti nuova, in cui la dimensione "nucleare" della famiglia apre spazi di condivisione maggiore fra i genitori, che in mancanza del gruppo sociale di riferimento, si trovano a dover prendere decisioni che non sarebbero state di loro esclusiva competenza, nel proprio paese d'origine. Questo potenziale può certamente essere valorizzato, offrendo, là dove se ne presentano le condizioni, anche occasioni di confronto e partecipazione che prevedano il coinvolgimento attivo di entrambi i genitori. Del resto, sebbene molti studiosi continuino giustamente a sottolineare che il futuro delle MGF è nelle mani dei membri delle comunità che le praticano, non si può negare ormai – come mostrano le prese di posizione non solo degli organismi internazionali come l'ONU, l'OMS e l'Unione Europea, ma anche

³⁰ Alcuni hanno infatti sottolineato che poiché l'elemento chiave che promuove la pratica delle MGF è l'ingresso nel mercato matrimoniale, il suo superamento deve necessariamente risiedere nella mutua trasformazione di entrambe le convenzioni: solo se le donne non circoncise non saranno più considerate "non sposabili", e perciò non più socialmente emarginate, la pratica delle MGF diventerà superflua (Mackie G. 1996).

le legislazioni *ad hoc* introdotte nei singoli paesi occidentali – che attraverso i processi di globalizzazione quella delle MGF è già, irreversibilmente, divenuta una questione politica globale (Shell-Duncan B. - Hernlund Y. 2004).

2.8. Aprire/chiudere: la vicinanza possibile, un caso di deinfibulazione

Come abbiamo tentato di dimostrare, la supposta “chiusura” delle donne africane rispetto al tema delle MGF è in parte connessa ad uno stereotipo che le vuole oppresse dalla tradizione di cui la loro cultura sarebbe intrisa – in contrapposizione con la nostra, “aperta”, moderna, civilizzata –, e in parte è una risposta al modo in cui si tende a parlare di loro, del loro corpo, della loro presunta sottomissione a modelli oppressivi inaccettabili e degradanti. Una forma di difesa, di “protezione” che dovrebbe indurci a riflettere sulla nostra capacità di “apertura” e, soprattutto, sull’effetto di “chiusura” che determinati nostri atteggiamenti e comportamenti inducono negli altri.

Apertura e chiusura si danno infatti come prodotto di una relazione, non possono essere attribuiti all’uno o all’altro in maniera fissa e stereotipa, ma sono vicendevolmente vincolate dal livello di disponibilità di ognuno a mettersi in gioco, a “mostrarsi”. Solo la disponibilità ad aprirsi consente anche di “aprire”, quella di “darsi a vedere” di “vedere”: non è un caso forse che molti operatori facciano così fatica a “vedere” le MGF, e non solo quando si presentano nelle loro forme più “blande”. Non le “guardano”, né queste si danno facilmente a vedere. E quando le vedono, se tale visione è solo casuale, e non è l’esito di uno svelamento reciproco, prodottosi nella relazione con le donne, ne rimangono spiazzati, sgomenti, inorriditi, attivando così una spirale di chiusura che si riverbera su entrambe le parti: abbiamo già fatto cenno alla netta presa di distanza dai servizi sanitari indotta in molte donne dalle forme di spettacolarizzazione e ridicolizzazione messe in campo da operatori impreparati “alla vista” di ciò che veniva loro mostrato.

In questo senso forse la “capacità mimetica” delle modificazioni dei genitali può offrirci un’importante occasione per riflettere criticamente sulla prospettiva con cui ci poniamo ad osservare il mondo, su ciò che siamo in grado di vedere quando “guardiamo”.

Nonostante l’incontro tra operatori e pazienti non sia mai una relazione alla pari, a causa del diverso posizionamento dato dai rispettivi ruoli e saperi, dai diversi margini di azione all’interno dell’istituzione sanitaria, è sempre data

la possibilità di un reciproco scambio in direzione trasformativa per entrambi: non si tratta più solo, dunque, di “salvare” queste donne ma anche di “farsi salvare” dai rischi necessariamente connessi alla quotidiana ripetizione dei gesti, delle procedure, delle burocrazie, alla assuefazione professionale al dolore e alla domanda di cura.

È quello che accade a molti ottimi operatori, che sfruttano la loro posizione professionale per instaurare alleanze e aprire nuovi spazi di confronto con i pazienti. Ed è quello che è accaduto ad un’ostetrica di Terni che abbiamo intervistato, il cui incontro con una giovane donna somala ci appare paradigmatico della profonda umanità che accompagna le relazioni nate da una “apertura” reciproca che è, *in primis*, la ricerca di una possibile vicinanza.

Dal diario di campo:

«Il 31 maggio 2012 incontriamo un’ostetrica che ci era stata indicata per aver seguito il caso di una donna somala di 24 anni che si era sottoposta, qualche mese prima, ad un intervento di deinfibulazione presso l’ospedale di Terni. La donna aveva avuto un primo marito in Somalia, in giovanissima età, con il quale aveva avuto rapporti dolorosissimi, certamente non completi, a causa dell’infibulazione. Arrivata in Italia, si sposa con un altro uomo, un connazionale, e anche in questo caso i rapporti sono dolorosissimi, quasi impraticabili; tuttavia, riesce a rimanere incinta e per poter partorire per via vaginale decide, insieme al marito, di rivolgersi ai servizi sanitari e sottoporsi ad un intervento di deinfibulazione».

L’ostetrica racconta del suo primo incontro con la giovane donna come di un momento cruciale, grazie al quale la sensazione di estraneità che si prova quando si sente parlare in maniera astratta di MGF, come di un fenomeno lontano, che non ci riguarda, è stata d’un tratto spazzata via dalla viva esperienza di incontro con una donna in carne ed ossa, che lei stessa ha potuto vedere, sentire, medicare, e che le ha mostrato quanto la relazione corporea abbia il potere di rendere ogni cosa più reale, vicina, familiare. Una vicinanza che non dimentica le diverse storie di cui ciascuna è portatrice, le distanze che caratterizzano per molti versi le due donne, ma che riconosce nel reciproco desiderio di superare i propri confini e le proprie “gabbie” il fondamento stesso dell’incontro.

Io non l’ho vista come una persona sottomessa, né una persona che non si metteva in discussione, tutt’altro! Io l’ho vista una persona determinata, sicura e che ha fatto consapevolmente le sue scelte. [...] Una donna [come me], che ha vissuto la sua femminilità in una realtà come la nostra, quindi con più

libertà, con più rispetto... più rispetto... nel senso che qua possiamo aprire tutte le nostre parentesi, insomma, con una rivoluzione che è stata quella del femminismo, insomma, con tutte le nostre rivendicazioni, eccetera; e una donna che invece è stata vittima, ma non è nemmeno una vittima perché era un uso, un costume in cui venivano sottoposte diciamo le donne della sua realtà, però due confronti di donne mature che hanno vissuto la loro emozione, la loro esperienza in maniera diversa, ma che si incontrano, *che hanno qualcosa di reciproco da scambiarsi*. L'incontro tra noi due è stato il fatto che io in qualche modo davo la mia disponibilità di operatore sanitario, di controllo della gravidanza, della sua gravidanza e del controllo di questa ferita dei suoi genitali, che avvenisse in maniera fisiologica e lei, come una donna che ha ottenuto quello che voleva. Lei voleva una gravidanza, desiderava una gravidanza, desiderava partorire la sua bambina probabilmente per via vaginale, poi, probabilmente perché il parto potrebbe anche evolvere in un taglio cesareo anche per varie situazioni insomma. Però ecco, era questo lo scambio. Lo scambio che noi ci davamo era questo, insieme alla parte umana, molto umana. Forse emergeva di più la parte umana, il raccontarci di noi, insomma. [...] Intanto noi pensiamo, quando leggiamo, quando ascoltiamo notizie in televisione, noi pensiamo che quella sia una cosa distante da noi, che quello non è un mondo reale, no? In genere senti la televisione che dice l'infibulazione... oppure parla di altre cose, tu hai sempre l'idea che dici: "Ma sì, però non è una realtà mia, non mi ci calo in questa realtà, non è mia!", oppure quando anche la nostra Azienda faceva degli aggiornamenti su questo problema, che era un problema grande insomma, però io non pensavo... non era una cosa che mi interessava, una cosa che mi ci ero mai confrontata, quindi... invece lì era una realtà che dovevo oramai prendere in considerazione, c'ero! Non era così distante. E il fatto che l'avessi vista con gli occhi, non è una cosa che mi ha fatto orrore, questo no, né orrore né rabbia, devo essere sincera, non è che dici indifferenza, non era indifferenza, però è come se uno a noi dice: "Beh, t'hanno tolto le tonsille!", perché negli anni Settanta se t'ammalavi toglievano le tonsille, non c'è da avere rabbia, era un uso, era un costume. Quello che invece mi ha fatto... mi ha dato, è... il piacere di vedere che c'è coraggio. C'è una considerazione, una consapevolezza, però questa consapevolezza non è sottomissione e non è nemmeno soggezione, non è paura, è soltanto dire: "Beh, fino ad ora si faceva così, ma quello che si faceva siamo consapevoli che è un errore". Anche perché questa persona avendo un'istruzione così bassa, parliamo di una scuola elementare, quindi un'istruzione molto bassa, mi ha dato l'idea invece che sia una persona estremamente consapevole. Per avere questo coraggio, questa determinazione, per asserire il suo modo di essere donna, mi ha dato veramente... mi ha fatto stare bene, mi ha fatto veramente stare bene [ostetrica, Terni]

La storia di questa deinfibulazione ci permette di tornare alla metafora tra apertura come attitudine alla relazione, e apertura in senso fisico, che in questo caso è determinata dalla volontà della donna somala di sottopor-

si ad un intervento per ripristinare l'orifizio vaginale in vista del parto. È impressionante leggere il racconto che l'ostetrica fa del momento successivo all'intervento, che appare in tutto e per tutto analogo a quanto vissuto da molte donne nei momenti successivi all'infibulazione originaria: il forte dolore, soprattutto nell'urinare, e lo sforzo per dominarlo senza piangere né lamentarsi; ma soprattutto la ferita, che si deve rimarginare spontaneamente, che deve "guarire per seconda intenzione", come evocativamente si dice in gergo medico. Un intervento che in questo senso si configura anche come la ritualizzazione di un nuovo accesso, la costruzione di un corpo nuovo, addomesticato alla cultura occidentale, il riconoscimento di una femminilità accettata e condivisa che sostituisce quella precedente, "monca", incompleta, da rigettare.

La riapertura comportava una ferita chirurgica che doveva, in gergo... nel termine scientifico si chiama "guarire per seconda intenzione", quando ci troviamo a lasciare che la cute, il sottocute, guariscano spontaneamente, facendo cioè semplicemente della detersione con acqua fisiologica, quindi con delle sostanze, diciamo, delle sostanze detergenti, senza però dover ricostruire il tessuto. Chiaro che come donna, fare la medicazione su questi genitali, su questa zona diciamo così sensibile, chiaramente mi identificavo e è stato un impatto lì per lì violento a mio avviso, a me, a me personalmente eh? [...] Secondo me lei era molto brava, ma molto brava, tanto è vero che io le dicevo, essendo una zona che viene sollecitata anche con dei liquidi biologici: "Lei la pipì la deve fare!", specialmente in gravidanza, molto più frequentemente, e l'urina veramente brucia, bruciava questa ferita che si stava cicatrizzando, una ferita veramente fatta bene, si stava cicatrizzando in maniera molto regolare, però con i suoi tempi, chiaramente, poi ci stava seduta sopra, quindi mi rendevo conto che con questa gravidanza imminente, che oramai eravamo al secondo trimestre, quindi l'addome era abbastanza grande, insomma, l'utero era abbastanza grande, era... io quindi gli chiedevo: "Ma come fai?! Sei brava, mi rendo conto che sei molto brava!", e lei mi diceva: "Sì, sì, all'inizio mi faceva male ma adesso mi ci sono abituata!" [ostetrica, Terni]

Non sono molte le donne infibulate che arrivano a scegliere l'intervento chirurgico di deinfibulazione, ma senz'altro il percorso che questa donna ha tracciato può essere utilizzato per individuare i punti in cui sembrano aprirsi possibili breccie, "aperture" su cui gli operatori potrebbero fare leva per favorire il potenziale superamento della pratica nelle donne disposte a metterla in discussione, qui, oggi. Una delle spinte motivazionali più forti è senz'altro la possibilità di portare a termine una gravidanza senza complicazioni, e soprattutto senza dover ricorrere al taglio cesareo; ma anche il desiderio di uscire

dalla condizione di solitudine in cui l'infibulazione costringe molte donne, nel timore del giudizio e del dolore connesso ai rapporti sessuali; e infine, la consapevolezza che le proprie figlie probabilmente cresceranno in un contesto diverso rispetto a dove sono cresciute loro, in cui la pratica della modificazione genitale non solo non è richiesta ma addirittura condannata.

2.9. Quale apertura: MGF e diritti migranti

Per parte nostra, dovremmo invece chiederci quali sono le istanze che ci spingono a voler aprire un dialogo reale con queste donne, se è davvero la loro totale "apertura" che ci sta a cuore, o se è solo un riduzionismo a guidarci, offuscati da una visione particolarista del corpo che ci mostra come una sindrome solo organi genitali mutilati, lasciando in penombra le persone e le loro storie. Aprire questa porta significa ad esempio offrire a queste donne libero e completo accesso al diritto alla salute: significa avviare uno spazio di confronto all'interno del quale le voci che si eleveranno potranno voler parlare di diritti dei migranti, del razzismo e della discriminazione a cui sono continuamente esposti, e non solo del diverso aspetto dei loro genitali.

Nessuno parla con le donne di salute delle donne. Tante donne fanno da sé, non sono informate, non sanno dove andare e si vergognano. Poi, dove vanno, non sono trattate bene come vogliono loro. Poi adesso non parlano e anche integrare qui... non è facile integrarsi. Il migrante impiccia. Io ad esempio sono qui da tanti anni ma ancora non sono integrata. Anche la diversità, bianco e nero, anche i bambini a scuola hanno grossi problemi, li vedi che non sono sereni, vedi che qualche problema ce l'hanno. Anche quelli nati qua lo vedi che non sono felici! [Mihret, donna etiope, 39 anni]

Qualcuno non è gentile per niente, ti fa sentire che di qui non sei niente, qualcosa del genere. [...] i primi tempi un pochino era duro perché non conoscendo il paese, non conoscendo la gente e... appena ti vede che tu parli un pochino male, ti fanno capire che ti rifiutano, cioè proprio ti fanno scansare! [...] Certe persone ci pensano... l'intelligenza io la conosco, non è la pelle, cioè non è nero o bianco o giallo; io penso che intelligenza si nasce e si muore... certe persone non ti conoscono e ti fanno, proprio come persona, appena ti vedono fanno... ti rifiutano. [Amina, donna somala, 42 anni]

Quando sono entrata sul negozio, c'era carne e poi verdura, quando sono arrivata, sono scivolata prima, c'era la neve proprio, scivolata tutti i ginocchi e: "Alzati! Non ti vergogni?! Cadi adesso?!". Così per dire, qualcuno cade e ridono, non

ti alzano, non ti aiutano a alzare. Io non lo so perché... e senti freddo proprio. Allora sono entrata sul negozio a comprare qualcosa, verdure, le cose no? Allora quelli che stanno lì dicono: "Allora che te do?", io volevo dire: "Me dai pomodoro e poi aglio!", e non riesco proprio a parlare, no? E allora: "Dimmi che cosa vole, io c'ho da fare! Allora? Vieni qui senza lingua?!" [Aidha, donna somala, 38 anni]

Quello che mi disturba di più, perché finché è una persona tra noi casalinghe, vecchie rimbambite, che ci sia qualche parola non importa... ieri sono andata [agli ambulatori] di via del Giochetto, veramente sono rimasta d'un male! E sono andata a una cosa che si dice "Curiamo", una cosa per la gente obesa, per la gente che deve perdere qualche chilo. Che se me lo dice una, ecco come me, povero disgraziato, mi sta bene, ma uno che ha studiato e è arrivato a essere primario, prima di dire una cosa dovrebbe un attimino pensare! Dice: "Ma qui c'è del lavoro da fare!", dice, a me, dico: "Sì!", "E mica se può fare i miracoli!", "E mica sono venuta a cercare un miracolo?!", gli ho detto, perché io non sono una che... dico proprio le cose come stanno... perché dice: "Voi extracomunitari siete tutti grossi quando venite in Italia, vi ingrassate tutti!", perché sai cosa vuol dire no? Noi lì in Africa non c'abbiamo da mangiare!!! Me l'ha detto e gli ho detto: "Dottò guarda, a casa nostra eravamo tutti magri e mangiavamo meglio di qua!". Ma è la roba che ci fanno mangiare qua! Quando mai abbiamo mangiato una vacca che hanno fatto antibiotico?! Io ci sono rimasta male, non me l'aspettavo da un laureato una parola del genere. Eh insomma! Non è la prima volta. Un altro primario quando ero ricoverata a Roma, entra e dice: "Dov'è la negra?". Ti giuro su Dio! Sono rimasta! "Non mi puoi dire la signora?!", ho detto, "o non puoi dire il numero tale?", dico: "Da lei non me l'aspettavo dottore! Proprio mi è cascato!". [...] Perché che differenza c'abbiamo tra me e te scusa eh?! Io non lo capisco! Perché sì, lei è chiara e io sono scura? Ma questa è la mia pelle, se è bianca è tua pelle! E allora perché mi devi guardare male, che cavolo t'ho fatto?! [Zola, donna somala, 70 anni]

Forse avevamo in mente un percorso più breve, che intendeva concludersi con la garanzia di incolumità dell'organo femminile, rassicurati dalle premesse di emancipazione implicite nella dichiarazione di rinuncia al taglio. Ma le donne con cui stiamo chiedendo di parlare, con le quali intendiamo costruire percorsi di vicinanza e condivisione, hanno storie drammatiche da raccontare, peraltro non consumate interamente nei loro paesi di provenienza, ma anche nei contesti di arrivo, nei paesi occidentali; donne che hanno già "rotto" con gli schemi violenti di cui sono state vittime, che in questo senso sono più consapevoli ed "emancipate" di quanto non si pensi, e che perciò alzano il tiro delle richieste ben oltre le nostre aspettative. Non possiamo pensare di sostenere il valore della tutela della salute solo per conquistarle alla scelta di non circoncidere o infibulare le loro figlie, perché tale scelta mette necessariamente sul tavolo del

confronto la questione di quale forma di cittadinanza è poi riservata a queste donne e alle loro figlie, finalmente libere e affrancate. In questo senso la scelta di schierarsi per il superamento delle MGF può essere davvero dirompente, ma solo se ci impegna ad una tutela più ampia della salute e della vita di questi soggetti, sia come migranti “in casa nostra” ma anche, inscindibilmente, come cittadini della parte povera del mondo. Se la battaglia contro le MGF è una battaglia per i diritti di queste persone non può che essere “globale”, non può che riguardare la persona nella sua interezza, e anche, contemporaneamente, i rapporti di forza che le posizionano negli scenari internazionali come soggetti perennemente “subalterni”.

Se invece la strategia che guida la lotta alle MGF si fonda sulla estrapolazione di una parte, di un organo dal tutto, il rischio è quello di produrre uno strumento di ulteriore prevaricazione, di ulteriore sottrazione di diritti³¹ per gli stessi soggetti che pretendiamo di “emancipare”. Lasciando peraltro irrisolte le contraddizioni determinate dall’esistenza, anche nella nostra “giusta e superiore” cultura del diritto, di modelli dominanti che spingono ad esempio gli adolescenti a modificare in maniera anche violenta il proprio corpo, con l’avvallo del mondo degli adulti e dei loro modelli di riferimento.

Forse la resistenza che queste donne talora manifestano quando si sentono appiattite da uno sguardo riduzionista e localizzato, che mette sotto il riflettore la forma del loro sesso e le fa sentire marchiate, mutilate, può aiutarci a non perdere il bandolo della matassa, ad allargare lo sguardo sulla complessità, sulle condizioni di violenza strutturale in cui i singoli corpi e le singole storie si inseriscono, e rispetto alle quali la modificazione genitale diventa quasi un elemento semantico, un segnalatore, lo specchio per le allodole che ci consente di rimuovere elementi macro-strutturali come le disuguaglianze, la disparità di accesso alle risorse, ai diritti, ai livelli minimi di esistenza, rispetto alle quali l’Occidente conserva quanto meno “qualche” responsabilità. «L’attuale ossessione dell’Occidente per la circoncisione femminile sembra abitualmente distogliere la nostra attenzione da forme ben più urgenti e letali di oppressione quotidiana come la mancanza di terra, cibo e acqua potabile, per non parlare di guerra, siccità e isolamento internazionale. È sempre più fa-

³¹ Si pensi ad esempio agli esiti estremi di applicazione della Legge 7/2006, che nel caso di sospetta o comprovata mutilazione dei genitali prevedono l’intervento delle autorità giudiziarie per la sottrazione delle figlie ai propri genitori.

cile combattere i *loro* riti piuttosto che i *nostri* errori» (Silverman E.K., 2004: 428, traduz. delle autrici).

Il sesso mutilato è solo un pezzo del puzzle, e da qui possiamo provare a partire per ricostruire l’intero quadro: è necessario via via individuare tutti gli elementi che lo compongono e lo declinano nelle sue infinite varianti, con l’obiettivo di lavorare insieme al superamento di tutte le forme di oppressione, discriminazione, diseguità. Perché l’attenzione a quello che può diventare solo un “dettaglio” non debba mai tranquillizzarci di fronte alla miseria, alla violenza di genere, agli effetti devastanti delle politiche neoliberiste, ad ogni forma di colonialismo.

D’altro canto, se con il “pretesto” delle MGF riusciamo a raggiungere donne come Sarah (la ragazza nigeriana, senza di permesso di soggiorno, di cui abbiamo raccontato la storia in apertura di questo capitolo, cfr. par. 2.1.), persone senza diritti, presenze invisibili e dimenticate, che altrimenti non avremmo intercettato, allora questo strumento può davvero diventare una freccia in più al nostro arco, uno strumento che se utilizzato nella direzione giusta può aiutarci a costruire alleanze, ad offrire opportunità di riscatto, ad allargare gli spazi di inclusione e partecipazione democratica di cui tutti i cittadini, vecchi e nuovi che siano, sembrano ormai sentire un’urgenza prorogabile.

Dal diario di campo:

«Nei mesi successivi all’intervista Sarah ha continuato a cercarci, a chiederci se eravamo riuscite a trovarle un lavoro, a domandarci come poter rientrare nei termini della recente sanatoria per la regolarizzazione degli immigrati. Si sentiva libera di telefonarci ogni volta che le sembrava potessimo in qualche modo aiutarla, secondo uno scambio implicito a cui eravamo chiamate a aderire, dopo l’intervista che ci ha concesso. Siamo consapevoli che forse non avremo mai le risposte che cerca, ma allo stesso tempo ci rendiamo conto che anche quell’intervista, che ai suoi occhi era sembrata forse così futile, ha permesso che si creasse un canale di comunicazione tra noi, ha acceso in lei un piccolo barlume di speranza che qualcosa potesse cambiare, o quanto meno è stato un “gancio” in più, inaspettato, un’occasione per tentare di uscire allo scoperto»

Riferimenti bibliografici

AHMADU Fuumbai, Rites and wrongs: an insider/outsider reflects on power and excision, pp. 283-312, in SHELL-DUNCAN B. - HERNLUND Y. (curatori), Female "circumcision" in Africa: culture, controversy, and change, Lynne Rienner, 2000, Boulder, CO.

ALDEEB ABU-SAHLEH SAMI A., Circoncisione maschile - circoncisione femminile. Débat religieux, médical, social et juridique, L'Harmattan, Parigi, 2001.

ATIGHETCHI Dario, Islam e bioetica, Armando Editore, Roma, 2009.

BATESON Gregory, Verso un'ecologia della mente, Mondadori, Milano, 1976 [1972].

BODDY Janice, Il ventre come un'oasi. Il contesto simbolico della circoncisione faraonica in un villaggio del Sudan settentrionale, pp. 85-115, in FORNI Silvia - PENNACINI Cecilia - PUSSETTI Chiara (curatrici), Antropologia, genere, riproduzione. La costruzione culturale della femminilità, Carocci, Roma, 2007 [ediz. orig. del saggio: 1982].

BOHANNAN P., Circumcision among the Tiv, "Man", vol. 54, 1954, pp. 2-6.

BOURDIEU Pierre, Il dominio maschile, Feltrinelli, Milano, 2009 (1998).

BOURDIEU Pierre, Prefazione, pp. 3-7, in SAYAD Abdelmalek., La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002 [1999].

CAROBENE Germana, Le escissioni rituali femminili tra precetto religioso, costume tradizionale e tutela dell'identità del soggetto in una società pluralista, "Diritto e Religioni", anno II, n. 2, luglio-dicembre 2007, pp. 33-48.

CIMINELLI Maria Luisa, Le "ragioni culturali" delle mutilazioni genitali femminili: note critiche sulla definizione di Mgf dell'Oms/Who, "La Ricerca Folklorica", vol. 46, ottobre 2002, pp. 39-50.

CROSSE-UPCOTT A.R.W., Male circumcision among the Ngindo, "Journal of the Royal Anthropological Institute", vol. 89, 1959, pp. 169-189.

DE MARTINO Ernesto, La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali, a cura di Clara GALLINI, Einaudi, Torino, 2002 [1977].

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E DELLA COMUNICAZIONE. DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA, UFFICIO X - "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), 29 maggio 2007, Roma.

DI PIETRO Francesco, Le norme sul divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile, "Diritto Penale", 2006. (cfr. anche www.diritto.it)

FRANCESCHI Daniela, La politica della razza nelle colonie italiane negli anni del fascismo. I problemi delle popolazioni indigene negli articoli de "La Stampa", 2012: www.storico.org

FUSASCHI Michela, I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili, Bollati Boringhieri, Torino, 2008 [2003].

FUSASCHI Michela, Quando il corpo è delle altre. Retoriche della pietà e l'umanitarismo spettacolo, Bollati Boringhieri, Torino, 2011.

LEONARD L., Adopting female "circumcision" in Southern Chad: the experience of the Myabe, pp. 167-192, in SHELL-DUNCAN B. - HERNLUND Y. (curatori), Female "circumcision" in Africa: culture, controversy, and change, Lynne Rienner, 2000, Boulder, CO.

MACKIE G., Ending footbinding and infibulations: a convention account, "American Sociological Review", vol. 61, 1996, pp. 999-1017.

MORRONE Aldo, Servizi sanitari e discriminazione razziale. Strumenti e pratiche di prevenzione e contrasto della discriminazione razziale nell'accesso all'assistenza medica, "Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia", vol. 16, 2007, pp. II-VIII.

MORRONE Aldo - GENNARO Franco, Le mutilazioni genitali femminili: tra storia e leggenda, pp. 75-94, in MORRONE Aldo - SANNELLA Alessandra, Sessualità e culture. Mutilazioni genitali femminili: risultati di una ricerca in contesti socio-sanitari, Franco Angeli, Milano, 2010.

NYPAN A., Revival of female circumcision: a case of neo-traditionalism, pp. 39-65, in STOLEN K.A. - VAA M. (curatori), Gender and change in developing countries, Norwegian University Press, Oslo, 1991.

OBERMEYER C.M., Female genital surgeries, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 13, n. 1, 1999, pp. 79-106.

OHCHR - UNAIDS - UNDP - UNECA - UNESCO - UNFPA - UNHCR - UNICEF - UNIFEM - WHO, Eliminating female genital mutilation. An interagency statement, 2008;

WHO, Female genitale mutilation: an overview, Ginevra, 1998.

PASQUINELLI Carla, Infibulazione. Il corpo violato, Meltemi, Roma, 2007.

RAVANO Lorenzo, Corpi di donne nel colonialismo italiano, 2011 – Blog "Schiavi e Servi": <http://schiavieservi.blogspot.it/>

RIVERA Annamaria, Veli post-coloniali e retoriche sull'alterità, Edizioni Dedalo, Bari, 2005.

SAYAD Abdelmalek, La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002 [1999].

SHELL-DUNCAN Bettina - HERNLUND Ylva, Female genital cutting. Social and cultural dimensions of the practice and the debates, pp. 252-262, in Carol R. EMBER - Melvin EMBER (curatori), Encyclopedia of medical anthropology. Health and illness in the world's cultures, vol. 1: Topics, Kluwer Academic / Plenum Publishers, New York, 2004.

SORGONI Barbara, Parole e corpi. Antropologia, discorso giuridico e politiche sessuali interraziali nella colonia Eritrea (1890-1941), Liguori, Napoli, 1998.

STEWART H. - MORISON L. - WHITE R., Determinants of coital frequency among married women in Central African Republic: the role of female genital cutting, "Journal of Biosocial Sciences", vol. 34, 2002, pp. 525-939.

VOLPATO Chiara, La violenza contro le donne nelle colonie italiane. Prospettive psicosociali di analisi, "DEP. Deportate, esuli, profughe. Rivista telematica di studi sulla memoria femminile", n. 10, 2009, pp. 110-131.

WHO, Female genital mutilation: a joint WHO-UNICEF-UNFPA statement, Ginevra, 1997.

WHO, Female genital mutilating: an overview, Ginevra, 1998.

WHO, Eliminating female genital mutilation. An interagency statement, Ginevra, 2008.

CAPITOLO 3

L'indagine quantitativa: il questionario online
per gli operatori umbri

di Carlotta Bagaglia e Chiara Polcri

3. L'indagine quantitativa: il questionario online per gli operatori umbri

di Carlotta Bagaglia e Chiara Polcri

3.0. Note metodologiche

L'indagine quantitativa ha avuto lo scopo di sondare la percezione e l'entità del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili nell'esperienza degli operatori socio-sanitari umbri, rilevando, laddove possibile, eventuali casi di donne e/o bambine interessate da tale pratica. In tal senso, dopo aver effettuato una ricognizione delle ricerche precedentemente svolte a livello nazionale e dei relativi strumenti di indagine impiegati³², è stata avviata la predisposizione di un questionario da somministrare su scala regionale³³, attraverso cui sono state approfondite le esperienze dirette degli operatori con le MGF, l'eventuale conoscenza e percezione del fenomeno, oltre che tematiche più generali quali il rapporto con l'utenza femminile straniera. Il questionario, anonimo, che prevedeva risposte chiuse, aperte e a scelta multipla, constava di una parte anagrafica, tre sezioni principali e i "casi", comprendenti i dettagli degli eventuali incontri degli operatori con donne che presentavano MGF. In particolare:

- in apertura si chiedeva di indicare alcune principali informazioni socio-anagrafiche, quali ad esempio sesso, anno di nascita, professione;
- nella prima sezione veniva indagato il rapporto generale dell'operatore con l'utenza femminile straniera, sondando il numero e la fascia d'età delle

³² Sulle numerose ricerche e progetti in tema di MGF si veda in particolare: Aidos - Adusu - Culture Aperte 2009, Antonucci G. 2009, Carrillo D. - Pasini N. 2009, Colombo A. - Vignali P. 2010, Gori G. - Esposito E. 2001a e 2001b, Laurenzi E. 2006, Misiti M. - Rinesi F. 2009, Morrone A. - Sannella A. 2010, Pasini N. 2007.

³³ Il processo di ideazione e successiva calibrazione dello strumento di ricerca è stato lungo e complesso, caratterizzato da un continuo confronto dell'equipe della Fondazione Celli con i dirigenti e i responsabili della Regione Umbria, i referenti del servizio di mediazione culturale della ex Asl n. 2 di Perugia (successivamente confluita nella USL Umbria 1) e alcuni rappresentanti degli operatori socio-sanitari impegnati nel territorio.

donne seguite, le aree geografiche di provenienza delle utenti con le quali l'operatore aveva avuto maggiori difficoltà rispetto a tematiche legate alla salute sessuale e riproduttiva, le questioni più problematiche da affrontare ed, infine, l'eventuale presenza di pazienti immigrate provenienti da Paesi con alta incidenza di MGF;

- nella seconda sezione è stata invece analizzata la percezione del fenomeno, monitorando ad esempio la conoscenza degli operatori sulla questione delle MGF, la loro "posizione" in merito, l'eventuale rischio che bambine figlie di donne immigrate provenienti da Paesi a tradizione escissoria possano subire tale pratica, l'opinione sulla necessità di una maggiore formazione specifica, la conoscenza dei centri di riferimento per le MGF presenti in Italia e quella relativa alla normativa nazionale vigente in materia;
- la terza sezione è stata dedicata all'approfondimento delle esperienze dirette degli operatori, rilevando il numero di donne o bambine con MGF incontrate nell'ambito dell'attività professionale, la descrizione di eventuali casi seguiti, la richiesta da parte di pazienti o loro familiari sulla possibilità di praticare qualche tipo di mutilazione o modificazione dei genitali femminili, il sospetto di bambine a rischio e la tipologia degli eventuali percorsi attivati;
- infine, il questionario si concludeva offrendo la possibilità di esprimere liberamente suggerimenti su possibili strategie di prevenzione.

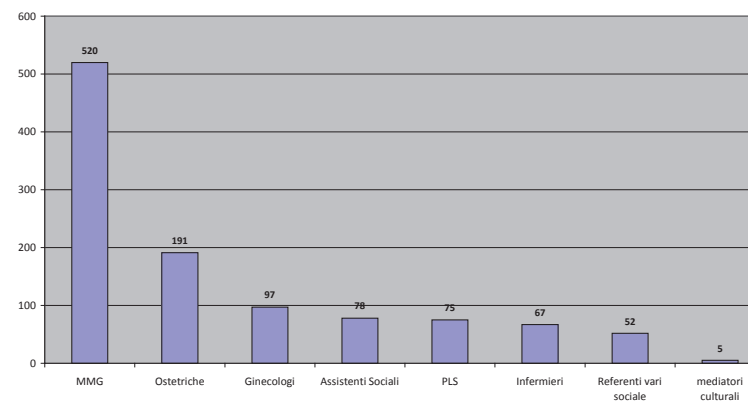
Con lo scopo di raggiungere il più facilmente possibile un gran numero di operatori, si è scelto di utilizzare una piattaforma web appositamente messa a punto³⁴, attraverso la quale è stato inviato il questionario direttamente alle caselle di posta elettronica³⁵. La campagna di somministrazione, che

³⁴ Tale piattaforma web è stata realizzata dalla Società Catnic srl.

³⁵ Il reperimento degli indirizzi di posta elettronica si è rivelato un'attività gravosa che ha impegnato i ricercatori della Fondazione Angelo Celli per molti mesi. Il gruppo di ricerca si è trovato infatti nella condizione di dover costruire *ex novo* un database degli indirizzi di posta elettronica, per lo più non disponibili in forma aggregata, e in molti casi del tutto inesistenti: molti operatori non disponevano infatti di email aziendali, ed è stato necessario risolvere il problema in parte con l'attivazione di caselle di posta costruite *ad hoc*, in parte con il reperimento, concordato con gli operatori stessi, delle email personali. In un caso specifico, e cioè per l'Unità di ostetricia e ginecologia dell'Ospedale Santa Maria di Terni, è stato necessario inviare copie del questionario in formato cartaceo, vista l'impossibilità di raggiungere in altro modo gli operatori.

si è conclusa il 30 novembre 2012, ha visto il coinvolgimento di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, ginecologi, ostetriche, infermieri e assistenti sociali in servizio all'interno delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere umbre. Sono stati inoltre inclusi nella ricerca gli operatori (assistenti sociali, mediatori culturali, etc.) impegnati nei servizi ritenuti "strategici" nell'intercettare l'utenza femminile straniera all'interno dei Comuni e i referenti dell'associazionismo e del privato sociale³⁶. A conclusione della campagna d'indagine, durante la quale sono stati raggiunti 1085 operatori³⁷, risultavano pervenuti 249 questionari, pari al 23% sul totale di quelli inviati.

Operatori a cui è stato inviato il questionario



3.1. Profili socio-anagrafici

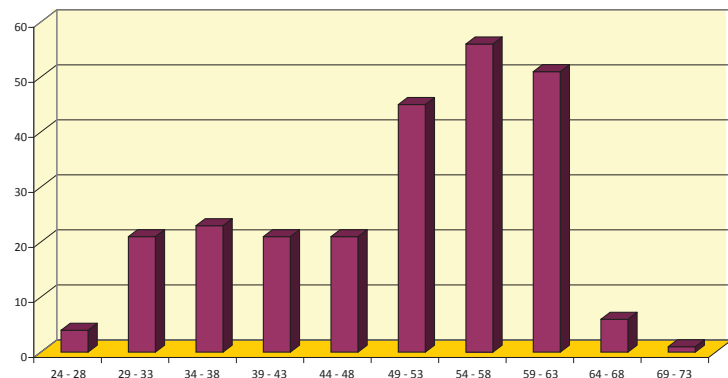
In primo luogo, coloro che hanno aderito all'indagine sono per la maggior parte impegnati nel comprensorio della provincia di Perugia (67%), con

³⁶ In particolare, nella costruzione del database, per quanto concerne gli operatori legati al Servizio sanitario, le liste sono state reperite attraverso l'Ordine dei medici, i referenti delle Aziende ospedaliere e quelli delle Aziende sanitarie, mentre per la costruzione del database dei professionisti impegnati nel settore sociale ci si è affidati ai responsabili dei servizi individuati come "strategici" ai fini dell'indagine.

³⁷ Precisiamo che nel corso dei ripetuti inviti agli operatori a partecipare alla ricerca, alcune email tra quelle spedite sono risultate "inattive"; ne è derivato dunque un certo scarto tra il numero di operatori individuati (1370) e il numero degli operatori effettivamente raggiunti (1085).

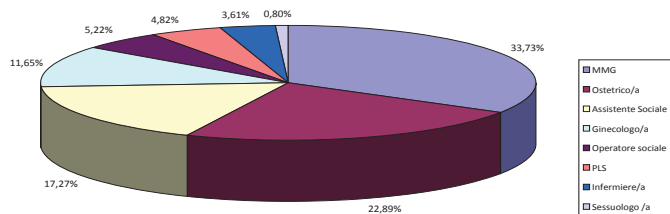
un'età principalmente compresa fra i 49 e i 63 anni (61%)³⁸ e in prevalenza di genere femminile (68%).

Fasce d'età degli operatori



In merito alle categorie professionali, appare preponderante quella costituita dai medici di medicina generale (33,73%), seguita dalle ostetriche (22,89%), dagli assistenti sociali (17,27%) e dai ginecologi (11,65%).

Professioni



³⁸ In particolare: 45 operatori tra i 49 e i 53 anni pari al 18,07%; 56 operatori tra i 54 e i 58 anni pari al 22,49%; 51 operatori tra i 59 e i 63 anni al 20,48%.

Osserviamo che, sebbene i medici di medicina generale siano risultati coloro che hanno compilato numericamente il maggior numero di questionari, di fatto sono le ostetriche e i ginecologi ad aver aderito con “più alto interesse” alla campagna. Sui totali relativi alle singole categorie professionali raggiunte, infatti, hanno risposto il 30% delle ostetriche e il 30% dei ginecologi; i medici di medicina generale, invece, si attestano al 16,5%.

Per quanto riguarda la distribuzione degli operatori nei comuni della regione, come si evince dalle tabelle che seguono, sono soprattutto i due capoluoghi, Perugia e Terni, ad essere maggiormente interessati, seguiti da altri comuni quali Orvieto nella provincia di Terni, e Gubbio, Foligno, Spoleto nella provincia di Perugia.

Distribuzione degli operatori nei comuni della provincia di Terni

Terni	64,63%
Orvieto	13,41%
Amelia	4,88%
Fabro	2,44%
Monte Castello di Vibio	2,44%
Narni	2,44%
Attigliano	1,22%
Castel Ritaldi	1,22%
Montecastrilli	1,22%
Otricoli	1,22%
Penna in Teverina	1,22%
Porano	1,22%
San Gemini	1,22%
Stroncone	1,22%

Distribuzione degli operatori nei comuni della provincia di Perugia

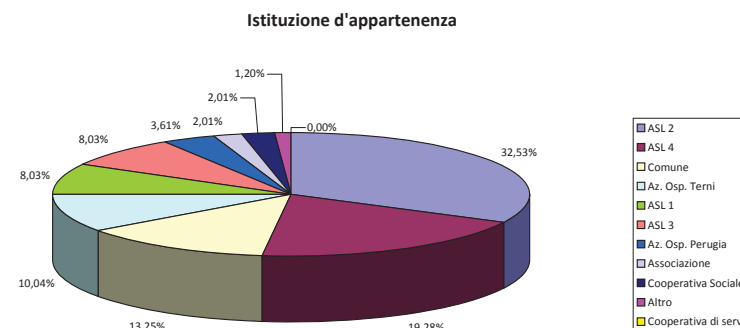
Perugia	34,73%
Gubbio	8,38%
Foligno	7,78%
Spoleto	7,78%

Distribuzione degli operatori nei comuni della provincia di Perugia	
Assisi	4,79%
Castiglione del lago	4,79%
Citta' di Castello	4,19%
Marsciano	4,19%
Passignano sul Trasimeno	2,99%
Corciano	2,40%
Magione	2,40%
Umbertide	2,40%
Panicale	1,80%
Citerna	1,20%
San Giustino	1,20%
Todi	1,20%
Bastia Umbra	0,60%
Campello sul Clitunno	0,60%
Cannara	0,60%
Cascia	0,60%
Citta' della Pieve	0,60%
Collazzone	0,60%
Deruta	0,60%
Massa Martana	0,60%
Paciano	0,60%
Piegaro	0,60%
Scheggino	0,60%
Torgiano	0,60%
Valfabbrica	0,60%

Infine, in merito all'istituzione di appartenenza, sul totale di coloro che hanno partecipato all'indagine, il 68% attiene alle Aziende sanitarie della regione, con una prevalenza di operatori impegnati nella ex Asl 2 (32,53%) e nella ex Asl 4 (19,28%)³⁹.

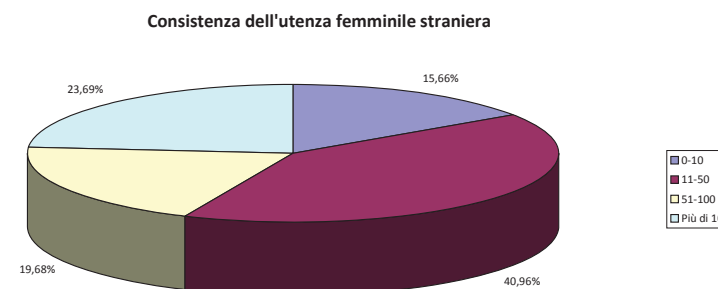
³⁹ Successivamente confluita nella USL Umbria 2.

Seguono i professionisti impiegati nelle due Aziende ospedaliere, in particolare quella di Terni, e coloro che lavorano presso i Comuni. Una minima percentuale dei rispondenti presta la propria opera all'interno delle associazioni e nelle cooperative sociali, mentre l'1,20% indicato dalla dicitura "Altro" è costituito da personale operante nell'Università e nelle Diocesi.



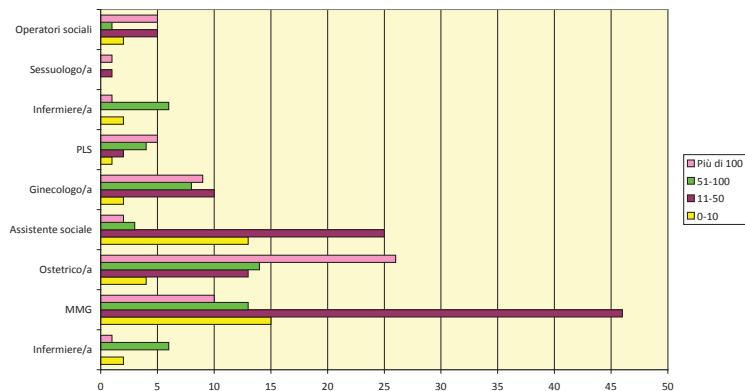
3.2. Gli operatori e l'utenza femminile straniera

Per quanto concerne la quantità di donne migranti seguite all'interno dell'attività professionale, la maggioranza degli operatori (il 41% circa) dichiara di avere in carico fra le 11 e le 50 utenti straniere, mentre un'altra rilevante porzione (il 23,69%) afferma di interfacciarsi con più di 100 utenti, prevalentemente provenienti da Maghreb e Nord Africa, Europa dell'est e Africa centro meridionale.

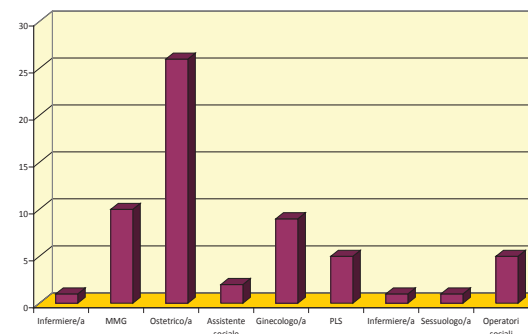


Incrociando le informazioni appena descritte con le varie categorie professionali, emerge che, come evidenzia il grafico che segue, all'incirca tutte le tipologie degli operatori coinvolti si interfacciano con un numero piuttosto vario di donne migranti. Per ciascuna categoria professionale alcune delle fasce individuate (da 0 a 10 utenti; da 11 a 50; da 51 a 100; più di 100) risultano più "ricche" di altre: ad esempio, i medici di medicina generale, gli assistenti sociali e i ginecologi tendono a seguire soprattutto un numero di utenti che oscilla tra le 11 e le 50 unità mentre sono soprattutto le ostetriche a dichiarare di farsi carico di più di 100 donne migranti (si veda anche il grafico "Professionisti che hanno più di 100 utenti femminili straniere"). Un dato questo che mette in luce quanto già risulta noto, e cioè che i principali motivi per cui le donne straniere si rivolgono ai servizi socio sanitari sono connessi prevalentemente alla salute riproduttiva e in particolare alla gravidanza e al parto (Giannoni M. - Ismail Z. 2010).

Professioni e consistenza delle utenti migranti

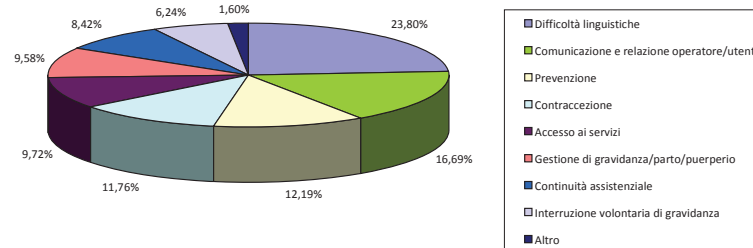


Professionisti che hanno più di 100 utenti femminili straniere



Le principali criticità che gli operatori rilevano in rapporto all'utenza femminile migrante sono emerse soprattutto in relazione alle difficoltà linguistiche (circa il 24%) e alla comunicazione/relazione tra operatore e utente (circa il 17%)⁴⁰. Non secondarie risultano, tuttavia, le problematiche connesse ai temi della prevenzione e della contraccezione e, a seguire, le questioni legate all'accesso ai servizi e alla gestione di gravidanza, parto e puerperio.

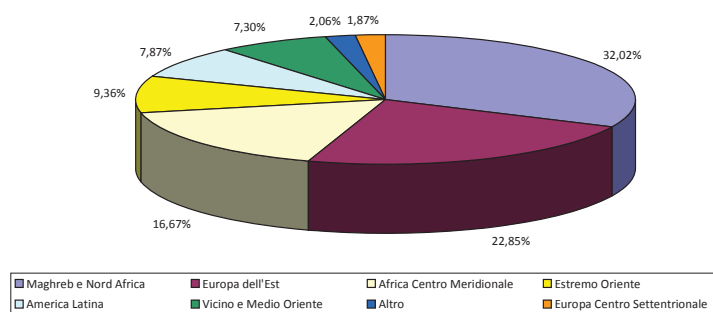
Questioni più problematiche da affrontare



⁴⁰ Dal momento che gli operatori potevano segnalare più risposte tra quelle proposte (domanda a risposta multipla), tali percentuali si riferiscono al totale delle preferenze espresse.

Focalizzandosi in particolare sulle questioni relative alla salute sessuale e riproduttiva, le principali difficoltà vengono riscontrate prevalentemente con donne provenienti dall'area maghrebina e dal Nord Africa e a seguire con le utenti dell'Europa dell'est e dell'Africa centro meridionale; meno considerevoli appaiono le problematiche con donne originarie dell'Estremo Oriente, dell'America Latina e del Vicino e Medio Oriente⁴¹.

Aree geografiche di provenienza delle utenti con le quali si riscontrano maggiori difficoltà ad affrontare problemi di salute sessuale e riproduttiva



In merito alla presenza di donne originarie di Paesi africani in cui vengono praticate MGF viene segnalata, come evidenzia la tabella sottostante, un'importante presenza di utenti provenienti dalla Nigeria, ma anche dalla Costa d'Avorio, dal Camerun, dal Senegal, dall'Etiopia, dalla Somalia e dall'Egitto. Questo dato, che è in linea con le informazioni sulle migranti provenienti dal continente africano residenti in Umbria⁴², risulta essere di particolare interesse, poiché alcuni dei Paesi appena descritti sono caratterizzati da un notevole tasso di incidenza della pratica; in particolare l'Etiopia (74,3%), la Somalia (97,9%) e l'Egitto (91,1%). Anche la Nigeria, la Costa d'Avorio e il Camerun risultano tuttavia, pur se in misura minore, piuttosto interessati dal fenomeno⁴³.

⁴¹ Anche in questo caso, gli operatori potevano segnalare più risposte fra quelle proposte; le percentuali del grafico "Aree geografiche di provenienza ..." si riferiscono al totale delle preferenze espresse.

⁴² cfr. par. 1.1.

⁴³ <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/en/index.htm>; si veda anche il par. 2.2.

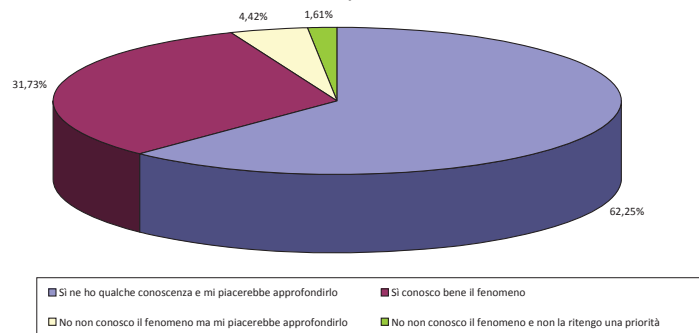
Paesi a tradizione escissoria di provenienza delle utenti migranti

Nigeria	126
Costa d'Avorio	78
Camerun	76
Senegal	59
Etiopia	48
Somalia	45
Egitto	38
Congo	25
Eritrea	23
Niger	21
Kenia	15
Ghana	13
Burkina Faso	10
Benin	9
Repubblica Centro Africana	8
Sierra Leone	8
Repubblica Democratica del Congo	7
Sudan	7
Mali	6
Togo	4
Uganda	4
Chad	3
Liberia	2
Tanzania	2
Guinea	1

3.3. Conoscenza e percezione del fenomeno

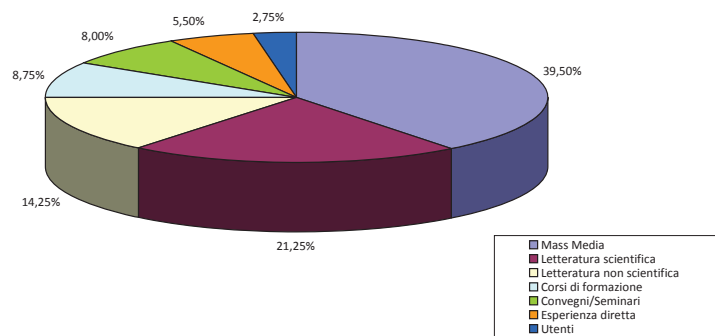
Dalle informazioni raccolte, emerge come la tematica sia per lo più conosciuta dagli operatori; circa il 62%, infatti, sostiene di averne una qualche conoscenza, mentre quasi un terzo afferma con certezza di essere ben informato. Solo una parte piuttosto ridotta dichiara di non conoscere affatto l'argomento e sostiene utile un approfondimento a riguardo.

Livelli di conoscenza della questione delle MGF



Come si evince dal grafico seguente, i mass media, la letteratura scientifica e quella non scientifica risultano i principali canali attraverso cui hanno acquisito le informazioni sul tema, al contrario degli eventi formativi e di approfondimento che, unitamente alle esperienze dirette con le utenti, appaiono invece veicoli “di apprendimento” minoritari⁴⁴.

Canali di conoscenza della questione delle MGF

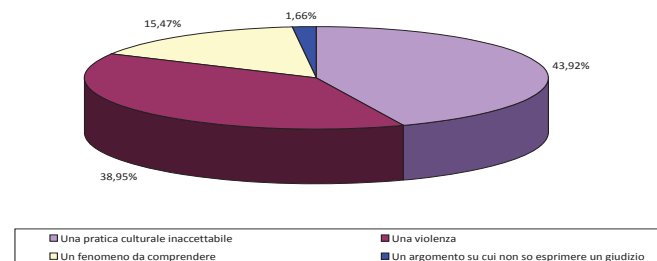


⁴⁴ Per quanto concerne questa tematica (canali di conoscenza delle MGF) e alcune altre che seguono (partecipazioni ad eventi formativi e di approfondimento; pareri sulla pratica; percezione dell'eventuale rischio che bambine figlie di donne migranti provenienti da Paesi con alta diffusione di MGF possano esservi sottoposte), il campione è da considerarsi composto da 223 operatori anziché 249. A causa, infatti, di un disagio tecnico connesso all'invio cartaceo dei questionari presso l'Azienda ospedaliera di Terni, questa parte non è stata compilata da 26 operatori.

Dall'indagine, infatti, emerge che soltanto il 15% degli operatori ha partecipato a convegni, seminari o corsi di formazione specifici, organizzati prevalentemente da strutture sanitarie e università, sia all'interno che all'esterno del territorio umbro. D'altronde, risulta piuttosto esigua anche la conoscenza di centri specifici di riferimento e della normativa giuridica relativa a tale questione. Unicamente il 4,42%, infatti, conosce centri clinici specializzati (in particolare l'ospedale di Careggi a Firenze e il San Camillo-Forlanini a Roma) e solamente il 25% circa degli operatori è a conoscenza della regolamentazione giuridica nazionale sul tema.

Spostando il focus sulle opinioni e le percezioni maturate dagli intervistati in merito alle MGF, è importante sottolineare come in prevalenza venga espressa una posizione di esplicita condanna; se infatti da una parte appare modesta la quota di coloro che sostengono la necessità di comprendere il fenomeno, dall'altra, la maggioranza dei pareri designa tale pratica come inaccettabile o giudica questo fenomeno una violenza.

Pareri sulle MGF



Per quanto riguarda poi la percezione del rischio che bambine figlie di donne migranti provenienti da Paesi con alta diffusione di MGF possano subire questa pratica, l'87% degli operatori avverte tale possibilità come un reale pericolo. Un dato questo che, se da una parte sembra in qualche misura mettere in luce una certa discrepanza tra il rischio percepito e l'effettiva messa in atto

di strategie preventive per indagare e arginare il fenomeno, dall'altra va a conferma della necessità di disporre di maggiori strumenti conoscitivi per far fronte, nel modo più idoneo, alle molteplici criticità connesse.

A fronte, infatti, del modesto numero di coloro che hanno partecipato a specifiche iniziative formative, la quasi totalità degli intervistati (circa il 92%) sostiene l'urgenza di una maggiore formazione del personale socio-sanitario in tema di MGF. Un bisogno questo motivato dal 64% degli operatori che, attraverso una risposta aperta, hanno deciso di esprimere la loro opinione in merito⁴⁵.

Le esigenze che sono emerse, in tal senso, coprono un ampio spettro di bisogni che spaziano dalla necessità di definire efficaci percorsi d'intervento, alla possibilità di acquisire strumenti per facilitare la relazione con le donne migranti. E in particolare si declinano qui di seguito le principali aree tematiche individuate⁴⁶, riportando la viva voce degli operatori attraverso le opinioni considerate più significative.

Innanzitutto, un ampio numero di operatori evidenzia il bisogno di una formazione per individuare le migliori strategie di prevenzione, orientamento e sostegno per le donne e le bambine a cui sono state praticate MGF o a rischio di essere sottoposte a tale pratica:

Qualora si presentino al servizio donne con mutilazioni gli operatori devono essere informati e capaci di dare risposte adeguate / Perché sempre di più ci dovremo confrontare con il fenomeno e si dovrà decidere una volta per tutte come comportarsi di fronte a richieste di effettuare tale pratica in ambiente protetto / Per comprendere maggiormente il fenomeno e avere strumenti adeguati per affrontarlo / Per accogliere adeguatamente le donne e essere in grado di fornire informazione e supporto / Conoscere aspetti legislativi, saper affrontare con adeguate conoscenze la consulenza / Al fine di poter programmare gli interventi più adatti alle singole situazioni familiari / Per conoscere e comprendere il fenomeno e poter agire conseguentemente sulle donne già mutilate sia in relazione alla loro salute ma soprattutto per lavorare sul rischio che le loro bambine corrono.

⁴⁵ Sul totale dei compilatori, ben 159 (pari a circa il 64%) hanno risposto al quesito sul perché fosse necessaria una formazione sul tema; di questi, 148 hanno motivato la loro posizione favorevole alla formazione e 15 la loro posizione contraria.

⁴⁶ Tali ambiti tematici sono frutto di una selezione interpretativa e hanno la funzione di fornire una indicazione degli orientamenti espressi dagli operatori. Alcune risposte, inoltre, sono state collocate discrezionalmente entro le specifiche tematiche, pur ponendosi all'incrocio tra più ambiti.

A fronte della scarsa conoscenza sull'argomento avvertita da molti come un grave limite, viene evidenziato come la comprensione in profondità di tale questione possa contribuire a cogliere la complessità dell'esperienza altrui e conseguentemente ad agevolare la relazione con la donna migrante:

Perché il problema è poco conosciuto sia dal punto di vista culturale che anche tecnico / Per aumentare la consapevolezza / Non tutti conoscono il fenomeno ed il modo corretto di approcciare all'utente / E' un problema culturale così radicato che un approccio superficiale e di pregiudizio non può ottenere buoni risultati / Attraverso la conoscenza dettagliata di questa pratica è possibile dialogare con gli immigrati che intendono praticarla in Italia / Ci permetterebbe di capire meglio chi abbiamo di fronte / Non solo su questo argomento, per superare la barriera culturale e di comunicazione (non linguistica) che si frappone, e per affrontare un futuro sempre multi etn. / Per favorire l'approccio e la relazione con l'utenza femminile / Per la necessità di interagire con persone di culture diverse che contemplano anche tale pratica.

Non viene sottovalutata, inoltre, la necessità di acquisire competenze necessarie a riconoscere e rilevare casi di donne con e/o a rischio di MGF; una tematica questa particolarmente avvertita e fortemente messa in luce dagli operatori:

La conoscenza dell'argomento permette agli operatori di rilevarlo con più facilità e quindi riconoscerlo / La formazione aiuta a riconoscere il problema quando non è manifesto / Per avere gli strumenti utili a percepire l'eventuale esistenza di questa pratica. / Io ad esempio non so se fra le mie pazienti questa pratica sia diffusa. Suppongo di no a causa di un'impressione di normalità ed integrazione che mi danno le mie assistite (maniera di vestire, uso di anticoncezionali ecc.) ma in realtà non saprei come poter indagare in merito. Se esistono metodiche di indagine collaudate sarei felice di apprenderele

Evidenziamo, infine, come alcuni pongano l'accento sull'urgenza di osteggiare e "sconfiggere" questo fenomeno che viene esplicitamente giudicato e condannato:

Come detto sopra è una violenza, causa gravi danni a breve e lungo termine sia fisici che psicologici alle donne che le subiscono. E' UNA BARBARIE!⁴⁷ / E' una pratica riprovevole / Per imparare a parlarne in modo chiaro, tranquillo, per spiegare alle utenti che la legge italiana lo PRIORITY / Perché sono

⁴⁷ Si è scelto qui di restituire le parole maiuscole così come redatto in origine, poiché indicative di una precisa volontà dell'operatore di rafforzare il concetto espresso.

inaccettabili.

Parallelamente a coloro che hanno sostenuto l'importanza di costruire specifici percorsi, un'esigua minoranza ha espresso un parere contrario, adducendo motivazioni prevalentemente connesse al fatto che il problema risulta scarsamente rilevante e comunque profondamente radicato nella cultura di appartenenza. In tal senso si ritiene che non sia possibile modificare questa pratica attraverso un intervento esterno e che sarebbe comunque più efficace un percorso di sensibilizzazione nei Paesi d'origine.

Problema percentualmente non significativo / In quasi 30 anni di lavoro non sono mai state riscontrate o sospettate nemmeno dai miei colleghi / Mai venuta a conoscenza di casi di mutilazione in trenta anni di lavoro / Perché sarebbe importante una sensibilizzazione al problema nei paesi di origine / E' loro cultura.

3.4. Esperienze dirette

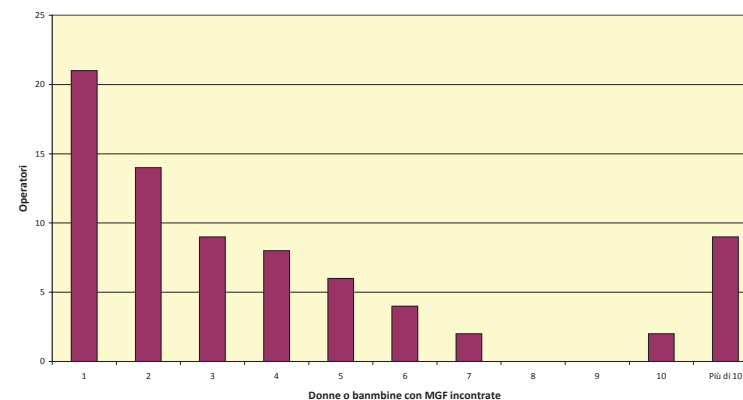
Uno dei principali obiettivi della ricerca è stato quello di sondare le esperienze personali degli operatori, con particolare riferimento alla conoscenza diretta e all'incontro con donne con mutilazioni genitali.

Innanzitutto, è stato chiesto se fosse facile accorgersi di essere di fronte a persone sottoposte a tale pratica e il dato emerso risulta essere piuttosto interessante: la maggioranza degli operatori (69%) denuncia, infatti, la difficoltà a riconoscere sulle proprie utenti possibili modificazioni dei genitali praticate.

E' stata quindi indagata l'eventuale conoscenza diretta di persone che presentavano mutilazioni genitali e anche in questo caso, la gran parte degli operatori ha fornito una risposta negativa, a fronte tuttavia del 28,11% che ha invece dichiarato di aver avuto contatti con donne o bambine interessate da MGF.

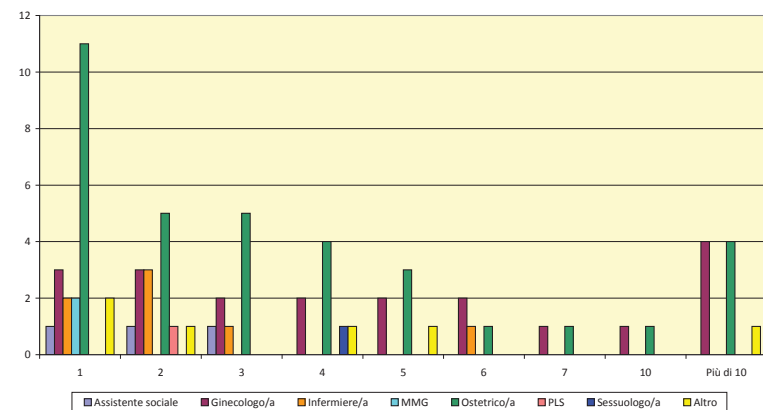
In particolare, come si evince dal grafico successivo, mentre solo alcuni hanno risposto di essersi interfacciati con 10 o più di 10 donne o bambine, frequenti appaiono segnalazioni di casi quantitativamente ridotti (ad. esempio, 21 operatori hanno incontrato 1 solo caso).

Quantità di donne o bambine con MGF incontrate



Come prevedibile, le ostetriche e i ginecologi risultano essere coloro che con più facilità tendono ad intercettare tali utenti.

Professioni e donne o bambine con MGF incontrate

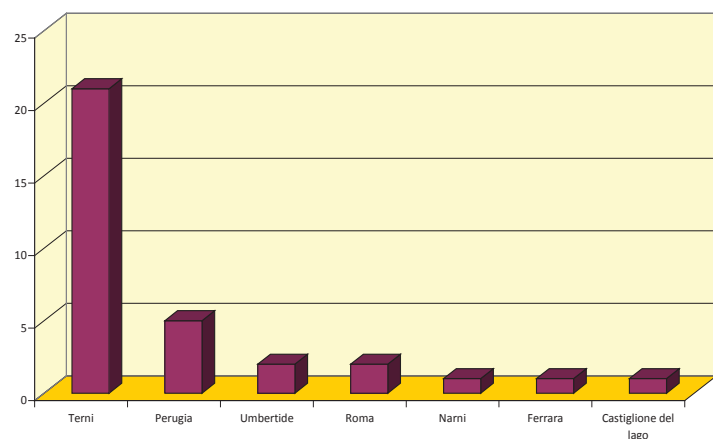


Evidenziamo inoltre come una parte molto ridotta (l'1% circa sul totale degli operatori) dichiarati di aver ricevuto richieste di informazioni dalle proprie pazienti o dai loro parenti sulla possibilità di praticare qualche tipo di modificazione dei genitali. Maggiore, seppur esiguo, risulta invece il numero di operatori che affermano di aver avuto il sospetto di bambine a rischio (circa il 4% del totale). In entrambi i casi ci si è confrontati con altri colleghi e/o altri servizi sanitari.

3.4.1. Casi di donne o bambine incontrate con mutilazioni genitali

Entrando nello specifico delle esperienze dirette degli operatori con donne che presentavano un qualche tipo di mutilazione genitale, sono stati segnalati 35 casi⁴⁸ rilevati in particolare nell'area comune di Terni (21)⁴⁹.

Località in cui è stato rilevato il caso

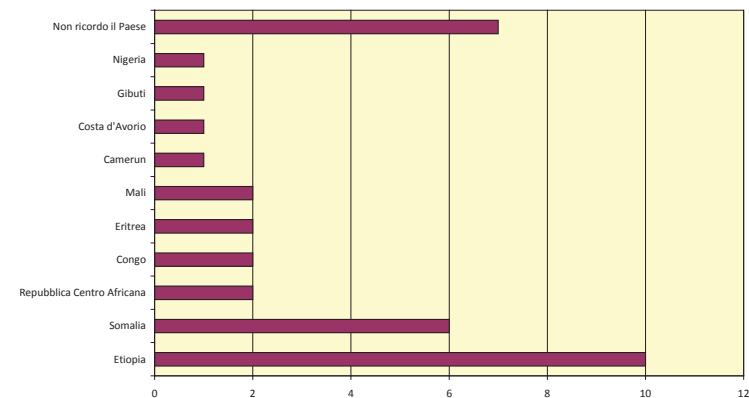


⁴⁸ I casi sono stati segnalati da 33 operatori, 2 dei quali ne hanno indicati 2 per ciascuno. E' opportuno chiarire inoltre che i 35 casi non corrispondono necessariamente a 35 donne diverse; più operatori infatti possono aver segnalato la stessa utente.

⁴⁹ In 2 dei 35 casi non è stata specificata la località.

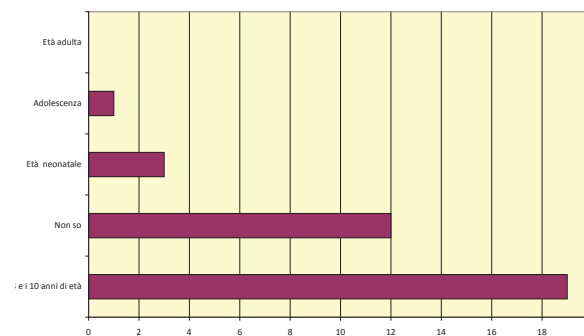
Prevalentemente sono state incontrate donne di età compresa tra i 20 e i 24 anni (20 casi) provenienti per lo più da Etiopia, Somalia ed Eritrea; in 3 casi sono state rilevate adolescenti etiopi tra i 15 e i 19 anni e in 2 bambine tra gli 0 e i 6 anni del Mali. Si noti come siano proprio l'Etiopia e la Somalia, Paesi a forte tradizione escissoria, ad essere maggiormente rappresentati nel grafico seguente, che mostra appunto il numero di donne intercettate, sulla base della loro provenienza.

Paese di provenienza della donna o bambina con MGF

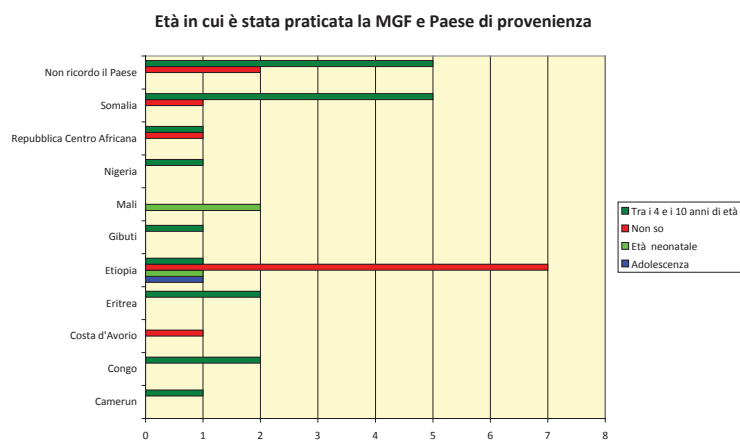


Dalle esperienze riportate, le MGF risultano essere state praticate prevalentemente nella fascia d'età compresa tra i 4 e i 10 anni (in 19 casi). Si segnalano poi tre casi in età neonatale e 2 in adolescenza. Per le restanti 12 donne segnalate non è stato possibile risalire all'età in cui sono state effettuate.

Età in cui risultava praticata la MGF



Come si evince dal grafico che segue, risulta la Somalia, seguita dall'Eritrea, il principale Paese d'origine delle donne a cui è stata praticata una qualche forma di modificazione genitale tra i 4 e i 10 anni di età. Dal Mali e dall'Etiopia provengono invece le donne che sono state sottoposte a tale pratica in età neonatale e sempre dall'Etiopia il caso in cui è stata praticata in adolescenza.

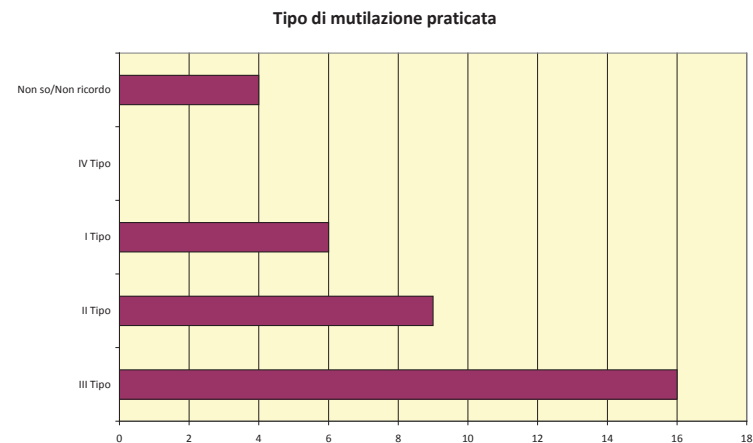


Sulla base della tipologizzazione individuata dall'OMS⁵⁰ - a cui si è scelto di far riferimento nel questionario, pur consapevoli del dibattito critico⁵¹ sollevato intorno a tale classificazione - nella maggioranza dei casi (16) risultano essere state praticate mutilazioni del III tipo, interventi cioè che prevedono l'escissione di una parte o di tutti i genitali esterni e la chiusura o restringimento dell'ingresso in vagina (denominata anche infibulazione e altrimenti conosciuta come circoncisione faraonica). In 9 casi sono state riportate mutilazioni del II tipo, che prevedono l'escissione del clitoride con asportazione parziale o totale delle piccole labbra, e in 6 casi mutilazioni del I tipo, che consistono nell'escissione del prepuzio (zona di cute retraibile che ricopre una parte del clitoride), con o senza l'asportazione di parte o di tutto il clitoride. Non si riscontrano mutilazioni di IV tipo che in effetti potrebbero essere le meno rilevabili; tale tipologia, infatti, contempla tutta una serie di pratiche, alcune delle quali non facilmente identificabili (ad esempio: punture,

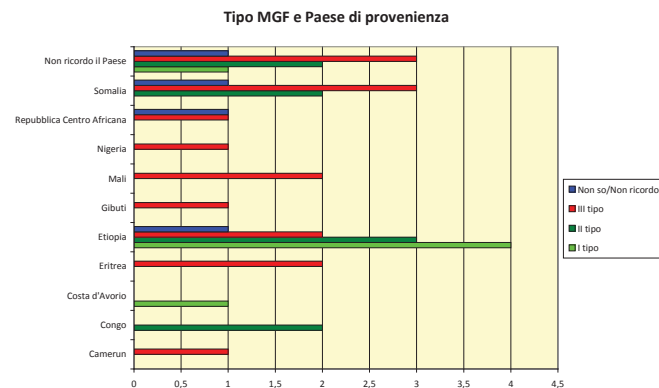
⁵⁰ Who 2008.

⁵¹ cfr. Par. 2.2.

perforazioni o incisioni del clitoride o delle labbra; cauterizzazione mediante bruciatura del clitoride e del tessuto circostante, etc.).

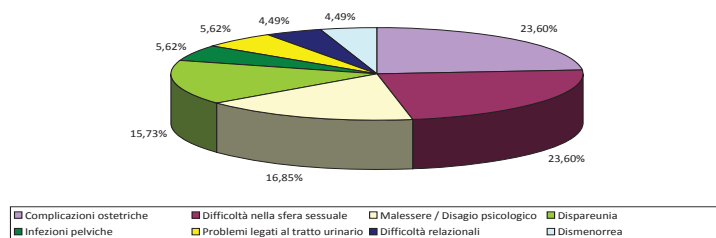


Incrociando i dati relativi al Paese di provenienza delle donne con il tipo di modificazione praticata, risulta che la tipologia maggiormente riscontrata dagli operatori (quella del III tipo) riguardi soprattutto donne provenienti dalla Somalia, dall'Eritrea, dall'Etiopia e dal Mali. L'Etiopia e la Somalia, insieme al Congo, appaiono inoltre anche i principali Paesi d'origine delle donne con mutilazioni del II tipo, ed è sempre dall'Etiopia, oltre che dalla Costa d'Avorio, che giungono coloro sottoposte a mutilazioni del I tipo.



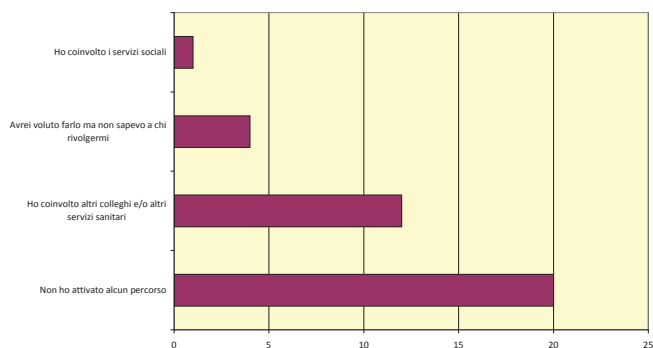
Tra i principali problemi intervenuti a seguito di MGF, gli intervistati riportano soprattutto criticità connesse a complicazioni ostetriche e a difficoltà nella sfera sessuale oltre che, sebbene in misura sensibilmente minore, malessere/disagio psicologico e dispareunia. Emergono poi altre problematicità quali infezioni pelviche, problemi legati al tratto urinario, difficoltà relazionali.

Problemi della donna o bambina con MGF



E' interessante notare come, a seguito della rilevazione dei casi, in prevalenza non sia stato attivato alcun percorso, sebbene alcuni abbiano dichiarato di aver coinvolto colleghi e/o altri servizi sanitari; in pochi casi è stata esplicitata la volontà di avviare iniziative, pur non sapendo a chi rivolgersi⁵¹.

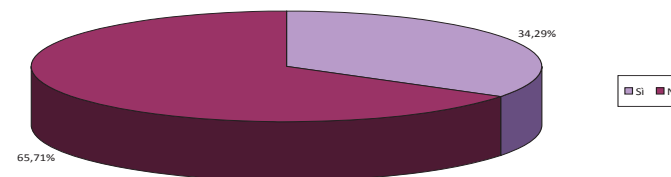
Percorsi attivati



⁵¹ Essendo il quesito a risposta multipla, i dati si riferiscono al totale delle preferenze espresse.

Infine, osserviamo che il 34% degli operatori che hanno segnalato i casi hanno ricevuto richiesta di effettuare una de-infibulazione, mentre nessuno è stato invitato a praticare re-infibulazioni.

Richiesta di effettuare una De-infibulazione



3.5 Quali percorsi: suggerimenti e opinioni

Sulla base dei commenti e suggerimenti finali forniti⁵², ci sembra opportuno sottolineare qui alcune importanti questioni che appaiono particolarmente significative anche per una riflessione sulle più idonee strategie di prevenzione in tema di MGF. In primo luogo, infatti, è emersa con forza la necessità di attivare adeguati ed efficaci interventi di informazione/formazione rivolti agli operatori socio-sanitari, agli insegnanti di tutte le scuole di ordine e grado e alla cittadinanza. Una formazione capace di fornire dispositivi per avviare un processo di sensibilizzazione rivolto alle donne migranti e alle nuove generazioni, per cogliere la complessità insita nell'esperienza dell'“altro”, per individuare gli eventuali segni di disagio trasmessi da donne e bambine.

Formazione congiunta tra pediatri, ed insegnanti di asilo, materna e elementari / Invitare le donne con problemi a rivolgersi con fiducia presso i consultori. I quali dovrebbero formare personale esperto e rispettoso verso le donne che presentano tali problematiche / Formazione che permetta agli operatori di individuare segnali o indicatori che evidenziano il disagio di una donna che ha subito o subirà tale pratica / Educare le nuove generazioni.

⁵² Gli ultimi quesiti del questionario, che prevedevano una risposta aperta, avevano l'obiettivo di rilevare eventuali commenti e suggerimenti da parte degli operatori. A tali interrogativi hanno risposto argomentando le proprie motivazioni 52 intervistati, a cui se ne aggiungono 10 che hanno compilato il campo aperto con formule quali No / Nessun suggerimento e 3 con Non saprei / Non so.

Potenziare l'informazione su mass media, formare il personale sanitario, raggiungere i luoghi di aggregazione delle donne straniere per salvare le seconde generazioni.

Altri operatori indicano veri e propri percorsi strategico/operativi finalizzati ad arginare e prevenire le MGF, coinvolgendo sia i servizi socio sanitari che gli stessi migranti; si sottolinea, ad esempio, la necessità di incrementare la rete dei servizi, al fine di garantire continuità e coerenza nell'attivazione dei percorsi, l'importanza di coinvolgere i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta nell'ambito della prevenzione, l'opportunità di organizzare gruppi di "mutuo-aiuto" per genitori migranti che possano far emergere vissuti ed esperienze, individuando insieme, in un'ottica partecipativa, eventuali rischi e strategie di risposta. Segnaliamo anche che tra le proposte fornite su possibili attività di contrasto del fenomeno, alcuni evidenziano con maggiore enfasi una forte ed esplicita condanna della pratica.

Una società civile deve proteggere da queste atrocità, pertanto devono essere le stesse donne a denunciare certe pratiche apertamente per poter isolare e combattere i o le responsabili di queste barbarie / Le uniche cose che mi vengono in mente sono: 1) materiale educativo da affiggere in luoghi frequentati da utenti a rischio; 2) repressione severissima dei casi che vengano scoperti: galera, sottrazione del minore alla famiglia ed espulsione dei responsabili alla fine del periodo detentivo. Nessuna attenuante! Io se voglio bere alcolici o commettere adulterio lo faccio nel mio paese o in altri paesi di affini. Non in Arabia Saudita o in Sudan! Par condicio!!!! / Non ritengo che sia un fenomeno culturale da giustificare o da rispettare, ma un vero e proprio abuso nei confronti delle donne. Ritengo importante approfondire la conoscenza di questo fenomeno da parte di operatori sociali e socio-sanitari ed organizzare seminari, focus o altre attività che prevedano la partecipazione di donne provenienti da paesi dove vengono praticate le MGF.

Di fatto, per evitare che certe posizioni possano sfociare in derive etnocentriche e discriminanti, offuscando la possibilità di aprirsi e confrontarsi in un dialogo critico e costruttivo, appare fondamentale e quanto mai urgente la realizzazione di occasioni di scambio, confronto e condivisione anche al fine di acquisire strumenti capaci di svelare nuove prospettive. Ed è proprio in questa direzione che si muovono le opinioni di un'altra parte di operatori che denunciano la mancanza di dispositivi utili ad affrontare e gestire il problema nella maniera più idonea, sottolineando l'assenza di un'adeguata preparazione, anche a fronte delle criticità poste in essere dall'incontro/relazione con persone

portatrici di culture "altre".

Purtroppo le due bambine che ho in carico sono arrivate in Italia che avevano già subito le mutilazioni genitali, e come mi hanno riferito i genitori, a pochi mesi di vita. E' solo da poco che mi sto confrontando con il problema e mi sento poco formata per la crescita di queste bambine. Il dialogo con i genitori, al di là dei problemi linguistici è molto difficile perché per loro è assolutamente la normalità.

Riferimenti bibliografici

AIDOS - ADUSU - CULTURE APERTE, Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti. Rapporto di ricerca nelle regioni Veneto e Friuli Venezia Giulia, Aidos, 2009.

ANTONUCCI Gianluca (a cura di), Il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili in Abruzzo, Rubbettino Industrie Grafiche, Catanzaro, 2009.

CANDIA Giuliana (a cura di), Le Mutilazioni genitali femminili nel Lazio, Sviluppo Locale Edizioni, Roma, 2009.

CARRILLO Daniela - PASINI Nicola (a cura di), Migrazioni Generi Famiglie. Pratiche di escissione e dinamiche di cambiamento in alcuni contesti regionali, Franco Angeli, Milano, 2009.

COLOMBO Alessandro - VIGNALI Paolo, Indagine sulla presenza nel territorio lombardo di popolazione a rischio in relazione alla salute sessuale e riproduttiva e alle mutilazioni genitali femminili. Rapporto finale, Istituto Regionale di Ricerca della Lombardia, Milano, 2010.

GALLOTTI Cecilia, Le Mutilazioni Genitali Femminili come posta in gioco nei processi di cambiamento culturale. Migranti nigeriane e servizi socio-sanitari in Emilia-Romagna, pp. 185-265, in CARRILLO Daniela - PASINI Nicola (a cura di), Migrazioni, Generi, Famiglie. Pratiche di escissione e processi di cambiamento in alcuni contesti regionali, Franco Angeli, Milano, 2009.

GIANNONI Margherita (a cura di), Equità nell'accesso ai servizi sanitari, disuguaglianze di salute e immigrazione. La performance dei servizi sanitari, Franco Angeli, Milano 2010.

GIANNONI Margherita - ISMAIL ZAHARA, Rassegna di letteratura sulle disuguaglianze di salute e accesso ai servizi sanitari relative alla popolazione immigrata in Italia, pp. 39-75, in GIANNONI Margherita (a cura di), Equità nell'accesso ai servizi sanitari, disuguaglianze di salute e immigrazione. La performance dei servizi sanitari, Franco Angeli, Milano 2010.

GORI Gianfranco - ESPOSITO Enzo (a cura di), Progetto n. 9. Le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) nella popolazione immigrata. Risultati dell'indagine regionale, Regione Emilia Romagna - Who, 2001a.

GORI Gianfranco - ESPOSITO Enzo (a cura di), Progetto n. 9. Le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) nella popolazione immigrata. Risultati dell'indagine regionale, Regione Emilia Romagna. Raccomandazioni per i professionisti, Regione Emilia

Romagna - Who, 2001b.

LAURENZI Elena (a cura di), Profilo informativo del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili. Conoscerle per prevenirle, Regione Toscana - Nosotras, Firenze, 2006.

LOMBARDI Lia, Le mutilazioni genitali femminili in Veneto: tra migrazioni, relazioni e processi di cambiamento, pp. 267-350, in CARRILLO Daniela - PASINI Nicola (a cura di), Migrazioni, Generi, Famiglie. Pratiche di escissione e processi di cambiamento in alcuni contesti regionali, Franco Angeli, Milano, 2009.

MISITI Maura - RINESI Francesca, Conoscenze e immagini delle Mutilazioni Genitali Femminili: l'indagine sugli operatori dei servizi territoriali, pp.50-87, in CANDIA Giuliana (a cura di), Le Mutilazioni genitali femminili nel Lazio, Sviluppo Locale Edizioni, Roma, 2009.

MORRONE Aldo - SANNELLA Alessandra, Sessualità e culture. Mutilazioni genitali femminili: risultati di una ricerca in contesti socio-sanitari, Franco Angeli, Milano, 2010.

PASINI Nicola, Mutilazioni genitali femminili: riflessioni teoriche e pratiche: Il caso della regione Lombardia, Regione Lombardia - Fondazione Ismu, Milano, 2007.

RE Anna (a cura di), Le mutilazioni genitali femminili: vademecum per operatori sanitari, socio-sanitari e scolastici, Eupolis Lombardia, Milano, 2006.

SIMONELLI Ilaria - CACCIALUPI Maria Giovanna (a cura di), Le mutilazioni genitali femminili. Rappresentazioni sociali e approcci sociosanitari, "Prospettive Sociali e Sanitarie", collana "i Quid", n.11, 2014.

WHO, Eliminating female genital mutilation. An interagency statement, Ginevra, 2008.