

LA RICERCA SU UNA PRATICA TRADIZIONALE NELL'AMBITO DELLA TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA STRANIERA.

La prima volta che ho partecipato ad una manifestazione pubblica per parlare di M.G.F. è stato nel 1992 nell'incontro organizzato a Montecitorio dalle parlamentari di ogni schieramento politico, da Susanna Agnelli ad Emma Bonino a Chiara Ingrao, alla presenza di donne dirigenti di movimenti femminili dei paesi africani in cui la pratica è diffusa e delle poche O.NG, in primo piano Aidos, che avevano esperienze sul campo.

Fu un incontro emotivamente e culturalmente assai intenso per me e per tutte quelle operatrici e operatori che cominciavano ad incontrare nella loro pratica quotidiana, in ambito consultoriale socio-sanitario, donne e bambini e famiglie arrivati attraverso i processi migratori regolari ed irregolari da paesi in cui non solo il diritto alla salute, ma anche la concezione del bambino soggetto di diritto (recente per altro anche per noi occidentali) l'emancipazione femminile, la valenza differenziale tra i sessi e le relazioni di genere costituiscono un insieme di valori culturali e modelli comportamentali poco conosciuti.

Rispetto ad essi la pratica della mutilazione così antica e incomprensibile per noi assurge ad emblema della riflessione complessa che in questi venti anni anche in Italia è stata fatta sulle sfide che il processo migratorio ha suscitato per il nostro sistema sociale e per il Servizio Sanitario Nazionale. Il pendolo del confronto va dal riconoscimento del valore tradizionale e sociale del rito per le comunità che lo praticano alla necessità di mettere in atto azioni congiunte con le stesse comunità per prevenire ogni conseguenza per la bambina e la donna sul piano del diritto alla salute e dei diritti umani.

L'obiettivo dell'abbandono della pratica del rito ha promosso numerosi studi nazionali ed internazionali nella ricerca ed individuazione di ogni situazione, gruppo sociale, professionisti socio-sanitari, educatori che potessero rendersi agenti di cambiamento culturale.

Abbiamo cominciato a comprendere come la decisione di sottoporre alla pratica le proprie figlie qui in Italia o riportandole al paese non è una scelta basata sulla mera convinzione individuali ma è il risultato di aspettative reciprocamente consolidate in presenza, come siamo, di una norma sociale nella comunità di appartenenza di cui la circoncisione consente il futuro di mogli e di madri.

Alcuni degli interventi di stamani riprenderanno sicuramente in modo approfondito tutte le tappe della legislazione internazionale, europea e le diverse dichiarazioni e raccomandazioni agli Stati fino alla legge 7/2006 del Governo Italia che vietano le pratiche del M.G.F.

A me piace sottolineare l'ultima risoluzione del Parlamento Europeo del giugno 2012 in cui si sostiene la (assoluta) necessità di sostenere in particolare le organizzazioni femminili adoperandosi all'interno delle comunità per porre fine alla violenza contro le donne, compreso le M.G.F.

Gli approcci politici, sociali, sanitari, sociologici, antropologici fino ad oggi più diffusi hanno studiato via via nuovi aspetti della questione tenendo principalmente il focus sulla donna mutilata, sul suo corpo violato, sulla tradizione, etc. Comincia però a farsi strada un approccio che mette al centro il diritto del minore alla integrità del proprio corpo e qui si aprono nuovi scenari di incontro/scontro tra le culture tradizionali e religiose che attribuiscono ai genitori ogni diritto di educare i figli secondo i propri convincimenti e la concezione che i diritti sul minore possano costituire un limite a quelli del genitore che, ad alcuni di noi, sembra possano non essere compromessi se alcune scelte sulla integrità del corpo come tante altre sono fatte quando il figlio può decidere autonomamente.

Ecco che emerge l'importanza dei processi migratori quali opportunità di scambio informativo e culturale dal quale può scaturire un decentramento emotivo e culturale che porta non all'imposizione ma alla condivisione della necessità di considerare la pratica in modo diverso.

Ad un certo punto del nostro lavoro di incontro con pazienti donne e bambini stranieri l'esigenza di conoscenza e di comprensione della loro realtà è andata oltre a quella legittima di acquisire costumi, usanze, dati, storie per modulare il nostro intervento, rimanendo sul nostro piedistallo di donne professioniste progressiste, disponibili.

Ci siamo chieste quale fosse veramente la nostra rappresentazione mentale e sociale delle M.G.F. quando incontriamo una donna mutilata o una famiglia che potrebbe decidere di riproporre la pratica alle proprie figlie nate qui e quali atteggiamenti, prima degli interventi sociali e sanitari, possano favorire l'abbandono della pratica e una inclusione sociale in cui la bambina non circoncisa possa vivere in equilibrio tra cultura di provenienza e cultura di accoglienza.

Abbiamo convenuto che le rappresentazioni sociali costituiscono un fattore importante per il cambiamento culturale e sociale

Di conseguenza anche lo studio delle rappresentazioni sociali delle M.G.F. ci è parso un tipo di esplorazione interessante e abbiamo progettato attraverso il "Progetto Salute e Migrazione" questa ricerca sulle rappresentazioni sociali delle M.G.F. in tre popolazioni target: operatori, donne italiane e donne straniere.

L'ottica esclusivamente clinico-assistenziale appare poco risolutiva; l'ottica di complessità del fenomeno viceversa consente di cogliere le relazioni con la cultura e la struttura sociale e di individuare le risorse da impiegare per un significativo e duraturo cambiamento.

La ricerca condotta sarà presentata oggi e porterà i risultati alle domande:

- Quali sono le rappresentazioni sociali legate alla pratica nella popolazione femminile immigrata e nella popolazione femminile italiana.
- Quali sono i rispettivi punti di vista nella relazione intercorrente tra le donne circoncise e gli operatori del Servizio Sanitario Regionale.
- Quali indicazioni strategiche si possono individuare per il superamento della pratica.

Per concludere, tre osservazioni:

Gli approcci veramente multidisciplinari e interdisciplinari del fenomeno M.G.F., i processi di emancipazione ed empowerment delle persone coinvolte appaiono elementi costitutivi dei modelli di prevenzione e promozione della salute delle nostre politiche e in questo modo si può iniziare il cammino che può portare al cambiamento di una rappresentazione sociale tradizionale legittimata dall'appartenenza alla cultura delle comunità di provenienza e al cambiamento parallelo di una rappresentazione sociale esclusivamente giudicante e, moralista delle comunità di accoglienza.

Difronte a questo fenomeno dell'M.G.F. di più che in altri casi, è utile ricordare che la ricerca non si esaurisce sul piano di una razionalità descrittiva-constatativa, ma deborda continuamente in una dimensione inventiva, e non è praticabile nella sua pienezza se essa non si va sviluppando in un'area di reciprocità (Napolitani 1989).

Inoltre, nel rapporto operatore-paziente, va sottolineata da un lato, l'importanza di trovare per il malessere un senso socialmente condiviso sia per l'uno che per l'altro, di divenire compartecipi di una variazione che si fonda nel passato e si apra ad una serie di possibili futuri in cui l'abbandono della pratica non è basato sul mero divieto, ma nel cambiamento della sua rappresentazione. (De Martino)

Si tratta insomma di combattere con la forza del pensiero ogni discriminazione operata secondo le tradizioni locali delle diverse società sulla sessualità femminile.