

A photograph of a woman in a pink headscarf walking past a wall with colorful graffiti in a village setting. The wall features large, stylized figures and patterns in blue, yellow, and green. In the background, there are blue-painted buildings and a dirt path.

MGF: tra motivazioni socio-culturali e effetti sanitari

Le MGF non sono solo un abuso sulla persona da un punto di vista fisico e psicologico ma anche l'annullamento della persona come soggetto di diritto

Dr. Andrea Foracchia

MGF o MEGF : “mutilazioni” o “modificazioni etniche” ?



“Parziale o totale rimozione dei genitali femminili esterni o altra lesione agli organi genitali femminili per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche” (OMS 1995)

Varie denominazioni indicano, in maniera spesso confusa diversi gradi di MGF:

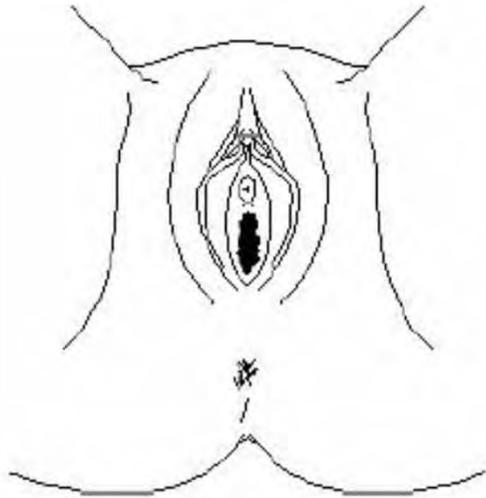
*Circoncisione femminile, “sunna”, escissione, infibulazione, circoncisione faraonica, “aruè” o nomi locali facenti riferimento ai concetti di **purezza e bellezza***

Per non accentuare la connotazione negativa del termine “mutilazione” sono stati proposti i termini “**cut**” (= **taglio**) o “**modificazioni etniche**” ma il termine MGF viene normalmente accettato a livello internazionale (Addis Abeba, 1990)

Reggio E, 18 aprile 2015

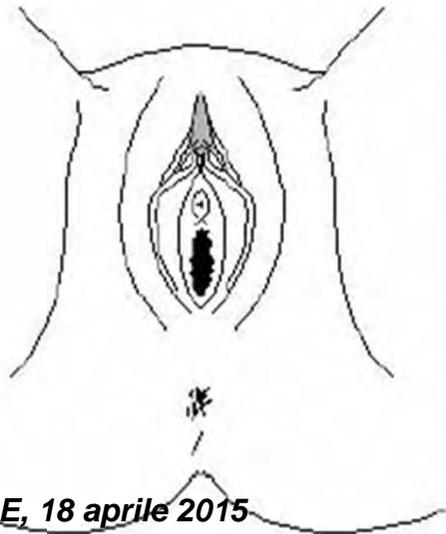
dr. A. Foracchia

Classificazione OMS (1996). tipo I°



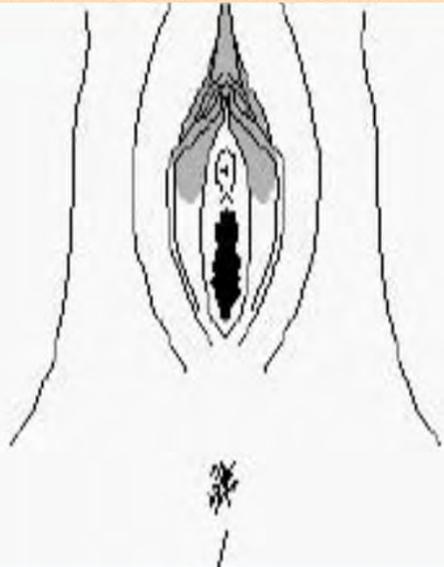
genitali esterni normali

Tipo I° : escissione del prepuzio (I°a) con o senza l'asportazione parziale o totale del clitoride e parziale delle piccole labbra (I°b)



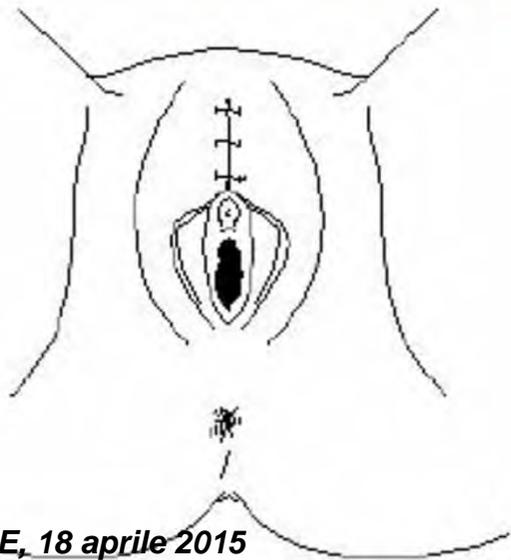
dopo escissione

MGF tipo II°



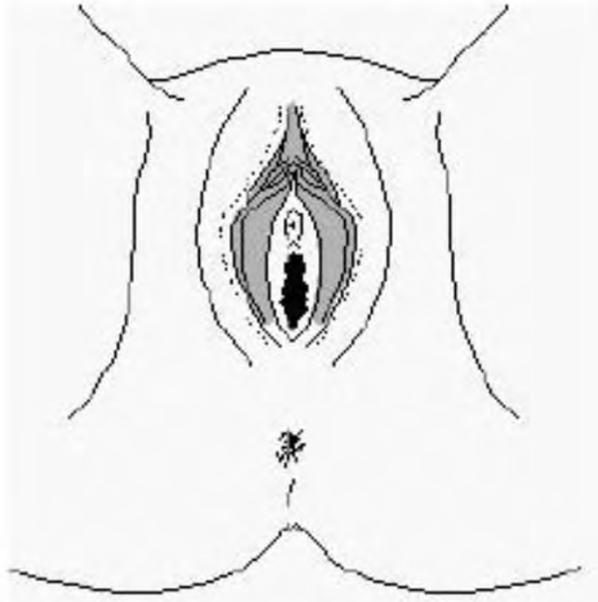
**Asportazione del clitoride
con la parziale o totale
escissione delle piccole
labbra e sutura fino al meato
uretrale**

a) dopo escissione

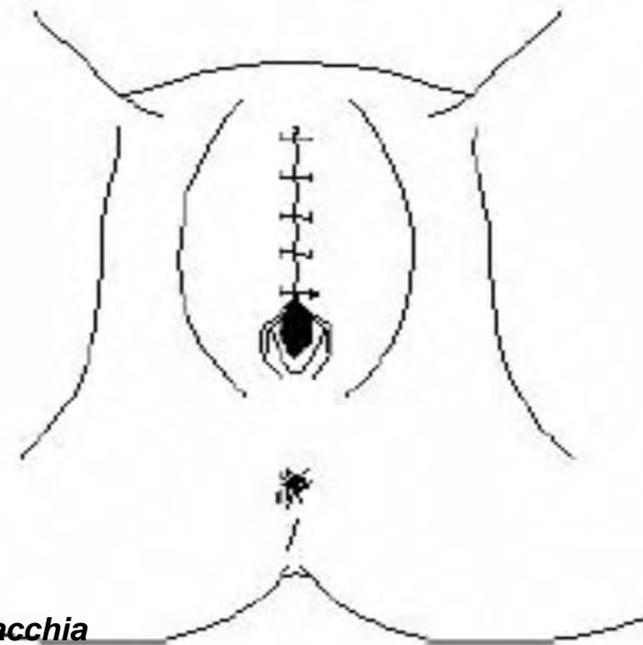


b) dopo sutura

MGF tipo III° (infibulazione)



Escissione di una parte o dell'insieme dei genitali esterni e cucitura / avvicinamento dell'orifizio vaginale (infibulazione)



MGF tipo IV°



Tutte le altre forme:

- ❖ incisione, perforazione, taglio del clitoride e/o delle labbra
- ❖ allungamento del clitoride e/o delle labbra
- ❖ cauterizzazione del clitoride
- ❖ raschiamento del tessuto circostante l'orifizio vaginale
- ❖ introduzione nella vagina di sale, erbe o sostanze corrosive per restringerla
- ❖ ...

MGF tipo V° ?



- In corso revisione a livello OMS della classificazione in uso e verosimile introduzione di una nuova classe di MGF riferita alle pratiche solo simboliche (piccolo taglio o puntura del prepuzio del clitoride per fare uscire alcune gocce di sangue)

cfr. proposta del dr. Omar Abdulkadir Centro di riferimento regionale per le MGF Osp. Careggi di Firenze

Le origini e le motivazioni



Origine molto antica: Erodoto V° sec. a.C.; Egitto e corno d'Africa; Antica Roma ("fibula" per le schiave) con finalità di riduzione del desiderio sessuale e evitare gravidanze

NB: origine antecedente la nascita di cristianesimo e Islam e diffusione indipendente da fattori religiosi

Teorie sulle motivazioni originarie (Grassivaro Gallo)

- demarcazione del sesso / rito di passaggio
- controllo sessuale delle donne/ fedeltà /ordine sociale
- protezione delle greggi
- garanzie che verranno seguiti i dettami religiosi (modestia, obbedienza, castità) richiesti alle donne
- aumento della fertilità (rapp.sex./ infezioni / sterilità)
- miglioramento estetico

MGF oggi: perché continua?



Valore e riaffermazione di un atto tradizionale:

- Rito iniziatico di ingresso o di passaggio
- Riaffermazione di una identità socio - comunitaria: coesione sociale
- Motivazioni economiche / possibilità di un matrimonio “vantaggioso” : stretta connessione con il “prezzo della sposa”
- Aumento del controllo delle anziane sulle giovani (prestigio e potere delle “assistenti tradizionali”, fonte di reddito per le “anziane” della comunità)
- Controllo “politico” della donna (emancipazione e scolarizzazione = riduzione MGF?)

La Antropo-poiesi: un vecchio concetto antropologico



Auto-costruzione dell'individuo sociale:

l'uomo nasce come essere incompleto e il suo comportamento non è predeterminato dal suo patrimonio genetico.

Le pratiche rituali e le istituzioni contribuiscono a completarne la costruzione.

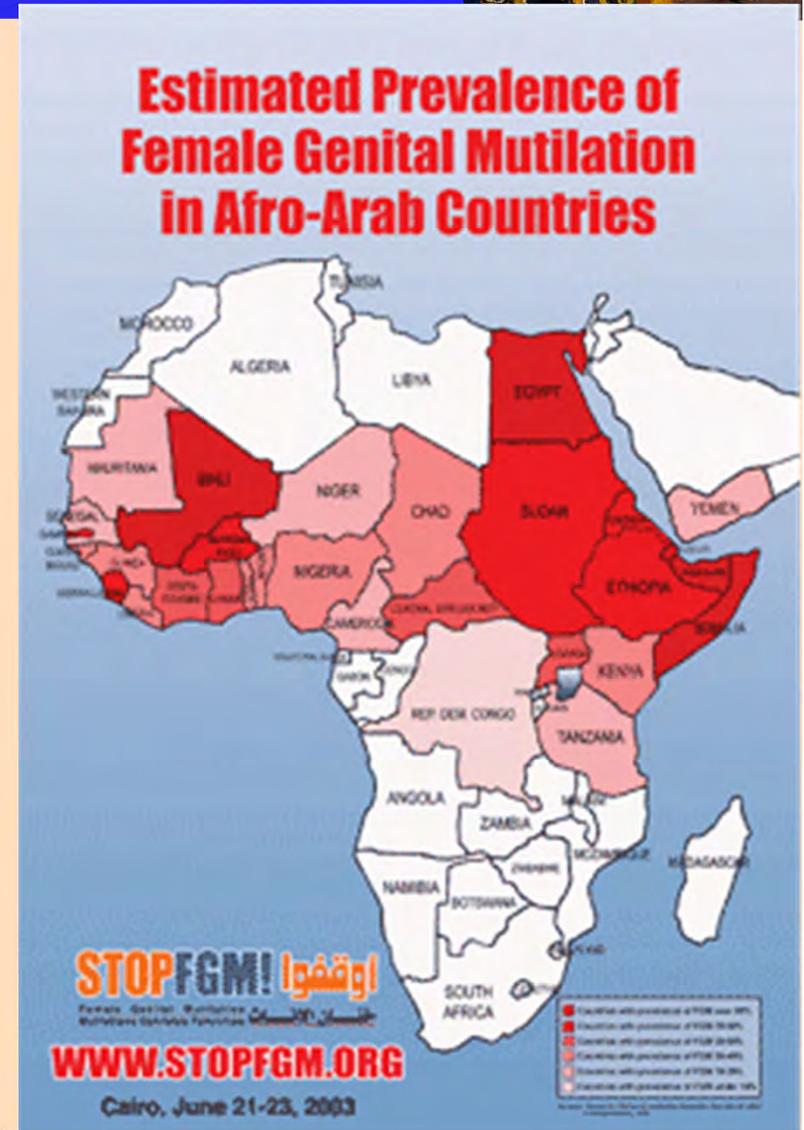
Il suo corpo deve cambiare per essere accettato dalla società ed essere funzionale ad essa: a volte questi cambiamenti possono essere in contrasto con la sua anatomia e con la sua fisiologia (interventi “**estetici**” sul corpo cambiano a seconda della cultura, variando nel tempo e nei diversi luoghi, in una ricerca quasi ossessiva di “bellezza”)

La “bellezza” non solo come canone estetico ma con implicazioni spirituali e morali

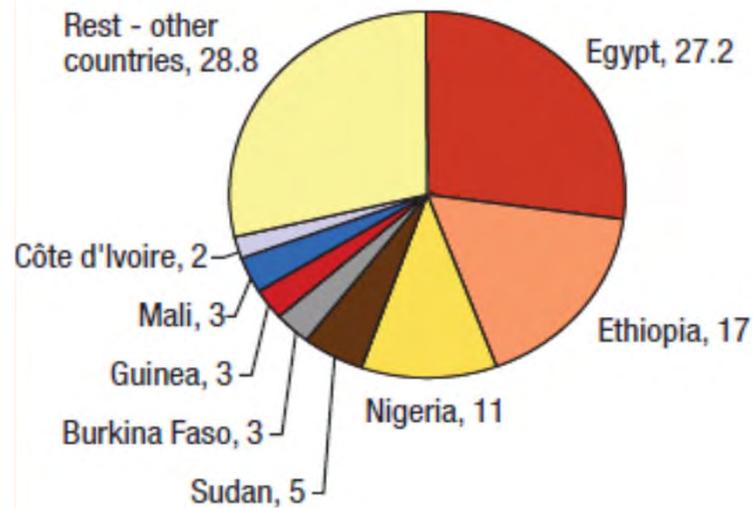
Diffusione

28 paesi africani e del Medio Oriente (Arabia Saudita, Oman, Yemen Iran, Iraq, Israele)

In misura più ridotta, ma non quantificabile, le MGF sono praticate anche in Asia (Indonesia, Malesia, India, Pakistan) e Medio Oriente (Israele Arabia Saudita, Emirati, Iran, Iraq) e nei paesi di immigrazione



Paesi a maggiore incidenza



L'OMS stima che siano dai 100 ai 140 milioni le donne nel mondo sottoposte a MGF e che le bambine sottoposte a tali pratiche siano, ogni anno, circa 3 milioni

		ragazze/donne 15-49
Somalia	2005	97.9
Egitto	2005	95.8
Guinea	2005	95.6
Sierra Leone	2005	94.0
Gibuti	2006	93.1
Mali	2001	91.6
Sudan settentrionale (circa 80% del totale della popolazione dell'indagine)	2000	90.0
Eritrea	2002	88.7
Etiopia	2005	74.3
Gambia	2005	78.3
Burkina Faso	2005	72.5
Mauritania	2001	71.3
Guinea-Bissau	2005	55.4
Liberia	Dati da vari studi	45.0
Ciad	2004	44.9
Costa d'Avorio	2005	41.7
Kenya	2003	32.2
Senegal	2005	28.2
Yemen	1997	22.6
Nigeria	2003	19.0
Benin	2001	16.8
Repubblica Unita di Tanzania	2004	14.6
Togo	2005	5.8
Ghana	2005	3.8
Niger	2006	2.2

La migrazione: un mondo in movimento



- ❖ Fisico
 - ❖ Psicologico
 - ❖ Culturale
-
- Con la immigrazione si apre un momento di crisi della propria identità ed appartenenza
 - Dalla interazione con la nuova società: apertura o chiusura?
 - Le MGF come “ferite simboliche” di riconoscimento e di appartenenza ad una comunità ?

La società che “accoglie”: assimilazione o multi culturalità?



- Nei paesi di accoglienza: esperienze di assimilazione e di multiculturalità? Il “meticciato”
- L’oscillazione della politica e della cultura italiana tra “multiculturalismo bonario” (e confusionario) e assimilazione (con tratti di xenofobia)
- Su alcuni temi la elasticità può essere un pregio (es. velo, feste religiose, digiuno rituale ecc.)
- I pericoli di una condanna “a priori” e/o di un relativismo culturale che mette a rischio principi basilari (inviolabilità della persone // MGF)

La donna immigrata di fronte al tema delle MGF



- ✧ Il confronto con la realtà di accoglienza può **favorire la consapevolezza** delle conseguenze negative delle MGF e portare ad una **visione più critica della pratica**
- ✧ All'opposto, in particolare **nei contesti di accoglienza più difficili**, la pressione a continuare la pratica può **aumentare in nome di un rafforzamento dell'identità culturale**
- ✧ La pressione della **famiglia d'origine** può essere molto forte e si fa sentire anche a distanza. Ci sono situazioni in cui le bambine vengono sottoposte a MFG all'insaputa di uno o di entrambi i genitori durante un soggiorno nel paese di origine

MGF e immigrazione : dalla parte delle bambine



- ✧ Nelle culture di arrivo non esistono giustificazioni a queste pratiche e neppure meccanismi compensatori,
- ✧ Le figlie hanno bisogno di genitori “presenti”, ma hanno la necessità di integrarsi nel paese di residenza
- ✧ La sofferenza delle ragazze mutilate che vivono nel paese di immigrazione può essere molto forte: si sentono tradite da parte della famiglia, si sentono sessualmente diverse e in difficoltà, si accentua il conflitto all’interno della famiglia stessa e con la cultura del paese di origine

MGF e immigrazione: quali messaggi alle famiglie?



- ✧ Non discriminazione ma affermazione di principi universali (libertà, uguaglianza di genere, tutela della integrità fisica e psichica dei minori, rispetto della dignità della persona)
- ✧ Aiutare le famiglie a capire che essere genitori in terra straniera comporta il confronto e l'assunzione di comportamenti diversi, ma non significa essere “meno genitori”
- ✧ Incoraggiare il tentativo di aumentare la consapevolezza nelle famiglie dei danni fisici e psicologici personali ma anche dello stigma che può essere motivo di emarginazione.. nel paese di emigrazione può accadere, per motivi opposti, ciò che si teme possa accadere nel paese di provenienza
- ✧ Esiste una precisa punibilità regolata dalla legge n.7/2006

MGF: le conseguenze



Differenza tra conseguenze e complicanze:
possono non esserci complicanze ma ci sono
sempre conseguenze

La gravità delle conseguenze dipende da vari fattori:

- tipo di mutilazione ed età della bambina
- condizioni in cui questa si è verificata (“abilità” dell’operatore, strumenti utilizzati, luogo in cui si è svolto)
- consapevolezza/accettazione/resistenza
- ambito sociale e culturale (“consenso sociale”)

Conseguenze negative



Anche in assenza di complicanze ci saranno sempre:

- ricordo del dolore
- esiti di trauma psicologico
- diminuzione del piacere sessuale
- riaffermazione della “inferiorità” ruolo femminile (stereotipi femminili del valore della docilità e accondiscendenza)
- perdita di fiducia nella famiglia e negli amici

Conseguenze positive



- Approvazione e sostegno della famiglia e della struttura sociale
- Rafforzamento di una identità culturale e senso di appartenenza
- Rito di “passaggio”: accettazione da parte della comunità in un ruolo “adulto”
- Riaffermazione di una identità di genere e sensazione di maggiore bellezza e attrattività sessuale
- Gratificazione immediata (regali, interessamento, festeggiamenti)
- Possibilità di matrimonio

Complicanze immediate...



- Emorragie (sono quasi la norma per sezione della arteria clitoridea)
- Shock (da dolore o da perdita ematica)
- Infezioni localizzate o generalizzate con possibile esito letale per sepsi, tetano ecc.
- Ritenzione urinaria acuta
- Febbre
- Fratture, slogature, ferite (da metodi di contenzione)
- Danni agli organi e strutture adiacenti (uretra, retto, sfintere anale)

...e complicanze tardive



- Problemi vulvari (cicatrici, ascessi, cisti da ritenzione, neurinomi, traumi ricorrenti da tentativi di attività sessuale)
- Problemi urinari (ritenzione urinaria difficoltà alla minzione, minzione dolorosa, infezioni ricorrenti, incontinenza da danno uretrale)
- MIP e sterilità
- HIV, epatiti
- Problemi sfera ginecologica (dismenorrea ematometra, dispareunia, complicanze in gravidanza e parto, VVR e VVF)
- Difficoltà permanenti della sfera sessuale, ansia, depressione, incubi, disturbi alimentari
- Difficoltà nella relazione col coniuge/partner (abbandono, emarginazione, umiliazione)

N.B. possibilità di “riabilitazione” solo molto teorica

Complicazioni ostetriche da MGF



- La fibrosi vulvo-vaginale non consente la dilatazione del canale da parto: danni materni e fetali
- Gravi lacerazioni perineali uretrali e rettali,
- Ostruzione del parto con possibili rotture d'utero
- maggiore incidenza dei T.C

Pronunciamenti ufficiali internazionali e di nazioni africane



In nessun paese africano la legislazione dichiara sostegno o giustificazione alle MGF.

Almeno 15 paesi hanno approvato leggi nazionali contrastanti le pratiche tradizionali e la totalità dei restanti paesi ha all'interno della propria costituzione o alle leggi già in vigore norme che scoraggiano questa pratica

Molte **convenzioni internazionali** includono il tema delle MGF:

- Diritto alla salute
- Diritto a non essere soggetto a trattamenti crudeli o degradanti
- Diritto alla integrità fisica e sessuale
- Diritto alla riproduzione

Cosa ne dicono leggi, risoluzioni, dichiarazioni e trattati



- Il numero di leggi, dichiarazioni, trattati che vietano le MGF esplicitamente o implicitamente è enorme: **la legge 7/2006 è chiarissima;**
- Nel Codice di Deontologia Medica (F.N.O.M.C. e O) del 2006: art.52 “Torture e trattamenti disumani”
- Istituzioni sanitarie sociali e religiose che, dopo le dichiarazioni **sostengono azioni e progetti contro le MGF:** Ass. Medica Mondiale, FIGO, ACOG, AMA, Fondazione Sviluppo e Ricerca sulla Salute delle Donne (UN), innumerevoli NGO

Molte parole...
Occorre realizzare iniziative concrete

Il rito alternativo: dibattito chiuso?



- **Pro:**
 - offerta di soluzione a chi è in transizione tra due culture
 - Assenza di danni per la salute e integrità fisica
- **Contro:**
 - si afferma in modo netto che su alcuni principi fondamentali (diritto alla salute, rispetto per i diritti di donne e minori, uguaglianza tra uomini e donne, rispetto per la dignità della persona) non c'è spazio di negoziazione
 - Vanno definiti i tipi di rito alternativo ammissibili

NB: la vicenda umana e professionale del dr. Omar Abdulcadir
(Centro di riferimento per le MGF Osp. Careggi, Firenze)

L'operatore socio-sanitario e le MGF



- Rendersi conto che il problema “esiste”
- Conoscere l'aspetto medico ma anche culturale del problema
- Capire cosa c'è dietro: la persona, la comunità di origine, la realtà di immigrata
- Avere ben chiari gli aspetti legislativi (e i suoi limiti)
- Contribuire alla soluzione attraverso la ricerca:
 - ❖ *Indagine Regionale “le MGF nella popolazione immigrata” RER 2000-2001*
 - ❖ *MGF percezione del fenomeno in un contesto di immigrazione ISMU-Regione Lombardia 2006*
 - ❖ *Le MGF. Rappresentazioni sociali e approcci sociosanitari. Simonelli-Caccialupi 2013*

Cosa deve fare l'operatore sanitario



- Importanza della mediazione culturale
- Attenzione alla figura del partner (coinvolgimento positivo quando possibile)
- Rispetto per la intimità violata
- Riconsiderare criticamente e ri-adattare le proprie azioni (visita, es. strumentali ecc.)
- Sforzarsi di trovare le parole adeguate (evitare i termini tecnici ma anche guardare la donna mentre si parla per evitare di ferirla ulteriormente)
- Imparare (umilmente) tecniche semplici ma indispensabili (de-infibulazione)

Cosa NON deve fare l'operatore sanitario



- Sottovalutare / sopravvalutare il problema
- Lasciare trasparire sensazioni o emozioni senza mancare di empatia
- Credersi onnipotente (psico-sessuo-antropo-uro-ginecologo): necessità di un supporto interdisciplinare
- Trascurare il pericolo per le bambine nate in Italia (coinvolgimento di mediatrici culturali, comunità locali, pediatri, medici di famiglia, assistenti sociali, insegnanti ...)
- Confinare il tema in ambito esclusivamente tecnico-professionale

MGF e violenza di genere



- La MGF come espressione evidente e su cui c'è generale consenso di violenza di genere...ma...***Molte altre violenze sono meno evidenti ma più frequenti e non meno gravi***
- Violenza domestica (moglie, figlie), solitudine, abbandono
- Lavoro “nero” (laboratori cinesi, badanti ecc.)
- Prostituzione (di strada e di appartamento)
- Gravidanze indesiderate /aborto
- Isolamento, dipendenza dal coniuge, ignoranza della lingua

La Mutilazione Genitale è solo Femminile ?



“Perché si parla tanto poco e con tanta leggerezza della circoncisione maschile ?...” (Foracchia 2006)

Interviste e focus group **delle donne straniere** (Ricerca Simonelli 2013) hanno posto più volte l'esigenza di un **confronto** con la pratica delle mutilazioni genitali maschili (= “violazioni ai minori”) e soprattutto con alcune pratiche cruente ricorrenti nel contesto occidentale (fori i lobi delle orecchie, piercing, interventi di chirurgia estetica) ispirate a modelli discutibili di sessualità femminile: **“necessità di avere orientamenti generali in materia di preservazione della integrità fisica del corpo per i minori di età, indipendentemente dal sesso di appartenenza”**

Grazie per l'attenzione!!!





Dallo scritto di una donna somala



*“e tutti coloro che amano a pace
proteggano, sostengano, diano una mano
alle bambine innocenti, che non fanno male
obbedienti ai loro genitori, agli anziani
e che conoscono soltanto sorrisi.
Iniziatele al mondo dell’amore
non al mondo del dolore femminile”*

RE: popolazione femminile da paesi a rischio per MGF (Osservatorio Com. RE 2013)



- Totale popolazione straniera femminile: 15991
- 6448 donne/bambine da paesi a rischio (Africa-Asia)
- da paesi ad alta incidenza (dal 20 a oltre 90%) di MGF : 3011 (Nigeria, Egitto, Senegal, Burkina, Costa d'Avorio, Somalia, Cameroun, Etiopia, Eritrea,)
- di cui bambine 0-14 aa : **400** (il dato va corretto in base agli indici di prevalenza specifici di ciascun paese e si riduce ulteriormente almeno del 50%) **Una stima verosimile è di circa 200.**
- da paesi a incidenza stimata < 10% : 3437 (Ghana, Marocco, Tunisia, India, Pakistan)

NB. Molte altre variabili (tipo di comunità, grado di integrazione, scolarità ecc.) rendono comunque difficile la stima numerica

Quante tra le nostre utenti vengono da paesi potenzialmente a rischio?



- 265 donne (*Salute Donna 2009*) cui vanno aggiunte le bambine viste nell'ambulatorio pediatrico.
- Con loro abbiamo avuto 980 accessi.
- La MGF non è mai rientrata tra i motivi espliciti di consultazione ma molte delle patologie lamentate (MIP, sterilità, infezioni genitali ecc.) le possono riconoscere come concause
- Nella grandissima maggioranza sono di tipo I, II, e non vengono neppure segnalate alla visita: a nostro giudizio sono “modificazioni” che non incidono sulla salute “fisica” della donna. Possono essere o essere state importanti per il suo benessere/malessere complessivo ma molto meno di altri fattori (precarietà economica, lavorativa, abitativa ecc,)

Appendice: legge 7/2006



LINEE GUIDA

- Per gli operatori sanitari
- Per le mediatrici culturali
- Per le assistenti sociali
- Per gli insegnanti

Con le lettere (A, B ecc.) si esprime la forza delle raccomandazioni

✓ Condotta di “buona pratica clinica” basata sulla esperienza del gruppo che ha sviluppato le linee guida

LINEE GUIDA: operatori sanitari

Ogni operatore sanitario che si occupi di salute femminile dovrebbe **essere in grado di rispondere** ai bisogni delle donne che hanno subito le MGF.

A Personale specializzato dovrebbe essere previsto per affrontare le situazioni a rischio, trattare patologie particolarmente complesse come ad esempio gli interventi chirurgici di de-infibulazione (in preparazione del parto, durante il parto o per libera scelta della donna per la sua salute e benessere).

B Gli operatori sanitari dovrebbero essere a conoscenza dei vari aspetti che coinvolgono le MGF, quali le caratteristiche etnico-geografiche della popolazione coinvolta, le basi sociali e culturali, al fine di poter attuare nel modo migliore sia la prevenzione che l'assistenza.

A Se il medico ha le necessarie informazioni culturali e scientifiche sulle MGF, l'impostazione di un rapporto medico-paziente disteso e di fiducia evita reticenze, imbarazzi e curiosità.

Linee guida: approccio alla donna con MGF



B L'approccio ad una donna che ha avuto esperienza di MGF dovrebbe essere di tipo multidisciplinare.

A Il primo aspetto da curare nell'incontro tra paziente e professionista sanitario dovrebbe essere quello della comunicazione interpersonale.

A L'approccio clinico e psicologico ad una donna che ha avuto esperienza di MGF dovrebbe essere effettuato preferibilmente da operatori di sesso femminile (ginecologhe, infermiere, ostetriche, psicologhe). Ove ciò non è possibile l'operatore sanitario di sesso maschile dovrebbe essere sempre assistito ed operare alla presenza di una o più collaboratrici di sesso femminile.

B Se necessario, sarebbe opportuno avere la collaborazione di interpreti e mediatrici culturali, di solito meglio accettate dalle donne stesse, nel rispetto della loro cultura e tradizione

A Gli operatori sanitari dovrebbero essere a conoscenza dei vari tipi di MGF, tenendo presente che è sempre necessario adattarsi alla descrizione fatta dall'interessata, al fine di creare una relazione interpersonale positiva e non ferire la suscettibilità della donna o della bambina che ha subito MGF

LINEE GUIDA: operatori sanitari



A Gli operatori sanitari **dovrebbero** essere a conoscenza dei vari tipi di MGF, tenendo presente che è sempre necessario adattarsi alla descrizione fatta dall'interessata, al fine di creare una relazione interpersonale positiva e non ferire la suscettibilità della donna o della bambina che ha subito MGF

B La visita ginecologica può essere difficile, dolorosa, talvolta addirittura impossibile da effettuare; l'operatore, nell'effettuare la visita con delicatezza, dimostrando conoscenza e rispetto della cultura di appartenenza della donna e della pratica stessa, non dovrebbe insistere nell'effettuarla se questa provoca dolore eccessivo. E' comunque fondamentale limitare visite ed altre procedure allo stretto necessario.

A L'assistenza alla gravidanza e al parto dovrebbero essere effettuate con particolari accorgimenti nelle donne con MGF, anche in considerazione del fatto che tali pazienti vanno più facilmente incontro a complicanze.

A Particolare importanza riveste la prima visita che sarebbe opportuno effettuare non appena accertato lo stato gravidico.

LINEE GUIDA: ricovero e de-infibulazione



A La de-infibulazione andrebbe eseguita per le MGF di tipo III e per tutte quelle che occludono in qualche modo l'ostio vaginale

A La de-infibulazione è un intervento chirurgico riparativo che si prefigge di creare un ostio vaginale normale e ricostruire, per quanto possibile, una parvenza di piccole labbra a protezione dell'ingresso vaginale. L'intervento può essere parziale o totale a seconda che il taglio apra completamente la linea di fusione delle parti mutilate o si fermi appena al di sopra del meato urinario, e viene richiesto prima del matrimonio, o prima o durante la gravidanza per evitare un taglio cesareo, o al momento del parto. Tale intervento viene effettuato in anestesia locale o locoregionale e in rari casi viene eseguito in anestesia generale per scelta della donna.

A Per le donne con MGF, ricoverate presso le U.O. di Ostetricia e Ginecologia sarebbe opportuno integrare le informazioni contenute nella cartella clinica con specifiche informazioni relative alle MGF subite.

A La deinfibulazione annulla gli effetti della MGF (in tutto o in parte) da un punto di vista fisico, ma non ripara i danni psicologici che dovrebbero essere trattati da personale competente.

LINEE GUIDA: rilevazione dati e mediazione culturale



- ✓ Sarebbe opportuno conoscere il numero degli interventi di deinfibulazione che vengono effettuati negli ospedali italiani e codificare in modo omogeneo tale intervento nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO)...
- **Le indicazioni fornite sono già in fase di sperimentazione nella Regione Emilia-Romagna.*
- ✓ Sarebbe opportuno che il mediatore/trice culturale manifestasse, nel proprio lavoro, discrezione, sensibilità e conoscenza del fenomeno delle MGF, con rispetto per le posizioni delle donne ed equilibrio nella traduzione nelle due direzioni.
- ✓ Il ruolo della mediatrice culturale, come quello dell'assistente sociale, nell'attività di mediazione culturale, dovrebbe favorire il rapporto tra istituzioni e famiglie, anche nel tentativo di far emergere l'atteggiamento nei confronti delle mutilazioni genitali

LINEE GUIDA: assistenti sociali



- √ L'assistente sociale può svolgere un capillare lavoro di promozione dei servizi sociali e sanitari offerti sul territorio, al fine di promuovere corretti comportamenti a tutela della salute delle donne e delle bambine.
- √ Il coinvolgimento degli uomini, da parte degli operatori, nel percorso di revisione di valori, norme e tradizioni che governano i rapporti uomo-donna, il ruolo della donna nella famiglia, la figura femminile nella società potrà favorire più efficacemente il cambiamento di comportamento rispetto alle MGF...

Seguono le raccomandazioni per gli operatori della scuola..

