

**PARERE DELLA COMMISSIONE REGIONALE DI BIOETICA
ESPRESSO NELLA SEDUTA DEL 9 MARZO 2004 RELATIVAMENTE A:**

“Prevenzione delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF): liceità etica, deontologica e giuridica della partecipazione dei medici alla pratica di un rito alternativo”

La Commissione Regionale di Bioetica nella riunione plenaria del 9 marzo 2004, presa attenta visione della relazione del proprio gruppo di lavoro *ad hoc* costituito, esprime il seguente parere sul quesito di cui all’oggetto, rivolto alla stessa da parte del Presidente della Federazione Toscana degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, Dr. Antonio Panti.

« La Commissione consapevole della necessità di intensificare, nel quadro della politica di integrazione delle comunità, tutte le iniziative utili al superamento di ogni forma di sopraffazione e di discriminazione della donna, e intraprendere azioni di promozione della salute, secondo quanto sancito nei principi universali sanciti a tutela dei diritti dell’uomo e liberamente sottoscritti da tutti i paesi del mondo aderenti e presenti nelle carte statutarie dell’ONU, dell’UNESCO, dell’UNICEF e della Comunità Europea, esprime il proprio parere unanime a partire da una radicale condanna di ogni forma di manipolazione del corpo delle donne. Il quesito sulla liceità deontologica, giuridica ed etica della partecipazione da parte di medici iscritti all’Ordine alla pratica di un rito alternativo alla infibulazione rituale impone invece una serie di puntualizzazioni in fatto ed in diritto connesse alle molteplici implicazioni etico-deontologiche e sanitarie che meritano un’analisi oggettiva libera quanto più possibile da preconcetti ideologici e da reazioni emotive in quanto diretta a proporre indirizzi comportamentali e soluzioni operative da attuare in un contesto di valori e di diritti ed in un ambito normativo chiaramente definiti. È comunque di grande interesse l’appassionata enunciazione di tesi spesso difformi ma sempre ispirate ad un autentico spirito democratico e da una forte tensione morale, nonché le prese di posizione di organismi competenti nei vari settori interessati tra i quali spicca la Mozione 709 del 03/02/2004 approvata all’unanimità dal Consiglio Regionale della Toscana».

La procedura proposta dal medico somalo Abdulcadir è stata illustrata dal gruppo di lavoro *ad hoc*, e considerata da questa commissione, in seduta plenaria come una manipolazione, allusiva più che sostitutiva, rispetto alle forme di mutilazione genitale femminile (MGF) praticate in vasti contesti tribali africani e medio-orientali sulla base di oscure e violente tradizioni (estrane a qualsiasi precetto fedeistico proprio delle grandi religioni) che, comunque interpretate, tendono a mortificare il corpo e la vita stessa della donna in maniera brutale e devastante privandola di ogni presupposto estetico, funzionale e psicologico all’esercizio di una fisiologica attività sessuale. La presenza in Toscana di popolazioni immigrate ha comportato problemi di varia indole sanitaria e non, soprattutto nella nostra regione.

Ed è sulla base delle relative esperienze che sono sorte iniziative protettive, quale quella lodevolmente e coraggiosamente perseguita dal dottor Abdulcadir, che non si limita alla cura medica e chirurgica delle patologie infettive e funzionali che rendono drammatica la vita della donna infibulata per quanto attiene la vita sessuale e l’espletamento del parto ma si estendono ad un lodevole rapporto informativo e persuasivo, diretto a proteggere, soprattutto ma non esclusivamente, le bambine esposte al rischio di infibulazione o di altre MGF. D’altronde, anche in molti paesi africani la infibulazione rituale è ritenuta delittuosa e perseguita (Burkina Faso, Repubblica Centrafricana, Ghana, Guinea, Togo, Costa D’Avorio), in altri (Egitto, Sudan) ammessa solo nella versione SUNNA, la quale pur sempre implica la clitoridectomia, mentre la giurisprudenza egiziana (sentenza della Suprema Corte amministrativa del 28 dicembre 1997 ha confermato la illegalità di ogni pratica di MGF anche consentita dalla donna o dai genitori “prevedendo per il medico infibulatore il carcere e la perdita della autorizzazione ad esercitare la professione”, (cfr. Aldigherichi Darlusch, *Islam, Musulmani e bioetica*, Armando Ed. Roma, 2002). D’altronde anche la Repubblica Araba d’Egitto ha firmato, durante la conferenza del Cairo del 1994 accordi internazionali contro qualsiasi discriminazione della donna per cui *la tolleranza più o meno*

tattica manifestata nei riguardi della MGF potrebbe essere interpretata come un tradimento di questo solenne impegno.

Il grande movimento, in atto nei paesi ove le MGF ancora imperversano, diretto a liberare la donna da ogni violenza materiale e morale (un movimento che vede in prima linea le organizzazioni femminili e studentesche) non può, ad avviso di questa commissione, esser trascurato in ordine ai temi oggetto del quesito proposto.

In tal senso, la valutazione nei riguardi di una forma non dolorosa, praticamente incruenta e sostanzialmente ben lontana da qualsiasi tipo di MGF e persino dalla c.d. SUNNA, deve essere intesa nella sua mera significazione di pratica rituale diretta a prevenire, nei limiti del possibile e del credibile, il ricorso a interventi demolitori, a rispettare quindi la integrità della donna ma pur sempre nel quadro di una soggezione rituale ormai combattuta o addirittura bandita negli stessi paesi di origine.

La Commissione ritiene peraltro assolutamente commendevole e meritevole della massima considerazione l'operato e la proposta del dottor Abdulcadir in quanto volti a integrare con misure di intervento pratico, un'autentica e meritoria lotta contro la pratica della MGF particolarmente attuate con una procedura simbolica che presuppone per ragioni di sicurezza e d'igiene la presenza specifica di un esercente di professioni sanitarie che a tale iniziativa liberamente aderisca.

In effetti, trattasi di un intervento sul corpo della donna che, come chiaramente emerge dalla relazione del Professor Ferrando Mantovani, non integra alcuna forma di reato essendo la lesione personale lievissima che ne deriva totalmente discriminata dal consenso della persona, o, in caso di minore, del legale rappresentante; mentre un intervento demolitore, ancorché consentito dal soggetto che lo subisca, specie se produttivo di danno permanente resta passibile di sanzione penale (cfr. relazione Prof. F. Mantovani allegata), non sussistendo nessun fine di tutela della salute ed anzi l'esatto contrario.

Ad analoga conclusione si perviene esaminando la questione dal lato etico-deontologico, considerato che, fermo restando il massimo rispetto per le opzioni morali anche del tutto recentemente espresse da autorevoli studiosi nei confronti delle tradizioni proprie di etnie e di credenze anche minoritarie e stante la ferma unanime volontà di non intervenire sul più vasto tema socio-politico della loro rilevanza nel processo di integrazione delle gravità immigrate, la partecipazione del medico ad atti di mutilazione rituale in assenza di indicazione clinico-terapeutica contrasta con i fondamentali principi della bioetica (la *non maleficità*) mentre sul piano deontologico (art. 5 del Codice di Deontologia Medica) i trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico o di alleviarne le sofferenze.

La disposizione va comunque integrata con la esigenza del consenso informato e con una evoluta espressione del concetto di salute e beneficenza, cui afferiscono ad es., la legittimazione della chirurgia e di altre procedure con fini meramente estetici e, con qualche dubbio, circoncisione attuata in regime di S.S.N.

In definitiva non sembra ascrivibile a grave scorrettezza deontologica la partecipazione del medico al rito in discussione, anche se discutibile ne resta la coerenza col decoro e con la dignità professionale. In ogni caso ogni imposizione o attribuzione di compiti sarebbe lesiva dell'autonomia del medico che è libero di rifiutare l'esecuzione di ogni trattamento contrastante con la propria coscienza, salvo che non disponga diversamente un legge (art. 12 del Codice di Deontologia) o non sussista pericolo per la vita della persona assistita.

La Commissione regionale di Bioetica ritiene, pertanto, che la proposta di tale procedura possa trovare accoglienza in ambito sanitario, solamente quale eventuale risposta da offrire a quei genitori che richiedono di poter effettuare sulle figlie minorenni, senza rischi per la loro salute, un rito simbolico sostitutivo all'infibulazione, in quanto atto compatibile con la legislazione italiana e con la deontologia degli operatori sanitari, purché essa, proprio per il suo carattere di ritualità, non venga inclusa nell'elenco delle prestazioni sanitarie che il servizio pubblico ha l'obbligo di erogare. Tale procedura, comunque, deve essere intesa come parte integrante di un percorso volto al completo superamento di ogni forma di mutilazione e manipolazione dei genitali femminili.

La CRB ritiene pertanto che il tema così complesso e articolato debba essere oggetto di una ricerca atta a mettere in luce i diversi aspetti etici, sanitari, sociali e culturali, da effettuarsi insieme con le comunità presenti nella Regione Toscana, utile sia ad evidenziare la dimensione del fenomeno nella realtà regionale, sia per valutare la validità di eventuali proposte operative, che comprendano programmi di formazione del personale socio-sanitario e proporre iniziative di sensibilizzazione sul tema».

RELAZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO

(a cura di P. Funghi e M. Martelloni)

L'Ufficio di Presidenza della Commissione Regionale di Bioetica in data 10/12/2003, dietro mandato della Commissione regionale di Bioetica, ha costituito un gruppo di lavoro in tema di "Prevenzione delle mutilazioni dei genitali femminili (MGF)" composto da: Luciana Aringhieri (ostetrica), Patrizia Funghi (bioeticista), Ferrando Mantovani (penalista), Massimo Martelloni (medico legale). Il gruppo di lavoro ha impostato i lavori intorno al quesito che il Dott. A. Panti, Presidente della Federazione Toscana degli Ordini dei Medici, ha rivolto alla Commissione Regionale di Bioetica circa la liceità deontologica, giuridica ed etica della partecipazione da parte dei medici alla pratica del rito alternativo all'infibulazione, proposta dal Dott. Omar Abdulcadir, in una strategia di lotta efficace contro le mutilazioni dei genitali femminili.

Sono stati sentiti in apposita audizione, tenutasi in data 9/1/2004, il Dott. Omar Abdulcadir e la Dr.ssa Lucrezia Catania ginecologi del Centro di Riferimento Regionale per la Prevenzione e Cura delle Complicanze delle Mutilazioni dei Genitali Femminili dell'Azienda Ospedaliera di Careggi, alla presenza del Dr. A. Pagni in rappresentanza dell'Ordine dei Medici di Firenze, appositamente delegato dal Presidente Dr. Antonio Panti.

Su mandato e dietro indicazioni dell'Ufficio di Presidenza è stato elaborato il presente documento.

Premesse

Occorre premettere che il presente elaborato non propone una riflessione sulle Mutilazioni dei Genitali Femminili¹, ma si fonda su un giudizio di illiceità etica, deontologica e giuridica della suddetta pratica.

Alla luce di tale presupposto si procede alla valutazione della procedura di esecuzione della "sunna lievissima"² quale proposta sostitutiva dell'infibulazione in un contesto di lotta efficace contro le mutilazioni; lotta che intende associare tale procedura ad iniziative di informazione, formazione ed educazione alla salute rivolte alle donne che, già mutilate, si rivolgono al Centro di Riferimento Regionale per la Prevenzione e Cura delle Complicanze delle Mutilazioni dei Genitali Femminili di Careggi, affinché esse non sottopongano a loro volta le proprie figlie a tale violenza.

Significato della procedura proposta

Questa premessa è essenziale per comprendere il significato della "sunna lievissima":

- essa non si propone come una richiesta di accettazione di un disvalore, in nome della tolleranza e del vivere civile tra culture eterogenee che convivono all'interno di uno stesso paese;
- essa si propone l'arduo obiettivo del superamento della violenza cui vengono sottoposte numerose bambine che vivono a Firenze e in altre città italiane ed europee, nella consapevolezza, data da anni di ricerca nel settore, che una pratica antichissima, profondamente radicata nella cultura di alcuni popoli, per quanto assurda e riprovevole ci possa apparire, non può essere eradicata con una semplice affermazione di principio o con una legge che la vieti e tanto meno con il clamore dei media che dà voce a numerose esternazioni di pensiero dei cittadini italiani.

¹ L'Organizzazione Mondiale della Sanità così definisce le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF): "Per MGF si intendono tutte le procedure che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili o altri interventi dannosi sugli organi genitali femminili tanto per ragioni culturali che per altre ragioni non terapeutiche".

² Nel presente documento si è scelto di usare la terminologia di "sunna lievissima" in quanto presente nella documentazione dei proponenti, ma si ravvisa l'opportunità di individuare una denominazione della procedura/rito che non consenta una "contaminazione valoriale" proveniente dalle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF).

Descrizione della procedura: previa anestesia locale con crema EMLA, si punge il prepuzio al di sopra del clitoride con una lancetta monouso o con un ago in modo da far uscire poche gocce di sangue; infine si disinfetta con tocchature di betadine uso locale.

Valutazione dell'efficacia della procedura proposta

Uno dei punti fondamentali su cui occorre riflettere è proprio l'efficacia: gli stessi proponenti il rito sostitutivo ("sunna lievissima") non sono in grado di garantire l'efficacia della procedura, in quanto, pur basandosi su esperienze già iniziate ed ancora in atto in alcuni Paesi (dove esistono varie forme di riti sostitutivi), non è possibile reperire in pochi anni dati significativi sulla modificazione dei comportamenti umani, soprattutto laddove essi risultano essere profondamente radicati alle culture e alle tradizioni.

Premessa l'impossibilità di avvicinarci a tale proposta con gli stessi strumenti con cui siamo chiamati a valutare il razionale di una sperimentazione farmacologica, potrebbe risultare opportuno considerare la "sunna lievissima" come una sorta di momentaneo tentativo di profilassi sociale da verificare con strumenti scientifici e che si propone i seguenti obiettivi:

- obiettivo a lungo termine: sradicamento culturale delle MGF in quanto pratica di violenza perpetrata sulle bambine e sulle donne;
- obiettivo a breve termine: "salvare almeno una bambina" dalla mutilazione.

Quali iniziative possono essere messe in atto per prevenire le mutilazioni dei genitali femminili?

Le ipotesi possono essere varie; ne segnaliamo solo alcune, ma auspichiamo che uno "sforzo propositivo" in tal senso possa essere avvertito come eticamente rilevante dalla stessa Commissione Regionale di Bioetica che, sollecitata dai fatti a prender visione del problema, non limiti il proprio operato alla risposta al quesito posto dal Dott. Panti in merito alla liceità della partecipazione del personale medico alla pratica della "sunna lievissima".

1) Iniziative inserite in un contesto di applicazione del Codice Penale:

- a) Sensibilizzare/richiamare con forza il personale sanitario sull'obbligo, penalmente sanzionato, di segnalare all'Autorità Giudiziaria, attraverso regolari referti-rapporti, i singoli casi di mutilazione genitale femminile cui sia venuto a conoscenza durante la propria attività professionale.
- b) Attuare strategie d'informazione finalizzate a rendere consapevoli gli immigrati provenienti dai paesi in cui la MGF è presente, che tale pratica in Italia è un reato penale perseguibile ai sensi dell'art. 583 del c.p.(lesioni quanto meno gravi) e punibile con la reclusione da 3 a 7 anni.

2) Iniziative di informazione/formazione/educazione che affermino il principio dell'illiceità etica, giuridica e deontologica delle MGF.

3) Iniziative che, come quella della "sunna lievissima", volendo andare oltre una generica per quanto forte affermazione di principio circa l'illiceità delle MGF, si fondano sulla convinzione che per raggiungere il condiviso obiettivo del superamento delle MGF, occorre "attraversare" e non "scavalcare" la realtà dei fatti qui di seguito descritta:

- le famiglie di immigrati in molti casi sottopongono comunque le proprie figlie alle pratiche mutilanti in modo clandestino o per mezzo di medici europei compiacenti o recandosi all'estero (con costi enormi dal punto di vista economico e dal punto di vista del rischio salute per la bambina), dove, nei propri paesi d'origine, nel rispetto della tradizione nonne o "donne esperte" compiono il rito;
- per quanto assurdo e riprovevole ci possa apparire, all'interno della cultura che attua il rito dell'infibulazione (da noi definito mutilazione), esso è ritenuto di fondamentale importanza al fine del raggiungimento della purezza, della bellezza e dell'accettazione sociale della donna (la donna non infibulata è vista come "sporca" e in quanto tale gli uomini si rifiutano

di sposarla). Esso è sentito come “il massimo bene” per il soggetto su cui è praticato, per la sua famiglia e per l’intera comunità di appartenenza ed è vissuto in un contesto di festa ed orgoglio generale (abito della festa per la bambina, regali, festeggiamenti vari);

- al ritorno in Italia la famiglia nasconde l’avvenuta mutilazione della figlia, di cui si viene a volte a conoscenza solo in seguito ai problemi psicologici della bambina, segnalati dal personale docente della scuola frequentata, oppure in seguito a problemi di natura sanitaria che costringono le famiglie a ricorrere al pediatra di base, alle strutture di Pronto Soccorso o, come nel caso della Toscana, al Centro Regionale per la prevenzione e cura delle MGF di Careggi. In questo Centro numerose donne immigrate che vivono in Italia e in altri Paesi europei approdano soprattutto quando il soggetto ormai in età adulta ha difficoltà di ordine sessuale e riproduttivo;
- le comunità di immigrati presenti nel nostro territorio sono numerose, eterogenee per differenza di cultura e di mentalità, caratterizzate alloro interno per differenze derivanti dall’identità di genere e da diversità generazionali.

Valutazione della procedura di esecuzione della “sunna lievissima”: aspetti etici, deontologici e giuridici

Sulla base di quanto fin qui esposto, procediamo ora ad una sintetica valutazione degli aspetti etici, deontologici e giuridici della partecipazione del personale sanitario alla procedura di esecuzione della “sunna lievissima”, quale rito sostitutivo dell’infibulazione.

Aspetti etici

Motivazioni etiche favorevoli:

- L’esperienza di altri Paesi ha dimostrato che per il raggiungimento del fine, ossia un’efficace lotta alle MGF (prevenzione ed eliminazione), non è sufficiente un’affermazione di principio che ne proclami l’illiceità, né la promulgazione di una legge che la condanni.

Pertanto, senza negare il valore di iniziative che si inseriscono nel suddetto contesto, alle quali va la nostra più totale adesione, si ritiene lecito sperimentare anche altri metodi ed accogliere in via transitoria la “sunna lievissima”, in quanto tale procedura, senza procurare un danno alla bambina e senza provocarle dolore, conserva per quanti la scelgono il significato simbolico del rito: realizzare “il massimo bene per le proprie figlie” donando loro purezza, bellezza e accettazione sociale. Permettere un tale rito non implica la condivisione del suo significato, che per noi occidentali può continuare ad essere “incomprensibile” e/o “non condivisibile”, come del resto lo sono, per molti di noi, alcuni dei numerosi riti presenti nella nostra cultura.

Motivazioni etiche contrarie:

-Accettando la “sunna lievissima” quale pratica sostitutiva dell’infibulazione si avvallano i disvalori che sono alla base delle MGF (violazioni dei diritti umani delle donne e delle bambine).

Al fine di un’efficace lotta alle MGF (prevenzione ed eliminazione) sono lecite solo quelle azioni che proclamano inequivocabilmente l’illiceità di tale pratica e che si realizzano, come afferma la Dichiarazione del Cairo, “attraverso un approccio globale che promuova il cambiamento dei comportamenti e che utilizzi le misure legislative come strumento chiave”.

Aspetti deontologici

Appare opportuno che il Sistema Sanitario prenda atto del fatto che effettuare solo interventi curativi riparativi sui danni procurati dalle MGF, per quanto azione necessaria ed importante, non costituisce più una risposta sufficiente al problema; è ormai indispensabile e doveroso ricercare soluzioni soprattutto in ambito di prevenzione del danno.

La prevenzione dei danni da infibulazione rappresenta quindi una scelta di tutela della salute delle bambine e delle donne interessate.

E' pertanto necessario sviluppare in primo luogo strategie di Educazione alla Salute che penetrino in modo diffuso nelle scuole frequentate da bambine appartenenti a famiglie immigrate dai paesi che praticano le MGF.

Oggetto di informazione/formazione devono essere le famiglie, il personale scolastico, il personale sanitario (ginecologi, pediatri e medici di famiglia, ostetriche, infermieri, il personale tutto dei consultori familiari) e i mediatori culturali che possono svolgere un ruolo fondamentale in questo ambito.

- Si ritiene che la procedura della "sunna lievissima" sia raffigurabile come atto che si inserisce nell'ottica della prevenzione dei danni da infibulazione, e che, pur procurando una lievissima lesione (lesione puntoria), non provoca un danno permanente e, grazie all'uso della crema anestetica, è effettuata in assenza di dolore;

- sotto il profilo tecnico, possiamo affermare che essa non è ricomprensibile in senso stretto nella categoria di atto medico, ma in quella più generale di "atto sanitario".

Pertanto, superato in senso positivo il problema della liceità dell'atto sotto il profilo deontologico,

- si afferma che il medico/infermiere/ostetrica che si rende disponibile ad agire in tal senso non determina danno alla salute del minore, favorisce la prevenzione di fatti ben più gravi e non commette alcun reato.
- Allo stesso tempo si afferma che nessun medico/infermiere/ostetrica debba ritenersi obbligato a compiere tale atto, nel pieno rispetto della propria coscienza.

Inoltre, premesso quanto sopra, nel valutare la liceità deontologica della "sunna lievissima", ci sembra doveroso tener presente il fatto che in Italia ha già trovato accoglienza la circoncisione rituale maschile su minore (in assenza di motivi terapeutici) e che in nome della ritualità si è ritenuto lecito sottoporre il minore ad un intervento che, non privo di rischi, gli provoca "una lieve effrazione dell'integrità corporea" (CNB "La circoncisione: profili bioetica", 1998), con esiti permanenti sia relativi alla sensibilità maschile nel rapporto sessuale, sia cicatriziali (a differenza della "sunna lievissima" che non produce danno).

Aspetti giuridici

Per quanto concerne il profilo giuridico-penale le Mutilazioni dei Genitali Femminili appaiono integrare il reato di lesioni personali dolose, quanto meno gravi (art.583/1 c.p.); quindi il medico o colui che le compie risponde di tale reato perseguibile d'ufficio e punibile con la reclusione da 3 a 7 anni. Il genitore che richiede o consente la mutilazione risponde di concorso nel suddetto reato.

Differente sembra essere il caso della "sunna lievissima" quale procedura rituale proposta in sostituzione dell'infibulazione, in quanto la lesione puntoria non comporta menomazioni permanenti dell'integrità fisica e all'assenza di danno si aggiunge l'assenza di dolore, grazie al ricorso della crema anestetica.

Queste distinzioni fanno sì che, a fronte di alcune perplessità di carattere giuridico sotto il profilo di principio e dell'opportunità, non sia da sottovalutare la soluzione compromissoria del rito sostitutivo, sempre che sia praticata con le doverose garanzie e venga intesa nella prospettiva del "male minore" e quale fase transitoria per il conseguimento del risultato culturale, ultimo e definitivo, del totale abbandono di siffatte pratiche, anche se soltanto rituali. Motivazioni queste che, proprio perché prive di una loro validità dal punto di vista dell'opportunità pratica, possono costituire oggetto di un ponderato bilanciamento coi rischi di azioni giudiziarie penali contro il personale sanitario e i genitori, rischi che sul piano concreto sono pressoché inconsistenti.

Per quanto riguarda l'ipotesi di effettuazione della procedura della "sunna lievissima" nell'ambito e a carico delle strutture sanitarie pubbliche, si ritiene che il carattere rituale della procedura e quindi l'assenza di motivazioni terapeutiche della stessa, non la consenta e che l'utilizzo di risorse finanziarie pubbliche a tal fine può dar luogo al delitto di peculato per distrazione (art. 314 c.p.).

Per quanto concerne gli aspetti giuridici il gruppo di lavoro si è avvalso del parere giuridico espresso dal Prof. Ferrando Mantovani qui di seguito riportato.

Le Mutilazioni Genitali femminili

Ferrando Mantovani

Per cercare di impostare e risolvere correttamente il problema della liceità o meno delle mutilazioni genitali femminili occorre esaminarlo sotto un duplice profilo: 1) sotto il profilo medico; 2) sotto il profilo giuridico-penale.

A) Per quanto riguarda il profilo medico, si pongono i due seguenti interrogativi:

1) se le suddette mutilazioni comportino una menomazione permanente dell'integrità fisica della donna, intesa come diritto di godere della propria funzionalità psicofisica. E la risposta non può che essere positiva poiché l'infibulazione e le tecniche similari ancor più invasive comportano: a) una menomazione fisica funzionale dell'organismo fisico sotto il profilo della normalità del rapporto sessuale e, per quanto concerne l'infibulazione, anche un impedimento al parto; b) una menomazione permanente, poiché l'eliminazione di tali menomazioni funzionali possono essere, in tutto o in parte, operate solo con un intervento chirurgico (col laser o col bisturi);

2) se le suddette mutilazioni rivestano un carattere terapeutico. E la risposta non può che essere, anche qui, negativa: a) sia perché esse non concorrono, certo, al miglioramento o alla conservazione della salute della donna, né in via preventiva, né in via curativa; b) sia perché esse possono addirittura costituire un pericolo per la salute della donna (di infezioni dell'apparato genitale, ecc...).

B) Per quanto concerne il profilo giuridico-penale, le suddette mutilazioni appaiono integrare il reato di lesioni personali dolose, quanto meno gravi, (art. 583/1 c.p.): a) poiché esse comportano, per le ragioni sopraindicate, pur sempre un indebolimento permanente di un organo; b) perché l'indebolimento permanente di un organo sussiste anche se esso è rimuovibile attraverso un intervento chirurgico, come nel caso di specie, poiché la permanenza va riferita alla normale funzione dell'organo e poiché il soggetto leso non è tenuto ad esporsi ai rischi o ai dolori relativi.

Ciò premesso, va ulteriormente precisato che il fatto delle lesioni personali:

1) non può essere scriminato dalla scriminante del consenso dell'avente diritto, di cui all'art. 50 c.p., per la duplice ragione: a) che il suddetto consenso scrimina, stante il limite previsto dall'art. 5 c.c., rispetto agli interventi nel corpo umano, che non comportano una menomazione permanente dell'integrità fisica; b) che i genitori, in quanto rappresentanti legali delle figlie minori, possono validamente consentire soltanto agli interventi sul corpo delle stesse, in quanto si presentino utili per le medesime, quali gli interventi terapeutici; e tali non sono, come già visto, le mutilazioni genitali femminili;

2) non essere scriminato sulla base della scriminante dell'esercizio di un diritto, di cui all'art. 51 c.p., perché non è rinvenibile nel nostro ordinamento a favore dei genitori: a) né alcun diritto ad effettuare la mutilazione, espressamente prevista da qualche disposizione di legge; b) né alcun diritto, avente la propria fonte nella consuetudine. Se è vero che si ammette che un diritto scriminante può trovare la propria fonte anche nella consuetudine, sempre che si tratti di consuetudine richiamata dalla legge; è altrettanto vero che nell'ambito del nostro ordinamento giuridico, non solo non esiste alcuna legge che richiami una consuetudine, in materia di mutilazione del corpo altrui, ma non esiste ancor prima una consuetudine relativa alle mutilazioni genitali femminili. Ciò in quanto la consuetudine, quale possibile fonte di un diritto, consiste nella ripetizione generale, costante ed uniforme di un comportamento nella convinzione di esercitare un diritto: requisiti, questi, del tutto insussistenti rispetto alle suddette

mutilazioni genitali femminili, perché praticate nel nostro territorio nazionale da una esigua minoranza di soggetti e perché la generalità dei cittadini italiani, lungi dal ritenerle costituire l'esercizio di un diritto, le considera un reato, un illecito o, comunque, un fatto riprovevole e non condivisibile.

Pertanto: a) il medico o colui che opera la mutilazione genitale femminile risponde del reato di lesioni quanto meno gravi, di cui all'art. 583/1, perseguibile di ufficio e punibile con la reclusione da 3 a 7 anni; b) il genitore che richiede o consente la mutilazione, risponde di concorso nel suddetto reato, ben difficilmente potendo beneficiare della scusante dell'ignoranza della legge penale italiana, essendo tale legge da lui conosciuta o conoscibile (art. 5 c.p.); c) il medico, che nell'esercizio della propria professione, presta assistenza a donne, che hanno subito mutilazioni genitali, ha l'obbligo, penalmente sanzionato, di riferirne all'autorità giudiziaria.

C) Quanto, poi, alla proposta di sostituire alle mutilazioni genitali l'atto simbolico del prelievo di gocce di sangue dal clitoride, da effettuarsi gratuitamente presso le strutture sanitarie pubbliche, trattasi di problema che va esaminato sotto un triplice profilo:

1) sotto il profilo di principio. E da questo angolo visuale la risposta sembra debba essere negativa, poiché anche tale atto si inquadra pur sempre nella stessa logica della mutilazione genitale e, quindi, si pone in contrasto col principio costituzionalizzato della salvaguardia della dignità della persona umana. Sicché un tale intervento, pur se effettuato col consenso dei genitori, si pone in contrasto con l'ordine pubblico, di cui all'art. 5 c.c., e quindi deve ritenersi non consentito;

2) sotto il profilo dell'opportunità, poiché il prelievo delle gocce di sangue è ben meno invasivo della mutilazione genitale e non comporta menomazioni permanenti dell'integrità fisica. Ma anche da questo angolo visuale tale intervento non sembra possa ritenersi lecito, poiché contrasta con la legge penale, ciò in quanto: a) può dar luogo al reato di percosse (art. 581 c.p.), poiché il termine "percuotere" non viene qui assunto nel solo significato di battere, picchiare, colpire, bensì in quello più lato comprensivo di ogni assoggettamento del corpo altrui ad una azione violenta, idonea a produrre una sensazione dolorifica (e tali appaiono essere le iniezioni su una parte estremamente sensibile, quale è il clitoride, per prelevare le gocce di sangue). Trattandosi di reato perseguibile a querela, il diritto di querela è esercitato non dai genitori, in posizione di conflitto di interessi col minore, ma da un curatore speciale (art. 121 c.p.); b) appare addirittura dar luogo al reato di violenza privata ex art. 610 c.p. (anche nel caso in cui si ricorra all'anestesia locale per evitare il dolore di tale prelievo), poiché soggetto passivo di tale reato possono essere anche i minori, in quanto suscettibili di essere oggetto di costrizione a sopportare qualche cosa, come nel caso di specie, il prelievo forzoso delle gocce di sangue;

3) sotto il profilo dell'effettuazione del prelievo delle gocce di sangue nell'ambito e a carico delle strutture sanitarie pubbliche. E la soluzione è senz'altro negativa, se si ritiene che tale fatto sia penalmente illecito, poiché l'operatore sanitario che lo pratica e l'autorità pubblica che l'autorizza sono chiamate a rispondere dei suddetti reati. Anche ammesso, poi, che tale prelievo sia in sé lecito, resta da stabilire se possa essere praticato in tali strutture, essendo queste tenute ad effettuare soltanto le prestazioni terapeutiche e terapeutici non possono di certo ritenersi i prelievi delle gocce di sangue in questione. E se l'utilizzo di risorse finanziarie a tal fine possa dare luogo al delitto di peculato per distrazione (art. 314 c.p.).

Quanto sopra premesso ho ritenuto di doverosamente precisare, poiché tali sono le conclusioni, a mio avviso, da un punto di vista rigorosamente giuridico e per ragioni tuzioristiche e di principio. Va nondimeno rilevato che non è neppure da sottovalutare la soluzione compromissoria del rito alternativo, sempre che sia praticata con le doverose garanzie e venga intesa nella prospettiva del "male minore" e quale fase transitoria per il conseguimento del risultato

culturale, ultimo e definitivo, del totale abbandono di siffatte pratiche, anche se soltanto rituali. Motivazioni, queste, che, proprio perché non prive di una loro validità dal punto di vista dell'opportunità pratica, possono costituire oggetto di un ponderato bilanciamento coi rischi di zioni giudiziarie penali contro medici e genitori. Rischi che sul piano concreto fuori dagli ipotetici casi di gravi complicazioni per la salute della minorenni – sono pressoché inconsistenti.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

Documenti ufficiali

Organizzazione delle Nazioni Unite, *Dichiarazione universale dei diritti umani*, 1948

Organizzazione delle Nazioni Unite, *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti della donna*, 1979

Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia, 1989

Organizzazione delle Nazioni Unite, *Dichiarazione di Vienna*, 1993

World Medical Association, *Statement on Condemnation of Female Genital Mutilation*, 1993

Dichiarazione finale della Conferenza mondiale su popolazione e sviluppo, Cairo 1994

Organizzazione delle Nazioni Unite, *Piattaforma d'Azione di Pechino*, IV conferenza dell'ONU sulle donne, 1995

Dichiarazione congiunta OMS, UNICEF, UNFPA sulle mutilazioni dei genitali femminili, 1997

Risoluzione del Parlamento europeo sulle mutilazioni genitali femminili, n. 2035 del 2001

Afro-Arab Export Consultation on Legal Tools for Prevention of Female Genital Mutilation, *Cairo Declaration on Legal Tools to Prevent FGM*, Cairo, 23rd June 2003

Letteratura scientifica

AIDOS, *La legge giusta. Il trattamento giuridico delle mutilazioni dei genitali femminili*, Associazione italiana donne per lo sviluppo, 2000.

Atighetchi D., *Mutilazione genitale femminile in specifiche aree musulmane*, in Atighetchi D., *Islam, Musulmani e bioetica*, Armando Editore, Roma 2002.

Bellagamba A., Pains A., *Costruire il passato. Il dibattito sulle tradizioni in Africa e Oceania*, Paravia, 1999.

British Medical Association, *Female Genital Mutilation. Caring for Parents and Child Protection Guidance*, Zed Books, London 2001.

Canavacci L., *Le mutilazioni genitali femminili: il ruolo del multiculturalismo nella riflessione liberale sul problema delle donne*, Apèiron, Bologna 2000, pp.85-103.

Catania L., Abdulcadir O., *Centro di riferimento regionale per la prevenzione e cura delle complicanze delle mutilazioni genitali femminili. Si può proporre un rito alternativo, eticamente e legalmente accettabile, in una strategia di lotta efficace contro le Mutilazioni Genitali Femminili?* in *Toscana Medica*, n. 10 (2003), pp.28-30.

Cenci , Manganelli, *La costruzione sociale del corpo dell'immigrata. Le Rappresentazioni delle mutilazioni genitali femminili nella stampa italiana e nella letteratura specialistica*, in C. Paquinelli, *Antropologia delle mutilazioni genitali femminili. Una ricerca in Italia*, AIDOS 2000.

Chelala, C., *An alternative way to stop Female Genital Mutilation*, in *The Lancet*, (1988) 352:126.

Comitato Nazionale per la Bioetica, *Problemi bioetica in una società multi-etnica. La circoncisione: profili bioetica*, Presidenza del Consiglio, Dipartimento per l'informazione e l'editoria, Roma 25 settembre 1998.

Dirie, Warris, Miller Catheen, *Fiori nel deserto*, Garzanti, Milano 1998.

Dirie, Warris, D'Haem, Jeanne, *Alba nel deserto*, Garzanti, Milano 2002.

Dorkenoo, E., *Cutting The Rose. Female Genital Mutilation. The Practice and its Prevention*, Minority Rights Publications, London 1994.

Female Circumcision and Gender Identity. A Questionable Alliance, in *Soc. Sci. Med.*, vol. 35, No. 6, 1992, pp. 777-787.

Fusaschi M., *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*, Bollati Boringhieri, 2003.

Gazzano N., *Mutilazioni genitali femminili e riti alternativi. Tra ricerca e prassi*, in *Toscana Medica*, n. 2 (2004), pp.6-8.

Grassivaro Gallo P., *La circoncisione Femminile in Somalia. Una ricerca sul campo*, Franco Angeli, Milano 1986.

Grassivaro Gallo P., Viviani F., *Le "mutilazioni sessuali" femminili*, Unipress, Padova 1992.

Grassivaro Gallo P., *Figlie d'Africa mutilate. Indagini epidemiologiche sull'escissione in Italia*, L'Harmattan Italia, Torino 1998.

Hassan Sirad Salad, *La donna mutilata*, Loggia de' Lanzi, Firenze 1999.

Hassan Sirad Salad, *Sette Gocce di Sangue*, La Luna, Palermo 1999.

Koso-Thomas, *La circoncisione delle donne. Una strategia per l'eliminazione*, Zed Books 1987.

Lorè C., Macrì P., Funghi P., *Circoncisione sui neonati maschi a scopo religioso: un caso di etica applicata alla medicina*, *Difesa Sociale*, LXXX, n. 2 (2001), pp. 35-57.

Mazzetti M. (a cura di), *Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili*, Franco Angeli, Milano 2000

Mc Lean S., *Circoncisione, escissione, infibulazione. Realtà e proposte di cambiamento*, Brusoni editore, Roma 1982.

Meniru JA, Meniru MO, Ezeh UO., *Female Genital Mutilation*, in *BMJ*, 1995; 311:1088.

Menage J. *Professionals Should Not Collude wit Abusive Systems*, in *BMJ* 1995, 311: 1088-1089.

Nussbaum M., *Double Moral Standards?* In *Judging Other Cultures*, Boston Review, XXXI, 5, Novembre 1996.

Paquinelli C., *Antropologia delle mutilazioni genitali femminili. Una ricerca in Italia*, AIDOS 2000.

Pitch T., *La legge giusta. Il trattamento giuridico delle mutilazioni dei genitali femminili*, in AA. VV., *La legge giusta. Il trattamento giuridico delle mutilazioni dei genitali femminili*, pubblicazione dell'AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo, 2000.

Tamir Y., *Hands Off Clitoridectomy. What our Revulsion reveals about ourselves*, in Boston Review, XXXI, 3, Novembre 1996a.

- *Yael Tamir Responds*, in *Judging Other Cultures*, Boston Review, XXXI, 5, Novembre 1996b.

Turillazzi E., *Le mutilazioni genitali femminili: dalla dimensione socio-culturale alla urgenza deontologica e medico-legale*, in *Professione*, n.6 (2000).

Shell-Duncan B., *The Medicalization of Female "Circumcision": Harm Reduction or Promotion of Dangerous Practice?*, in *Social Science and Medicine*, vol. 52, 2001, pp. 1013-1028.

World Health Organization, *Female Genital Mutilation. Report of WHO Technical Working Group*, Geneva 1996.