



Comitato Etico Locale
Azienda U.S.L. 10 di Firenze

Ufficio Segreteria amministrativa -Viale Michelangiolo, 41 Firenze 50125
Tel. 055.6577.373 Fax 055.6577.435 e-mail comitato.etico.locale@asf.toscana.it

ESTRATTO DEL VERBALE N. 12 /03 DELLA SEDUTA DEL CEL DEL 5 dicembre 2003

L'anno duemilatre, il giorno cinque del mese di dicembre, in Firenze, nella Sala Verde del Presidio I.O.T. – Villa Margherita, Viale Michelangiolo n. 41, alle ore 13.00, a seguito dell'avviso di convocazione – *omissis* - **si è riunito il Comitato Etico Locale dell'Azienda U.S.L. 10 di Firenze**

– *omissis* –

IL COMITATO ETICO LOCALE
dell'Azienda U.S.L. 10 di Firenze

(costituito con delibera del DG n. 1732 del 17 settembre 1999, rinnovato da ultimo nella sua composizione con delibera del DG n. n. 885 del 15 novembre 2002 come modificata dalle delibere n. 330 del 30 maggio 2003 e n. 732 del 3 novembre 2003, il cui funzionamento è disciplinato dal Regolamento adottato con delibera del DG n. 957 del 6 dicembre 2002 e dalle Procedure di consultazione del C.E.L. per il rilascio di pareri relativi agli Studi Osservazionali ed Epidemiologici adottate con delibera del DG n. 696 del 10 ottobre 2003)

Il Presidente chiama quindi in trattazione il *punto 3 bis*) dell'Ordine del Giorno: **Audizione**, ai sensi dell'art. 5 del Regolamento del CEL, **alle ore 15.00**, della **Dott.ssa Lucrezia Catania** e del **Dott. Abdul Cadir Omar Hussen** del Centro Regionale Prevenzione e Cura delle complicanze delle Mutilazioni dei Genitali Femminili, **sul tema della Sunna**.

Il Presidente dichiara quindi aperta la discussione sul **tema della Sunna** ed invita ad entrare in seduta la dott.ssa **Lucrezia Catania** ed il dott. **Abdul Cadir Omar Hussen**, del Centro di Riferimento Regionale per la prevenzione e la cura delle complicanze delle Mutilazioni dei Genitali Femminili, convocati appositamente per illustrare il problema e fornire tutti gli eventuali chiarimenti che i membri del C.E.L. ritenessero utili.

Presente alla discussione di questo punto dell'o.d.g. anche il Dr. Angiolo Baroni, Vice Direttore Sanitario aziendale, in rappresentanza della Direzione Sanitaria Aziendale.

La dott.ssa Catania ed il dott. Abdul Cadir Omar Hussen hanno illustrato la situazione della comunità somala di Firenze con dovizia di particolari e risposto esaurientemente a tutte le richieste di chiarimenti. Hanno illustrato il progetto del Centro Regionale Prevenzione e Cura delle Complicanze delle MGF per la procedura di esecuzione della sunna rituale. Quanto da loro esposto è brevemente condensato negli allegati 1 e 2 al presente verbale.

La discussione tra i membri del C.E.L. ha trovato tutti i presenti unanimi nel ritenere accettabile il rito alternativo (sunna rituale) illustrato dalla dott.ssa Catania ed, anzi, indiscutibile, sul piano etico, l'opportunità di offrire quanto prima tale servizio in strutture sanitarie pubbliche.

Nessun medico – è stato detto - può aver dubbi di fronte alle possibili terribili complicanze di natura sanitaria che l'infibulazione comporta in tutte le sue forme escissive, più o meno complete, e di fronte alle sofferenze che generalmente comporta.

Ma, al di là degli aspetti propriamente sanitari, si è anche molto insistito sul valore sociale e culturale che l'offerta del servizio riveste: anzitutto, il valore di una trasformazione culturale, in parte già in atto tra i Somali immigrati, ma da favorire il più possibile in vista dell'obiettivo di una definitiva e totale scomparsa dell'usanza delle MGF; ma anche valore di dialogo interculturale, fondamentale per una integrazione senza conflitti, nel pieno rispetto delle reciproche identità culturali.

Si è anche osservato che la sunna rituale, nella forma proposita, appare ben poca cosa rispetto alla circoncisione non terapeutica dei maschietti, che pure è da tempo permessa in ospedale. Nel rispetto del Regolamento del CEL recepito con delibera del Direttore Generale n. 957 del 6/12/2002 e delle Procedure di consultazione del C.E.L. adottate con delibera del DG n. 696 del 10 ottobre 2003;

Uditi e fatti propri gli interventi dei presenti

a voti unanimi, resi per alzata di mano

ESPRIME PARERE FAVOREVOLE

all'esecuzione presso strutture sanitarie pubbliche della sunna rituale, quale alternativa alla MGF e caldeggia un rapido passaggio alla fase di effettuazione, mediante la definizione completa delle modalità di esecuzione e con le cautele evidenziate nell'allegato 2. Si sottolinea, in particolare, l'importanza delle informazioni da fornire alle comunità presso cui vige l'usanza delle MGF, sia relative alle complicità delle MGF, sia degli aspetti legali, quale veicolo per convogliare quanti più genitori possibili verso il rito alternativo della sunna.

Allegati: 1, 2 e 3

– *omissis* –

Distinti saluti

Il Presidente del Comitato Etico Locale
dell'Azienda U.S.L. 10 di Firenze
(*Prof.ssa Maria Grazia Sandrini*)

Allegato 1

Centro di Riferimento Regionale per la Prevenzione e Cura delle complicanze delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)

Si può proporre un rito alternativo, eticamente e legalmente accettabile, in una strategia di lotta efficace contro la Mutilazione dei Genitali Femminili (MGF)?

Lucrezia Catania e Abdulcadir Omar Hussien

La MGF, come oramai tutti sanno, è una pratica molto antica, non prescritta da alcuna religione, usata in alcuni paesi dell'Africa centrale ed orientale (Sudan, Nigeria, Costa d'Avorio, Uganda, Mali, Benin, Burkina Faso, Egitto, Etiopia, Eritrea, Somalia, Gibuti) dell'Asia (Tailandia, Malesia) e, tra alcune comunità immigrate provenienti da questi paesi, anche in Europa, USA e Canada.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce come Mutilazioni tutte le procedure che riguardano la parziale o totale rimozione dei genitali esterni, le lesioni e le modificazioni, anche non escissorie (vedi alcune varietà indicate qui sotto al punto 4, come il longinifismo in cui si ha solo l'allungamento delle piccole labbra) eseguite sugli organi genitali femminili per motivi tradizionali o comunque non terapeutici.

Sono descritti quattro tipi:

Tipo 1: escissione del prepuzio con o senza l'escissione di parte o dell'intero clitoride

Tipo 2: escissione del prepuzio e del clitoride insieme alla rimozione parziale o totale delle piccole labbra

Tipo 3: Infibulazione o circoncisione faraonica: escissione del prepuzio, del clitoride, delle piccole labbra con escissione parziale o totale delle grandi labbra e con cucitura e restringimento dell'introito vaginale fino a ridurlo ad un ostio di pochi millimetri. E' la forma più grave ed estesa delle MGF.

Tipo 4: inclassificato: raccoglie una serie di manipolazioni sui genitali molto diverse tra di loro, come la puntura, la trafittura o incisione del clitoride e/o delle labbra; l'allungamento del clitoride e/o delle labbra; la cauterizzazione per ustione del clitoride e dei tessuti circostanti; la raschiatura dell'orifizio vaginale (tagli ad anguria) o taglio della vagina (gishiri); l'introduzione di sostanze corrosive nella vagina per causare sanguinamento; l'immissione di erbe con lo scopo di restringere la vagina; l'introduzione di oggetti per allargare la vagina.

I tipi di mutilazione con cui più spesso veniamo a contatto nella pratica clinica sono i primi tre tipi e soprattutto il tipo 3, o infibulazione.

E' a questa pratica che ci riferiamo.

Le bambine che provengono da queste culture devono passare attraverso questa esperienza, dolorosa dal punto di vista fisico e psicologico, per far parte, a pieno diritto, del gruppo femminile e per essere degne di diventare un giorno spose e madri.

La pratica della MGF mutila il corpo femminile nella parte più intima e sensibile, che ha come unica funzione finora conosciuta quella di dare il piacere sessuale, mentre lascia intatta la capacità procreativa. Inoltre, nella maggior parte dei casi, i soggetti che subiscono la mutilazione sono bambine non in grado di opporsi. E' quindi ovvio che in tutto il mondo occidentale questa pratica assuma i connotati dell'abuso e della violenza contro i minori e contro tutti i diritti femminili, cambiando completamente i connotati originari ed acquistando la configurazione di un marchio, di un dis-valore. Nella cultura d'origine, invece, il clitoride è la parte sporca da togliere, è la parte maschile che deve essere eliminata per dare alla futura donna una identità sessuale femminile e sociale.

Anche se in Occidente non condividiamo e rifiutiamo inorriditi questi concetti, dobbiamo essere consapevoli che, per queste popolazioni, la MGF è un vero e proprio rito di iniziazione, di fondamentale importanza, ed, analogamente ai riti di iniziazione maschili, comporta dolore, sangue e pericolo di vita. Una bambina che lo ha superato conquista l'onore che viene tributato agli eroi, imprime nella memoria e

nel corpo non solo la grande sofferenza, ma anche il sigillo della propria acquisita identità e si riempie dell'orgoglio di appartenere al proprio gruppo culturale. La comunità intera festeggia felice il nuovo stato.

Molti antropologi affermano che le procedure di mutilazione del corpo (sia maschile che femminile) vengono considerate, nelle culture di origine, come processi che trasformano bambini immaturi, non-uomini e non-donne, in soggetti maturi che acquisiscono il potere di procreare, di partecipare alla vita di gruppo e di assicurare la continuazione culturale e sociale.

In particolare, costituiscono complessi riti di passaggio, capaci di creare dal nulla, nel soggetto che li ha subiti, ciò che fa la differenza e di imporre alla comunità a cui esso appartiene la legittimazione del nuovo stato. Per capire, pensiamo al rito del matrimonio che trasforma i soggetti da non sposati in sposati, o ad una cerimonia d'investitura che trasforma un non-iniziato in iniziato. Ebbene, il significato sociale è lo stesso. Con la MGF il soggetto diventa donna, in quanto la sola natura biologica non è sufficiente.

Cosa succede ad una donna immigrata in Occidente da un paese a tradizione escissoria? Essa deve affrontare i problemi ed i conflitti legati allo stravolgimento dei suoi valori. Spesso essa costringe la propria famiglia al segreto ed, in certi casi, a perpetuare queste usanze a dispetto dei divieti legislativi del Paese che le ospita.

Se vogliamo davvero aiutare queste donne a non infliggere alle loro figlie lo stesso crudele rito già patito da loro stesse, dobbiamo, anche se non lo condividiamo, capire bene il loro punto di vista e, con il dialogo, cercare di convincerle che non occorre accettare quell'inutile sofferenza per essere rispettate e per raggiungere un'identità femminile.

Dobbiamo informarle delle pericolose conseguenze legate alla MGF e delle leggi vigenti in Occidente in materia di atti lesivi, anche se praticati su soggetti consenzienti.

D'altra parte, acquisire una identità sessuale certa è importante, è qualcosa da raggiungere "ad ogni costo": basti pensare alle dolorose operazioni cui si sottopongono i transessuali per modificare il corpo ed adeguarlo al sesso che sentono di avere.

Abbiamo raccolto storie vere di bambine somale, lasciate in Somalia dai genitori emigrati, che hanno chiesto ed ottenuto dalle nonne, che le avevano in custodia, di essere mutilate, nonostante che le madri, ormai consapevoli della inutile violenza, si fossero opposte disperatamente dall'Italia.

Conosciamo anche bambine somale perfettamente integrate con bambine occidentali, con le quali si fidano, si frequentano, si confrontano. Inevitabili sono allora i conflitti in famiglia ed in loro stesse, a volte anche insanabili: la grande sofferenza che avrebbe dovuto renderle "perfette" si trasforma, nel nostro mondo, in violenza e fa di loro le vittime di questa violenza ed i loro genitori gli artefici di essa.. Queste bambine rimuovono tutto, oppure vivono in segreto la loro mutilazione.

Abbiamo visitato una ragazzina somala di 15 anni, affidata ad una famiglia italiana, che soffriva di atroci dolori mestruali. Prima della visita, alla domanda se avesse subito qualche forma di mutilazione, ha risposto convinta di no. Alla visita, abbiamo invece verificato che aveva subito la forma più grave ed estesa di mutilazione. E' rimasta scioccata quando l'abbiamo informata. Ha pianto moltissimo, ha pensato al ragazzo che a scuola la guardava da lontano, ha chiesto se poteva essere "riaperta". Purtroppo l'abbiamo persa di vista perché ha raggiunto la sua famiglia d'origine nel Nord-Europa.

Durante la ricerca sulla sessualità delle donne con MGF, nata dalla necessità di informazioni scientifiche di prima mano, è trapelato che, mentre la maggior parte delle somale immigrate accettano le argomentazioni contro l'infibulazione e la condannano decisamente, pur non rinnegandola come valore acquisito, ci sono altre donne assolutamente convinte che tale pratica sia indispensabile per le loro figlie. Rispettano le leggi dei paesi che le ospitano, ma si adoperano per portare le proprie figlie in Siria o nello Yemen o in Kenia, dove ci sono minori restrizioni e controlli in materia di mutilazioni dei genitali femminili. Qualcuna, dopo aver avuto, presso il nostro Centro di Riferimento, il rifiuto per qualsiasi forma di manipolazione sui genitali, ha addirittura convinto la propria figlia maggiorenne ad andare in Somalia, presso parenti, per farsi fare l'infibulazione. Ci sono bambine somale più grandicelle che si alleano con la nonna, mantenendo il segreto con la mamma, e che al primo viaggio in paesi non occidentali si ritrovano mutilate. Senza contare le voci su operazioni eseguite clandestinamente anche in Italia, di cui, però, non abbiamo alcun dato.

Quali conclusioni si possono avanzare dopo anni di lavoro capillare contro queste pratiche?

Molto è stato fatto, perché le nuove generazioni stanno cambiando. Grazie all'informazione da noi fornita, alcune ragazzine (esempio recente è quello delle due sorelle della Costa d'Avorio) riescono a ribellarsi alla famiglia ed a richiedere il nostro aiuto.

Ma non dobbiamo dimenticare che in queste culture conta moltissimo la volontà dei genitori, dei nonni, dei parenti anche lontani, non solo per il rispetto dovuto all'autorità degli anziani, ma anche per la necessità di mantenere la propria identità di popolo somalo.

Una giovane mamma, contrarissima all'infibulazione, quando le è stato chiesto un parere sulla possibilità di avere a disposizione un servizio che erogasse una forma lievissima di sunna (la semplice puntura della pelle che ricopre il clitoride), ha detto: "Sarebbe bellissimo. Tutti i giorni mio marito mi spinge a fare qualcosa alla bambina, pur non essendo pienamente convinto, ma solo perché sua madre insiste. Se potessi far fare questo, metterei tutti a tacere".

Quindi, considerando che la necessità di avere un rito è molto sentita, che è alto il rischio che le bambine, in mancanza di una alternativa, vengano portate altrove per essere infibulate, che queste stesse famiglie si accontenterebbero di una forma molto lieve di sunna, siamo giunti, gradualmente, a considerare la possibilità di praticare, a chi ne faccia richiesta, una forma lievissima, puramente rituale, di sunna, consistente nella semplice puntura del prepuzio in modo da far sgorgare poche gocce di sangue.

Si potrebbe usare una anestesia locale ed una lancetta usata per il prelievo di sangue dalle dita. Non ci sarebbe pericolo di complicanze e la puntura guarirebbe nel giro di qualche ora. Tale forma di sunna potrebbe essere praticata a bambine abbastanza grandi da esprimere una propria volontà (10 anni?), oppure a bambine più piccole sulla base della richiesta di entrambi i genitori.

Quel giorno potrebbe diventare per la bambina un giorno speciale, con la festa, i regali, le visite dei parenti, ma senza la parte drammatica della sofferenza e della paura, pur mantenendo, attraverso quelle poche gocce di sangue, il significato di una prova importante.

Andrebbe tuttavia esercitata una attenta sorveglianza per prevenire ogni abuso e per evitare che, con il pretesto della sunna lieve, si possano verificare mutilazioni più gravi. Per questo motivo, siamo del parere che il rito alternativo dovrebbe essere eseguito, inizialmente, solo presso il Centro di Riferimento Regionale e/o qualche altra struttura analoga, onde monitorare le richieste, valutare il salto culturale che porta a modificare tradizioni così radicate, dimostrare la volontà del dialogo interculturale.

Va assolutamente evitato che ci siano equivoci: la mutilazione dei genitali deve sparire; questa proposta è il compromesso più accettabile da entrambe le parti.

Se tolleriamo che i nostri ragazzi portino piercing infilati nella lingua, nei capezzoli ed in altre parti del corpo con motivazioni che a loro sembrano giuste, allora possiamo anche accettare che venga praticata una lieve puntura sul prepuzio alle ragazzine somale i cui genitori, o esse stesse, vogliono ad ogni costo il loro tradizionale rito di iniziazione.

Siamo convinti che offrire legalmente una alternativa accettabile per la nostra mentalità e per il nostro codice, rientrerebbe in una politica di dialogo interculturale fondamentale per una integrazione senza conflitti, nell'arricchimento reciproco e nel rispetto delle culture che non vanno negate né, d'altra parte, subite. Non dimentichiamo che ormai da tempo è permessa in ospedale la circoncisione maschile non terapeutica; in confronto ad essa la sunna lievissima è cosa da poco, pur conservando il significato di rito.

Allegato 2

Descrizione tecnica della procedura di esecuzione della sunna lievissima (rito alternativo)

(1° abbozzo, in attesa del parere tecnico di un anestesista e di un chirurgo pediatrico, già contattati)

Lucrezia Catania e Abdulcadir Omar Hussien, Centro di Riferimento Regionale per la prevenzione e la cura delle MGF.

Soggetti a cui è diretto: bambine provenienti da culture in cui è in uso la pratica della MFG, quando il non offrire una alternativa le sottopone al rischio di un danno maggiore (es. infibulazione clandestina nel nostro Paese oppure in altri Paesi dove la MGF è praticata). Il caso deve essere studiato con attenzione in relazione all'età della bambina ed alla sua capacità di decisione autonoma, o, nel caso di età inferiore ai 10 anni, in relazione alla volontà di entrambi i genitori, già saggiata dal rappresentante della loro comunità e già informati sia sulle leggi vigenti in Italia in materia di MGF, sia sulle gravi complicanze di natura sanitaria delle stesse.

Luogo in cui si svolge: preferibilmente una struttura sanitaria pubblica ; sembra indispensabile in ogni caso che ci si avvalga della mediazione del Centro di Riferimento, anche per motivi epidemiologici e di prevenzione da eventuali abusi.

Da evitare che, sotto un preteso rito alternativo, vengano richieste ed eseguite procedure mutilatorie. Va sempre tenuto presente che la nostra proposta si inquadra **entro le strategie di lotta contro la MGF**, e non deve quindi in nessun modo favorirla.

Pertanto deve essere studiata, assieme alla regione, una regolamentazione, per esempio moduli di registrazione, o registri, sull'esempio di quanto si fa a proposito dell'interruzione volontaria della gravidanza (IVG).

Può anche essere previsto il pagamento di un ticket simbolico.

Dove la comunità lo ritenesse necessario, si può acconsentire alla presenza di una figura di riferimento religiosa, oltre a quella dei genitori.

Descrizione dell'intervento:

Anestesia locale: Lidocaina e Prilocaina.

Nome commerciale: EMLA crema, tubetto da 25 mg (lidocaina 25% e prilocaina 25%) adatta per l'anestesia locale di cute e mucose.

Importante un'anamnesi per escludere presenza di Atopie e Metaemoglobinemia congenita, nel qual caso il prodotto non può essere usato, così come non può essere usato in bambini al di sotto dei 6 mesi di età, né su mucose irritate o con ferite.

Si procede mettendo uno strato di crema (circa 1/3 del tubetto o anche un pò di più nel caso di bambine più grandi; raccomandata una dose di circa 1,5 mg ogni 10 cmq di cute), tipo impacco, sulle mucose del prepuzio e della zona circostante dei genitali della bambina, che deve essere assicurata dalla presenza di uno o entrambi i genitori, specialmente se è più piccola.

Sullo strato di crema si pone quindi il cerotto accluso alla confezione dell'anestetico. Prima di procedere alla puntura, si attende circa 40 minuti o 1 ora; nel frattempo la bambina può uscire a giocare o comunque attendere fuori dalla stanza.

Trascorso il tempo necessario, si asporta il cerotto e, con una garza sterile, anche la crema.

Pungere quindi il prepuzio al di sopra del clitoride con una lancetta monouso usata per i test della glicemia, oppure con un ago da iniezione, in modo da far apparire **poche** gocce di sangue.

Disinfettare con tocature di Betadine, uso locale.

Rilasciare un documento dell'avvenuta operazione, a nome del Centro di Riferimento

Prescrivere, o dare un campione di pomata antibiotica, da usare solo se necessario (normalmente non dovrebbe essercene bisogno)

Prevedere un controllo, se necessario, dopo 10 giorni.

Considerazioni: ovviamente questo tipo di procedura non lascerà alcun segno nei genitali esterni della bambina. Si tratta tuttavia di un tentativo di mediazione con una cultura nella quale il rito è di fondamentale importanza, non solo per il soggetto interessato e per la sua famiglia, ma per tutta la comunità. In certi casi, sono le madri stesse ad aver bisogno che le figlie abbiano subito il rito per poterle considerare parte integrante della famiglia e della comunità d'origine e sono disposte anche a molti sacrifici per poter risparmiare il denaro necessario al viaggio per condurre la figlia dove è possibile farla mutilare. Alcune sono disposte a mettere a repentaglio la vita della figlia (portandola per esempio in Somalia dove c'è la guerra civile, o in altri paesi altrettanto poco sicuri), oppure a rischiare sanzioni penali ricorrendo a pratiche clandestine, pur di sentirsi a posto con la tradizione.

Per fortuna, nella nostra realtà, questi casi non sono la maggioranza, ma è soprattutto su di essi che dobbiamo lavorare per evitare che anche una sola bambina subisca la mutilazione dei genitali, senza che noi si faccia di tutto per impedirlo.

Allegato 3

Può un medico accettare di praticare la sunna? Parere giuridico

Prof. E. Santoro, giurista, membro del C.E.L. dell'ASL 10 di Firenze; docente presso l'Univ. di Firenze

Il primo profilo da analizzare riguarda la configurabilità del *reato di lesioni personali* ex art. 582 c.p.

Da un punto di vista *medico legale*, il trauma causato da una puntura rientra fra le cosiddette ferite da punta propria. Il danno provocato da tali ferite è di solito non grave; le piccole punte, infatti, vengono innocuamente usate, e fra queste vi rientrano senz'altro gli aghi da iniezione.

La motivazione medica sta nella circostanza che le punte, pur penetrando in profondità, riescono in generale a scostare grossi vasi sanguigni senza lederli.

Questo discorso vale in particolare per punte così piccole da risultare innocue, quali gli aghi usati per le iniezioni. Tale tipo di punte potrebbe risultare dannoso, da un punto di vista medico, solamente se causassero l'introduzione nell'organismo di germi in grado di produrre infezioni, e quindi se l'ago utilizzato per l'iniezione non fosse sterilizzato.

Da un punto di vista *giuridico* occorre analizzare in che modo si configura il concetto di malattia, posto che il reato di lesione personale si ha solo laddove ne derivi una malattia, o una menomazione.

La giurisprudenza in tal senso appare altalenante. Essenzialmente si possono individuare due orientamenti.

Il primo è quello che tende a discostarsi dal concetto clinico medico di malattia, che prevede che si abbia malattia solo laddove concorrano i due requisiti della riduzione apprezzabile di funzionalità, a cui può anche non corrispondere una lesione anatomica e del fatto morboso in evoluzione, a cui si accompagna un processo di riparazione.

Il secondo orientamento sembra al contrario riagganciarsi a tale concetto clinico.

In particolare, il primo orientamento accoglie la definizione di malattia che venne data nella Relazione Ministeriale sul progetto del codice penale, secondo cui malattia è qualsiasi alterazione anatomica o funzionale dell'organismo, ancorché localizzata e non influente sulle condizioni organiche generali (v. Cass. sez. V 84/164626).

In tal senso costituisce lesione qualsiasi alterazione che importi un processo di reintegrazione sia pure di breve durata, rientrandovi pertanto anche la contusione escoriata (Cass. sez. VI 71/117990). Secondo questo orientamento giurisprudenziale rientrano nel concetto di malattia anche le ecchimosi perché i travasi di vasi sanguigni importa un'alterazione organica patologica (Cass. sez. I 78/139944) e le graffiature in quanto la pelle assolve la funzione di proteggere l'organismo dall'ingresso di microorganismi patogeni (Cass. sez. 14.1.1963).

Il secondo orientamento giurisprudenziale, in dottrina viene accolto da Antolisei, secondo il quale la malattia si configura come un processo patologico, acuto o cronico, localizzato o diffuso, che determina apprezzabile menomazione funzionale dell'organismo.

In relazione a tale orientamento è importante la sentenza n. 207339 del 1996 della sez. VI della Corte di Cassazione, secondo la quale non costituiscono malattia, e quindi non possono integrare il reato di lesioni personali, le alterazioni anatomiche a cui non si accompagni una riduzione apprezzabile della funzionalità (nella fattispecie, gli imputati medici chirurghi erano

stati assolti in quanto che la Corte Suprema non aveva ravvisato la sussistenza del reato di cui all'art. 582 c.p. nel fatto che da un intervento chirurgico alle mammelle la parte offesa avesse riportato l'asimmetria delle stesse e dei capezzoli).

Inoltre nella già citata sentenza in materia di ecchimosi si sostiene che i travasi sottocutanei importino un'alterazione patologica, non esaurendosi in una semplice sensazione di dolore. In questa ottica si deve ritenere che, se l'unico esito di una condotta è una sensazione di dolore, non si configuri il reato di lesioni, in quanto non si è originata una malattia.

Sulla base di questo secondo orientamento sembra potersi sostenere che il foro di un ago da iniezione non causi una malattia e che pertanto il praticare una iniezione non costituisca affatto una lesione personale.

Tutto ciò sembra avvalorato dal fatto che il concetto clinico di malattia, a cui l'orientamento che accogliamo fa riferimento, prevede la sussistenza di un processo di riparazione da parte dell'organismo; processo che nella puntura da ago da iniezione sembra pressoché assente, non comportando nemmeno la formazione di una crosta ematica, chiaro sintomo di un processo riparativo in corso.

Così risulta evidente come nei traumi citati in relazione al primo orientamento giurisprudenziale le ecchimosi, le escoriazioni e le contusioni escoriate (oltre evidentemente ad altri tipi di lesioni più gravi, quali le fratture ossee, le lesioni da fuoco, da taglio, ecc.) i processi riparativi sono visibili e ben noti, mentre invece il foro provocato da un'iniezione riveste una superficie cutanea talmente ristretta da non dar vita a nessuno di tali processi riparativi.

Se l'iniezione non può configurare lesione personale, è doveroso domandarsi se possa configurare *il reato di percosse*, che si sostanzia ogniqualvolta un atto procuri una sensazione dolorosa, senza causare malattia. A tale proposito pare di poter escludere abbastanza agevolmente che il foro da iniezione causi una sensazione di dolore penalmente rilevante.

In subordine, se si volesse far rientrare la condotta esaminata nel reato di lesioni personali, sicuramente non potrebbe che configurare un'ipotesi di lesione lievissima, determinando una malattia di durata non superiore a 20 giorni. Tale tipo di lesione è punita solo a querela della persona offesa, o, nel caso di minori, dei genitori degli stessi. Evidentemente, ove una prestazione di tale tipo è effettuata con il consenso delle persone su cui la prestazione è effettuata, o, se minori, dei loro genitori, si esclude che possa verificarsi un caso di querela.

A tale proposito si osserva come il consenso dei genitori configuri la scriminante del consenso dell'avente diritto prevista dall'art. 50 c.p. (anche alla luce dell'art. 316 c.c. che prevede la potestà dei genitori sui figli minori). In tal senso infatti la giurisprudenza è pressoché costante nel ritenere che la causa di giustificazione dell'avente diritto può avere efficacia scriminante anche rispetto alle percosse e alle lesioni, se il consenso viene prestato volontariamente nella piena consapevolezza delle conseguenze lesive all'integrità personale, sempre che queste non si risolvano in una menomazione permanente che, incidendo negativamente sul valore sociale della persona umana, elide le rilevanza del consenso prestato. Il foro provocato da una iniezione su un minore rientra pienamente in questa previsione. L'unica obiezione che potrebbe essere mossa all'applicabilità dell'art. 50 c.p. (in relazione alla pratica della sunna) sta nel fatto che i genitori, pur esercitando la potestà sui figli minori, non possano prendere una determinazione riguardante un intervento medico assolutamente non necessario da un punto di vista clinico, e dal quale derivi una lesione, essendo la salute un diritto indisponibile. Questa osservazione, irrilevante rispetto al reato di percosse, potrebbe considerarsi superata, rispetto al reato di lesioni personali, dal fatto che dalla lesione in esame non deriva una menomazione permanente.

Nel caso in cui si ritenga che la condotta in esame configuri uno dei due reati analizzati, diventa rilevante anche la scriminante dello stato di necessità previsto dall'art. 54 c.p., in quanto che la ginecologa che effettua la prestazione (sunna) è costretta ad intervenire sulle minori spinta dalla necessità di evitare che le stesse incorrano nel pericolo effettivo di una grave menomazione alla propria persona. Tale situazione risulta configurabile, posto che la ginecologa sia a conoscenza del fatto che, rifiutandosi essa all'intervento della sunna, le minori saranno condotte in un paese

straniero dove verrebbe loro praticato un intervento assolutamente invalidante, oppure verrebbe praticato nel nostro Paese un intervento clandestino da parte di donne connazionali, assolutamente prive di cognizioni mediche, ciò che comporterebbe gravi rischi.

Si ipotizza anche la configurabilità della scriminante dell'adempimento di un dovere, sussistendo in capo al medico il dovere di tutelare la salute dei pazienti. Infatti, se la ginecologa non praticasse tale puntura (sunna) sulle minori, queste sicuramente incorrerebbero in un danno alla salute ed all'integrità fisica e psichica assolutamente più grave di quello causato da un ago da iniezione. In tal modo la ginecologa verrebbe meno al proprio dovere, incorrendo anche nell'ipotesi che si possa configurare in capo ad essa il reato di lesioni personali gravi di tipo omissivo, in quanto non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo (art. 40, II comma c.p.)

Inoltre, considerato che il concetto di salute deve fondarsi non solo su parametri di tipo medico, ma anche di tipo psicologico e sociale, tale intervento risulta tale da tutelare la salute psicologica di queste bambine ed il loro inserimento nella comunità di appartenenza. Si noti come donne non infibulate o che non abbiano praticato almeno questo tipo di intervento rituale risultino assolutamente discriminate ed isolate all'interno della loro comunità di appartenenza, tanto da non potersi nemmeno sposare, poiché nessun uomo accetta di sposare una donna non infibulata.

A fronte di tutto questo non si vede come il praticare l'intervento richiesto dalla pratica rituale della sunna, minimamente invasivo e minimamente offensivo per la salute, possa non ritenersi non solo legittimo da parte del medico, ma anzi doveroso.

Sull'infibulazione completa.

Da un punto di vista prettamente giuridico, il diritto di sporgere querela nei confronti del medico che ha eseguito la propria prestazione professionale su un minore spetterebbe, ai sensi dell'art. 120 c.p., soltanto ai genitori esercenti la potestà sul minore stesso. Pertanto, ove la prestazione sia da essi richiesta, è inverosimile l'ipotesi di una querela da parte loro.

Potrebbero, viceversa, i genitori sporgere querela nei confronti del medico che rifiuti di eseguire l'intervento di infibulazione completa?

Appare da sciogliere, da un punto di vista prettamente tecnico, questa ulteriore questione.

Ed al contempo, laddove il medico, nell'esercizio e a causa delle proprie funzioni venga a conoscenza della determinazione dei genitori di commettere un fatto che per legge rivestirebbe figura di reato ha o meno l'obbligo di sporgere denuncia, nonostante il segreto professionale?

In tal senso si osserva come la Costituzione tuteli l'inviolabilità della salute e di conseguenza l'impossibilità di disporre di un diritto considerato *ex se* indisponibile. Il diritto all'integrità sessuale, intesa come integrità degli organi genitali, appare essere un diritto indisponibile, posto che l'intervento di infibulazione è di fatto una mutilazione non determinata da fenomeni patologici in atto: pertanto anche il consenso dell'avente diritto non scriminerebbe la prestazione medica.

A maggior ragione, in un caso simile, non si può ritenere valido il consenso prestato in nome e per conto del minore dal genitore, posto che va contro tutte le norme preposte a difesa dell'infanzia ogni pratica volta ad infliggere una menomazione permanente e non necessaria, non potendo certo l'infibulazione rientrare in quegli atti definiti vantaggiosi per l'infanzia (es. accettazione di un'eredità, consenso ad un trapianto, ecc.)

Va da sé dunque che il medico che rifiuta di praticare l'infibulazione completa non è punibile, laddove venisse denunciato dai genitori della minore; anzi, a rigore di stretto diritto, egli avrebbe impedito la commissione di un fatto reato. A ciò si aggiunga l'assoluta non necessità clinica della prestazione richiesta.

Viceversa, il fatto di essere a conoscenza della determinazione dei genitori a far praticare in ogni modo l'infibulazione completa alle bambine, anche portandole in altro Stato, può integrare in capo al medico un obbligo di denuncia dei genitori all'autorità giudiziaria?

In tal senso, essendo il medico un pubblico ufficiale, rientrerebbe nell'ipotesi prevista dall'art. 361 c.p.: il Pubblico Ufficiale, anche in virtù delle numerose pronunce in tal senso espresse dalla Suprema Corte, non ha alcun poter di valutazione sul fatto da denunciare (ovvero se a suo avviso sia o meno effettivamente un reato), dovendo pertanto limitarsi a denunciare il fatto.

Si può ritenere però la mera intenzione di commettere un reato un fatto da denunciare?

Certamente la norma di cui sopra parla di reato di cui il pubblico ufficiale è venuto a conoscenza nell'esercizio delle sue funzioni. Riferendosi il testo normativo alla parola "reato", si deve intendere reato consumato e non soltanto ipoteticamente progettato. In tal senso, però, va analizzato se il reato in questione (ovvero quello di voler sottoporre le minori ad infibulazione) possa essere ritenuto, in un caso simile, un reato di pericolo, pertanto a punibilità anticipata. Ora, laddove i genitori dichiarino il loro intento di provocare alle minori lesioni gravi, certamente non si rientra nella categoria dei reati di pericolo, posto che il reato in questione è un reato di evento. In tal senso, il medico non avrebbe neppure l'obbligo della denuncia.