UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

MASTER DI PRIMO LIVELLO PER COORDINATORE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

LE MUTILAZIONI DEI GENITALI FEMMINILI

Tesi di:
DOTT.SSA SILVIA CARLETTI

Relatore: Chiar.mo
PROF. MAURO PESARESI

ANNO ACCADEMICO 2007-2008

DEDICATA A...

A mia madre Paola,
sempre pronta a sostenermi moralmente nei momenti difficili con la sua pazienza e dolcezza; senza di lei non avrei mai intrapreso questo mio viaggio di crescita interiore;
Ad Eugenio e Ave, che con i loro saggi consigli mi hanno spinta a tirare fuori il meglio di me;
Ad Elisabetta, che mi ha aiutato ad avere più fiducia in me stessa;
Ai miei zii Andrea e Carla e i miei tre cugini Lorenzo, Eugenio e Francesco, che sono fieri di me;
A Barbara, Alessandro, Graziano, Luca, Sabina, Liza, Alex, Cristina, Veronica, Alice, Giovanni, Paolo, Simonetta, sempre comprensivi, disponibili e solari;
Ai miei nonni Anatolio e Simonetta, che dal cielo mi benedicono e proteggono;
A Perla,Giulietta e zio Paolo, piccole stelle che non smetteranno mai di splendere..
Un ringraziamento speciale va al prof. Mauro Pesaresi, che con la sua infinita pazienza, disponibilità ed umanità, ha reso possibile lo svolgimento di questo lavoro.

Silvia Carletti

INTRODUZIONE

Le mutilazioni genitali femminili (MGF) fanno parte delle tradizioni di molte popolazioni concentrate nel centro e nord Africa, ma rintracciabili anche in altri continenti.

Le recenti massicce immigrazioni in Europa ci hanno però messo direttamente a confronto con tali realtà, schiudendo un nuovo e complesso orizzonte culturale che ci costringe a confrontarci con dimensioni sociali, economiche e giuridiche che impongono severe riflessioni.

Il fenomeno delle MGF è, infatti, di enormi proporzioni. Secondo stime di alcuni autori, attualmente vivono nel mondo circa 130 milioni di donne che hanno subito mutilazioni genitali e 6000 bambine al giorno vengono costrette alla stessa sorte.

Ciononostante, fino a qualche anno fa, le MGF costituivano un fenomeno circoscritto geograficamente che riguardava essenzialmente organismi internazionali.

In Italia vivono alcune decine di migliaia di donne infibulate (altre 45000 secondo il Ministro dell' Interno) e, ogni anno, circa 6000 bambine con genitori provenienti da territori e tradizione escissoria (soprattutto da paesi dell' Africa sub- sahariana) rischiano di essere sottoposte a tali pratiche.

Spesso le bambine vengono mutilate durante i soggiorni nei Paesi di provenienza operatrici nazionali itineranti. Non risultano comunque implicati medici o strutture sanitarie italiane, anche se si parla di cliniche private dove opererebbero medici somali o italo-somali.

La loro rilevanza a livello nazionale, soprattutto in Europa e principalmente in Italia, era scarsa a causa di un' esigua presenza di casi. Negli ultimi anni però, col crescere dell' immigrazione, la dimensioni di tali pratiche si è estesa anche nei paesi della comunità europea, concretandosi in un grave problema d'attualità che riveste diversi aspetti: responsabilità penali, assistenza e deontologia medica, riabilitazione medica e psicologica, prevenzione-dissuasione.

I. INTRODUZIONE ALL' APPARATO GENITALE FEMMINILE

Le gonadi (o ovaie) sono poste nella piccola pelvi e collegate all' utero dal legamento utero – ovario.

Dopo la pubertà si possono vedere, attraverso esami strumentali, sulla loro superficie follicoli oofori in fase di sviluppo.

In genere l'ovulazione riguarda un follicolo alla volta, altrimenti si parla di ovulazione plurima.

Le tube uterine sono due condotti che collegano l' ovaio all'utero; l' ovaio risulta avvolto da formazioni a frangia, dette fimbrie, senza che tra le due formazioni vi sia una continuità totale.

Infatti è possibile che l'uovo emesso dalla gonade non venga "risucchiato" dalla tuba, ma " cada" nella cavità addominale, cosa che, qualora l' uovo fosse stato fecondato, darebbe luogo ad una gravidanza addominale (evenienza peraltro rara).

Dopo il tratto iniziale a frangia, le tube uterine, o tube di Falloppio, si portano verso l' utero aumentando lievemente di diametro.

L'utero è posto al centro della pelvi, quasi del tutto avvolto dal peritoneo; consta di un fondo ai cui lati si innestano le tube, di un corpo, in genere lievemente flesso in avanti e appoggiato sulla vescica, e di un collo che si infigge nel pavimento pelvico, sporgendo in vagine assieme alla cervice.

La posizione è variabile, infatti l' utero è un organo molto mobile che, pur restando in sede, può variare il proprio orientamento in conseguenza a

numerosi fattori (ad esempio l' età, il numero di gravidanze, la stazione eretta o supina, ecc…)

La parete dell' utero è il proseguimento di quella tubarica, ma lo spessore risulta molto aumentato, specie nella tonaca muscolare (miometrio).

Il rivestimento interno varia molto durante il ciclo mestruale: infatti l' endometrio va incontro a accrescimento e sfaldamento ciclici, se non interviene una gravidanza.

L'utero è dotato di un apparato sospensore che comprende numerosi legamenti (vescica-uterini, utero-rettali, utero-sacrali, parametrio, legamento cardinale, rotondi, proprio dell' utero, largo).

La vagina è un legamento virtuale, cioè le cui pareti sono normalmente accollate l'una all'altra, ma si distendono durante il coito e il parto.

Accoglie il collo dell' utero, i recessi circostanti prendono il nome di **fornici**, nella sua cavità è alloggiata la cervice uterina.

La vagina si apre all' esterno nel **vestibolo** della vulva. L'orifizio ha diverse conformazioni e può essere più o meno chiuso dall' **imene,** secondo conformazioni individuali e rapporti sessuali avuti.

La vulva è uno spazio compreso tra la sinfisi pubica e l' orifizio anale, comprende il **Monte di Venere**, le **grandi labbra** e le **piccole labbra**, separate tra loro da un solco abbastanza netto.

La faccia interna delle piccole labbra si continua nel vestibolo della vagina; a livello della commessura delle piccola labbra, all' interno delle grandi labbra si trova la clitoride, piccolo organo erettile. Alla mucosa del vestibolo sono invece annesse formazioni ghiandolari, e in particolare le **ghiandole di Bartolini**.

II. CHE COSA SONO LE MGF?

In medicina legale col termine "mutilazione" si intende una lesione dell' integrità psico-fisica del soggetto consistente nella perdita anatomica totale o parziale di un organo, un arto, un senso, o un apparato.

Da tale lesione può dipendere una menomazione, vocabolo con il quale ci si riferisce alla compromissione funzionale dell'organo o apparato colpito dalla mutilazione e che sottolinea il decadimento dell' individuo nella scala dei valori morali e sociali a seguito della menomazione stessa.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha distinto le mutilazioni dei genitali femminili in quattro tipi:

I Tipo: circoncisione resezione del prepuzio clitorideo con o senza l' escissione di parte o dell' intera clitoride.

II Tipo: escissione resezione del prepuzio e della clitoride insieme alla rimozione parziale o totale delle piccole labbra.

III Tipo: infibulazione o circoncisione faraonica la forma di mutilazione genitale tipica dei paesi del Corno d'Africa e consiste nell'escissione parziale o totale dei genitali esterni. I due lati della vulva vengono poi cuciti con una sutura o con spine, riducendo in tal modo la dimensione dell' orifizio della vulva e lasciando solo un piccolo passaggio nell' estremità inferiore, per l' emissione del flusso mestruale e dell' urina.

IV Tipo: include varie pratiche di manipolazione degli organi genitali femminili: piercing, priking, incisione della clitoride e/o delle labbra,

allungamento delle clitoride e /o delle labbra, cauterizzazione per ustione della clitoride e dei tessuti circostanti, raschiatura dell' orifizio vaginale (anguria cuts) o taglio della vagina (gishiri cuts), introduzione di sostanze corrosive nella vagina per causare sanguinamento oppure immissione di erba con lo scopo di restringere la vagina.

La defibulazione è la procedura che si attua per accrescere l'apertura dell' orifizio lasciata al momento dell' infibulazione. Questa comporta un' incisione nella cicatrice dell' infibulazione, creando un'apertura, con la rimarginazione delle rimanenti labia majora. Ciò riduce la possibilità di future complicazioni e aiuta ad eliminare alcuni problemi cronici. Spesso è effettuata quando una donna sta per sposarsi, ma è spesso spostata fino al momento del parto.

La defibulazione viene fatta per vari motivi:

- diminuzione dolori mestruali;
- diminuzione dolore durante rapporti sessuali;
- diminuzione infezioni tratto urinario;
- possibilità di praticare esame medico;
- minori complicazioni durante la gravidanza e il parto;
- valutare la posizione del bambino prima del parto;
- può ridurre il bisogno di effettuare parto cesareo;
- maggiori possibilità di scelta del metodo anticoncezionale.

La reinfibulazione è la procedura attraverso la quale le labbra vengono ricucite insieme dopo il parto. Questo ulteriore taglio e risuturazione accresce la mancanza di elasticità del perineo. La ripetizione di defibulazione e reinfibulazione può causare danni per tutta la vita.

III. LE ORIGINI

Le origini delle mutilazioni genitali femminili risalgono a circa 2000 anni a.C. . Negli ultimi anni ottanta, infatti, il ritrovamento di due cadaveri di donna del tipo Camito-Semitico, databili nell' epoca del neolitico inferiore, ha mostrato chiare cicatrici da infibulazione.

D'altronde la circoncisione maschile era stata documentata da Chabas, nel 1861, e da Loret, nel 1889, ritrovando su reperti archeologici testimonianze rispettivamente risalenti al secondo e al terzo millennio a.C..

La pratica dunque delle mutilazioni genitali, chiaramente raffigurata in templi ed opere monumentali, lascia supporre che circa 4000 anni fa non fosse solo praticata e conosciuta, ma già saldamente inserita nella tradizione.

Ma i primi casi di infibulazione realmente documentati risalgano ai primi del secolo diciannovesimo; mentre il primo articolo epidemiologico è stato pubblicato da Hosken negli anni '70 e la prima ricerca strutturata in merito è stata realizzata in africa nel 1979.

IV. PER QUALI MOTIVI SI PRATICANO LE MGF?

Si dice che…..

-Le mutilazioni dei genitali femminili sono una tradizione culturale, si sono sempre fatte…;

-.. Le MGF rendono le donne più fertili. Alcune testimonianze riportano la credenza secondo la quale la secrezione delle ghiandole dei genitali di una donna non circoncisa uccida lo spermatozoo nella vagina. E di conseguenza una donna che si sposa subito dopo una circoncisione rimane sicuramente incinta.

-.. Le MGF siano una prescrizione religiosa e in particolare dell' Islam.

-.. Le MGF siano una garanzia di verginità, e si ritiene che l'infibulazione protegga e preservi la castità delle giovani sino al matrimonio. La prova della verginità è generalmente una parte integrale della transazione matrimoniale.

-.. Le MGF siano una garanzia di fedeltà.

-.. le MGF siano una garanzia di purezza e pulizia. La rimozione degli organi genitali è giustificata dai fautori dell' infibulazione con l'idea di mantenere così pulita questa parte del corpo. Viene infatti sostenuto che le secrezioni prodotte dalle ghiandole nella clitoride, nelle piccole e grandi labbra producano un cattivo odore rendendo così il corpo della donna non pulito.

Pertanto questi organi e le ghiandole responsabili di tali secrezioni devono essere rimossi.

-.. le MGF migliorino le prestazioni sessuali degli uomini. Si crede che la clitoride, essendo omologa al pene, generi una eccitazione addizionale all' uomo causando così un rapido epilogo del rapporto sessuale. E questo per l'uomo, in molte società patriarcali, è considerato un affronto.

Nell' infibulazione l'obiettivo è quello di ridurre l' organo a uno stretto orifizio, in tal modo si crede di aumentare il piacere del maschio durante il rapporto sessuale.

-.. le MGF siano una prevenzioni delle morti prenatali. Alcune comunità credono che la clitoride abbia il potere di uccidere il primogenito qualora durante il parto questa tocchi la testa del neonato.

- .. le MGF vengano effettuate per motivi estetici. E' sostenuto che il prepuzio del pene viene rimosso essenzialmente per motivi estetici, così la clitoride, che è omologa al pene, dovrebbe venir tolta per lo stesso motivo. In alcune culture esiste una teoria prevalente secondo la quale i genitali femminili possono crescere durante lo sviluppo, come accade per i genitali maschili.

Da ciò può risultare una situazione imbarazzante in cui la clitoride giunga a pendere fra le gambe come il pene maschile. Pertanto una zona piatta e liscia di pelle senza un ingombro di carne sembra a questi gruppi più attraente alla vista e al tatto.

-.. le MGF siano garanzia di buona salute. Viene sostenuto che le donne circoncise sono sempre sane, che non lamentano mai problemi di salute eccetto quelli causati dal soprannaturale.

Addirittura si crede che la circoncisione abbia poteri curativi per esempio contro la depressione, la malinconia,..

In realtà…

… l'origine resta avvolta nel mistero. Sono comunque una pratica preislamica, probabilmente già in uso nell'antico Egitto, da dove sarebbe approdata a Roma (infibulazione deriva dal latino fibula) come misura per controllare la sessualità delle schiave.

-.. le MGF possono, al contrario, rendere sterili. La circoncisione è una delle cause dell' infertilità, specialmente dalle giovani vergini che sono affette da infezioni pelviche causate dalla circoncisione.

Nel caso dell' infibulazione poi, il parto può essere difficile e può portare persino alla morte del neonato e/o della madre.

-.. Nessuna religione prescrive la circoncisione femminile la cui origine è pre islamica.

-.. Da un punto di vista prettamente anatomico e medico, la verginità è garantita dalla presenza dell' imene. Può succedere a volte che, date le precarie condizioni con cui vengono effettuate queste operazioni, la membrana dell' imene venga rotta causando così la perdita della verginità. I genitori incoraggiano le figlie a sottomettersi alla circoncisione nella speranza di ottenere un più alto prezzo della sposa (una sposa vergine viene senz'altro pagata di più).

-.. La promiscuità è una forma di comportamento che nasce da una combinazione complessa di circostanze sociali, su cui il mantenimento o la rimozione degli organi genitali sensibili non ha alcun impatto diretto.

-.. Le normali secrezioni delle ghiandole sono impercettibili e aumentano solo durante il rapporto sessuale per facilitare la penetrazione. La vulva quindi in condizioni normali risulta "asciutta".

Se si verificano secrezioni abbondanti e maleodoranti vuol dire che si è in presenza di infezioni le quali vanno prontamente curate.

Inoltre nell' infibulazione la chiusura della vulva comporta una cattiva e lenta fuoriuscita dell'urina e del sangue mestruale dando origine all' ematocolpo, cioè un accumulo di sangue mestruale nella vagina per impossibilità di deflusso all'esterno.

-.. Questa motivazione è valida solo laddove i maschi siano stati condizionati a credere che il piacere sessuale e l'abilità possano essere ottenuti solo con le donne circoncise sottomesse e passive durante il rapporto stesso; ma la verità è che solo pochi uomini concorderanno sul fatto che la passività da parte della donna contribuisca al piacere sessuale.

Gli uomini intervistati a caso in alcuni paesi africani hanno confessato che apprezzano maggiormente l' atto sessuale con donne non circoncise che con quelle circoncise.

-.. L'idea che il neonato possa morire se durante il parto viene a contatto con la clitoride non ha alcun fondamento scientifico. Al contrario esiste una vasta documentazione sul fatto che il parto delle donne non circoncise è sano e normale, dimostrando l'infondatezza dell'argomento addotto. Esiste per contro un alto tasso di morti prenatali a causa del lungo travaglio.

-.. la configurazione, la struttura e le funzioni della maggior parte degli organi del corpo sono determinati da influenze genetiche ed ormonali. Gli ormoni del sesso nel corpo determinano le caratteristiche chiaramente distinguibili dei due sessi.

V. CARATTERISTICHE, PREVALENZA ETÀ E COMPLICANZE

Le modifiche dell'apparato genitale femminile, artificiosamente prodotte, possono essere distinte in deformazioni espansive o riduttive.

Le deformazioni espansive possono interessare:

- il clitoride e/o le piccole labbra con finalità di allungamento, distensione, ingrandimento. I metodi per ottenere tali effetti (se si accentua l'azione irritante prodotta sul clitoride da punture di formiche appositamente allocate per produrre edemi e renderlo più idoneo alla suzione) non risultano particolarmente cruenti o dolorosi, inserendosi spesso in un contesto ludico-erotico.
- La regione vulvo-genitale con finalità di ampiamento. Gli interventi di dilatazione vaginale vanno dalla semplice dilatazione ottenuta per mezzo di massaggi e applicazione di unguenti (tipica delle regioni centro–africane) all' introcisione, praticata in alcune zone dell' Australia. L' introcisione, contrariamente ai massaggi, si sostanzia di una vera e propria mutilazione, consistendo nella deflorazione e nel taglio della sconnessura labiale posteriore.

Le deformazioni riduttive possono interessare:

- clitoride e piccole labbra. In questo caso può trattarsi di resezione del prepuzio con o senza escissione del clitoride o di parte di esso. Siffatta mutilazione, detta "circoncisione sunna", è prevalentemente praticata nelle società di religione mussulmana del Nord Africa, del Sud dell' Arabia ed in Indonesia; può altresì comprendere l'escissione parziale o totale delle piccole labbra. Questa variante, maggiormente mutilante è la più diffusa e

riguarda soprattutto le donne dell' Africa centrale, non risparmiando neanche quelle di religione cristiana.

- Regione vulvo–vaginale. Si opera qui un restringimento, molto prossimo alla chiusura, dell' introito vaginale con escissione parziale o totale dei genitali esterni. Tale usanza, chiamata correntemente infibulazione o circoncisione faraonica, è presente particolarmente tra i mussulmani dell' Africa centro–orientale.

L' età media delle bambine sottoposte a MGF va dai primi mesi di vita ai 17 anni, con una prevalenza tra i 4 e i 12 anni. A causa del trauma inferto e delle complicanze è spesso necessario legare le gambe della bambina per 2–6 settimane dopo la mutilazione.

Le complicanze delle MGF sono, infatti, molto frequenti e quasi sempre molto gravi sia per il contesto di scarsissima igiene in cui vengono praticate, sia per gli strumenti utilizzati (pezzi di vetro, pietre taglienti, lamette da barba, ecc…, per le mutilazioni: spine di acacia, filo da cucito, ecc… per le suture).

Le complicanze di ordine medico si distinguono a seconda del periodo in cui insorgono : a breve , medio e lungo termine.

Le complicanze a breve termine consistono nella morte, nelle emorragie, nello shock post operatorio, nelle lesioni all' interno della vagina, dell' uretra, della vescica, dello sfintere anale, in infezioni, setticemia, tetano, contagio da HIV, epatiti. Le complicanze a medio e lungo termine possono consistere in cisti ed ascessi, dismenorrea, vaginismo, infezioni croniche, incontinenza urinaria, neuromi, sterilità, gravi problemi durante la gravidanza e il parto, infezioni puerperali.

VI. LEGISLAZIONE SULLE MGF A LIVELLO MONDIALE

Dati recenti dell' OMS evidenziano che circa due milioni di donne e bambine vengono sottoposte a mutilazioni dei genitali in almeno 28 Paesi del Continente asiatico e africano ogni anno.

Gli sforzi internazionali per sradicare questi problema hanno una storia lunga, ma è solo in questo secolo, grazie anche alla crescente pressione delle organizzazioni femminili africane, che si sono raggiunti risultati concreti.

La commissioni sui diritti umani delle Nazioni Unite sollevò il problema delle mutilazioni genitali femminili nel 1952 e la questione fu a lungo oggetto di studi e di dibattito.

Nel 1984 l' ONU creò a Dakar un comitato sulle pratiche tradizionali pregiudizievoli sulla salute delle donne e dei bambini per coordinare le attività delle organizzazioni non governative africane con l'obiettivo di dar vita a campagne di sensibilizzazione e formazione per attivisti locali, levatrici e membri autorevoli delle comunità locali.

A partire dagli anni '90 le MGF vennero dichiarate una forma di violenza nei confronti della donna e nel 1994 la collaborazioni tra le agenzie dell' ONU e le Organizzazioni non governative portò al varo di un piano di azione per eliminare le pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute delle donne e delle bambine.

Nel 1997 lo iAc tenne un convegno per giuristi nella sede dell' organizzazione per l' unità africana che elaborò "La carta di Addis Abeba" un documento che chiede a tutti i governi africani di adoperarsi per eradicare le MGf entro il 2005.

A seguito dei moniti degli organismi sopranazionali europei, molti paesi hanno avvertito la necessità di interventi ufficiali contro le mutilazioni dei genitali; i paesi membri dell' Unione Europea che dal 2004 hanno leggi specifiche in materia di MGF sono: Austria, Belgio, Danimarca, Spagna, Regno Unito e Svezia (1982) ; quest'ultima, è stato il primo paese europeo ad approvare la legge contro le MGF che punisce che esegue tali pratiche fuori dal territorio svedese; nel 1998 è stata introdotta anche una modifica che proibisce espressamente la reinfibulazione post partum.

In attuazione degli artt. 2, 3, 32 della Costituzione italiana e di quanto sancito dalla Dichiarazione e dal programma di azione adottati a Pechino, la legge 9 gennaio 2006, n. 7, detta misure per reprimere pratiche di questa natura, ma anche per prevenire e contrastare il fenomeno in voga in diverse comunità dell' Africa e dell' Asia e in alcune comunità provenienti da suddette regioni:

".. chiunque provochi una mutilazione del genere è punito con la reclusione da 4 a 12 anni e la pena è maggiorata di un terzo se le pratiche sono commesse a danno di un minore o se il fatto è commesso a fini di lucro."

Al fine della prevenzione del fenomeno vengono inoltre preposte una serie di iniziative di sensibilizzazione come campagne di informazione sui diritti delle donne rivolte agli immigrati al momento della concessione del visto; organizzazione di corsi di informazione per donne infibulate in stato di gravidanza per una corretta preparazione al parto; programmi di aggiornamento per gli insegnanti delle scuole dell' obbligo.

Il comma 3 di tale decreto legge contempla due circostanze aggravanti (aumento della pena di un terzo) per l' ipotesi in cui le pratiche di cui al primo e al secondo comma sono commesse a danno di un minore, ovvero se il danno è commesso a fini di lucro.

Circa la prima, per la relativa addebitabilità è necessario dimostrare la conoscenza o conoscibilità, ex art. 59 comma 2 , c.p., da parte del reo della minore età.

Circa la seconda, il lucro si riconnette ad un vantaggio economico apprezzabile perseguito dal reo (farsi pagare l' intervento).

L' art. 583 ter c.p.(anch'esso introdotto dalla legge 7/2006) prevede una pena accessoria per gli esercenti una professione sanitaria (medici chirurghi, infermieri, ostetriche) condannati per taluno dei reati di cui all' art. 583 bis c.p., consistente nell' interdizione della professione da tre a dieci anni. Tale pena accessoria era già prevista dall' art. 31 c.p., "ma la previsione speciale si spiega per i più incisivi e gravosi termini di durata (da tre a dieci anni),che non sarebbero raggiungibili applicando la norma comune atteso il combinato disposto degli articoli 30, comma 2, e 37 del codice penale. Inoltre, la sentenza di condanna è comunicata dall' Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, per le relative eventuali sanzioni disciplinari ; infatti, l'articolo 50, comma 2, Codice di Deontologia medica, dispone che è vietato al medico di praticare qualsiasi forma di mutilazione sessuale femminile.

L'articolo 8 della legge 7/2006, introduce delle sanzioni amministrative. E' infatti introdotto un nuovo art. Quarter.1(pratiche di mutilazione degli organi femminili) al d. lgs 8 giugno 2001, n. 231 (disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle

associazioni anche prive di personalità giuridica a norma dell' articolo 11 della legge del 29 settembre 2000, n. 300, in base al quale agli enti (quali ospedali o cliniche private) nella cui struttura sono commessi i delitti di cui all' art. 583 bis c.p., si applicano la sanzione pecuniaria da 300 a 700 quote e le seguenti sanzioni interdittive (art. 9, comma 2 , l. gs 231/2001):

a) interdizione dall' esercizio dell' attività;

b) la sospensione o la revoca delle autorizzazioni, licenze o concessioni funzionali alla commissione dell' illecito;

c) il divieto di contrattare con la pubblica amministrazione, salvo che per ottenere le prestazioni di un pubblico servizio;

d) l'esclusione da agevolazioni, contributi o sussidi e l' eventuale revoca di quelli già concessi;

e) il divieto di pubblicizzare beni o servizi.

Tali sanzioni interdittive hanno una durata non inferiore ad un anno.

Differente si profila il caso della sunna lievissima in quanto la lesione punteria non comporta menomazioni permanenti dell' integrità fisica e all' assenza di danno, si aggiunge l' assenza di dolore grazie al ricorso della crema anestetica.

Per motivi per lo più simili è ritenuta legittima, per l'adulto, la circoncisione elettiva, non determinata da motivazioni terapeutico-profilattiche.

Il problema, in questo caso, potrebbe sorgere piuttosto se il diritto di educare la prole anche sotto il profilo religioso (riconosciuto dagli artt. 19 e 30 della Costituzione) consenta ai genitori di sottoporre i figli a pratiche che possono incidere irreversibilmente sulla loro propria libertà personale e religiosa, nonché sulla loro salute psico–fisica.

Pertanto: il medico o colui che opera la mutilazione dei genitali femminili 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; 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.); 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.

CONCLUSIONI

Concludo osservando l' impossibilità di far leva sul concetto di sollievo o di prevenzione della sofferenza, dal momento che le preadolescenti destinatarie di tali pratiche non vengono mai prese in considerazione come soggetti alle cui condizioni psicologiche (bisogni, desideri e volontà) si attribuisce la benché minima rilevanza. Esse compaiono invece nel ruolo di oggetti passivi di scelte e decisioni riguardanti la loro salute, assunte in loro vece da altre persone.

Ci si chiede se i genitori sono legittimati a compiere una simile scelta al posto delle proprie figlie; sebbene a tutt'oggi perdurino diverse concezioni giuridiche del minore, si può affermare con una certa sicurezza la prevalenza dell' orientamento che considera il minore preadolescente come soggetto di diritti e libertà personali, alla conquista di una sempre più ampia sfera di autonomia di pari passo con la sua crescita fisiologica. L' affermarsi di tale orientamento ha posto le premesse per un ripensamento critico della stessa incapacità di agire che il nostro codice civile attribuisce ai soggetti minorenni, e per la definizione dell' estensione della rappresentanza legale che la legge conferisce di regola a entrambi i genitori.

Per quanto riguarda l' incapacità di agire del minore, se ne è sottolineata sempre più l'ispirazione patrimonialistica;

si è cioè osservato che l' incapacità di agire riguarda più l' ambito dei rapporti patrimoniali che non quello dei rapporti personali.

Si profilano innovazioni significative a questo riguardo: nel luglio 2004 è stato infatti approvato il disegno di legge dal titolo "Disposizioni in materia

di consenso informato e di manifestazioni anticipate di trattamenti" che all' art. 6 prevede l' abbassamento a 14 anni dell' età minima per prestare il consenso ai trattamenti sanitari. Per quanto riguarda la rappresentanza legale affidata ai genitori, essa si configura come potere – dovere (non come diritto-potere) attribuito ai genitori non certo nel loro interesse personale, ne tanto meno nell' interesse della comunità, bensì solo nell' interesse dei figli.

Le decisioni relative alla salute e agli interventi sul corpo ricadono nell' art. 33 del Codice di Deontologia medica. A livello deontologico, infatti, già oggi si ritiene che la potestà genitoriale incontri un limite preciso nel dovere dei medici di informare l' autorità giudiziaria in caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore del minore. La rappresentanza dei genitori appare dunque rigorosamente finalizzata non solo all' interesse del minore e alla tutela della sua salute, ma anche alla tutela e al rafforzamento della sua libertà di scelta. In quanto tale, essa non può essere invocata a sostegno della legittimità di interventi e trattamenti incompatibili tanto con la tutela della salute quanto con il rispetto e la promozione della libertà delle minori.

BIBLIOGRAFIA

Documenti ufficiali

- Organizzazione delle Nazioni Unite, *Dichiarazione Universale dei diritti umani*,1948
- *Convenzione internazionale sui diritti d' infanzia*, 1989
- World Medical Association, *Statement on Condemnation of Female genital Mutilation*, 1993
- *Afro – Arab Export Consultation on legal Tools for Prevention of Female Genital Mutilation*, Cairo Declaration on Legal tools to Prevent FGM, 23rd June 2003

- *Letteratura Scientifica*

- AIDOS, *la legge giusta. Il trattamento giuridico delle mutilazioni dei genitali femminili, Associazione italiana donne per lo sviluppo*, 2000
- Cenci , Manganelli , *La costruzione sociale del corpo dell' immigrata. Le Rappresentazioni delle mutilazioni genitali femminili nella stampa italiana e nella letteratura scientifica*, in C. Pasquinelli, *Antropologia delle mutilazioni genitali femminili. Una ricerca in Italia*, AIDOS 2000
- Patrizia Borsellino, *Le mutilazioni dei genitali femminili*, 2006

Siti Internet

- www.AIDOS. It
- www.Diritto. It
- www.Mutilazioni genitali femminili. It
- www.Donnesempre.it

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 2
I INTRODUZIONE ALL'APPARATO GENITALE FEMMINILE	" 4
II CHE COSA SONO LE MGF?	" 6
III LE ORIGINI	" 8
IV PER QUALI MOTIVI SI PRATICANO LE MGF?	" 9
V CARATTERISTICHE, PREVALENZA ETA' E COMPLICANZE	" 13
VI LEGISLAZIONE SULLE MGF A LIVELLO MONDIALE	" 15
CONCLUSIONI	" 20
BIBLIOGRAFIA	" 22
INDICE	" 24