



CRIMINOLOGIA

03

Cristiano Barbieri
Regina Rensi
Barbara Gualco

**“ LE MUTILAZIONI GENITALI
FEMMINILI: ALCUNE RIFLESSIONI
SULLA TUTELA DELLE VITTIME ”**

RASSEGNA ITALIANA DI
CRIMINOLOGIA
anno III - n. 3 - 2009





In un precedente contributo, sono stati presi in considerazione i problemi definitori, gli aspetti epidemiologici, i fattori culturali e psicosociali delle mutilazioni genitali femminili. Inoltre, sono state richiamate le relative disposizioni normative tuttora vigenti nei vari stati.

Nella presente riflessione, si intendono esaminare alcune problematiche inerenti la tutela delle vittime alla luce della Legge 9 gennaio 2006 n. 7 e delle Linee Guida del Ministero della Salute per la prevenzione, assistenza e riabilitazione delle vittime di MGF¹, con riferimento sia all'ambito penalistico, sia a quello civilistico, sia a quello minorile.

Secondo l'art. 32 della Costituzione, infatti, *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanzionatorio se non per legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*. Ad esso può ricollegarsi anche l'art. 5 del Codice Civile, che disciplina gli atti di disposizione del proprio corpo, i quali sono vietati *“quando cagionano una diminuzione permanente dell'integrità fisica o quando sono contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume”*. Tali norme si attagliano integralmente al fenomeno delle MGF, nella misura in cui queste costituiscono delle pratiche che, per le conseguenze prodotte, diminuiscono appunto l'integrità psico-fisica della vittima e ne ledono il diritto inalienabile alla tutela della salute, come ampiamente documentato nella letteratura clinica (Mazzetti, 2000; Avenia, Mundanu, Lo Baido, 2001; Lo Baido e coll., 2004; Lo Baido, La Grutta, Profeta, Schiera, 2007; Casale, Sirigatti, 2007) e forense (La Monaca, Ausania, Scassellati Sforzolini, 2004; Paganelli, Ventura, 2004; Turillazzi, Neri, 2006; Zoja, 2006). Inoltre, considerando che le vittime delle MGF sono generalmente minorenni e sono sottoposte a tali pratiche dai genitori, pare opportuno richiamare l'attenzione anche su quegli articoli del Codice Civile concernenti la decadenza della potestà genitoriale per una condotta che arreca comunque un oggettivo pregiudizio ai figli, ex artt. 330 e 333 c.c., articoli che conferiscono al giudice minorile la facoltà di allontanare le figlie dai genitori, o comunque di adottare dei provvedimenti atti ad assicurare la protezione dei minori. Infine, non è superfluo ram-

1 Decreto 17 dicembre 2007 del Ministero della Salute, Linee guida destinate alle figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche, Gazzetta Ufficiale n. 71 del 25-3-2008 - Suppl. Ordinario n.70.



mentare la problematica del risarcimento del danno arrecato alle vittime dalle MGF, tenuto conto dell'illiceità di tali pratiche e delle conseguenze provocate dalle stesse a livello psico-fisico.

La tutela delle vittime di tale reato può dunque articolarsi in diversi ambiti normativi: da quello penalistico a quello civilistico, con particolare attenzione alla normativa sulla tutela del minore. La Legge 9 gennaio 2006 n. 7 affronta solamente il primo dei predetti ambiti, cioè quello penale e traslascia gli altri, altrettanto importanti. Infatti, non si occupa né del risarcimento del danno alle vittime, né delle problematiche relative al loro consenso (tenuto conto della possibilità, tutt'altro che rara, che sia la vittima stessa a chiedere di essere sottoposta ad una pratica culturalmente condivisa e socialmente imposta), né della protezione dei minori mutilati (considerando che le vittime sono in genere soggetti infradiciottenni che vivono con gli stessi genitori che impongono loro le stesse MGF), pur prevedendo la formulazione di linee-guida destinate a realizzare un'attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle vittime.

D'altro canto, nonostante queste lacune, le disposizioni contenute nella predetta legge da un lato rappresentano la formalizzazione in sede legislativa dell'avvenuta presa di coscienza di questo grave problema, mentre dall'altro possono prefigurarsi come le premesse per un intervento che si estenda anche ad altri rami del diritto e che si traduca poi in norme ulteriori e sempre più idonee a prevenirne la diffusione e a tutelarne le vittime.

2 • L'ambito penalistico

Prima dell'emanazione della c.d. Legge Consolo, le MGF potevano essere inquadrate fra le lesioni dolose ex artt. 582 e 583 del Codice Penale; queste, perciò erano punite a titolo di *lesione personale grave o gravissima*. Infatti, in base al tipo di alterazione prodotto sulla donna e di conseguenze provocate nella stessa, potevano ravvisarsi *lesioni personali gravi*, se la malattia fisica o mentale derivatane era di durata superiore ai quaranta giorni, se era stata messa in pericolo la vita della persona offesa, se gli esiti erano inquadribili in un indebolimento permanente di un organo (quello della funzione sessuale, o riproduttiva, o escrettrice), o di una funzione (ad es. quella psichica, a causa dei disturbi mentali provocati) (*La Monaca, Ausania, Scassellati Sforzolini*, 2004). Se, invece, si riscontravano la perdita dell'uso di un organo (quello sessuale appunto) o, più spesso, della capacità di procreare, oppure una malattia certamente o probabilmente insanabile (ad es., infezione da HIV, con sviluppo di AIDS), si poteva prospettare una *lesione personale gravissima*. Inoltre, prima dell'entrata in vigore della predetta legge, vi erano state soltanto due sentenze riguardanti pratiche di MGF configurate a titol-

lo di reato: quella del Tribunale di Torino del luglio 1997² e quella del Tribunale di Milano del novembre 1999³.

Con la promulgazione della Legge 9 gennaio 2006 n. 7 sono state dettate “*le misure necessarie per prevenire e reprimere le pratiche delle mutilazioni genitali femminili quali violazioni dei diritti fondamentali all’integrità della persona e alla salute delle donne e delle bambine*” (art. 1). Tale norma si caratterizza per il suo duplice carattere: da una parte, di provvedimento repressivo della violenza contro i diritti umani di ogni donna e, dall’altra, di strumento informativo-preventivo nei riguardi di tutte le donne e delle famiglie immigrate nel nostro paese. L’introduzione di una legge *ad hoc* risulta quindi motivata dall’intollerabilità delle condotte di mutilazione e dalla necessità di adeguare le norme generali in tema di lesioni personali alla peculiare fattispecie di pregiudizio arrecato dalle MGF; infatti, l’art. 583-bis c.p. è posto subito dopo l’art. 583, riguardante le circostanze aggravanti delle lesioni personali dolose e da tale collocazione emerge chiaramente come siffatte pratiche siano qualificate come una particolare forma di lesione personale aggravata.

La parte più rilevante dell’intervento legislativo pare costituita dalle disposizioni di carattere penale; infatti, con l’art 583-bis, sono state introdotte due nuove fattispecie penali: il reato di mutilazione e il reato di lesioni degli organi genitali femminili, entrambi integrativi del delitto di lesioni personali ex art. 583 c.p. Al riguardo, si ricorda che il legislatore, nel delitto di lesioni personali, ha posto l’accento sul tipo di evento, anziché sul tipo di azione, o di comportamento, per cui è sufficiente, affinché sussista il reato, che la condotta stessa, anche se omissiva, si trovi in relazione causale con il verificarsi di una condizione di malattia; pertanto, nel caso delle MGF, vi è reato non solo quando il genitore impone la mutilazione genitale alla figlia, ma anche quando non impedisce che tale pratica sia realizzata dal coniuge, o da altri.

- 2 In questo caso, genitori nigeriani residenti in Italia avevano fatto sottoporre la loro bambina ad escissione parziale del clitoride e delle piccole labbra in un ospedale del paese d’origine; denunciati per lesioni personali gravissime dai medici dell’A.S.L. di Torino, il caso venne poi archiviato dal tribunale su richiesta del P.M. per “mancanza di condizioni per legittimare l’esercizio dell’azione penale” (cfr. *Castellani*, 1999; *Bouchard*, 2000); inoltre, il Tribunale dei minori di Torino, dopo un provvedimento restrittivo della potestà genitoriale, riaffidava la bambina ai genitori (cfr. Tribunale per i minorenni di Torino, 17 luglio 1997, *Minori Giustizia*, 3, 1999).
- 3 In questo caso, due minori nati da padre egiziano e da madre italiana, durante un viaggio nel paese di origine paterna, vengono fatti sottoporre dall’uomo, rispettivamente, a clitoridectomia parziale e sutura vulvare, nonché a circoncisione; il padre, rinviato a giudizio per lesioni personali gravi, patteggia e viene condannato a due anni di reclusione, pena poi sottoposta a sospensione condizionale (cfr. Tribunale di Milano, 25 novembre 1999, *Diritto Immigrazione Cittadinanza*, 2, 2000).

Come si diceva, sono due le fattispecie penali previste: il primo comma contiene il delitto di mutilazioni genitali e viene punito con la reclusione da quattro a dodici anni per *«chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili»*; al secondo comma, invece, si configura il delitto di lesioni genitali, per il quale è prevista la reclusione da tre a sette anni per *«chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, provoca, al fine di menomare le funzioni sessuali, lesioni agli organi genitali femminili diverse da quelle indicate al primo comma, da cui derivi una malattia nel corpo o nella mente»*.

Il bene giuridico protetto dalle due nuove fattispecie di reato è costituito dall'*integrità fisica* e dalla *salute psico-sociale* della donna, costrutti questi che necessariamente devono essere posti in rapporto ai concetti di "salute", di "salute sessuale" e di "salute mentale" proposti dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità. In proposito, del resto, si ricorda che, per l'O.M.S., la salute è costituita da *«uno stato di completo benessere»* dal punto di vista bio-psico-sociale, non riducibile alla semplice assenza di una patologia⁴, concezione questa successivamente precisata nei termini di *«stato di benessere nel quale il singolo è consapevole delle proprie capacità, sa affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e produttivo ed è in grado di apportare un contributo alla propria comunità»*⁵. In tale prospettiva, la salute mentale è intesa come *«uno stato di benessere nel quale la persona può realizzarsi, superare le tensioni normali della vita, svolgere un lavoro produttivo e fruttuoso e contribuire alla vita della sua comunità»*⁶; in tal senso, *«Non c'è salute senza salute mentale»*, poiché *«La salute mentale è una delle componenti centrali del capitale umano, sociale ed econo-*

4 Tale definizione è contenuta nel Protocollo di Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, New York, 22 Luglio 1946 (cfr. Corsini, 1958); il prospettato concetto di "salute" viene altresì ripreso ed approfondito in: Kaplan, Sadock, Grebb (1997) ed in Russo (2004).

5 Testo della World Health Organization citato da Hilber (2001).

6 Commission of The European Communities, Green Paper - Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union, Brussels, 14.10.2005; ulteriori approfondimenti di tale costrutto sono contenuti nei seguenti documenti: World Health Organization, World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope, World Health Organization, 2001; World Health Organization, Promoting Mental Health: Concepts, Emerging evidence, Practice: A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne, World Health Organization. Geneva, 2005.

7 Organizzazione Mondiale della Sanità, Dichiarazione sulla Salute mentale per l'Europa, Conferenza Ministeriale europea sulla Salute mentale, Helsinki, Finlandia, 12-15 gennaio 2005.

mico delle nazioni”⁷. Inoltre, sempre per l’O.M.S., la salute sessuale rappresenta il “risultato dell’integrazione degli aspetti somatici, affettivi, intellettuali e sociali dell’essere sessuato, allo scopo di pervenire ad un arricchimento della personalità umana, della comunicazione e dell’amore”⁸. Quindi, in base a tali assunti e considerando che le MGF, al di là delle varie motivazioni sociali e culturali ad esse sottese, rappresentano pur sempre uno strumento di controllo violento da parte del contesto sociale sulla corporeità e sulla sessualità della donna, la criminalizzazione di tali pratiche, ex lege 9 gennaio 2006 n. 7, mira a tutelare la *dignità personale* e la *salute psico-fisica* delle vittime.

Comune ad entrambi i delitti è l’oggetto materiale: gli organi genitali femminili. Questi sono costituiti, secondo letteratura (Basile, 2006), dai genitali interni (ovaie, tube uterine, utero e vagina) e da quelli esterni (vulva o pudendo muliebre). Nel suo significato letterale, pertanto, la locuzione “organi genitali femminili”, di cui all’art. 583-bis, si presterebbe a richiamare tutti i suddetti organi. Un’interpretazione restrittiva del suddetto articolo, (Basile, 2006), permette, però, di riferirsi soltanto ai genitali esterni (monte di Venere, grandi labbra, piccole labbra, clitoride, vestibolo vaginale, bulbi del vestibolo, ghiandole vestibolari ed imene), con esclusione delle gonadi e delle vie genitali interne. Tale deduzione è supportata sia da una comparazione giuridica, che da una interpretazione teleologica della norma. Infatti, per la legislazione di altri stati (Mauritania, Gibuti, Mozambico, Egitto, Kenya, ma anche Stati Uniti ed Australia), l’oggetto materiale è costituito soltanto dagli organi genitali esterni. Inoltre, considerando che, da un punto di vista culturale ed antropologico, le MGF sono uno strumento di limitazione del piacere sessuale femminile, ne consegue che soltanto i genitali esterni potrebbero essere considerati oggetto di reato, in quanto deputati a tale funzione. Infine, l’estensione delle fattispecie anche ai genitali interni avrebbe come conseguenza la sovrapposizione del nuovo articolo a quello di lesioni gravissime per perdita della capacità di procreare di cui all’art. 583, comma 2, n. 3 c.p.

Sia per il delitto di mutilazione, sia per quello di lesione, è presente la clausola della “*assenza di esigenze terapeutiche*”, che esclude la sussistenza del fatto tipico in base ad uno stato patologico della donna. Le necessità di cura sussistono quando la mutilazione, o la lesione degli organi genitali, è praticata nell’interesse della salute della donna, quindi per prevenire l’insorgere di una patologia, oppure il suo peggioramento, ovvero per consentire la guarigione della stessa (ad es., nel caso di asportazione dei tessuti della vul-

8 Per gli approfondimenti del dibattito scientifico sul concetto di “salute sessuale”, cfr. Greenhouse (1995); Edwards, Coleman, (2004); Castelo-Branco, Huezo, Lagarda (2008).

va per rimuovere una neoformazione tumorale, o una ciste ostruttiva del canale vaginale). Il giudice, quindi, per valutare questa fattispecie di reato, deve necessariamente accertare la presenza o meno di finalità e di istanze terapeutiche sottese alla pratica delle MGF, in base alle conoscenze specialistiche, mentre la pubblica accusa deve fornire le prove solo dell'assenza di esigenze terapeutiche. Tale precisazione non pare superflua in un discorso sulla tutela delle vittime, se si considera che le conoscenze della letteratura scientifica sono profondamente diverse da quelle in possesso non solo di chi compie materialmente le MGF, ma anche dei genitori che vi ricorrono, spesso mossi dalla presunta utilità di tale pratica per migliorare la salute psico-fisica della donna stessa (Basile, 2006). Secondo una diversa impostazione (Amato, 2006), però, l'onere della prova del dolo in capo all'accusa è facilmente assolvibile quando l'intervento viene effettuato da personale diverso da quello sanitario e, per giunta, in condizioni igieniche precarie, perché, in tal caso, manca in modo evidente uno scopo terapeutico perseguito, o perseguibile. Viceversa, nel caso in cui la mutilazione sia effettuata da personale sanitario, il dolo si ravvisa nell'incompatibilità degli interventi demolitivi con le finalità terapeutiche.

Ulteriore strumento a tutela delle vittime pare ravvisabile nel disposto dell'art. 583-ter c.p., che prevede anche una pena accessoria per chi esercita una professione sanitaria (medici, ostetrici, infermieri), qualora sia condannato per taluno di siffatti reati, pena consistente nell'interdizione dalla professione da tre a dieci anni. Questa aggravante sembra rafforzare la tutela predisposta dalla nuova fattispecie di reato, non solo perseguendo in modo più incisivo il reo, ma neutralizzandone anche un'eventuale attività futura, tenuto conto altresì che l'art. 50 del Codice di Deontologia Medica vieta esplicitamente al medico ogni forma di collaborazione, partecipazione, o semplice presenza, all'attuazione di atti di tortura, o di trattamenti crudeli, disumani, o degradanti e preclude espressamente di praticare qualsiasi forma di mutilazione sessuale femminile (FNOMCEO, 2006); aspetto questo tutt'altro che scontato, considerato il percorso fatto dalla Deontologia Medica nel suo viraggio dalla ippocratica dottrina dei doveri all'attuale dimensione bioetica (Calcagni, Cecchi, 2008), in rapporto sia ai diversi mutamenti storico-culturali, che all'affinamento delle varie tecniche e degli strumenti tecnologici.

D'altro canto, sul piano vittimologico, questo problema pare correlarsi anche ad un'altra questione di ordine penalistico, posta dalle MGF: quello dell'esercizio abusivo della professione medica. L'art. 340 del Codice Penale, infatti, recita testualmente: *“Chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da euro centotre a euro cinquecentosedici. L'abilitazione è la condizione per la professione medica, infermieristica ed ostetrica, quindi si tratta di pro-*

fessioni protette, nell'interesse del malto, della collettività e di chi la esercita Costituisce esercizio abusivo della professione medica ogni attività diagnostico terapeutica generica o specialistica, continuativa, sporadica o isolata che ecceda i limiti da parte di chi non ha mai conseguito l'iscrizione all'Albo; è altresì esercizio abusivo della professione quello effettuato da chi non rispetta i provvedimenti di interdizione o di sospensione irrogati dal giudice penale con sentenza ex art. 30 c.p. come pene accessorie a quelle principali". Pertanto, se colui che pratica le MGF non è medico, oltre a rispondere del reato specifico, incorre altresì in quello di "esercizio abusivo della professione medica"; va sottolineato, infatti, che nella quasi totalità dei casi l'intervento viene effettuato dalla "mannana": l'operatrice. Questa è una persona, in genere di sesso femminile, che non ha conseguito una laurea né in Medicina e Chirurgia, né in Scienze Infermieristiche, né in Ostetricia, ma che ha appreso le tecniche di mutilazione da un'altra che le eseguiva prima di lei. Qualora ella continui ad effettuarle sul territorio nazionale, pertanto, incorre non solo nel reato punito dalla Legge Consolo, ma anche in quello perseguito dall'art. 340 del Codice Penale. Al riguardo, può richiamarsi per analogia la sentenza 9 novembre 2007 del Tribunale Penale di Padova ("Intervento di circoncisione rituale e reato di abusivo esercizio di una professione")⁹, nella quale è stata giudicata responsabile del reato di cui all'art. 348 c.p. la madre che aveva sottoposto il figlio neonato a circoncisione rituale, affidandolo a persona estranea alla professione medica.

In un discorso sulla tutela delle vittime delle MGF, alcune osservazioni devono poi essere riservate alla problematica del consenso a tali pratiche. In proposito, si richiamano sia l'art. 50 c.p. - *Consenso dell'avente diritto* ("Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che può validamente disporre"), sia l'art. 51 c.p. - *Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere* ("l'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica Autorità, esclude la punibilità"); fattispecie queste che possono essere applicate al reato di mutilazione degli organi genitali femminili. Infatti, l'originario articolo 583-bis c.p. conteneva l'inciso "anche col consenso della vittima" con esplicito riferimento all'art. 50 c.p. Nel testo definitivo, però, tale inciso non compare, poiché i diritti offesi sono stati evidentemente ritenuti indisponibili¹⁰, anche se questa volontà dei compilatori non emerge

9 Tribunale di Padova, 9.11.2007, in "Diritto, immigrazione e cittadinanza", 2, 2008, p. 163, con commento di Miazzi L., Vanzan A., *Circoncisione maschile: pratica religiosa o lesione personale*, ivi, p. 67; il testo della sentenza è altresì attualmente disponibile al seguente indirizzo web: www.olir.it/ricerca/index.php?Form_Document=4935.

10 Si rammenta che i "diritti indisponibili" rientrano nei "diritti inviolabili" e non sono dunque suscettibili di atti di disposizione da parte del titolare.

palesamente dal testo dell'art. 583-bis c.p. Inoltre, è anche possibile ritenere che i diritti offesi - ossia, l'integrità fisica, la salute psico-sessuale e la dignità personale - siano individuali e, quindi, disponibili nei limiti previsti dall'art. 5 del Codice Civile¹¹. Tali diritti, perciò, possono anche essere considerati in astratto come appartenenti al campo dell'applicazione della scriminante di un valido consenso. Tuttavia, in relazione al *delitto di mutilazione* di cui al comma 1 dell'art. 583-bis c.p., le condotte considerate comportano una *diminuizione permanente* dell'integrità fisica della donna, per cui risultano vietate dal predetto art. 5 del Codice Civile. In base a tali considerazioni, è dunque irrilevante il consenso delle vittime alle MGF, perché queste pratiche risultano sempre produttive di una diminuizione permanente della loro integrità psico-fisica. Riguardo poi al delitto di lesione di cui al 2 comma dell'art. 583-bis c.p., è indubbio che alcune tipologie di MGF (ad es., le pratiche che prevedono di forare, trapassare, incidere il clitoride e le labbra, o di introdurre sostanze corrosive nella vagina per restringerla) non producano una diminuzione dell'integrità psico-fisica che non sia permanente. Infine, per quanto riguarda la scriminante di cui all'art. 51 c.p., il diritto richiamato potrebbe consistere nel diritto di libertà religiosa, o in quello scaturente da una consuetudine, o previsto da un ordinamento straniero. Tuttavia, nessuna confessione religiosa prescrive obbligatoriamente le MGF e, anche se così fosse, l'esercizio della libertà di religione non può comportare la lesione di diritti costituzionali di rango superiore, quali la dignità personale (artt. 2 e 3 Cost.), l'integrità fisica e la salute psico-sessuale (art. 32 Cost.); quindi, nel caso delle MGF, non può trovare applicazione nemmeno la scriminante di cui all'art. 51 c.p. Riguardo poi all'esercizio di un diritto nascente da una norma consuetudinaria, come quella che prevede le mutilazioni genitali femminili, occorre vedere se si tratti o meno di una consuetudine giuridica; questa, del resto, sussiste quando la ripetizione di un comportamento da parte di una collettività di consociati è costante ed uniforme nel tempo ed è accompagnata dalla convinzione della sua legittimità (*opinio iuris ac necessitatis*). Ma è proprio l'elemento psicologico dell'*opinio* che manca nel caso di MGF, essendo queste praticate in Paesi dove sono espressamente vietate dalla legge. Inoltre, anche se fosse una consuetudine giuridica, risulta scriminante solo quella richiamata, in funzione

11 Il limite alla disponibilità dell'integrità psico-fisica è dato dalla concreta possibilità di provocare una diminuizione permanente della stessa, ad eccezione di quegli interventi che siano funzionali alla tutela della salute stessa, cioè dello stesso bene giuridico a salvaguardia del quale detto limite è posto; inoltre, possono essere consentiti anche quegli interventi che provochino una diminuizione permanente dell'integrità fisica, purché siano finalizzati ad evitare esiti peggiori, ovvero se eccezionalmente consentiti nell'interesse di terzi, come nelle normative in materia di trapianti di organi.

integrativa, da una legge e, nel caso delle MGF, come si diceva, non esiste alcuna norma che preveda espressamente tali pratiche (Garofani, 2006). Nel caso di un diritto previsto da un ordinamento straniero, che non vieta ufficialmente le MGF e le reputa obbligatorie in forza di una consuetudine, si ritiene che le norme di altri ordinamenti possano attribuire diritti scriminanti ex art. 51 c.p. solamente se si tratta di norme recepite ex art. 10 della carta costituzionale del nostro ordinamento¹², caso questo non applicabile alla fattispecie delle MGF.

3 • L'ambito civilistico

In sede civilistica, la tutela delle vittime delle MGF pone la questione della risarcibilità del danno biologico provocato alle stesse da siffatte pratiche. Al riguardo, rinviando alla letteratura sul tema del danno alla salute psico-fisica (Busnelli, 1986; Brondolo e coll., 1995; Castronovo, 1998; Rossetti, 2001; Alpa, 2003; Franzoni, 2004; AA.VV., 2006), pare qui sufficiente richiamare la Suprema Corte, per la quale quello biologico “...è il danno alla salute immanente alla lesione dell'integrità bio-psichica della persona e si distingue da ogni altro danno di natura patrimoniale e dal danno morale conseguente a reato, ed è comprensivo anche del danno alla vita di relazione”; come e in quanto tale, esso deve essere “...risarcito quale danno rilevante in sé, distinto rispetto ai danni morali ... (e)...alle conseguenze negative di carattere patrimoniale che da esso possono scaturire” (cfr. Cass., 23 febbraio 1999, n. 2037).

In tale ottica, attesa l'illiceità della condotta configurata dalla MGF, ex legge 9 gennaio 2006 n.7, il risarcimento del danno biologico alle vittime non può prescindere da un accertamento medico-legale inerente non solo la valutazione dell'esistenza di un nesso di causalità giuridicamente rilevante tra le predette pratiche e il pregiudizio residuo a livello psico-somatico, ma soprattutto la transitorietà o la permanenza degli esiti stessi. In proposito, si osserva che, se le diverse forme di MGF appaiono chiaramente idonee da un punto di vista qualitativo, quantitativo, cronologico e topografico a pro-

12 Secondo l'art. 10 della Costituzione della Repubblica Italiana, “L'ordinamento giuridico italiano si conforma alle norme del diritto internazionale generalmente riconosciute. La condizione giuridica dello straniero è regolata dalla legge in conformità delle norme e dei trattati internazionali. Lo straniero, al quale sia impedito nel suo paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto d'asilo nel territorio della Repubblica, secondo le condizioni stabilite dalla legge. Non è ammessa l'extradizione dello straniero per reati politici” (Per il caso previsto dall'ultimo capoverso, esiste però l'eccezione introdotta dalla legge 21 giugno 1967, n.1 - Extradizione per i delitti di genocidio).

dure nelle donne un nocumento sul piano organico e / o psichico, come comprovato dalle conseguenze segnalate in letteratura, resta il problema della stabilizzazione dei postumi.

Questo aspetto, del resto, se certamente è meno difficoltoso a stimarsi per i reliquati di tipo organico, risulta più complesso per quelli di tipo psicologico, considerando la peculiare natura di questi ultimi e le possibilità di interazione tra disturbi eminentemente organici e disturbi squisitamente psichici. In proposito, del resto, si richiama la tradizionale distinzione tra casi di patologia somatica “primaria” con sintomi psichici “secondari”, cioè reattivi alla medesima, e casi di vera e propria somatizzazione del disturbo psichico primario (*Borgquist e coll.*, 1993); inoltre, in letteratura (*Invernizzi, Gala, Rigatelli, Bressi*, 2002; *Asioli, Berardi, De Plato*, 2003; *Fumagalli*, 2007; *Bressi, Invernizzi*, 2008; *Bria, Nesci, Pasnau*, 2009), si dà pienamente atto della possibilità da parte della patologia organica di accentuare o, quantomeno, di favorire lo sviluppo di vissuti di lutto e di perdita, la mancata elaborazione dei quali comporta la comparsa di significativi quadri psicopatologici; infine, non si deve dimenticare che proprio in ambito ostetrico-ginecologico si richiedono regolarmente, nel contesto di un approccio inter- e multi-disciplinare, anche interventi di tipo psicologico-psichiatrico, considerate le molteplici correlazioni tra la sfera riproduttiva e quella psichica, in condizioni sia di salute, che di malattia (*Scardino, Barbato*, 1994; *Stotland, Stewart*, 2002; *Casadei, Righetti*, 2007).

Con riferimento alle MGF, si ricorda poi che, secondo l’O.M.S. (2009), all’incirca il 40 % della popolazione femminile mondiale (circa 50 milioni di donne ogni anno) soffre di problemi di salute direttamente collegati alla gravidanza, alcuni dei quali risultano non solo di natura psicologica, ma provocati anche dalle MGF¹³; non a caso, le donne che hanno subito l’infibulazione possono avere gravi difficoltà nei rapporti sessuali, al punto che il 25% di queste necessita di un intervento chirurgico che renda possibile la penetrazione durante il rapporto sessuale; ma anche a prescindere da un intervento chirurgico, è un dato ormai assodato che la vita sessuale delle donne mutilate è spesso definitivamente compromessa a causa del dolore, della mancanza di desiderio, della paura e del disagio nei rapporti sessuali, con tutte le relative conseguenze negative a livello psichico (*Fisher*, 2009).

Pertanto, se non esistono dubbi sulla sussistenza di menomazioni organiche provocate da una lesività così marcata a livello genitale – tenuto conto sia della tipologia lesiva, sia del grado di compromissione anatomico-fun-

13 Tali dati sono contenuti nel World Health Organization, Mental health aspects of women’s reproductive health. A global review of the literature, World Health Organization, Geneva, 2009.

zionale provocata, sia dell'età anagrafica della vittima, sia del fatto che le MGF non vengono mai praticate in ambiente sanitario - è comunque opportuno non escludere mai, soprattutto a priori, l'esistenza di esiti invalidanti anche a livello psichico; questi, infatti, risultano spesso non solo concomitanti, ma anche interagenti con quelli presenti a livello somatico; inoltre, relativamente al problema dell'emendabilità degli stessi, è corretto considerarli sempre caso per caso, in rapporto ad eventuali trattamenti farmaco- e/o psico-terapici, anche se, sul punto, deve sempre tenersi presente il problema della consensualità alle terapie (psichiatriche e non solo) da parte delle vittime.

In proposito, del resto, si richiamano sia la connotazione "globale" della vita psichica individuale, intesa come un "tutto" che non può mai cogliersi definitivamente ed esaustivamente (*Jaspers, 1913*), in quanto essenzialmente strutturata come un "accadere temporale", cioè un processo sempre *in fieri*; sia le intrinseche connotazioni di plasticità e plasmabilità della stessa struttura psichica individuale, con riferimento ai predetti interventi di farmaco- e/o psico-terapia (*Barbieri, Luzzago, 2007*); sia la complessità insita nel costruito stesso di "efficacia" della psicoterapia, potendo includere non solo la scomparsa dei disturbi presenti all'inizio della cura, ma anche la prevenzione di future recidive, oltre ad un miglioramento del funzionamento relazionale e sociale, pur in presenza di alcuni sintomi residui (*Smith, Glass, Miller, 1980; Weiner, 1998; Gabbard, 2004; Wiger, 2005; Jongsma, Peterson, Bruce, 2006; Sharf, 2007; Corey, 2008*).

Fatta salva, dunque, la regolare applicazione di una corretta metodologia valutativa, peraltro ampiamente indicata in letteratura (*Pajardi, 1990; Domini, 2006; Pajardi, Macrì, Merzagora Betsos, 2006; Buzzi, Vanini, 2006; Catanesi e coll., 2006; Cerisoli, Vasapollo, 2008*), ciò che comunque va sottolineato è la concreta opportunità di tutelare le vittime anche attraverso un risarcimento del danno biologico, non solo temporaneo, ma anche permanente, prodotto alle stesse dalle conseguenze a breve, medio e lungo termine delle MGF.

4 • L'ambito minorile

In ambito minorile, le MGF chiamano in causa sia il problema della valutazione della capacità genitoriale del padre e della madre della vittima, sia quello dell'eventuale affidamento della minore mutilata, nel contesto più ampio di un'azione di tutela della salute della medesima. Al riguardo, si richiamano sia l'art. 330 del Codice Civile, *Decadenza della potestà dei figli*, in base al quale il giudice può pronunciare la decadenza della potestà, quando il genitore viola, o trascura, i doveri ad essa inerenti, o abusa dei relativi po-

teri con grave pregiudizio per il figlio (in tal caso, per gravi motivi, il giudice può ordinare l'allontanamento del figlio dalla residenza familiare); sia l'art. 333 dello stesso codice, *Condotta del genitore pregiudizievole ai figli*, secondo il quale, quando la condotta di uno o di entrambi i genitori non è tale da dare luogo alla pronuncia di decadenza prevista dall'articolo 330, ma pare comunque pregiudizievole al figlio, il giudice può adottare i provvedimenti convenienti e può anche disporre l'allontanamento di uno o ambedue i genitori dalla residenza familiare. Tali provvedimenti sono revocabili in qualsiasi momento.

A ciò si aggiungano le specifiche disposizioni sull'affidamento minorile¹⁴; infatti, l'art. 2 della legge n. 184 del 4 maggio 1983, recita testualmente: *“Il minore che sia temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo può essere affidato ad un'altra famiglia, possibilmente con figli minori, o ad una persona singola, o ad una comunità di tipo familiare, al fine di assicurargli il mantenimento, l'educazione e l'istruzione. Ove non sia possibile un conveniente affidamento familiare, è consentito il ricovero del minore in un istituto di assistenza pubblico o privato, da realizzarsi di preferenza nell'ambito della regione di residenza del minore stesso”*; inoltre, l'art. 2 del Regolamento dell'affidamento familiare dei minori precisa che *“Scopo generale dell'affidamento è di garantire al minore, temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo, il diritto di crescere all'interno di un nucleo familiare, nelle condizioni migliori per un sano sviluppo psico-fisico, in alternativa ad un ricovero in istituto o altra struttura comunitaria”*.

In tale ottica, da un lato, il giudice minorile svolge una funzione di garanzia dei diritti dei minori e di controllo del comportamento dei soggetti adulti verso i minori stessi, perchè il presupposto dell'azione del Tribunale per i Minorenni è costituito dall'accertamento di una condizione di pregiudizio per il minore, tanto attuale, quanto preventivabile, derivante da una condotta pregressa, o in atto, di uno o di entrambi i genitori, ai quali può essere revocata (anche solo temporaneamente) la potestà genitoriale; dall'altro, però, nel caso delle MGF, può essere difficile intervenire tempestivamente, perché spesso vengono mutilate bambine molto giovani, magari nei paesi d'origine, proprio nel tentativo di bypassare le disposizioni legislative vigenti in Italia. A questo specifico proposito, sembrano rivestire un ruolo fondamentale le norme di prevenzione ed informazione dettate dalla c.d. Legge Consolo, contenute negli artt. 3 e 5, finalizzati rispettivamente alla

14 Legge 4 maggio 1983 n. 184, “Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 17 maggio 1983 n. 133, Serie Ordinaria, e Legge 28 marzo 2001 n. 149, “Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante «Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori», nonché al titolo VIII del libro primo del codice civile”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 26 aprile 2001 n. 96.

promozione di campagne informative e all'istituzione di un numero verde, per prevenire gli atti di mutilazioni e per assistere le vittime, ovvero per ricevere segnalazioni di tali reati.

Quindi, se un genitore, o una coppia genitoriale, sottopone un minore a pratiche di MGF espressamente vietate dalla predetta norma, ponendo in essere un'azione intrinsecamente ed obiettivamente pregiudizievole per il minore, a tutela dello stesso può prospettarsi sia la revoca della potestà genitoriale, anche solo temporaneamente, sia l'eventuale affidamento della vittima ad un nucleo familiare nel quale possano essere tutelati i suoi diritti alla salute (ex art. 2 della Costituzione della Repubblica Italiana) ed alla crescita "...nelle condizioni migliori per un sano sviluppo psico-fisico" (ex art. 2 del Regolamento dell'affido familiare).

D'altra parte, considerando che l'azione del Tribunale per i Minorenni non solo produce delle sentenze, ma comunica anche dei "significati" sul sistema di potere, sui valori sui quali esso si fonda e sulle reazioni sociali ispirate da questi (Ceretti, 1996), significati che sono trasmessi anche alla vittima, è altresì opportuno riflettere sulla portata dell'azione di tutela che siffatto tribunale può esercitare nei riguardi delle bambine mutilate. In questa prospettiva, va ricordato che quello di tutela è un concetto complesso, nel quale sono stati integrati contenuti diversi, a seconda del periodo storico e del contesto socio-culturale, al punto da richiedere la conoscenza e l'intervento di saperi e di procedure differenti, ma strettamente correlati (Mostardi, 2003). Ne deriva, quindi, il necessario richiamo a quei "principi" ispiratori e regolatori dell'intervento penale e civile del Tribunale per i Minorenni, rappresentati dall'inter-disciplinarietà delle varie attività, dalla individuazione non solo di lacune da colmare, ma anche di risorse da potenziare, nonché dall'eventuale coinvolgimento della famiglia stessa, considerata non solo come oggetto sul quale agire da parte delle istituzioni, ma anche come soggetto con il quale interagire in un plausibile progetto di ricupero (Scardaccione, 2003).

Anche nella fattispecie delle MGF, quindi, pur intendendo la tutela come "messa in atto di azioni e comportamenti di protezione di un soggetto da qualcosa che rappresenti un pericolo, una minaccia per il suo sviluppo" (Mostardi, 2003), pare auspicabile quel viraggio da un costrutto di "tutela come protezione" a quello di "tutela come progetto" (Ghezzi, Vadi-longa, 1996; Dell'Antonio, 2001), nel quale l'opera congiunta tra Tribunale per i Minorenni e Servizi Sociali si traduce nel monitoraggio della situazione familiare e nella verifica dei processi e degli eventuali progressi che si verificano in tale ambito. Da questo punto di vista, allora, l'intervento giudiziario sulla potestà genitoriale e sull'eventuale affidamento, anche solo temporaneo, della minore, può prospettarsi, secondo letteratura (Scardaccione, 2003), nei termini di una possibilità di apertura verso il sociale, specialmente laddove esistano contesti familiari patogeni, o quantomeno disfunzionali, spesso caratterizzati dal-

la chiusura e dall'incapacità di cercare spontaneamente aiuto", se non addirittura dal palese rifiuto di ogni proposta e di ogni intervento dall'esterno.

Esemplificativo, può essere il caso di bambine non ancora mutilate, ma a potenziale rischio di esserlo, eventualità nella quale l'intervento dei servizi sociali appare indispensabile per controllare appunto l'evolversi del pericolo nel tempo; infatti, laddove il rischio di MGF si dimostrasse concreto, una richiesta di allontanamento della minore dall'ambiente familiare si qualificherebbe come un intervento di tipo preventivo a duplice finalità: da un lato, proteggere materialmente la potenziale vittima non solo dalla mutilazione in sé, ma specialmente da tutte le gravi conseguenze che questa le provocherebbe a livello fisico e psichico; dall'altro, offrire ai genitori la possibilità di intraprendere un percorso di integrazione del quale è parte integrante e rilevante la salvaguardia dell'incolumità psico-fisica dei figli.

• Conclusioni

Il tema della tutela della salute delle vittime di MGF implica necessariamente una riflessione sul concetto stesso di salute. Questo, infatti, è stato variamente inteso: o come "stile di vita", immerso in un insieme complesso di simboli, valori e rappresentazioni, in base ai quali l'uomo dispiega e organizza la sua presenza nel mondo, qui e ora, ed in tal senso è espressione della sua cultura (Illich, 1976); o come "modo di essere", cioè come "...un esserci, un essere nel mondo, un essere insieme ad altri uomini ed essere occupati attivamente e gioiosamente dai compiti particolari della vita" (Gadamer, 1994).

Se ciò è vero, il fenomeno dell'immigrazione ha portato moltissime persone a vivere in contesti socio-culturali e normativi nei quali il concetto di salute è concepito in modo assai diverso da quello dei loro paesi di origine; ne consegue che, a motivo dell'assunzione di nuovi stili di vita e di nuovi comportamenti da parte degli immigrati, con tutte le conflittualità del caso (Morrone, Merreu, 2003), per la nazione ospitante si pone un duplice problema: da un lato, organizzare servizi socio-sanitari diversificati, elastici e soprattutto in grado di affrontare una diversa concezione della salute e della patologia (Morrone, 2004); dall'altro, assicurare la salvaguardia dei diritti fondamentali dell'individuo, tra i quali vi è anche quello della tutela della salute dei minori.

In tale contesto, si colloca il tema delle MGF, le quali, a causa delle gravi conseguenze provocate sia a breve che a lungo termine proprio sulla salute individuale, sono state previste a titolo di reato dal nostro Legislatore nel 2006. La questione, però, sembra tutt'altro che risolta, per cui segnalare la possibilità di intervenire non solo sul piano penale, ma anche su quello civile e su quello minorile appare come il presupposto per lo sviluppo di azioni sempre più mirate a proteggere le vittime di tali pratiche.



- AA.VV. (2006): *La valutazione medico-legale del danno biologico in responsabilità civile*, Giuffrè, Milano.
- ALPA G. (2003): *Il danno biologico. Percorso di un'idea*, CEDAM, Padova.
- AMATO G. (2006): "L'introduzione in Italia di un apposito reato è una innovazione opportuna ma... perfettibili", *Il sole 24ore*, 5, p. 22.
- ASIOLI F., BERARDI D., DE PLATO G. (2003): *L'assistenza ai disturbi mentali. Ruolo della psichiatria e della medicina generale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- AVENIA F., MUNDANU S., LO BAIDO R. (2001): "Mutilazioni genitali femminili: storia e attualità", *Rivista di Sessuologia*, 4, 353-365.
- BARBIERI C., LUZZAGO A. (2007): "La valutazione del danno biologico nelle vittime di stalking", in: *Modena Group on Stalking. Percorsi di aiuto per vittime di stalking*, Franco Angeli, Milano, pp. 83-95.
- BASILE F. (2006): "Il commento" (alla legge 7/2006), *Diritto penale e processo*, 6, 682-683.
- BORQUIST L., HANSSON L., NETTELBLADT P., NORDSTROM G., LINDELOW G. (1993): "Perceived health and high consumers of care: a study of mental health problems in a Swedish primary health care district", *Psychological Medicine*, 23, 3, 763-770.
- BOUCHARD M. (2000): "Dalla famiglia tradizionale a quella multietnica e multiculturale: maltrattamenti ed infanzia abusata in «dimensione domestica»", *Diritto, Immigrazione e Cittadinanza*, 1, 19-42.
- BRESSI C., INVERNIZZI G. (2008): *Psichiatria clinica. Applicazioni in medicina generale*, McGraw-Hill Companies, Milano.
- BRIA P., NESCI D.A., PASNAU R.O. (2009) (a cura di): *La psichiatria di consultazione e collegamento. Teoria, clinica, ricerca, formazione*, Alpes Italia, Roma.
- BRONDOLO W., FARNETI A., GIANNINI G., LOI U., MANGILLI F., MARIGLIANO A., MORINI O., POGLIANI M., RONCHI E., SECCHI E., TOSCANO G. (2005): *Il danno biologico, patrimoniale, morale*, Giuffrè, Milano.
- BUSNELLI A. (1986): *La valutazione del danno alla salute*, Cedam, Padova.
- BUZZI F., VANINI M. (2006): *Guida alla valutazione psichiatrica e medicolegale del danno biologico di natura psichica*, Giuffrè, Milano.
- CALCAGNI C., CECCHI R. (2008): *Deontologia medica. Dalla deontologia ippocratica alla bioetica*, Società Editrice Universo, Roma.
- CASADEI D., RIGHETTI P.L. (2007) (a cura di): "L'intervento psicologico in ginecologia", Ma.Gi., Roma.
- CASALE S., SIRIGATTI S. (1999): "Mutilazioni dei genitali femminili: classificazione, diffusione e conseguenze sulla salute", *Rivista di Sessuologia Clinica*, 1, 1-30.
- CASTELLANI C. (1999): "Infibulazione ed escissione: fra diritti umani ed identità culturale", *Minori Giustizia*, 3, 140-147.
- CASTELO-BRANCO C., HUEZO M.L., LAGARDA J.L. (2008): "Definition and diagnosis of sexuality in the XXI century", *Maturitas*, 60, 1, 50-58.
- CASTRONOVO C. (1998): *Danno biologico. Un itinerario di diritto giurisprudenziale*, Giuffrè, Milano.
- CATANESI R., DI VELLA G., BANDINI T., CENDON P., ZIVIZ P., VOLTERRA V. (2006): "Danno alla persona biologico, psichico, esistenziale, diretto e indiretto", in: VOLTERRA V. (a cura di), *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*, Masson, Milano, pp. 655-706.
- CERETTI A. (1996): *Come pensa il Tribunale per i Minorenni*, Franco Angeli, Milano.



- CERISOLI M., VASAPOLLO D. (2008): *La valutazione medico legale del danno biologico di natura psichica*, Società Editrice Universo, Roma.
- COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (2005): "Green Paper - Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union", Brussels, 14.10.2005.
- COREY G. (2008): *Theory and Practice of Counselling and Psychotherapy*, Brooks Cole Publishing Company, Pacific Grove.
- CORSINI V. (1958): *Codice delle Organizzazioni Internazionali*, Giuffrè, Milano.
- DELL'ANTONIO A. (2001): *La partecipazione del minore alla sua tutela*, Giuffrè, Milano.
- DELOGU G. (1936): *Teoria del consenso dell'avente diritto*, Giuffrè, Milano.
- DOMINICI R. (2006): *Danno psichico ed esistenziale*, Giuffrè, Milano.
- DORKENOO E., EIWORTHY S. (1992): "Quaderno 1. Rapporto del Minority Rights Group", AIDOS.
- EDWARDS W.M., COLEMAN E. (2004): "Defining Sexual Health: A Descriptive Overview", *Archives of Sexual Behavior*, 33, 3, 189-195.
- FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI (2006): "Codice di Deontologia Medica", 16 Dicembre.
- FISHER J. (2009): "Female genital mutilation", Charter 9, in: *World Health Organization, Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature*, World Health Organization, Geneva, pp. 147-157
- FRANZONI M. (2004): *Il danno risarcibile*, Giuffrè, Milano.
- FUMAGALLI E. (a cura di) (2007): *Psichiatria e medicina generale*, McGraw-Hill Companies, Milano.
- GABBARD G.O. (2004): *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text (Core Competencies in Psychotherapy)*, American Psychiatric Publishing, Arlington.
- GADAMER H.G. (1994): *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano.
- GRASSIVARO GALLO P. (1998): *Figlie d'Africa Mutilate. Indagini epidemiologiche sull'escissione in Italia*, L'Harmattan, Padova.
- GREENHOUSE P. (1995): "A definition of sexual health", *British Medical Journal*, 310, 1468-1469.
- GREZZI D., VADILONGA F. (1996) (a cura di): *La tutela del minore*, Cortina, Milano.
- ILLICH I. (1976): *Nemesi medica*, Mondadori, Milano.
- IINVERNIZZI G., GALA C., RIGATELLI M., BRESSI C. (2002): *Manuale di psichiatria di consultazione*, McGraw-Hill Companies, Milano.
- JASPER K. (1982): *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- JONGSMA Jr. A.E., PETERSON L.M., BRUCE T.J. (2006): *The Complete Adult Psychotherapy Treatment Planner (Practice Planners)*, John Wiley & Sons Inc., Hoboken NJ.
- KAPLAN H.I., SADOCK B.J., GREBB J.A. (1997): *Psichiatria - Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica*, Centro Scientifico Internazionale, Torino.
- LA MONACA G., AUSANIA F., SCASELLATI G. (2004): "Le mutilazioni genitali femminili. Aspetti socio-antropologici, giuridici e medico-legali e contributo casistica", *Rivista Italiana di Medicina Legale*, XXVI, 3-4, 641-670.
- Legge 9.1.2006, n. 7, in *Famiglia, Persone e Successioni*, UTET Giuridica, 7, 2007.
- LO BAIDO R., LA GRUTTA S., BRESSI C., MAURI M., TROMBINI E. (2004): "Il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili: studio clinico e psicopatologico su un gruppo di immigrate in Sicilia", *Rivista di Psichiatria*, 39, 4, 229-237.
- LO BAIDO R., LA GRUTTA S., PROFETA E., SCHIERA G. (2007): "Mutilazioni Genitali Femminili (MGF): echi nella mente di cicatrici sul corpo. Studio clinico e psicopatologico su un gruppo di immigrate in Sicilia", *Rivista di Psichiatria*, 42, 3, 183-188.



- MACCHIARELLI L., ALBARELLO P., CAVE BONDI G., DI LUCA N.M., FEOLA T. (2006): *Compendio di Medicina Legale*, Minerva Medica, Torino.
- MARTIGNONE P. (2004): "Il danno biologico dalla valutazione al risarcimento", Giappichelli, Torino.
- MAZZETTI M. (2000): *Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili*, Franco Angeli, Milano.
- MORRONE A. (2001): "Mutilazioni genitali femminili: Un problema nuovo e antico", *Esperienze dermatologiche*, 3, 4, 413-430.
- MORRONE A. (2003): "La cura della salute in una società transculturale", in: Atti del Congresso *I diritti umani nella scuola, oggi: come viverli e come insegnarli*, Accademia Nazionale dei Lincei, Roma 22 maggio 2003, pp. 73-90.
- MORRONE A., MEREU F. (2003): "La nuova realtà dell'immigrazione: dal singolo alla famiglia: dinamiche familiari e aspetti socio-sanitari", in: ANDOLFI M. (a cura di), *La Mediazione Culturale. Tra l'estraneo e il familiare*, Franco Angeli, Milano.
- MOSTARDI G. (2003): "La tutela del minore: presupposti teorici, ruolo dei servizi e degli organi giudiziari", in: SCADACCIONE G. (a cura di), *Il minore autore e vittima di reato. Competenze professionali, principi di tutela e nuovi spazi operativi*, Franco Angeli, Milano, pp. 84-117.
- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa, Conferenza Ministeriale Europea sulla Salute Mentale, Helsinki, 12-15 gennaio 2005.
- PAGANELLI M., VENTURA F. (2004): "Una nuova fattispecie delittuosa: le mutilazioni genitali Femminili", *Rassegna Italiana di Criminologia*, XV, 3-4, 453-468
- PAJARDI D. (1990) (a cura di): *Danno biologico e danno psicologico*, Giuffrè, Milano.
- PAJARDI D., MACR S., MERZAGORA BETSOS I. (2006): *Guida alla valutazione del danno psichico*, Giuffrè, Milano.
- PALAZZI E., RIBELLI G. (2002), "La dispareunia femminile: una revisione della letteratura", *Rivista di sessuologia*, 26, n. 1, Gen-Giu.
- ROSSETTI M. (2001): *Il danno da lesione alla salute*, Cedam, Padova.
- RUSSO M.T. (2004): *Corpo, salute, cura. Linee di antropologia biomedica*, Rubbettino, Soveria Mannelli (Cz).
- SCARDINO M., BARBATO M. (1994) (a cura di): *L'intervento psicologico in ginecologia ed ostetricia*, CIC Edizioni Internazionali, Roma.
- SHARF R.S. (2007): *Theories of Psychotherapy & Counseling: Concepts and Cases*, Brooks Cole Publishing Company, Pacific Grove, Fourth Edition.
- SMITH M.L., GLASS G.V., MILLER T.I. (1980): *The Benefits of Psychotherapy*, Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- STOTLAND N.L., STEWART D.E. (2002) (a cura di): *Aspetti psicologici nella cura e nella salute della donna. Interfaccia tra psichiatria, ostetricia e ginecologia*, CIC Edizioni Internazionali, Roma.
- TOLA V., SCASSELLATI G., MANCUSO S. (2001): *Mutilazioni genitali femminili. Dimensioni culturali e problematiche socio-assistenziali*, Poletto, Milano.
- TURILLAZZI E., NERI M. (2006): "Luci ed ombre nella legge in tema di mutilazioni genitali femminili: una visione d'insieme medico-legale", *Rivista di Medicina Legale*, XXVIII, 2.
- VERZIN J.A. (1975): "Sequelae of Female Circumcision", *Tropical Doctor*, 5, 163-169.
- WEINER I.B. (1998): *Principles of Psychotherapy*, John Wiley & Sons Inc., Hoboken NJ.
- WHO (1997): *Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement*, World Health Organization, Geneva.
- WIGER D.E. (2005): *The Psychotherapy Documentation Primer (Practice Planners)*, John Wiley & Sons Inc., Hoboken NJ.





- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1946), cit. in: CORSINIV., *Codice delle Organizzazioni Internazionali*, Giuffrè, Milano 1958.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001), cit. in: HILBER A.M., “Promoting Sexual Health, Entre Nous”, *The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 50, pp. 11-13.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009): *Mental health aspects of women’s reproductive health. A global review of the literature*, World Health Organization, Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, Promoting Mental Health (2005): *Concepts, Emerging evidence, Practice: A report of the World Health Organization*, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne, World Health Organization, Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, World Health Report (2001): *Mental Health: New Understanding, New Hope*, World Health Organization.
- ZOJA R. (2006): “Lesioni personali, mutilazioni genitali femminili: note medico-legali sulla nuova norma penale”, *Archivio di Medicina Legale*, 28, 1, 13-14.



