

Il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili fra cultura, sessualità e distruttività

Female genital mutilation across culture, sexuality and destructiveness

Cristiano Barbieri, Alessandra Luzzago

Parole chiave: mutilazioni genitali femminili • prevenzione del crimine • contesto socio-culturale • aggressività • sessualità

Riassunto

Le mutilazioni genitali femminili (MGF) rappresentano un diffuso problema medico-sanitario, dovuto al fatto che, nel mondo, tra i 100 ed i 140 milioni di soggetti di sesso femminile soffrono attualmente le conseguenze cliniche di tali pratiche (O.M.S., 2009); esse costituiscono tuttavia anche una fattispecie di notevole interesse criminologico.

In Europa, gli stati che hanno emanato una specifica legislazione sulle MGF sono Austria, Belgio, Danimarca, Spagna, Svezia, Regno Unito ed Italia. Nel nostro paese queste pratiche costituiscono un vero e proprio crimine, perseguito e punito a titolo di reato autonomo dalla Legge 9 gennaio 2006 n. 7 (la c.d. Legge Consolo), la quale, oltre a misure di carattere repressivo-sanzionatorie, tradottesi nell'introduzione di due nuovi articoli nel vigente Codice Penale (il 583-bis ed il 583-ter), prevede anche tutta una serie di attività e di iniziative di tipo informativo-preventivo a tutela delle vittime.

D'altra parte, il tema delle MGF si pone all'attenzione della riflessione criminologica non soltanto perché esse sono considerate una nuova fattispecie delittuosa, ma anche perché si sostanziano in una condotta obiettivamente e marcatamente lesiva dell'integrità psico-fisica dell'individuo e del diritto alla tutela della salute delle donne (come ribadito nella III Giornata Mondiale per l'eliminazione delle MGF, tenutasi a Roma il 6 febbraio 2009); L'O.M.S. (2009) le ha comprese tra i "tipi di violenze fondate sul sesso", alla stessa stregua del traffico delle ragazze, degli abusi sessuali e delle unioni forzate; e la Presidenza del Consiglio dei Ministri e il Ministero delle Pari Opportunità (2009), in Italia, le hanno qualificate nei termini di una "pratica antica, crudele e disumana, non giustificata e non prevista da alcuna religione, condannata in tutti i paesi del mondo...".

Affrontare queste problematiche nella disamina dei reati violenti risulta dunque opportuno, non solo perché la Criminologia deve studiare, prevenire e trattare reati vecchi e nuovi, ma soprattutto perché questa tipologia delittuosa chiama necessariamente in causa la dimensione socio-culturale, oltre che le sfere dell'aggressività e della sessualità umane, con le loro complesse e reciproche correlazioni.

Al riguardo, il presente contributo intende prendere in considerazione i rapporti tra società, cultura, sessualità e distruttività che motivano le MGF, facendo riferimento agli apporti delle molteplici discipline che possono essere chiamate in causa per studiare tale reato. In proposito, si fa riferimento alla sociologia del corpo, che studia il ruolo attribuito al corpo umano da un certo tipo di cultura e gli influssi esercitati dalla struttura sociale sulla corporeità della donna; come all'etno-psichiatria, alla luce della quale la problematica rinvia obbligatoriamente all'incontro inter-culturale, ove il corpo dello straniero, per un verso, è destinato a trasmettere codici culturali diversi, mentre, per un altro, è vincolato a portare su di sé i valori della struttura sociale di appartenenza, valori che però non sempre il soggetto ha scelto. La problematica delle MGF viene analizzata in chiave criminologica anche alla luce di quelle discipline scientifiche, come la psicanalisi e l'antropo-fenomenologia, che hanno indagato le possibili correlazioni tra aggressività e sessualità agite "nel" e "sul" corpo umano: per la prima, del resto, il corpo rappresenta il teatro dove si manifestano istinti di vita e di morte, sia nello stesso individuo, che nei rapporti trans-generazionali; per la seconda, addirittura, la corporeità – articolata nella dialettica tra *corpo-oggetto* (*Körper*) e *corpo-soggetto* o *corpo-vissuto* (*Leib*) – costituisce una condizione di possibilità della stessa esistenza umana, per cui le MGF decurtano sia la compiutezza dell'incontro antropologico – perché mutilando il *corpo-che-ho* compromettono anche il *corpo-che-sono* –, sia la pienezza dell'integrazione interpersonale – perché la vita affettivo-sessuale agita "con" e "nel" corpo viene privata di possibilità e di potenzialità.

Le considerazioni qui esposte, pur ampiamente fondate sul piano epistemico, si configurano comunque come preliminari, dal momento che tanto la chiarificazione della genesi e della dinamica di tali condotte, quanto la prevenzione delle stesse sul piano socio-culturale implicano inevitabilmente una futura ricerca criminologica sul campo, tenuto conto altresì dell'assenza, a circa tre anni dall'entrata in vigore della legge Consolo, di procedimenti penali, o di sentenze, per questo tipo di reato.

Key words: female genital mutilation • crime prevention • social and cultural context • aggression • sexuality

Abstract

Female genital mutilation (FGM) is a widespread medical problem: in the world there are between 100 and 140 million female individuals suffering at present the clinical consequences of such procedures (WHO, 2009). Besides, this is also a remarkable case to criminological investigation. In Europe a specific law about FGM has been issued in Austria, Belgium, Denmark, Spain, Sweden, United Kingdom and Italy. As a matter of fact, in our Country this custom counts as a real crime, condemned and punished as an autonomous offence by Italian law 09/01/2006, n. 7 (named Consolo's Law), which establishes repressive-sanctioning measures, expressed by 2 new articles in the current Penal Code (583-*bis* and 583-*ter*), and which also implies a series of information and preventing initiatives to safeguard victims.

On the other hand, the matter of FGM requires a criminological examination, not only because it is considered a new criminal case, but also because it reveals a behaviour which is objectively and strongly harmful to the psychophysical integrity of the individual, and to women's right to healthcare (as underlined during the III World Day for elimination of FGM, held in Rome on February 6th 2009).

World Health Organization (2009) included FGM among the "sex based violence", in the same way as girls trafficking, sexual abuse and forced marriage. The Italian Presidency of the Council of Ministers and the Ministry for Equal Opportunities (2009) qualified this custom as "ancient, cruel, inhuman, unjustified, not suggested by any religion, condemned in every Country of the world".

These problems require an approach coming from criminology investigating violent offences, not only because studying, preventing and treating old and new crimes is up to criminology, but also because this kind of crime necessarily involves cultural dimensions, besides the spheres of aggressivity and of human sexuality, and their complex interrelations.

In regards to this, we are here considering those elements relating culture to sexuality and to destructiveness, in which FGM is rooted. We then refer to the contribution of the sociology of the body (which studies the role given to the human body by a certain kind of culture and the influence of the social structure on women's body), of etnopsychiatry (according to which the disorder is necessarily related to intercultural meeting, where the stranger's body on one side is to convey different cultural codes, while on the other side is to embody the cultural values of the social structure to which it belongs, though these values haven't always been chosen by the individual), and of those scientific disciplines, such as psychoanalysis and anthropophenomenology, which investigated the possible links between aggressivity and sexuality, acted either in and upon the human body. In fact, to psychoanalysis the human body is a sort of theatre, where life and death instincts take shape, either in the same individual and in different generations, while to anthropophenomenology bodiness is a condition of possibility for human existence itself, bodiness expressed by the body-object / body-subject (or lived body) dialectic (*Körper/Leib* dialectic).

Our remarks, although fully grounded at an epistemic level, are just preliminary to a future criminological field work, which is necessary in order to clarify both genesis and dynamics of this behaviour and in order to prevent it at a social and cultural level, and which is also strongly needed, given that Consolo's Law came into force 3 years ago and that to this day there have been neither penal procedures, nor sentences concerning this kind of crime.

Per la corrispondenza e le bozze: Cristiano Barbieri, Dipartimento di Medicina Legale, Scienze Forensi e Farmaco-Tossicologiche dell'Università degli Studi di Pavia, Via Forlanini n.12, 27100, Pavia, tel. 333.5635083
e-mail • info@barbiericristiano.it

CRISTIANO BARBIERI, Dipartimento di Medicina Legale, Scienze Forensi e Farmaco-Tossicologiche dell'Università degli Studi di Pavia
ALESSANDRA LUZZAGO, Dipartimento di Medicina Legale, Scienze Forensi e Farmaco-Tossicologiche dell'Università degli Studi di Pavia

Il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili fra cultura, sessualità e distruttività

1. Premesse

Il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili (MGF) rappresenta un tema di notevole interesse per la riflessione criminologica sui reati violenti e questo per diversi motivi: innanzitutto, perché le MGF in Italia costituiscono attualmente un crimine, essendo perseguite a titolo di reato autonomo dopo l'entrata in vigore della c.d. legge Consolo del 9 gennaio 2006¹ e dopo l'emanazione delle Linee Guida del Ministero della Salute del 17 dicembre 2007², mentre in precedenza tali pratiche potevano essere configurate a titolo di reato soltanto ai sensi degli artt. 582 o 583 del Codice Penale (lesioni personali dolose gravi o gravissime); inoltre, le MGF, comunque intese, rappresentano un atto di violenza sulla donna; al punto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2009, ha ribadito che esse consistono in "tutta la procedura che coinvolge la parziale, o totale, irrimediabile rimozione di, o ferita agli organi genitali femminili esterni per ragioni non terapeutiche" e le ha comprese tra i "tipi di violenze fondate sul sesso", al pari di: "...traffico delle ragazze/donne, abuso sessuale ed unione forzata", rispetto alle quali ha incoraggiato l'intolleranza ed ha auspicato un'adeguata risposta ai bisogni di chi ne è vittima (W.H.O., 2009); addirittura, un documento di Medici Senza Frontiere del marzo 2009 le ha indicate come "una forma di violenza sessuale"³. In quest'ottica, si pongono la Presidenza del Consiglio dei Ministri e il Ministero delle Pari Opportunità, quando hanno qualificato le MGF come una "pratica antica, crudele e disumana, non giustificata e non prevista da alcuna religione, condannata in tutti i paesi del mondo..."⁴; concetto questo ribadito durante la III Giornata Mondiale per l'eliminazione delle MGF, il 6 febbraio 2009, nei seguenti termini: "Le mu-

tilazioni genitali femminili sono fra le più gravi violazioni dei diritti umani, dell'integrità fisica dell'individuo e del diritto alla salute di donne, ragazze, bambine"⁵.

T trattare quindi le problematiche connesse alle MGF dal punto di vista della criminologia dei reati violenti appare più che mai opportuno, non solo perché la Criminologia deve necessariamente studiare, prevenire e trattare reati vecchi e nuovi, ma soprattutto perché questa tipologia di reato chiama in causa la dimensione culturale, oltre che le sfere dell'aggressività e della sessualità umane, con i loro complessi rapporti.

In proposito, nel presente contributo, dopo aver richiamato alcuni dati epidemiologico-clinici ed aver sinteticamente ricordato l'impostazione dell'attuale assetto normativo italiano, si prenderanno in considerazione le correlazioni tra cultura, sessualità ed aggressività sottesi a tali pratiche.

2. Alcuni richiami statistici, clinici e normativi

2.1 Epidemiologia del fenomeno

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel mondo sono stati denunciati tra i 100 e i 135 milioni di casi e, ogni anno, oltre 2 milioni di donne circa subiscono una qualche mutilazione genitale (Vanzan & Miazzi, 2006). In base alle attuali conoscenze, si può affermare che le MGF sono regolarmente praticate in 28 stati africani; inoltre, sono stati segnalati casi in comunità di immigrati in Europa, America del Nord, Australia e Nuova Zelanda (Di Stefano, 2004). Non sono disponibili dati sufficientemente sicuri per i paesi asiatici; si sa soltanto che esse sono diffuse in alcuni stati dell'Asia occidentale ed in alcune comunità di altri stati asiatici (United Nations Statistics Division, 2000).

L'età delle vittime di MGF varia a seconda del paese di appartenenza: ad es., tra gli Ebrei dei Falas in Etiopia ed i nomadi del Sudan, è praticata dopo pochi giorni di vita; in Egitto e negli stati dell'Africa centrale, a circa sette anni; in diversi altri paesi africani, in epoca adolescenziale; in Nigeria, prima del matrimonio (Paganelli & Ventura, 2004).

In Italia, i risultati sembrano contrastanti; secondo il Ministero dell'Interno, vivono nel nostro paese oltre 45.000 donne infibulate e, ogni anno, circa 6.000 bambine, provenienti soprattutto da paesi dell'Africa sub-sahariana, rischiano di essere sottoposte a MGF (Natalini, 2006), anche

- 1 Legge 9 gennaio 2006 n. 7 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", Gazzetta Ufficiale n. 14 del 18 gennaio 2006.
- 2 Decreto del 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 marzo 2008 - Supplemento Ordinario n.70.
- 3 Si fa qui riferimento al documento di Medici Senza frontiere "Vite spezzate - Rapporto di MSF sulla violenza sessuale, Marzo 2009", attualmente disponibile al seguente indirizzo web: [http://www.medicisenzafrotiere.it/immagini/file/comunicati_stampa/SVRreport-it\(2\).pdf](http://www.medicisenzafrotiere.it/immagini/file/comunicati_stampa/SVRreport-it(2).pdf).
- 4 Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ministero delle Pari Opportunità, *Le mutilazioni genitali femminili: una tradizione insensata e disumana*, 2009, documento attualmente disponibile al seguente indirizzo web: <http://www.pariopportunita.gov.it>

- 5 Istituto di cultura eritrea, *III Giornata mondiale per l'eliminazione delle MGF*, Roma, 6 febbraio 2009, documento attualmente disponibile al seguente indirizzo web: <http://www.istitutodiculturaeritrea.it>

se tali stime sono state ritenute eccessive⁶. In realtà, esaminando i diversi studi statistici, è dato notare un trend crescente del fenomeno, pur nella provvisorietà e nella parzialità dei dati a disposizione. Alle soglie del 2000, le donne con MGF erano valutate, nel nostro paese, nell'ordine delle 28.000 unità circa e, tra queste, almeno 5000 bambine, avrebbe subito infibulazione e clitoridectomia proprio in Italia (Avenia, Mundanu & Lo Baido, 2001); stime successive indicavano che sarebbero immigrate nel nostro paese circa 38.000 donne già mutilate nei paesi d'origine e circa 4000 bambine destinate ad esserlo (Paganelli & Ventura, 2004); dati diffusi nel 2004, addirittura, indicavano l'Italia come lo stato europeo con il maggior numero di donne infibulate (Allam, 2000; La Monaca, Ausania, & Scassellati, 2004); statistiche del Ministero della Salute riguardanti le donne immigrate nel nostro paese con regolare permesso di soggiorno, affermavano che, al 1° luglio 2006, le MGF interessavano potenzialmente 93.809 donne: le bambine a rischio con meno di 13 anni sarebbero 409 e le ragazze di età tra gli 14 e i 18 sarebbero 3.535; le donne mutilate tra i 19 e i 40 anni (la fascia di età delle madri) sarebbero 62.710 e quelle con oltre 40 anni 26.098 (Di Marcantonio, 2009); dati di provenienza giornalistica del 2009 sostengono che: in Italia, sono 35.000 le donne che hanno subito MGF; tra queste, oltre 1000 hanno un'età inferiore ai 17 anni; la Lombardia è la regione italiana nella quale vi è il maggior numero di casi di mutilazione (Allam, 2009).

Al riguardo, comunque, vanno segnalati due problemi:

- da un lato le difficoltà di reclutare campioni di popolazione statisticamente significativi per indagare l'estensione del fenomeno, data la collaborazione soltanto parziale riscontrata nella somministrazione di alcuni protocolli di ricerca (Lo Baido, La Grutta, Bressi, Mauri & Trombini, 2004); questo aspetto, tuttavia, parrebbe destinato a modificarsi positivamente nel tempo⁷ e ad incrementare le casistiche nazionali⁸, anche con risultati significativi riguardo all'accettazione delle MGF da parte delle vittime⁹;

- dall'altro la possibilità che le bambine residenti in Italia possano essere mutilate non solo durante i soggiorni nei Paesi di provenienza, oppure da operatrici tradizionali itineranti, ma anche in cliniche private presenti sul territorio nazionale, nelle quali opererebbero medici somali o italo-somali, anche se non risultano finora implicati medici, o strutture del servizio sanitario nazionale (Pitch, 2001; Di Stefano, 2004). Non a caso, a tre anni circa dall'entrata in vigore della Legge Consolo, non si ha notizia di procedimenti penali, o di condanne nei riguardi di genitori, o di medici, italiani o stranieri, per il reato di MGF ex art. 583 bis c.p.

2.2 Aspetti clinici

Facendo riferimento alla letteratura internazionale (W.H.O., 2000; Morrone, Hercogova, Lotti, 2002; UNICEF, 2005; W.H.O., 2009), i disturbi clinici nelle vittime sono stati riassunti nelle due seguenti tabelle: la prima comprende le conseguenze delle MGF sulla sfera somatica e la seconda quelle sulle sfere psico-sessuale e psico-sociale.

Gli esiti prodotti a livello psico-sessuale, mentale e sociale sono stati inseriti in un'unica tabella perché, molto spesso, sono reciprocamente collegati da una causalità di tipo circolare (ad es., una disfunzione sessuale nella vittima prova sia un conflitto coniugale, sia un disturbo psichico reattivo in ambedue i partner, con potenziali riflessi anche sul comportamento sociale; oppure una diversa percezione sociale della propria identità di genere da parte della vittima si ripercuote negativamente sulla vita sessuale ed affettiva sia della vittima stessa, che della coppia, con conseguente sofferenza individuale e conflittualità relazionale).

6 Durante il seminario sul multiculturalismo organizzato dal C.S.M. a Roma il 28.09.2004, queste cifre sono state considerate come sproporzionate dalla Pasquinelli (2000), anche se nel convegno di Nairobi sulle MGF del 2004, con riferimento all'Italia, si è parlato di circa 50.000 donne infibulate e di circa 6.000 bambine che ogni anno rischiano di esserlo (Vanzan, Miazzi, 2006).

7 È stato sottolineato, in proposito, come gli interventi sul piano legislativo, le campagne di sensibilizzazione e l'attenzione crescente del mondo scientifico ed accademico avrebbero contribuito ad un cambiamento culturale che, nelle vittime, avrebbe assunto il valore di un sostegno riparatore e che si sarebbe riflesso sulla loro stessa collaborazione (Lo Baido, La Grutta, Profeta, Schiera, 2007).

8 Si fa qui riferimento alla casistica dell'Istituto San Gallicano (IRCCS) di Roma, comprensiva di 249 donne con MGF, di cui 120 con mutilazione di I tipo, 68 con mutilazione di II tipo e 61 con mutilazione di III tipo (secondo la classificazione delle MGF redatta dall'O.M.S.) (Morrone, Mariani, 2004; Di Pietro, 2006).

9 Al riguardo, si riportano i seguenti dati: "Presso l'Osserva-

torio medico-antropologico della Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Istituto San Gallicano (IRCCS) sono state visitate 279 donne, provenienti in gran parte dall'Africa Subsahariana e dal Corno d'Africa, dalla Nigeria, dal Mali, dal Sudan, dalla Somalia e dalla Sierra Leone. Di queste, 154 presentavano una mutilazione genitale di I tipo OMS, 67 una mutilazione di II tipo e 58 una mutilazione di III tipo. Alcune di queste pazienti, adottate da bambine e sottoposte alla mutilazione in età neonatale nel Paese d'origine e quindi inconsapevoli della loro condizione, sono giunte all'osservazione per quadri clinici costituiti da patologie infiammatorie dell'apparato genitale o per problemi ginecologici di varia natura, comunque correlabili all'intervento subito. La maggior parte delle pazienti non ha accettato alcun intervento di correzione chirurgica della mutilazione. In alcuni casi invece è stato richiesto un intervento di deinfibulazione, allo scopo di permettere i rapporti sessuali" (Morrone, Novara, Franco, 2005).

TABELLA I**I - CONSEGUENZE SOMATICHE**

- Le MGF provocano un grave danno alla salute delle vittime per le conseguenze immediate, a breve e a lungo termine.
 - Gli effetti dipendono dal tipo di lesione, dall'estensione della stessa, dall'abilità dell'operatore, dalla sterilizzazione degli strumenti e dall'ambiente, nonché dalle condizioni psico-fisiche della vittima.
1. *Complicanze immediate*
 - Decesso. Nessuno studio è mai stato intrapreso per determinare l'effettiva percentuale di mortalità femminile attribuibile alla mutilazione genitale femminile; tuttavia, l'exitus può essere dovuto ad una grave emorragia (shock emorragico), a dolore e trauma (shock neurogeno) o ad una grave infezione (setticemia).
 2. *Complicanze a breve termine*
 - Dolore intenso, perché: la maggioranza delle MGF sono eseguite senza anestesia; le lesioni del tessuto dell'uretra, della vagina, del perineo e del retto possono derivare dall'impiego di strumenti non chirurgici, da scarsa capacità dell'operatore, da una tecnica inadeguata.
 - Emorragia, perché se viene incisa l'arteria clitoridea il flusso ematico è forte e la pressione sanguigna elevata.
 - Shock immediatamente successivo, come conseguenza dell'improvvisa perdita di sangue (shock emorragico) e del dolore acuto (shock neurogeno).
 - Il tetano può manifestarsi conseguentemente all'impiego di strumenti non sterilizzati e mancanza di vaccinazione antitetanica.
 - Ritenzione urinaria acuta, dovuta alla flogosi del tessuto circostante la ferita, alla ritenzione volontaria per paura del dolore prodotto dalla minzione sulla lesione aperta, alle lesioni uretrali.
 - Frattura della clavicola, del femore, dell'omero, oppure la dislocazione dell'articolazione femorale possono verificarsi se una forte pressione viene esercitata sul corpo della vittima per immobilizzarla e vincerne la resistenza durante l'intervento.
 - Infezione con conseguente shock settico.
 - Prolungati tempi di guarigione, a causa dell'infezione, dell'irritazione provocata dal passaggio delle urine o dallo sfregamento derivante dalla deambulazione, oppure da una malattia sottostante come l'anemia o la malnutrizione.
 3. *Complicanze a lungo termine*
 - Minzione difficoltosa per il danno all'apertura uretrale o per la cicatrizzazione del meato.
 - Infezione ricorrente del tratto urinario ed infezioni pelviche.
 - Infertilità secondaria ad infezione pelvica coinvolgente gli organi riproduttivi.
 - Cheloide.
 - Ascessi.
 - Cisti dermoidi
 - Neuroma clitorideo, con conseguente ipersensibilità, iperalgesia e dispareunia.
 - Dismenorrea o amenorrea conseguenti all'occlusione parziale o totale dell'orifizio vaginale.
 - Formazione di calcoli intravaginali prodotti dall'accumulo di detriti mestruali e depositi urinari.
 - Fistole (buchi o tunnel) vescico-vaginali, o retto-vaginali, provocate durante la mutilazione, o la de-infibulazione o la re-infibulazione, oppure durante i successivi rapporti sessuali, oppure durante il parto, con ostruzione al medesimo.
 - Sviluppo di una "falsa vagina" nelle donne sottoposte a infibulazione, se durante ripetuti rapporti sessuali, il tessuto cicatriziale non si dilata a sufficienza.
 - Dispareunia, vaginismo, ipo-/an-orgasmia.
 - Occlusione parziale o totale dell'apertura vaginale con ostacolata dilatazione del canale del parto.

TABELLA II**II - CONSEGUENZE PSICOSESSUALI, MENTALI E SOCIALI**

1. *Disturbi sessuali*
 - Frigidità dovuta alla dispareunia, alle lesioni prolungate durante i primi rapporti sessuali e all'infezione pelvica.
 - Anorgasmia dovuta all'amputazione del glande clitorideo.
 - Difficoltà coitale o incapacità assoluta di avere rapporti vaginali, a causa della stenosi della vagina.
 - Conflitti coniugali.
2. *Disturbi mentali*
 - La mutilazione genitale femminile può avere sulla mente delle vittime effetti che durano per tutta la vita.
 - Molte donne mutilate riferiscono: marcata ansia prima dell'intervento, terrore di essere sequestrate e trattenute con forza durante l'operazione, enormi difficoltà durante il parto e perdita di piacere durante il rapporto sessuale.
 - Sono stati descritti: disturbo da stress post-traumatico, disturbi psicosomatici di diverso tipo, disturbi d'ansia variamente classificati, disturbi depressivi, psicosi, suicidio.
 - Tali disturbi sono dovuti alle dolorose procedure della FGM, alle mestruazioni dolorose conseguenti alla mutilazione, ai rapporti sessuali dolorosi, ai ricorrenti episodi di frigidità, alla formazione di cisti dermoidi, all'incontinenza urinaria, alla spiccata conflittualità coniugale secondaria alla disfunzionalità dei rapporti di coppia.
 - Una sindrome di tipo ansioso-depressiva riguardante i genitali, caratterizzata da una costante preoccupazione per lo stato dei genitali, dismenorrea intollerabile e timori di infertilità, è stata descritta in Sudan tra le donne sottoposte a infibulazione.
3. *Problematiche socio-relazionali*
 - Nelle comunità dove le MGF hanno un alto valore sociale, le bambine e le donne che non sono mutilate possono essere ostracizzate.
 - Le donne mutilate nelle comunità di immigrati possono avere problemi di identità sessuale quando si confrontano con le donne occidentali non mutilate e con l'opposizione culturale alle MGF del paese ospitante.

Tenuto conto della tipologia, dell'entità e della durata delle conseguenze cliniche delle MGF, non v'è chi non colga il senso e l'importanza di un intervento anche normativo, oltre che socio-culturale, soprattutto in un paese come l'Italia, nel quale vige il principio costituzionale del diritto alla tutela della salute, quale diritto inalienabile dell'individuo ed interesse della collettività (ex art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana), pur nella consapevolezza dei problemi sanitari e socio-assistenziali che vengono a crearsi in conseguenza dei fenomeni migratori in una società come la nostra, destinata sempre più a diventare multiculturale e multirazziale¹⁰.

2.3 Aspetti normativi

Nell'attuale disciplina penalistica in tema di MGF, è corretto ravvisare un duplice aspetto: da una parte, quello di un provvedimento repressivo della violenza contro i diritti umani di ogni donna e, dall'altra, quello di uno strumento informativo-preventivo nei riguardi di tutte le donne e delle famiglie immigrate nel nostro paese.

La scelta di configurare a titolo di reato autonomo queste pratiche ha suscitato alcune critiche (Pitch, 2001; Di Stefano, 2004; Facchi, 2004; Vanzan & Miazzi, 2006; Basile, 2006) in riferimento alle funzioni della pena, quali la prevenzione generale del crimine, la tutela, anche simbolica, dei beni protetti in una certa collettività e la funzione pedagogica della pena stessa (Di Pietro, 2006).

Infatti, si è dubitato dell'efficacia di una sanzione penale (anche severa, come quella prevista dall'art. 583 *bis* c.p.) nel contrastare una condotta considerata come socialmente necessaria da un'intera comunità; trattandosi di una norma consuetudinaria, del resto, questa appare più pregnante di una norma ufficiale (sia del paese di accoglienza, che di quello di provenienza, qualora in esso siano vietate le MGF), perché le conseguenze della trasgressione di un costume così radicato e così carico di valenze socio-culturali sarebbero vissute in termini peggiori di quelle che, eventualmente, deriverebbero dalla violazione di una legge penale del paese ospitante.

Inoltre, il prospettare, a livello simbolico, una certa condotta in termini negativi potrebbe essere utile soltanto nella società occidentale, cioè nella comunità di accoglienza, ma la stessa utilità nella comunità di immigrati sarebbe dubbia, a meno che quest'ultima non fosse già culturalmente orientata al rifiuto delle MGF.

Infine, la scelta di perseguire e punire un comportamento avrebbe dovuto essere preceduta da un discussione con tutti i soggetti interessati, tenuto conto che, secondo alcuni AA. (Pitch, 2001; Di Stefano, 2004), l'efficacia di una norma dipende non tanto dal contenuto della stessa, ma soprattutto dal dibattito che la precede; non a caso, il

10 Relativamente alle problematiche sanitarie e socio-assistenziali concernenti gli immigrati, con particolare riferimento al sesso femminile, si rinvia ai contributi di: *Rizzi, Iossa Fasano*, 2002; *Caritas Ambrosiana*, 2002; *Bracci, Cardamone*, 2005; *Abbatecola*, 2006; *Dotti, Luci*, 2008.

Punto 4 della Risoluzione del Parlamento Europeo 2001/2035-INI¹¹, al quale l'attuale legge Consolo si sarebbe ispirata, sollecita espressamente il coinvolgimento e la collaborazione delle comunità interessate per l'eliminazione di tali pratiche.

Tuttavia, oltre all'aspetto punitivo-repressivo della legge n.7/2006, la predetta norma contiene anche importanti aspetti preventivi, laddove contempla espressamente: attività di promozione e coordinamento finalizzate all'assistenza alle vittime (art. 2); campagne informative rivolte alle donne ed alle bambine provenienti dai Paesi nei quali si praticano le MGF (art. 3, a); iniziative di sensibilizzazione "con la partecipazione delle organizzazioni di volontariato, delle organizzazioni no profit, delle strutture sanitarie, in particolare dei centri riconosciuti di eccellenza dall'Organizzazione mondiale della sanità, e con le comunità di immigrati provenienti dai Paesi dove sono praticate le mutilazioni genitali femminili per sviluppare l'integrazione socio-culturale nel rispetto dei diritti fondamentali della persona, in particolare delle donne e delle bambine" (art. 3, b); corsi di informazione per le donne infibulate in stato di gravidanza, finalizzati ad una corretta preparazione al parto (art. 3, c); appositi programmi di aggiornamento per gli insegnanti delle scuole dell'obbligo (art. 3, d); linee guida "destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di cui all'articolo 583-bis del codice penale per realizzare un'attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche" (art. 4); l'istituzione di un numero verde (art. 5).

In questa prospettiva, sono state anche emanate le Linee Guida del Ministero della Salute riguardanti la prevenzione, assistenza e riabilitazione delle vittime di MGF¹² e sono state anche create sia Linee guida di intervento, che un Manuale per la formazione, destinati agli operatori della mediazione culturale, coinvolti così nelle attività di informazione e di profilassi (Di Marcantonio, 2009). Le 35 Linee Guida costituiscono "...uno strumento di lavoro a disposizione dei mediatori culturali per affrontare, in collaborazione con i servizi locali (sanitari, sociali, socio-sanitari, scolastici, etc.), pubblici e privati, i casi di MGF che si verificano (o possono verificarsi) nelle comunità di immigrati presenti in Italia". Inoltre, il Manuale per la formazione dei mediatori culturali "...rappresenta il documento di approfondimento tematico, diretto a fornire al mediatore conoscenze approfondite in materia

11 Risoluzione del Parlamento europeo sulle mutilazioni genitali femminili (2001 / 2035 INI), Gazzetta ufficiale delle Comunità europee, ISSN 0378-701X, C 77 E, 45° anno, 28 marzo 2002, pp. 126-133.

12 Decreto del 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 marzo 2008 – Supplemento Ordinario n.70.

Cristiano Barbieri - Alessandra Luzzago

di MGF (nel settore medico, antropologico, legale, etc.)...”, da utilizzare quotidianamente nel lavoro sul campo (Di Marcantonio, 2009).

Pertanto, da un lato, si dà atto che il valore dell'attuale codificazione normativa, nella sua parte repressivo-sanzionatoria, resta ancora tutto da verificare, perché, a tutt'oggi, non si ha notizia di procedimenti penali contro eventuali trasgressori; ma, dall'altro, è un dato di fatto che la parte della legge finalizzata alla prevenzione ed al trattamento delle vittime si prefigura come un importante mezzo formativo, orientato ad informare il più possibile le famiglie e le donne immigrate nel nostro paese, perché avvisandole delle gravi conseguenze delle MGF, queste possano acquisire consapevolezza dei loro diritti e non accettare più tali pratiche.

3. Il tipo di crimine

In Italia, le MGF ex art. 583 bis c.p. sono un esempio di “reato culturalmente orientato” o “culturalmente motivato”, trattandosi di un comportamento penalmente vietato e, perciò, sanzionato, posto in essere da un membro di un gruppo culturale di minoranza, in genere un immigrato; tale condotta è considerata reato nel Paese d'accoglienza, ma è invece pienamente accettata o, addirittura, incoraggiata nel sistema culturale d'origine. La letteratura e la dottrina, sul punto, risultano assai chiare (Monticelli, 2003; Bernardi, 2005, 2006; Carnevali, 2007; De Maglie, 2007; Fiandaca, 2007; Basile, 2008).

Tuttavia, per capire meglio i prodromi ed i dinamismi di tale fattispecie, vale la pena di ricordare che il concetto di “reato culturale” (*cultural offence*) fa riferimento alla nozione, elaborata dalla dottrina e dalla giurisprudenza statunitensi, di “difesa su base culturale” (*cultural defense*), costruito complementare a quella di “reato culturalmente motivato” (*culturally motivated crime*) (Van Broeck, 2001; De Maglie, 2006).

Infatti, nel diritto statunitense, con il termine *defense* si indica un argomento che l'imputato può utilizzare per confutare un'accusa mossa a suo carico (Grande, 1993), per cui la *cultural defense* rappresenta un argomento di difesa, basato sulla differenza culturale del soggetto rispetto al sistema penale che lo giudica e sul conseguente presupposto che la sua cultura abbia esercitato un influsso, giuridicamente apprezzabile, sulla sua condotta, al punto da poterne annullare, o quantomeno attenuare, la responsabilità per il reato commesso. In altri termini, riconoscere una *cultural defense* comporta che persone socializzate in una cultura minoritaria o straniera, che agiscono in accordo con le norme della stessa, non dovrebbero essere considerate pienamente responsabili per la violazione di una legge del paese ospitante, purché tale comportamento sia conforme alle prescrizioni della propria cultura (Magnarella, 1991), in considerazione del fatto che proprio la dimensione culturale eserciterebbe un marcato influsso su coloro che la condividono e li predisporrebbe, in qualche misura, ad agire in modo congruente (Chiu, 1994; Rentlen, 2005).

Al proposito, però, si deve aggiungere che nel diritto statunitense la *cultural defense* non opera mai autonomamente,

ma sempre nel contesto di altre fattispecie di *defenses* riconosciute dalla giurisprudenza (ad es., la *self defense*, la *insanity defense*, etc.), per cui attualmente il diritto statunitense non prevede alcuna norma generale che riconosca espressamente rilevanza giuridica all'appartenenza dell'autore di un reato ad una determinata cultura di minoranza (Monticelli, 2003); nondimeno, a seconda dei casi, le varie corti di giustizia hanno attribuito, di volta in volta, un peso diverso al fattore culturale che ha motivato un c.d. reato culturalmente orientato.

Quindi, il “reato culturalmente orientato”, se da un punto di vista penale è quella fattispecie delittuosa che potrebbe trovare, almeno nel sistema statunitense, una sorta di “esimente”, o “quasi-esimente”, all'atto dell'irrogazione della pena, da un punto di vista criminologico si qualifica come una condotta agita da un membro appartenente ad un gruppo etnico di minoranza, condotta che è considerata reato dalle norme della cultura dominante, ma che, viceversa, è pienamente accettata, o addirittura prescritta, da quelle del sistema culturale di appartenenza (Van Broeck, 2001; De Maglie, 2005).

Tale concetto trae origine dalla letteratura sociologica statunitense che, fin dagli anni Trenta del secolo scorso, aveva iniziato a studiare la criminalità degli immigrati ed era giunta a formulare la c.d. teoria dei conflitti culturali, che possono verificarsi quando i membri di un gruppo emigrano in un altro paese, nel quale il gruppo maggioritario ha codici culturali completamente diversi (Sellin, 1938). Questa teoria, del resto, sostiene come nello stesso individuo vengano a contrapporsi sistemi culturali e normativi molto diversi, per cui tale antitesi diventava una delle principali cause dell'inefficienza degli abituali parametri regolatori della condotta sociale. Questo fatto si verificava soprattutto nella seconda generazione di immigrati, che contribuivano in maniera rilevante alla delinquenza, poiché avevano perso i valori della cultura di provenienza e, al contempo, non avevano assimilato quelli del paese ospitante.

In realtà, nel caso delle MGF, se da un lato queste pratiche risultano paradigmatiche del concetto di “reato culturalmente orientato”, dall'altro non possono essere spiegate compiutamente ricorrendo alla teoria dei conflitti culturali, nella misura in cui sono gli immigrati di prima generazione a commettere reato e quelli di seconda, in particolar modo le loro figlie, ad essere vittimizzate. Certamente, le MGF consistono in un comportamento realizzato da un membro appartenente ad un gruppo culturale di minoranza (un migrante), ritenuto reato dal gruppo di maggioranza del paese d'accoglienza, ma accettato, o addirittura, come si diceva, incoraggiato dal sistema culturale d'origine; tuttavia, la comprensione del significato di tale crimine implica necessariamente il ricorso ad altri contributi, come quelli riguardanti il ruolo sociale del corpo umano ed i rapporti di reciproco condizionamento tra i vari processi sociali ed il corpo della donna, oppure quelli inerenti le connessioni tra aggressività e sessualità che si verificano nel corpo umano, connessioni che nel mondo occidentale sono state affrontate in diversi ambiti scientifici. Il senso di un reato culturalmente motivato come le MGF, perciò, può essere cercato facendo riferimento ai contributi della sociologia del corpo, dell'etno-psichiatria, della psicanalisi e dell'antropo-fenomenologia.

4. Il senso del crimine di MGF

Se il fattore culturale gioca un ruolo decisivo nella commissione del reato di MGF, allora è necessario partire dalla dimensione socio-culturale, o meglio multi-culturale, sottesa a tale fenomeno, nella consapevolezza che i problemi del multiculturalismo e dei reati ad esso correlati sono stati affrontati in modo diverso negli USA, rispetto a quanto è accaduto in Europa, sia per il diverso assetto normativo (gli Stati Uniti sono un paese di *Common Law*, mentre l'Italia è un paese di *Civil Law*), sia perché la struttura della società nord-americana risulta assai diversa da quella europea (la società statunitense per definizione è multicultural e multirazziale) (Foblets, 1998).

D'altro canto, se si parte dal presupposto che "...la realtà sociale determina non solo l'attività e la coscienza, ma, in un grado notevole, anche il funzionamento dell'organismo. Così, funzioni intrinsecamente biologiche come l'orgasmo e la digestione sono condizionate dalla struttura della società, che determina anche il modo in cui l'organismo viene usato nell'attività..." (Berger & Luckmann, 1973), allora ben si comprende come il corpo femminile, con le sue funzioni anche riproduttive, assuma un significato ed un valore assai diversi nelle culture che legittimano e, in qualche misura, impongono le MGF, rispetto a quelli presenti nella cultura occidentale in generale ed europea in particolare.

In Occidente, infatti, il corpo è quello medicalizzato da tecnologie biomediche sempre più sofisticate, quello assoggettato alle esigenze della moda e dell'arte, quello regolamentato dal diritto e problematizzato dalla bioetica della vita, della morte e della riproduzione, al punto da diventare una realtà costruita anche socialmente (Borgna, 2005). Al contrario, nei contesti culturali extra-occidentali che legittimano le MGF, la corporeità, specialmente quella femminile, rappresenta il luogo nel quale l'ambiente sociale, proprio grazie alle MGF, imprime una dimensione etnica ed etica; non a caso, "le modificazioni genitali si configurano come vere e proprie marche di identità etnica e personale", perché "l'esperienza della mutilazione si imprime nella memoria del soggetto, decretando la sua appartenenza al gruppo sociale" (Berlincioni & Rosani, 2006). Quindi, se il significato del corpo è collegato al contesto storico di riferimento, nonché alle rappresentazioni culturali ed ai codici normativi di questo, è necessario riconoscere che i comportamenti, la morfologia e persino la fisiologia della corporeità si prefigurano come i risultati di processi organizzati dall'ambiente sociale, con meccanismi operanti a tutti i livelli della vita quotidiana.

Tuttavia, si deve rimarcare una fondamentale differenza:

- nel mondo occidentale, il corpo femminile è diventato, nel corso del tempo, sempre più oggetto di scelte e di valori individuali, per cui la concezione del "corpo come progetto" si collega ad un processo di "privatizzazione del corpo" (Borgna, 2005), nel senso che i programmi di gestione del proprio corpo dipendono sempre più da opzioni soggettive, al punto che la corporeità – specialmente quella femminile – è diventata come una realtà, almeno in parte, affrancata da certi meccanismi di costruzione sociale che sono stati da tempo individuati e puntualmente descritti (Featherstone, Hepworth & Turner, 1991);

- in altre società, nelle quali il corpo umano è soggetto a vincoli socialmente imposti, che intendono regolare le funzioni e il ruolo sul piano collettivo, come dimostrato dalla pratica delle MGF, non è stato così e non è così; infatti, anche se è stato detto che, in occidente, il corpo è diventato il "luogo della falsificazione" (Galimberti, 2003) (nel senso che è divenuto semplicemente un manichino, essendo trattato come un oggetto che si allestisce e si confeziona, ma non coincidendo più con l'identità, per cui, rispetto agli anni ottanta, attualmente il corpo sarebbe molto abbellito, ma falsificato e non riprodurrebbe più la persona), è innegabile come "...l'universo sociale lasci le proprie tracce ed i propri segni di riconoscimento sui corpi attraverso le procedure della mutilazione, della scarificazione e del tatuaggio" (Van Genep, 1996); il corpo, dunque, non è solo, il luogo dell'ambiguità o della falsificazione, ma è anche il luogo della memoria, cioè dove viene testimoniata l'imposizione di codici culturali e normativi che prescindono dalla volontà individuale di accettarli o meno.

Pertanto, se è vero che "...il corpo si impone come il primo, il più elementare, e dunque il più complesso «fatto sociale totale»..." (Mauss, 1950), è altrettanto vero che le MGF vengono prescritte alle donne contro la loro volontà o, comunque, a prescindere dalla loro scelta e vengono effettuate essenzialmente per ragioni di costume e di tradizione (per la paura che, accettando le norme della società di accoglienza che vieta tale pratica, i migranti non possano più ritornare nel paese di origine, oppure per ragioni socio-culturali che prescrivono il controllo della sessualità femminile, per garantire il matrimonio e la procreazione, o evitare un adulterio motivato da un desiderio femminile non adeguatamente contenuto) non sempre e non necessariamente condivise dalle vittime (Henrion, 2003). A livello sociale, perciò, una fondamentale differenza tra la cultura occidentale che rifiuta e persegue la pratica delle mutilazioni e quella dei paesi extra-occidentali che l'accetta, le incoraggia, o addirittura le impone, è rappresentata dalla libertà di scelta del soggetto nella gestione del proprio corpo, specialmente di quello femminile.

Un'altra sostanziale differenza si ravvisa nelle conoscenze scientifiche che integrano il concetto stesso di salute individuale. Richiamando, del resto, la posizione dell'O.M.S.¹³, il costrutto di salute diffuso nel mondo occidentale è assai diverso da quello di certe comunità, o di alcune nazioni, nelle quali sono eseguite le MGF. È un dato di fatto, del resto, che la nozione di "salute", intesa come benessere individuale da valutarsi sul piano bio-psico-sociale, non è parte integrante della cultura di quelle società nelle quali le donne sono mutilate a livello genitale senza minimamente considerare le conseguenze provocate loro a livello psico-fisico. In proposito, la clinica trans-culturale, con i suoi collegamenti alla antropologia ed all'etnologia, può illustrare le implicazioni del corpo come "vettore dell'alterità" e "supporto dell'alterità"

13 Riguardo ai vari contributi sui concetti di "salute", "salute mentale" e "salute sessuale", si rimanda a quanto esplicitato nel contributo di Gualco, Rensi, Barbieri (2009).

nell'incontro interculturale (Govindama, 2003), nel contesto del quale esso, per un verso, è innegabilmente destinato a trasmettere codici culturali diversi all'interlocutore, mentre, per un altro, è immancabilmente vincolato a portare su di sé i valori culturali della struttura sociale di appartenenza (Govindama, 2000).

D'altra parte, ciò che giova sottolineare è anche la convergenza, nelle MGF, di problematiche, reciprocamente correlate, inerenti la sessualità e l'aggressività. Al riguardo, i contributi di matrice psicanalitica ed antropo-fenomenologica sulla concezione della corporeità, quale crocevia appunto di sessualità e distruttività, appaiono assai significativi.

Relativamente al significato del corpo negli studi psicanalitici, si osserva che esso è diventato il vero e proprio "filo rosso" del pensiero psicanalitico del XX secolo (Stella, 2001), per il quale il soggetto "ha" un corpo e, al contempo, "è" un corpo e la sua identità si articola anche in base alle risposte degli altri e del contesto al corpo stesso. Infatti, se per Freud i primi segnali dell'Io sono corporei e l'Io stesso è inteso innanzitutto come un'entità corporea (Freud, 1922) e, per Jung (1971), l'Io è "l'espressione psicologica dell'insieme strettamente associato di tutte le sensazioni somatiche", per le diverse scuole psicodinamiche (Mangini, 2001, 2003) il corpo assume un significato fondamentale nella costruzione dell'identità personale. Quindi, se la psicanalisi ortodossa ha sempre affrontato il problema dell'identità sessuale partendo dai meccanismi di identificazione, anche corporea, e se la psicologia analitica ha considerato il corpo come intimamente connesso alla coscienza di sé da un rapporto di "affettivazione" (Aversa, 2004), perché "il tono affettivo è uno stato affettivo accompagnato da innervazioni somatiche" (Jung, 1971), il corpo nel pensiero psicanalitico occidentale diventa il luogo primario non solo di una dimensione estetica, ma anche della sofferenza e della guarigione, dato che, quando il soggetto impara a familiarizzare con il proprio corpo e a dare a questo una forma e uno stile personale, ritrova il senso della propria identità (La Ginestra, 1996). Pertanto, in ambito psicanalitico (Berlincioni & Rosani, 2006), alla luce delle esperienze maturate, le MGF possono intendersi alla stregua di:

- "un atto di marchiatura", funzionale ad ascrivere il soggetto ad un gruppo sociale e a contrassegnare sul suo corpo questo legame attraverso un compromesso tra istanze espulsive del gruppo nei confronti del bambino e necessità di annetterlo alla collettività;
- "un sistema di regolazione dell'odio", consistente nell'agire sul bambino angosce originariamente rivolte verso le generazioni precedenti; tale sistema, del resto, troverebbe una formazione di compromesso nella pratica mutilatoria, che diventa "una sorta di figlicidio simbolico", visto che l'odio "ha sempre a che fare con la sessualità, così come l'amore";
- "una repressione della sessualità dei giovani": da parte del padre, per evitare che la figlia possa dare piacere ad un partner eterosessuale e, in tal modo, oscurare la c.d. *imago patris*; da parte della madre, per vendicarsi su una giovane donna della propria vecchiaia (non a caso, la pratica delle mutilazioni è in genere affidata alle donne anziane del gruppo) (Bonaparte, 1971); per la psicanalisi, del resto, l'invidia contro i giovani della generazione

precedente si troverebbe in rapporto proporzionale all'intensità della frustrazione sessuale, per cui sarebbe più accentuata in società che reprimono la sessualità, piuttosto che in quelle che la favoriscono;

- "una istituzionalizzazione della violenza": nella cultura occidentale, infatti, si concentrano sugli organi genitali non solo un enorme sadismo, ma anche tutte le forme di perversioni di rilevanza psicopatologica, nonché le condotte devianti più gravi, come quelle dei serial killer (che operano ripetutamente vari tipi di mutilazione sulle loro vittime); in quest'ottica, dunque, le MGF rappresentano forse, per le società nelle quali sono eseguite, un tentativo di legittimazione di questo tipo di violenza, dando uno spazio ed un'espressione simbolica e collettiva a queste istanze aggressive.

D'altra parte, il corpo nel pensiero antropo-fenomenologico assurge a dimensione esistenziale, essendo la corporeità una delle condizioni di possibilità della esistenza umana ("si è" nel mondo perché "si ha" e "si è" corpo), per cui lo stesso movimento fenomenologico, articolando la riflessione husserliana sul "corpo-oggetto" (il "corpo-che-ho" o *Körper*) e sul "corpo-soggetto" ("corpo-che-sono" o *Leib*) (Baccarini, 2003), sostiene che l'esperienza soggettiva è quella di un "Io psichico incarnato ed incorporato" (Franck, 1981). Il corpo, dunque, garantendo "l'unità dell'esperienza" del soggetto, cioè il suo *modo-di-essere-nel-mondo* (Agazzi, 2003), diventa il "crocevia tra interiorità ed exteriorità" ed il "mezzo di comunicazione intersoggettiva" (Ales Bello, 2003). Da questo punto di vista, la corporeità è dunque il luogo della storia individuale, perché delimita il singolo e, al contempo, lo mette in contatto con gli altri, per cui l'altro diventa sia il segno del limite del corpo, sia il richiamo alla sua apertura sul piano della comunicazione e della relazione intersoggettiva (Martini, 2000). È dunque chiaro che le MGF, con i loro gravi esiti a livello psico-sessuale e psico-fisico, precludono la completezza e l'autenticità proprio di queste dimensioni.

Nel rapporto Io-Altro, inoltre, si costruisce l'identità personale, in generale, e quella sessuale, in particolare. Infatti, se l'identità di genere definisce "il senso della propria mascolinità o femminilità" (Stoller, 1968), essa chiama necessariamente in causa la connotazione psicosessuale del Sé, cioè di un Sé concepito come corpo intrinsecamente sessuato, il quale consente l'incontro sessuale con l'altro nella sua radicale differenza e nella sua necessaria complementarità. Qui più che mai, dunque, emerge la tematica del "corpo proprio", cioè del *Leib* sessualizzato, che, come ed in quanto tale, informa la storia sessuale di ogni persona, intesa come vera e propria forma di vita (Callieri, 1995). In tal senso, è stato osservato che i rapporti storici tra la fenomenologia genetica di Husserl e la psicopatologia fenomenologica, trasformata in "analisi esistenziale" o "antropoanalisi" (*Daseinsanalyse*) da Binswanger (Besoli, 2007), risultano di estrema attualità, poiché qui "la carne diventa il punto di origine" nel quale si costituiscono la soggettività e l'intersoggettività (Joli, 2008).

Quindi, se "il corpo umano è da ritenere il luogo dell'appropriazione del mondo" (Merleau-Ponty, 1945) e se "il corpo sessuale è una realtà duale" (von Gebattel, 1954), poiché "divenire corpo" equivale a "divenire uomo" (De

Vincentiis, Callieri & Castellani, 1973; Callieri, 2007), allora le MGF, da un lato, si configurano come uno strumento che toglie alla persona una componente fondamentale della sua dimensione antropologica, cioè la possibilità del *Dasein* di *essere-con* e di *essere-per* l'altro "con" e "nel" corpo; mentre, dall'altro, si qualificano come un mezzo con il quale si tenta abnormemente di scrivere (o ri-scrivere?) la vita del soggetto, condizionandone irrimediabilmente la sua storia sessuale, poiché tali pratiche intervengono sia sulla dimensione del *corpo-che-ho*, sia su quella del *corpo-che-sono*. Ne deriva, quindi, che sia l'incontro antropologico, che l'integrazione sessuale siano irrimediabilmente coartati dagli esiti della MGF, sia perché nel primo il *corpo-soggetto* è vincolato al *corpo-oggetto*, sia perché nella seconda il completamento reciproco non è mai sufficientemente realizzato.

Conclusioni

In base alle considerazioni avanzate, si può affermare che il senso delle MGF, come crimine culturalmente motivato e penalmente sanzionato in molteplici contesti socio-normativi, si colloca problematicamente al crocevia tra sistemi culturali, identità sessuale e dimensione dell'aggressività.

Il valore delle considerazioni qui esposte è quello di una riflessione comunque fondata sul piano epistemico, anche se preliminare, posto che sia la chiarificazione della criminogenesi e della criminodinamica di tali condotte, sia la prevenzione delle stesse sul piano socio-culturale implicano necessariamente una futura ricerca criminologica sul campo.

Bibliografia

- Abbatecola, E. (Ed.). (2006). *L'altra donna. Immigrazione e prostituzione in contesti metropolitani*. Milano: Franco Angeli.
- Agazzi, E. (2003). Il corpo e il nostro "essere-nel-mondo". In S. Cavaciuti, A. Dentone (Ed.), *Il corpo e le emozioni* (Vol. II). Bari: Bastogi Editrice Italiana.
- Ales Bello, A. (2003). Il linguaggio del corpo vivente. In S. Cavaciuti, & A. Dentone (Ed.), *Il corpo e le emozioni* (Vol. II). Bari: Bastogi Editrice Italiana.
- Allam, M.C. (2000). Il dramma dell'infibulazione - In Italia il primato europeo di mutilazioni sessuali. *La Repubblica*.
- Allam, M.C. (2009). Mutilazioni genitali femminili - Centinaia di casi anche in Italia. *Corriere della Sera*, 25 settembre, p. 28.
- Avenia, F., Mundanu, S., & Lo Baido, M.R. (2001). Mutilazioni genitali femminili, tra storia ed attualità. *Rivista di Sessuologia*, 4, 353.
- Aversa, L. (2004). "...Se il corpo è sempre sbagliato". Riflessioni metafisiche sulla psiche. In AA.VV. *Il sesso*. Milano: Raffaello Cortina.
- Baccarini, E. (2003). *La persona e i suoi volti*. Roma: Anicia.
- Basile, F. (2006). Il commento (alla legge n. 7/2006). *Diritto penale e processo*, 6, 682.
- Basile, F. (2008). Società multiculturali, immigrazione e reati culturalmente motivati (comprese le Mutilazioni genitali femminili). *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, 4, 1296.
- Berger, P.L., & Luckmann, T. (1973). *La realtà come costruzione sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Berlincioni, V., & Rosani, M. (2006). Modificazioni permanenti a scopo non terapeutico dei genitali femminili. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 1, 45.
- Bernardi, A. (2005). Minoranze culturali e diritto penale. *Diritto penale e processo*, 10, 1193.
- Bernardi, A. (2006). Società multiculturali e "reati culturali". Spunti per una riflessione. In E. Dolcini, C.E. Paliero (Ed.), *Studi in onore di Giorgio Marinucci* (Tomo I). Milano: Giuffrè.
- Besoli, S. (Ed.). (2007). *Ludwig Binswanger. Esperienza della soggettività e trascendenza dell'altro. I margini di un'esplorazione fenomenologico-psichiatrica*. Macerata: Quodlibet.
- Bonaparte, M. (1971). *Psicanalisi e antropologia*. Bologna: Guaraldi.
- Borgna, P. (2005). *Sociologia del corpo*. Roma-Bari: Laterza.
- Bracci, F., Cardamone, G. (Ed.). (2005). *Presenze. Migranti e accesso ai servizi socio-sanitari*. Milano: Franco Angeli.
- Callieri, B. (1995). Psicopatologia antropologica del vissuto corporeo. *Attualità in psicologia*, 2-3, 166.
- Callieri, B. (2007). *Corpo Esistenze Mondi. Per una psicopatologia antropologica*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
- Caritas Ambrosiana (2002). *Comprate e vendute. Una ricerca su tratta e sfruttamento di donne straniere nel mercato della prostituzione*. Milano: Franco Angeli.
- Carnevali, R. (2007). El multiculturalismo: un desafío para el Derecho penal moderno. *Política Criminal*, 3, 1.
- Chiu, D. (1994). The Cultural Defense: Beyond Exclusion, Assimilation and Guilty Liberalism. *California Law Review*, 4, 1053.
- De Maglie, C. (2005). Multiculturalismo e diritto penale. Il caso americano. *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, 1, 173.
- De Maglie, C. (2006). Società multiculturali e diritto penale: la cultural defense. In E. Dolcini, & C.E. Paliero (Ed.), *Studi in onore di Giorgio Marinucci* (Tomo I). Milano: Giuffrè.
- De Maglie, C. (2007). Multiculturalismo e diritto penale. Il caso Americano. In M. Bertolino, & G. Forti (Ed.), *Scritti per Federico Stella* (Vol. I). Napoli: Jovene.
- De Vincentiis, G., Callieri, B., & Castellani, A. (1973). *Psicopatologia e psichiatria forense* (Vol. I). Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Di Marcantonio, G. (Ed.). (2009). Il mediatore culturale specializzato nella prevenzione e nel contrasto delle mutilazioni genitali femminili. *Rete del Progetto DADA-FORM (Comune di Pescara e Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le Pari Opportunità)*, documento attualmente disponibile al seguente indirizzo web: www.mgfabruzzo.it/dada/uploads/File/Mediatore.pdf.
- Di Pietro, F. (2006). Le norme sul divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile. *Diritto&Diritti*, 14 febbraio, documento attualmente disponibile al seguente indirizzo web: www.diritto.it/archivio/1/22492.pdf.
- Di Stefano, R. (2004). Mutilazioni dei genitali femminili tra difesa dei diritti umani e rispetto delle differenze culturali. *Gli stranieri*, 3, 303.
- Dotti, M., Luci, S. (2008). *Donne in cammino. Salute e percorsi di cura di donne immigrate*. Milano: Franco Angeli.
- Facchi, A. (2004). Politiche del diritto, mutilazioni genitali femminili e teorie femministe: alcune osservazioni. *Diritto, immigrazione e cittadinanza*, 4, 13.
- Featherstone, M., Hepworth, M., & Turner, B.S. (1991). *The Body. Social Process and Cultural Theory*. London: Sage Publications.
- Fiandaca, G. & Musco, E. (2007). *Diritto Penale, "Parte Speciale"*, Vol. 11. Bologna: Zanichelli.
- Foblets, M.-C. (1998). Cultural Delicts: the Repercussion of Cultural Conflicts on Delinquent Behaviour. Reflections on the Contribution of Legal Anthropology to a Contemporary Debate. *European Journal of Crime, Criminal Law and Criminal Justice*, 3, 187.
- Franck, D. (1981). *Chair et corps. Sur la phénoménologie de Husserl*. Paris: Les éditions de minuit.
- Freud, S. (1922). L'Io e l'Es. In O.S.F n.9. Torino: Bollati Boringhieri.
- Galimberti, U. (2003). *Il corpo*. Milano: Feltrinelli.
- Gebsattel, von V.E. (1954). *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*. Berlin: Springer.

Cristiano Barbieri - Alessandra Luzzago

- Govindama, Y. (2000). *Le corps dans le rituel*. Paris: EME Editions Sociales Françaises.
- Govindama, Y. (2003). Le corps à l'épreuve de l'altérité dans la clinique interculturelle. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51, 191.
- Grande, E. (1993). Justification and Excuse (le cause di non punibilità nel diritto angloamericano). *Digesto delle Discipline Penaliistiche* (Vol.VII). Torino: Utet.
- Gualco, B., Rensi, R., & Barbieri, C. (2009). Le mutilazioni genitali femminili: alcune riflessioni sulla tutela delle vittime. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 413.
- Henrion, R. (2003). Mutilations génitales féminines, mariages forces et grossesses précoces. *Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine*, 6, 1051.
- Joli, A. (2008). La question du corps, Husserl et Binswanger. *L'évolution psychiatrique*, 73, 255.
- Jung, C.G. (1971). Psicologia della dementia praecox. In C.G. Jung. *Opere* (Vol. 3). Torino: Bollati Boringhieri.
- La Ginestra. Quaderni Di Cultura Psicanalitica (1996). *Il corpo e la forma. Un'estetica per la psicoanalisi*. Milano: Franco Angeli.
- La Monaca, G., Ausania, & F., Scassellati, G. (2004). Le mutilazioni genitali femminili. Aspetti socio-antropologici, giuridici e medico-legali e contributo casistico. *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 3-4, 641.
- 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*, 4, 229.
- 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*, 3, 183.
- Magnarella, P.J. (1991). Justice in a Culturally Pluralistic Society: the Cultural Defense on Trial. *The Journal of Ethnic Studies*, 3, 65.
- Mangini, E. (2001). *Lezioni sul Pensiero Freudiano e sue Iniziali Diramazioni*. Milano: LED - Edizioni Universitarie di Lettere Economia e Diritto.
- Mangini, E. (2003). *Lezioni sul Pensiero Post-freudiano, Maestri, Idee, Suggestioni e Fermenti della Psicoanalisi del Novecento*. Milano: LED - Edizioni Universitarie di Lettere Economia e Diritto.
- Martini, C.M. (2000). *Sul corpo*. Milano: Centro Ambrosiano.
- Mauss, M. (1950). *Sociologie et anthropologie*. Paris: PUF.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.
- Monticelli, L. (2003). Le "cultural defenses" (esimenti culturali) e i "reati culturalmente orientati". Possibili divergenze tra pluralismo culturale e sistema penale". *Indice penale*, 2, 535.
- Morrone, A., Hercogova, J., & Lotti, T. (2002). Stop female genital mutilation: appeal to the international dermatologic community. *International Journal of Dermatology*, 41, 253.
- Morrone, A., & Mariani, L. (2004). *Mutilazioni Genitali Femminili*. In Società Italiana Interdisciplinare Di Vulvologia: Atti del 4° Congresso Nazionale e Corso Pre-congressuale. Roma, 14-15 Ottobre.
- Morrone, A., Novara, A., & Franco, G. (2005). Mutilazioni genitali femminili. Aspetti clinici e giuridici. *International journal of health, culture and migration*, 1, 17.
- Natalini, A. (2006). Mai più ferite tribali al corpo delle donne. *Diritto e Giustizia*, 5, 99.
- Paganelli, M., & Ventura, F. (2004). Una nuova fattispecie delittuosa: le mutilazioni genitali femminili. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3-4, 453.
- Pasquinelli, C. (2000). *Antropologia delle mutilazioni genitali*. Roma: Aidos.
- Pitch, T. (2001). Il trattamento giuridico delle mutilazioni genitali femminili. *Questione Giustizia*, 3, 502.
- Rentlen, A.D. (2005). The Use and Abuse of the Cultural Defense. *Canadian Journal of Law and Society*, 1, 47.
- Rizzi, R., & Iossa Fasano, A. (Ed.). (2002). *Ospitare e curare. Dialogo interculturale ed esperienze cliniche con gli immigrati*. Milano: Franco Angeli.
- Sellin, T. (1938). *Culture Conflict and Crime*. New York: Social Science Research Council.
- Stella, S. (2001). Introduzione. In D. Cavagna, & M. Fornaro. *Il corpo negli sviluppi della psicanalisi*. Torino: Centro Scientifico.
- Stoller, R. (1968). Male Childhood Transsexualism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 2, 193.
- Unicef (2005). *Female genital mutilation/cutting: a statistical exploration*. New York: United Nations Children's Fund.
- United Nations Statistics Division (2000). *The world's women 2000. Trends and statistics*. New York. Versione italiana a cura della Commissione nazionale per la parità e le pari opportunità, documento attualmente disponibile al seguente indirizzo web: <http://www.dirittiumani.donne.aidos.it/>
- Van Broeck, J. (2001). The Cultural Defense, and Culturally Motivated Crimes (Cultural Offences). *European Journal of Crime, Criminal Law and Criminal Justice*, 1, 1.
- Van Gennep, A. (1996). *I riti di passaggio*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Vanzan, A., Miazzi, L. (2006). Modificazioni genitali: tradizioni culturali, strategie di contrasto e nuove norme penali. *Diritto, immigrazione e cittadinanza*, 1, 13.
- W.H.O. (2000). *A systematic review of the health complications of female genital mutilation including sequelae in childbirth*. Geneva: World Health Organization.
- W.H.O. (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature*. Geneva: World Health Organization.