

## **“Worldwide Ban on Female Genital Mutilation”**

*Note a margine della Conferenza internazionale di Roma*

*di Elisabetta Pierazzi*

1. Il 6 febbraio si è celebrata in tutto il mondo la **Giornata contro le Mutilazioni Genitali Femminili**.

In occasione di questo appuntamento numerose iniziative a sostegno della lotta contro le MGF si sono tenute anche in Italia; tra le più significative la **Conferenza internazionale “Worldwide Ban on Female Genital Mutilation”**, svoltasi dal 30 gennaio al 1° febbraio 2017 a Roma, organizzata dalla ONG “Non c’è pace senza giustizia” in collaborazione con il Ministero degli Affari Esteri e con l’Agenzia italiana per la Cooperazione allo Sviluppo.

La conferenza si è sviluppata in sei sessioni parallele, alle quali hanno preso parte delegazioni dei governi e delle associazioni non governative di numerosi Paesi dell’area africana e asiatica nei quali si praticano le MGF. L’obiettivo era fare il punto sugli interventi di contrasto ad una pratica che, fino a poco tempo fa sconosciuta all’opinione pubblica occidentale, riguarda un numero elevatissimo di donne nel mondo e una parte sensibile di donne immigrate, e nel contempo promuovere azioni positive, innanzitutto culturali, per eradicare quella che è stata definita una delle più gravi violazioni dei diritti umani delle donne.

Anche l’Italia ha partecipato ai lavori ed alla stesura del documento finale, approvato all’esito della sessione conclusiva che si è tenuta presso il Senato, con il quale i Paesi intervenuti hanno lanciato la sfida, ambiziosa ma non irraggiungibile, della eradicazione globale delle MGF entro il 2030.

2. Secondo le stime dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, nel mondo sarebbero circa 150 milioni le donne che hanno subito e subiscono

MGF, in almeno 30 Paesi; altri dati parlano addirittura di 200 milioni. Ogni anno rischiano di esservi sottoposte circa 2 milioni di bambine.

In Europa, il numero di donne e ragazze che convivono con le conseguenze derivanti dalle MGF è ancora sconosciuto, sebbene il Parlamento europeo stimi che la cifra si aggiri intorno alle 500.000 unità, con altre 180.000 donne e ragazze a rischio di essere sottoposte alla pratica ogni anno. Altri dati, raccolti dall'Università di Milano-Bicocca nell'ambito del progetto *Daphne* MGF - Prev, parlano di 550.000 donne al 2011 tra le immigrate di prima generazione nei Paesi dell'area EU 28, più Svizzera e Norvegia.

Secondo uno studio presentato dal Governo tedesco proprio lo scorso 6 febbraio, nella sola Germania sono quasi 50 mila le donne vittime di mutilazioni genitali e tra le 1.500 e le 5.700 bambine sarebbero a rischio di subire lo stesso trattamento. Dalla fine del 2014 il numero delle donne e delle bambine colpite è aumentato di circa il 30 per cento, dato che è da correlare con l'aumento dell'immigrazione dai Paesi dove la pratica è più diffusa.

E in Italia?

Anche in Italia le stime mostrano un andamento in crescita: se nel 2009 si riteneva che fossero circa 39.000 le donne appartenenti alle comunità migranti presenti sul territorio nazionale che avevano subito una qualche forma di mutilazione genitale (indagine Istituto Piepoli per il Dipartimento pari Opportunità), l'indagine dell'Università Milano-Bicocca indica che il dato si attesta oggi tra le 46 mila e le 57 mila donne straniere maggiorenni, alle quali si aggiungono le neocittadine italiane maggiorenni originarie di Paesi dove la pratica esiste (quantificate tra le 11 mila e le 14 mila unità) e le richiedenti asilo.

I dati, raccolti con interviste frontali, mostrano che in Italia oltre il 60% delle donne con mutilazioni genitali proviene da Nigeria ed Egitto; all'interno delle singole comunità sono più colpite le donne provenienti dalla Somalia (83,5%), dalla Nigeria (79,4%) e dal Burkina Faso (71,6%). Un quarto posto è occupato dalla comunità egiziana (60,6%), seguita con incidenze minori, ma comunque significative, da quelle eritrea (52,1%), senegalese (31%) e ivoriana (11%).

Nell'Unione Europea le MGF sono vietate, a volte con specifiche leggi, ma il rischio di subire la pratica esiste anche tra le donne e le minori che vivono sul nostro territorio, soprattutto, ma non solo, in occasione dei periodici rientri nei paesi di origine per far visita ai parenti.

Le MGF, infatti, vengono praticate anche in Europa, ed esiste un

vero e proprio tariffario, che in Italia si aggira intorno ai 300,00 € per intervento (dati forniti dalla Associazione Nosotras di Firenze).

3. Ma cosa sono le MGF?

Rientrano in questa definizione tutti gli interventi che comportano la totale o parziale rimozione degli organi genitali esterni femminili, tra le quali l'escissione parziale o totale del clitoride, quella delle piccole e grandi labbra, l'infibulazione ed ogni altra lesione non giustificata da esigenze terapeutiche.

Si tratta di una pratica tradizionale, che ha origini antichissime, e che viene praticata su bambine e ragazze di età diversa a seconda delle etnie e del tipo di mutilazione. Si stima che attualmente in molti Paesi si pratici sulle neonate, ed in generale l'età media si sta abbassando, anche in conseguenza della maggiore difficoltà di sottoporvi ragazze di età maggiore. Le MGF vengono certamente praticate, con diverse percentuali di incidenza, in 28 Paesi africani e nello Yemen. In altre realtà, come il Kurdistan iracheno, l'Indonesia, l'Arabia Saudita, la Malesia, si ha certezza che le mutilazioni genitali siano praticate, ma mancano indagini statistiche attendibili.

Le MGF sono traumatiche e dannose sia sul piano fisico che psicologico. Rendono problematici i rapporti sessuali ed il parto, favoriscono patologie come la fistola, privano la donna della possibilità di provare piacere sessuale.

Sono spesso causa di infezioni secondarie ed in generale aggravano il rischio di sviluppare malattie dell'apparato genitale e riproduttivo anche rendendo più difficile la visita medica.

4. Perché vengono praticate le MGF?

Molte e molto varie sono le ragioni per le quali le bambine e le ragazze vengono sottoposte a MGF:

- Ragioni sessuali: eliminare o ridurre il desiderio sessuale femminile;
- Ragioni sociologiche: es. iniziazione delle adolescenti all'età adulta, integrazione sociale delle giovani, mantenimento della coesione nella comunità;
- Ragioni igieniche ed estetiche: in alcune culture, i genitali femminili sono considerati portatori di infezioni e osceni;
- Ragioni sanitarie: si pensa a volte che la mutilazione favorisca la fertilità della donna e la sopravvivenza del bambino;
- Ragioni religiose: benché in nessuna parte del Corano sia prescritta tale pratica, molti credono che risponda a precetti religiosi islamici; è vero

però che essa è tollerata e che in alcuni paesi dove vige la legge islamica (es. Malesia) i religiosi hanno emesso una Fatwa che prescrive l'intervento di MGF per tutte le donne. In altri Paesi tuttavia è stata pronunciata una Fatwa in senso contrario (es. Mauritania);

- Ragioni economiche: l'aspetto economico è quello di cui si parla meno. Raramente viene ammesso che chi fa interventi di clitoridectomia o di infibulazione su bambine o di re-infibulazioni dopo il parto percepisce ogni volta un compenso economico.

Le maggiori resistenze all'abbandono di tali pratiche violente sono legate al fatto che:

- la sottoposizione a MGF aumenta il valore anche economico delle donne: le MGF sono - per molte donne africane - il prezzo da pagare per un buon matrimonio, che assicuri loro la maternità, un tetto, un reddito, libertà di movimento, riconoscimento sociale; inoltre, nelle comunità nelle quali la MGF ha un alto valore sociale, le bambine e le donne che non sono mutilate possono essere ostracizzate dalla collettività;
- le donne che praticano le MGF sono contrarie all'abbandono della pratica in quanto rappresenta una ottima fonte di guadagno e conferisce loro un elevato status sociale;
- gli uomini si oppongono fortemente all'abbandono della pratica in quanto rafforza la loro autorità e il loro potere decisionale sulle donne.

##### 5. Come si praticano le MGF?

Esistono diversi tipi di MGF. L'Organizzazione mondiale della sanità ne ha identificati quattro: la c.d. circoncisione femminile, ovvero l'asportazione della punta del clitoride (spesso detta semplicemente "taglio"); l'escissione del clitoride, accompagnata o meno anche dalla asportazione di una parte delle piccole labbra; l'infibulazione, che comporta anche la cucitura della vulva. Nel quarto gruppo rientrano gli interventi mutilativi di vario tipo sui genitali femminili.

Oggi tuttavia si tende ad abbandonare questa classificazione, secondo il principio che ogni tipo di mutilazione genitale è ingiustificato ed inaccettabile.

La maggior parte delle MGF viene praticata da donne prive di specifiche conoscenze mediche e senza alcuna precauzione igienica; a seconda delle possibilità economiche della famiglia vengono utilizzati strumenti più o meno sterili e idonei ad un intervento; in alcuni Paesi ed in alcuni contesti economici meno disagiati, la MGF viene praticata in

cliniche e da personale sanitario.

Nei Paesi africani dove queste mutilazioni sono più diffuse l'intervento può essere effettuato con qualsiasi strumento tagliente, come vetri rotti, coperchi di barattoli, forbici, coltelli, rasoi e lamette da barba; lo stesso strumento può essere utilizzato per mutilare una gran quantità di bambine.

Quando viene praticata l'infibulazione, la più estrema delle MGF, i lati della vagina vengono uniti con spine, chiodi o punti di sutura, e le gambe possono dover rimanere legate anche per una quarantina di giorni. Il processo viene solitamente praticato da anziane, ostetriche o dagli stessi familiari (donne) della bambina.

Durante il processo di guarigione viene inserita nella vagina una scheggia di legno per poter permettere il passaggio dell'urina e del sangue mestruale. A seconda dei diversi costumi, la ferita viene cucita con un filo di seta o con delle spine d'acacia. Per aiutare la guarigione vengono arse sotto la ragazza delle erbe aromatiche tradizionali o della linfa essiccata, che sono spesso causa di infezioni violente.

In seguito all'operazione, le gambe vengono legate e la ragazza viene immobilizzata per diverse settimane finché la ferita non guarisce.

#### 6. Quali le conseguenze ?

È difficile quantificare l'esatta incidenza della mortalità conseguente alle MGF, in quanto soltanto il 15-20% delle complicanze giunge all'attenzione del personale medico: la maggioranza degli operatori infatti se ne occupa personalmente, talvolta con conseguenze disastrose.

Oltre al dolore e all'umiliazione che sempre comporta, la pratica è anche molto pericolosa, con rischi di emorragie (talvolta fatali), infezioni e shock. Problematiche gravi possono giungere anche durante i rapporti sessuali, dovute alla lacerazione dei tessuti suturati, e durante il parto, mettendo in pericolo di vita sia la madre sia il nascituro.

E' certo comunque che le complicanze a breve termine includono dolore, emorragie, shock, tetano, ritenzione urinaria, infezioni, e quelle a lungo termine difficoltà ad urinare, infezioni e infertilità, ascessi, cisti, neuroma clitorideo, difficoltà mestruali, fistole, difficoltà nelle cure ginecologiche e problemi durante la gravidanza e il parto. Sono un effetto voluto della MGF, e non potrebbero a rigore essere neppure definite complicanze, le conseguenti frigidità, anorgasmia e difficoltà coitale.

Sono poche le ricerche sulle conseguenze psicologiche, sessuali e sociali della MGF. Tuttavia, i racconti delle donne sottoposte ad una mutilazione genitale riferiscono di ansia prima dell'evento, terrore

nell'essere sequestrate e trattenute con forza durante l'operazione, enormi difficoltà durante il parto e perdita di piacere durante il rapporto sessuale.

Infine, non può essere sottovalutato che le donne immigrate che sono state sottoposte a mutilazione genitale nella comunità di origine possono trovarsi ad affrontare gravi problemi riguardanti la loro identità sessuale quando si confrontano con le bambine e le donne occidentali non mutilate e con la forte opposizione alla MGF nel paese ospitante.

7. Le MGF costituiscono violazioni dei diritti umani.

Nel dicembre 2012 l'Assemblea generale dell'ONU ha adottato la Risoluzione 67/146 per la messa al bando universale delle mutilazioni genitali femminili.

Tale Risoluzione, giunta dopo varie prese di posizione della comunità internazionale, esorta gli Stati a sanzionare penalmente le mutilazioni genitali femminili, definite “un abuso irreparabile e irreversibile”, siano esse praticate all'interno di strutture sanitarie o altrove. Gli Stati che hanno approvato la Risoluzione hanno accettato di “prendere tutte le misure necessarie per proibirle e proteggere donne e bambine da questo tipo di violenza”. I Paesi che ancora non l'hanno fatto sono stati chiamati ad adottare una legislazione specifica e a farla rispettare. Le misure punitive dovranno essere accompagnate da misure educative per sradicare questa pratica. Deve essere prevista, inoltre, assistenza sanitaria e psicologica per le donne che hanno subito le mutilazioni.

Il 18 dicembre 2014 è stata adottata la Risoluzione 69/481, che ha riaffermato la richiesta di mettere universalmente al bando le MGF; la Risoluzione è stata cosponsorizzata dal Gruppo degli Stati Africani e da altri 71 Stati membri, e adottata da tutti i membri dell'ONU.

Ad oggi, in Africa sono 18 su 28 i Paesi che hanno adottato una legge nazionale che sanziona la pratica.

Si tratta di un risultato estremamente importante, perché fornisce un supporto giuridico alle campagne anti-mutilazioni, aiutando così ad uscire dalla clandestinità le donne che vi si oppongono, e nel contempo costituisce il presupposto per il cambiamento sociale che, solo, potrà portare all'eradicazione delle MGF.

I Paesi più impegnati, infatti, stanno mettendo in campo strumenti di supporto alle vittime, di comunicazione e di formazione degli operatori sociali, oltre alla legge e alle sanzioni. Gli Stati africani che non hanno ancora adottato una legge sono: Mali, Sierra Leone, Sudan, Gambia,

Liberia, Costa D'Avorio, Guinea Bissau, Repubblica Centrafricana, Camerun e Uganda. In Gambia, tuttavia, Paese dove circa il 76% della popolazione femminile subisce MGF (dati Unicef 2013), è in via di approvazione un disegno di legge governativo per il divieto delle pratiche.

Anche l'Unione Europea si è espressa contro le MGF: dopo le prime prese di posizione del Parlamento UE negli anni 2000, 2001 (con il suggerimento della concessione della protezione internazionale per le donne a rischio di subire MGF) e 2006, nel 2009 la Risoluzione 2008/2071 è specificamente dedicata alla condanna di tali pratiche, riconosciute come violazione dei diritti fondamentali dell'essere umano e “feroce attentato all'integrità psicofisica di donne e bambine”.

Il 14 giugno 2012 il Parlamento Europeo ha approvato una Risoluzione congiunta con cui chiede agli Stati membri di rispettare gli obblighi internazionali per porre fine alle MGF attraverso misure di prevenzione, di protezione e di natura legislativa.

8. Se si guarda ai Paesi europei mèta di immigrazione, si rileva che le scelte legislative sono divise tra l'opzione definita assimilazionista, rappresentata tipicamente dalla Francia, e quella c.d. multiculturalista.

Semplificando un discorso che è evidentemente assai più complesso, l'approccio assimilazionista ritiene che i diritti multiculturali recedano di fronte ai diritti inviolabili, tra i quali rientrano il diritto all'integrità fisica ed alla pari dignità degli esseri umani, senza distinzioni di sesso. Nella sua versione egualitaria tale opzione si attua prevedendo l'uguaglianza formale di tutti gli individui, così che l'immigrato che realizza una condotta che la legge statale considera reato viene punito anche se la cultura dalla quale proviene la considera lecita o addirittura desiderabile. Nella sua versione discriminatoria tale approccio giunge a punire più gravemente le condotte di reato realizzate sulla base di motivazioni culturali non condivise dalla cultura di nuovo inserimento.

L'approccio multiculturalista, invece, nella sua declinazione forte valorizza le differenti culture di provenienza e di riferimento degli autori del fatto introducendo norme diverse e speciali, o, nella sua versione debole, valorizza le differenze culturali all'interno delle categorie giuridiche generali, ad esempio con il ricorso ad attenuanti generiche o con una diversa valutazione del dolo.

Il primo Paese europeo ad adottare nel 1982 una normativa in materia di MGF è stata la Svezia, l'ultimo Malta, nel 2014. Complessivamente sono 13 gli Stati UE, oltre alla Svizzera e Norvegia,

che hanno varato leggi ad hoc, a volte sanzionando le MGF, anche se commesse all'estero. Così ad esempio la Germania, che lo scorso dicembre ha introdotto una misura che prevede la revoca del passaporto per chi si reca dalla Germania in altri paesi con donne o bambine allo scopo di farle mutilare. Altri Paesi, come la Francia, perseguono le MGF come lesioni ordinarie.

L'Italia considera le mutilazioni dei genitali femminili una grave e inaccettabile violazione della dignità della donna e del diritto alla salute e all'integrità fisica, tutelati dagli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione. Prima dell'emanazione della legge n. 7 del 2006, il nostro Paese puniva tali pratiche come lesioni personali gravi o gravissime sulla base degli articoli 582 e 583 del codice penale: era comunque prevista l'adozione, nel caso di pratiche compiute su minori, di provvedimenti di decadenza o sospensione della potestà genitoriale.

All'esito del dibattito sulla opportunità di creare una norma speciale o lasciare alla giurisprudenza il compito di delineare i margini di punibilità di tali condotte, in risposta alle sollecitazioni che giungevano dagli organismi internazionali e sulla falsariga delle scelte di altri Paesi europei, l'Italia ha emanato la legge n. 7/2006, con lo scopo *"di prevenire, contrastare e reprimere le pratiche di MGF quali violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona ed alla salute delle donne e delle bambine"*.

La legge tiene conto delle raccomandazioni del Comitato Nazionale di Bioetica del 1998, che riconosce come doveroso il rispetto verso culture diverse ma esclude la liceità di pratiche volte a mutilare irreversibilmente le persone ed a alterarne violentemente l'integrità psicofisica; ha dato seguito alle conclusioni dei lavori della Commissione interministeriale istituita nel 1999 per la definizione di un progetto Nazionale contro le MGF e va oltre il disegno di legge Consolo del 2003, che si limitava a prevedere un'aggravante per tali tipologie di lesioni.

L'impianto della legge del 2006 si basa, infatti, su tre pilastri, tra loro collegati e di pari importanza: l'adozione di programmi di informazione e prevenzione diretti agli stranieri immigrati, al momento dell'ingresso sul territorio nazionale e durante il soggiorno; la formazione specifica degli operatori sanitari, culturali e scolastici che intercettano sul territorio gli appartenenti alle comunità migranti; la repressione penale delle MGF, con l'introduzione all'interno del codice degli articoli 583 bis e 583 ter.



Oltre a classificare come reato le pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili, punite con una pena che va dai quattro ai dodici anni nel caso di “mutilazioni” e da tre a sette anni nel caso di “altre lesioni” commesse al fine di menomare le funzioni sessuali, l’art. 583 bis prevede un’aggravante se il reato viene commesso a danno di una minore o a fini di lucro, la punibilità della persona giuridica o dell’ente nella cui struttura veniva commesso il delitto e la incriminazione anche se il fatto è commesso all’estero da cittadino italiano o da uno straniero residente in Italia, ovvero in danno di cittadino italiano o di straniero residente in Italia. Sanzioni, dunque, particolarmente severe, superiori a quelle previste per le lesioni aggravate. E’ prevista tuttavia anche un’attenuante speciale nel caso in cui le lesioni siano di lieve entità.

Per l’esercente una professione sanitaria che commette tali reati l’art. 583 ter prevede la pena accessoria dell’interdizione dalla professione da tre a dieci anni e la comunicazione all’Ordine di appartenenza. Sono introdotte sanzioni (che vanno dalle sanzioni pecuniarie alla interdizione dall’esercizio dell’attività) anche per gli enti e le persone giuridiche (l’esempio tipico è quello delle strutture sanitarie private o accreditate) che praticano tali operazioni illegali. A tal fine la responsabilità penale-amministrativa degli enti di cui al D. lgs. 231/2001 viene estesa anche alle ipotesi di reato di cui all’art. 583 bis c.p. .

Nel settembre 2012, in occasione della ratifica della Convenzione del Consiglio d’Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l’abuso sessuale (c.d. Convenzione di Lanzarote), è stata prevista la pena accessoria della perdita della potestà genitoriale e l’interdizione perpetua da qualsiasi ufficio attinente alla tutela, alla curatela e all’amministrazione di sostegno.

Un impianto articolato e complesso, come si vede. Solo nel dicembre 2012, tuttavia, il Governo ha siglato l’intesa con le Regioni e le Province Autonome per l’individuazione dei criteri di ripartizione delle risorse, le finalità, le modalità attuative ed il monitoraggio del sistema di interventi da sviluppare sul territorio nazionale per prevenire e contrastare il fenomeno.

A partire da quella data le Regioni hanno potuto predisporre i primi piani di assistenza socio-sanitari e le iniziative sul territorio per l’attuazione concreta dei progetti destinati agli immigrati, agli operatori ed ai cittadini, per mantenere la continuità dei quali occorrono tuttavia oggi nuovi fondi, non ancora individuati.

9. La legge del 2006 non riconosce espressamente alle potenziali vittime di MGF il diritto alla protezione internazionale. A questo si è giunti, invece, per via giurisprudenziale, con un percorso piuttosto accidentato che ha visto susseguirsi pronunce talvolta contraddittorie.

Le prime pronunce del 2009 (Trieste) e del 2010 (Torino) hanno infatti negato tale diritto.

Solo a partire dal 2012 le Corti di merito (la prima è stata quella di Catania) hanno iniziato ad accogliere le domande di protezione internazionale presentate da donne e ragazze che rischiavano, nel Paese di origine, di subire per la prima volta, o nuovamente, mutilazioni genitali.

In assenza di una disposizione specifica hanno fatto riferimento, tra gli altri, ai principi contenuti nella Risoluzione 2035/01 del Parlamento UE ; alle previsioni del d.lvo 251/07 che, in attuazione della direttiva UE 2004/83/CE, ha indicato le “qualifiche” in base alle quali viene riconosciuto ai soggetti bisognosi di protezione internazionale lo status di rifugiati; alla nota del 2009 dell'Alto Commissario delle NU per i rifugiati, che ha definito “persecuzioni” le MGF, ed al divieto di espulsione o respingimento per le categorie vulnerabili previsto dall'art. 19 del nostro TU sull'immigrazione.

L'opera dell'interprete appare dunque anche in questo caso fondamentale.

Nel caso di minori sottoposte a rischio di MGF l'ordinamento interno prevede poi l'intervento del tribunale dei minori con la segnalazione ai servizi sociali, l'allontanamento dalla famiglia, l'affidamento e la dichiarazione dello stato di adottabilità a seguito della decadenza dalla potestà genitoriale.

10. Le norme penali sono efficaci?

Tornando al penale, e quale che sia la scelta legislativa adottata, il numero di casi che arriva in Tribunale resta assai esiguo.

In Europa, tra le sessanta condanne circa in totale, 50 sono state pronunciate nella sola Francia, unico Paese ad applicare dal 1979 un regime di tolleranza zero. Il caso più clamoroso fu il cd “*affaire Gréou*” che ha visto la maliana Mama Hawa Gréou, la *exciseuse* più richiesta di Parigi, condannata a 8 anni nel 1999 per aver escisso ben 48 bambine. E' stata proprio lei che in seguito, pentitasi, ha scritto un libro-verità con l'avvocata delle persone offese, attirando lo sguardo della società francese sull'esistenza e l'ampiezza del fenomeno, anche all'interno dei propri confini. Altrove, tenuto conto del silenzio che avvolge la pratica

escissoria, la Commissione Europea ha denunciato che troppo pochi sono gli assistenti sociali e i medici con le giuste competenze per individuare le vittime e supportarle.

In Gran Bretagna, dove la legge contro le MGF esiste dal 1985, l'unico processo si è concluso con una assoluzione: un medico era accusato di avere ricucito, dopo il parto, una donna somala già vittima di infibulazione.

La Spagna registra 10 processi e due condanne per MGF: in entrambi i casi, le bambine erano state mutilate in territorio spagnolo.

In Italia si contano ad oggi soltanto 3 procedimenti penali. Due di questi sono stati celebrati prima dell'entrata in vigore della legge del 2006, e si sono conclusi rispettivamente con un patteggiamento (Milano 1995) e con una archiviazione per "motivi culturali" (Torino, 1997).

Il primo processo nel quale è stata applicata la nuova normativa contro le MGF è stato celebrato a Verona nel 2010. Il caso riguardava la sottoposizione di una neonata ad una incisione ritenuta lieve (ed il tentativo di praticarla su una seconda neonata), per la quale in primo grado furono condannati, con pene sospese, i genitori e la "tagliatrice" nigeriana. Nel processo di appello, instaurato su ricorso dei soli genitori, la condanna è stata tuttavia cancellata, con una pronuncia di assoluzione per difetto del dolo specifico della menomazione delle funzioni sessuali richiesto dalla fattispecie speciale.

Senza entrare, in questa sede, nel merito del caso specifico, la lettura della sentenza mostra in controluce le difficoltà che il giudice incontra nel maneggiare la complessità delle motivazioni culturali sottese alla pratica delle MGF, con il rischio di lasciare prive di tutela condotte che obiettivamente non appaiono tollerabili in un ordinamento che, come il nostro, riconosce l'inviolabilità dei diritti fondamentali della persona.

I dati sopra riportati contrastano in modo stridente con quelli sul numero di ragazze e bambine sottoposte anche in Europa a MGF.

E' evidente, dunque, che la legge ha fallito nell'intercettare il fenomeno. Occorre a questo punto interrogarsi sulle ragioni della mancata emersione dei casi di MGF nei Paesi occidentali e, soprattutto, in Italia.

Il primo punto fermo è che, quale che sia l'opzione di politica legislativa prescelta, l'approccio meramente punitivo non ha alcuna possibilità di successo: nel contrasto tra le norme etiche e comportamentali del gruppo di nuovo inserimento e quelle del gruppo di origine, la minaccia della sanzione è destinata a soccombere di fronte ad un precetto culturale fortemente radicato nelle comunità di provenienza

delle bambine immigrate.

11. La legge del 2006, dunque (ed in generale tutti gli interventi per l'eradicazione delle MGF), non può essere efficace se non vengono costruiti e parallelamente implementati tutti e tre i pilastri sui quali essa si fonda.

La conoscenza dell'inviolabilità dei diritti propri ed altrui e quella delle tutele fornite dallo Stato di accoglienza sono i primi, e forse più importanti, strumenti per prevenirne la violazione. Gli interventi diretti a questo fine devono dunque andare di pari passo con i programmi di contrasto alle MGF nei Paesi di origine, con le campagne informative sul divieto legale delle mutilazioni in Italia e con le azioni più specificamente mirate a sostenere le donne già sottoposte a MGF nelle fasi della gravidanza e del parto e nei momenti successivi, quando spesso le puerpere vengono reinfibulate.

È parimenti indispensabile la conoscenza, la fiducia e la collaborazione delle comunità di immigrazione già inserite in Italia, perché l'intervento informativo e formativo non venga vissuto come una generalizzata criminalizzazione dell'intera cultura straniera.

A questo non deve tuttavia corrispondere alcun arretramento nella tutela, anche penale, del divieto di MGF, tutela che deve però essere effettiva e non meramente simbolica, come rischia di essere quella che viene solo affermata in un precetto penale di peculiare durezza che, forse in parte anche per questo, non riesce a trovare pratica attuazione.

Devono allora essere effettivamente attivati e sostenuti, anche economicamente, i presidi territoriali, con la previsione di un sistema di monitoraggio, soprattutto pediatrico, nell'ambito del SSN e delle scuole: del resto non può essere un caso che proprio la Francia, Paese che prevede controlli e visite mediche ravvicinate che, per le bambine, includono il controllo dei genitali esterni, abbia il numero di gran lunga più alto di processi per MGF.

Può anche essere utile ricordare che nel 2011, durante il percorso parlamentare di ratifica della Convenzione di Lanzarote, l'UNICEF ed altre associazioni di tutela dei diritti delle donne hanno manifestato pubblicamente la loro preoccupazione per le norme che prevedevano anche per i casi di MGF pene accessorie obbligatorie ex lege, quali la perdita della potestà genitoriale, che rischiavano di rivelarsi ulteriormente dannose per le bambine, chiedendo che la loro applicazione non fosse automatica ma da valutare caso per caso, con l'ausilio di figure specializzate.

Va sottolineato che l'automaticità della sanzione, comportando l'allontanamento obbligatorio delle minori dall'intero nucleo familiare di appartenenza, in ogni caso ed indipendentemente dalla tipologia dell'intervento subito, dall'analisi dei rapporti familiari, dalla possibilità di un recupero della famiglia e soprattutto dalla valutazione del miglior interesse concreto della vittima da tutelare, può avere influito sulla sostanziale mancanza di segnalazioni di MGF da parte dei pediatri, sui quali, pure, grava l'obbligo di referto.

A più di dieci anni di distanza dalla legge n. 7/2006 sono dunque maturi i tempi per rimettervi mano, con sguardo attento ai principi così come al modo più efficace per attuarli, tenendo conto della esperienza italiana e dei Paesi vicini.

Un'ultima notazione: tutte le organizzazioni che nel mondo si occupano delle MGF concordano nel ritenere che gli interventi che danno maggiori risultati sono quelli che non si limitano a combattere in modo parcellizzato la pratica delle mutilazioni, ma si inseriscono in una complessiva opera di sensibilizzazione e contrasto dei matrimoni precoci, delle violenze di genere, delle discriminazioni contro le donne, in qualsiasi Paese del mondo queste avvengano. Anche su questo, dunque, l'Italia può e deve fare ancora molto.