

CIRCONCISIONE

RITUALE MASCHILE IN ITALIA: A CHE PUNTO SIAMO?

Rosalia Maria Da Riol
Segretario Gruppo di Studio GLNBI-SIP
Centro Coordinamento
Regionale Malattie Rare FVG,
Azienda A-O SSM, Udine

La circoncisione rituale maschile (CRM), pratica poco conosciuta nella cultura italiana, ha assunto particolare rilievo nel nostro Paese negli ultimi decenni, in seguito all'aumento di famiglie straniere che la eseguono usualmente per motivi religiosi e/o culturali.

La circoncisione maschile (CM) consiste nell'asportazione totale o parziale dell'anello prepuziale maschile finalizzata a determinare una scoperta permanente del glande. La parola "circoncisione" deriva dal latino *circum* (attorno) e *caedere* (tagliare).

Gli antropologi, a tutt'oggi, non concordano sulle origini della CRM; è presumibile che abbia avuto inizio, agli albori della storia, contemporaneamente in più culture (Antico Egitto, popoli camitici e neri dell'Africa, musulmani del Sud-Est Asiatico, aborigeni dell'Australia) e che sia stata praticata prevalentemente:

- per ragioni igieniche, specialmente considerando lo stato delle popolazioni nomadi in zone desertiche prive di acqua;
- ai fini di una "purificazione" individuale e della società, attraverso la riduzione del piacere sessuale;
- come rito iniziatico e di passaggio destinato, soprattutto nelle popolazioni africane, a segnare l'ingresso in una nuova condizione di vita (stato di adulto e/o guerriero, appartenenza al clan o alla tribù);
- per motivi religiosi, dagli ebrei, dai musulmani e da alcune chiese cristiane copte dell'Egitto e dell'Etiopia.

La CRM, per gli ebrei, è formalmente prescritta dalle Scritture (Lev. 12,3 - Gen. 17,17) e, come tale, condizione assoluta e irrinunciabile per entrare a far parte del popolo eletto; per i musul-

mani, non è menzionata nel Corano, non riveste carattere di prescrizione formale ma è una "sunna mu'aqqadah", vale a dire fortemente consigliata dal Profeta. La CM eseguita per motivi profilattici, è particolarmente diffusa negli Stati Uniti (54,7% dei maschi americani è circonciso, MMWR, 2010) e supportata da ampia letteratura scientifica che la indica come strumento di prevenzione della trasmissione dell'HIV e di altre malattie sessualmente trasmesse (MST). L'Accademia Americana di Pediatria (AAP) si è ripetutamente espressa al riguardo; nell'agosto 2012, in base alle più recenti evidenze scientifiche, ha affermato che i benefici per la salute del bambino determinati dalla CM (riduzione delle infezioni delle vie urinarie e balanopostiti) superano i rischi di complicanze e giustificano l'accesso a questa procedura per quelle famiglie che la richiedono. Tali affermazioni sono state in seguito confutate da varie pubblicazioni scientifiche che riportavano complicanze della CM, rilevanti sia per la salute, sia per la futura vita sessuale del bambino. Il dibattito sull'utilità profilattica

della CM è quindi tuttora aperto. Per quanto riguarda gli aspetti etici, giuridici ed economici dell'esecuzione della CRM, in Italia nel 1998, il Comitato Nazionale per la Bioetica, ha concluso che:

- la CRM è lecita e "i popoli o le comunità che, per la loro specifica cultura, praticano la CRM meritano pieno riconoscimento della legittimità di tale pratica" (per gli ebrei "(...) in conformità della legge n. 101/89 che ha approvato l'intesa stipulata fra lo Stato italiano e l'Unione delle Comunità ebraiche italiane, il 27.02.87");
- "sarebbe auspicabile che fosse eseguita da un medico privato, ovvero in ospedali pubblici (...) ma non a carico della collettività".

In effetti, al momento, l'esecuzione della CRM è una prestazione non rimborsabile dal S.S.N. italiano; sono le singole Aziende Ospedaliere o Strutture Sanitarie private e/o convenzionate a stabilire il costo dell'intervento, che spesso si rivela molto alto (anche 1.200 Euro/prestazione).

Questo comporta una discriminazione tra bambino e bambino nel nostro Paese, perché i figli di genitori ebrei e/o statunitensi trovano nell'ambito della loro comunità un supporto socio-sanitario adeguato all'esecuzione "sicura" di tale pratica, mentre i bambini di famiglie straniere, non appartenenti a tali comunità e che non possono sostenere il costo dell'intervento in ospedale, sono costretti a scegliere tra:

- non essere circoncisi, andando incontro a problemi di esclusione rispetto alla propria cultura e/o religione di appartenenza;
- essere circoncisi in strutture private non adeguate o da "circoncisori tradizionali", con grave rischio di complicanze, a volte fatali.

Alcune regioni italiane (Liguria, Toscana, FVG) hanno cercato di risolvere il problema con progetti pilota e/o altri tipi di percorsi sanitari ma, a tutt'oggi, in Italia tale discriminazione purtroppo permane e richiede risposte istituzionali. Serve un confronto ampio tra operatori sanitari e sociali, dirigenti amministrativi, associazioni di mi-

granti e referenti religiosi, dove il diritto all'uguaglianza e alla salute del bambino (sancito dalla nostra Costituzione e dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia) venga sempre e comunque riconosciuto e tutelato. In molti Paesi Europei (Regno Unito, Olanda, Norvegia, ecc.) la CRM è eseguita in ospedale, previo pagamento di un ticket congruo alle possibilità economiche dei genitori; nello specifico, il Parlamento tedesco, nel dicembre 2012, ha emanato una legge che regola l'esecuzione della CRM e che, pur con certi limiti, tiene conto del diritto alla salute del minore. La complessità dell'argomento è comunque testimoniata dal fatto che, in questi stessi Paesi, alcune sentenze abbiano recentemente condannato l'esecuzione della CRM, indipendentemente dalla comunità religiosa di appartenenza, "in quanto violazione del diritto all'integrità fisica del soggetto minore che non può prestare il proprio consenso", innescando un dibattito giuridico, etico e religioso sull'eventualità di una legislazione che vieti la CRM per "tutti" i minori di anni 15/18.

