

Relazione presentata a:

VII Congresso Nazionale SIMM – Trapani 6-8 febbraio 2009

Circoncisioni maschili clandestine

Mauro Zaffaroni

Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria

Clinica Pediatrica – Ospedale Maggiore di Novara.

Negli ultimi anni, la presenza di un sempre maggior numero di persone migranti, porta la nostra società a confrontarsi in merito alle differenze esistenti fra credenze ed abitudini nostrane con tradizioni, religioni e riti provenienti da altri Paesi. Particolarmente sentite e discusse sono le tradizioni riguardanti la sfera genitale sia femminile (la pratica delle MGF) che maschile (circoncisioni); queste ultime attualmente oggetto di acceso dibattito e polemiche in seguito a recenti segnalazioni di decessi di piccoli bambini (uno morto a Treviso, un altro a Bari, un terzo ricoverato in gravi condizioni a Pordenone: vittime di interventi di circoncisione effettuati con sistemi arcaici o artigianali tra le mura domestiche) ed alla proposta di progetti pilota per poter eseguire l'operazione in strutture pubbliche.

La circoncisione maschile è ampiamente diffusa nel mondo e va considerata nel contesto migratorio come un evento che interessa realmente e concretamente gran parte delle persone straniere presenti in Italia (tabella 1).

Le circoncisioni maschili, per le diverse motivazioni che inducono la pratica, possono essere differenziate in 4 tipi: Terapeutiche (in caso di fimosi o parafimosi); profilattiche (per prevenire infezioni del tratto urinario nell'infanzia); rituali (religiose: ebraismo e islamismo o tradizionali africane); dovute ad altre motivazioni (estetiche o non esplicitate da parte del richiedente).

Nel 1998 il Comitato Nazionale di Bioetica si era pronunciato in merito alle diverse tipologie di circoncisioni maschili: se da un lato le circoncisioni terapeutiche sono del tutto giustificate, al contrario non trovano ragione le richieste di operazione non terapeutica/profilattica né rituale.

La circoncisione profilattica ha origini relativamente recenti e si è diffusa nel secolo scorso; nel Nord America divenne una pratica assolutamente generalizzata fino all'inizio degli anni Settanta, quando la American Academy of Pediatrics nel 1971 e nel 1975 sostenne l'inesistenza di valide motivazioni mediche per la circoncisione profilattica neonatale. Il dibattito sulla utilità profilattica della circoncisione maschile è tutt'ora aperto; questa forma di circoncisione, poco diffusa nella comune prassi italiana, è frequente fra gli stranieri statunitensi e viene eseguita nel rispetto dei criteri della buona pratica medica (2).

La circoncisione rituale è una pratica antichissima, appartenente a molti popoli, diversi e lontani (Antico Egitto, Africa nera, Australia). Nella religione ebraica viene praticata per specifico comando divino espressamente formulato nella Bibbia (Genesi:17, 9-14; Levitico:12,3). Per gli ebrei, l'atto della circoncisione rappresenta l'alleanza fra Dio e il popolo eletto. L'ottavo giorno dopo la nascita, il neonato ebreo viene circonciso ricorrendo all'uso di oggetti rituali (coltello dotato di lama particolare, scudo di protezione, contenitore per il prepuzio), l'evento suggella in modo tangibile l'ingresso nella comunità ebraica ed i genitori impongono il nome al circonciso. Anche nella tradizione islamica la circoncisione rituale tradizionale viene di solito praticata prima della pubertà. Analoghe pratiche sono proprie di altre religioni o tradizioni etniche in Africa (passaggio dall'età adolescenziale a maschio adulto).

Nelle culture che praticano la circoncisione rituale religiosa, questo adempimento costituisce un preciso obbligo personale posto a carico dei genitori, un atto tradizionale di devozione che può essere oggettivamente ricondotto alle forme di esercizio del culto garantite dall'art. 19 della Costituzione. La conformità della pratica ebraica ai principi del nostro ordinamento giuridico trova conferma in alcuni enunciati della legge 101/1989 (sull'intesa fra lo Stato italiano e l'Unione delle Comunità ebraiche italiane). I principi stabiliti in tale intesa, per analogia possano essere estesi a tutte le altre confessioni religiose che pratichino la circoncisione.

E' evidente che quando la circoncisione è motivata da ragioni terapeutiche o profilattiche deve essere realizzata da un medico. Per contro, la circoncisione rituale dei neonati ebrei può essere eseguita non solo da medici, ma anche da altre persone, in genere ministri di culto, competenti e responsabili della corretta effettuazione, con rispetto scrupoloso dell'igiene e dell'asepsi, che garantiscano personalmente la continuità dell'assistenza dopo la circoncisione. Nel caso in cui la circoncisione rituale venga richiesta per un bambino o un adolescente (come è frequentemente il caso degli aderenti all'Islam) o per un adulto (per sua conversione ad una fede che la richieda), l'operazione va assimilata a un vero e proprio piccolo intervento chirurgico e quindi deve essere effettuata da un medico.

La circoncisione rituale maschile non può essere effettuata presso strutture sanitarie pubbliche a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Non si ritiene infatti che esistano ragioni di carattere etico e sanitario che debbano indurre lo Stato a porre a carico della collettività le pratiche di circoncisione maschile rituale; esse sono peraltro esplicitamente escluse dai LEA (3). La circoncisione rituale dei neonati ebrei viene eseguita da medici in ambulatori privati o in ospedali pubblici, ma in regime di attività libero-professionale, analogamente a quanto avviene per le circoncisioni profilattiche eseguite da cittadini statunitensi.

La situazione pare diversa per altre minoranze che praticano circoncisioni rituali legate alla religione islamica e per le popolazioni provenienti da culture tribali africane. In genere la circoncisione viene programmata in occasione di un viaggio nel Paese di origine. In alcuni casi la famiglia decide di eseguire la circoncisione in Italia ricorrendo a persone "esperte" che operano clandestinamente.

Le circoncisioni cosiddette "clandestine" sono pericolose poiché espongono il bambino al rischio di lesioni locali ed esiti cicatriziali permanenti, di complicazioni anche gravi che possono portare alla morte del bambino.

Lo scorso anno, a seguito dei gravi casi emersi dopo l'esecuzione di circoncisioni clandestine il problema era emerso prepotentemente accendendo l'opinione pubblica. Il ministero della salute aveva così avviato una campagna di sensibilizzazione contro gli interventi clandestini (sia maschili che femminili) in collaborazione con FIMP. E' stato quindi siglato un protocollo d'intesa che prevede per i pediatri aderenti alla federazione l'impegno di: 1) informarsi sull'orientamento religioso della famiglia del neonato, o del bambino, e sulla possibile intenzione di voler accedere alla pratica della circoncisione; 2) informare la famiglia sulle implicazioni e le possibili complicanze medico chirurgiche che la circoncisione comporta e sconsigliare in maniera preventiva il ricorso a pratiche al di fuori dall'ambiente sanitario; 3) indirizzare la famiglia verso un centro di riferimento, utilizzando tutti i mezzi possibili per favorire l'accessibilità alle strutture sanitarie in caso di espressione di netta volontà da parte dei genitori di procedere all'effettuazione dell'intervento.

Il documento è certamente adeguato e apprezzabile, ma al momento purtroppo non è possibile fornire alle famiglie informazioni complete, su scala nazionale riguardo alla possibilità di effettuare realmente la circoncisione in strutture mediche ospedaliere o ambulatoriali in ogni regione.

Negli anni scorsi, sono state proposte iniziative locali in alcune regioni finalizzate alla possibilità di eseguire la sperimentazione maschile rituale in regime di Day surgery presso l'Ospedale Infantile Regina Margherita - S. Anna di Torino. Il progetto prevedeva interventi gratuiti per bambini di 1-12 anni, sani, residenti nella regione (ad una distanza dall'ospedale che richiedeva tempi di percorrenza inferiori a 60 minuti). Nel periodo compreso fra ottobre 2006 ed ottobre 2007, sono stati effettuati 123 interventi.

Un secondo progetto in Piemonte è stato attivato nel marzo 2008; il servizio è rivolto alla fascia d'età che va da 1 a 12 anni ed è riservato a chi è residente in Piemonte o è comunque in possesso del permesso di soggiorno. Per la circoncisione rituale presso l'OIRM di Torino si richiede, con impegnativa del medico curante, una visita ambulatoriale (CUP tel. 011 6640510) successivamente è prevista una visita anestesiologicala il giorno prima dell'intervento.

Nel luglio 2007 anche la Regione Liguria aveva approvato un progetto sperimentale di un anno che prevedeva interventi su 120 bambini con meno di 14 anni, in regime di day hospital. Era previsto un ticket di 100 euro a titolo di partecipazione economica dei cittadini alla spesa trattandosi di prestazioni di carattere sanitario non correlate alla presenza di una patologia. Il progetto aveva l'obiettivo di garantire interventi fatti da personale qualificato, rispettando tutte le norme di igiene e sicurezza, per evitare operazioni clandestine e rischi conseguenze negative sulla salute del bambino, con possibili aggravii nei costi sanitari derivanti dal trattamento delle eventuali complicanze.

Attualmente anche la Regione Friuli Venezia Giulia ha deliberato un progetto sulle circoncisioni rituali maschili. Per 12 mesi, interventi gratuiti saranno realizzati presso l'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste; sono previsti 135 operazioni per bambini africani di età compresa fra 0 e 18 anni, nati in Italia, residenti nella regione. Una volta conclusa la sperimentazione, il cui costo è ritenuto inferiore a quello necessario per la gestione delle emergenze derivanti da interventi fatti in maniera clandestina in abitazioni private, la circoncisione sarà fatta con il pagamento di un ticket.

Altre regioni hanno allo studio progetti pilota finalizzati alle circoncisioni rituali maschili in adeguate strutture sanitarie, sarà quindi necessario da parte degli assessorati e dei ministeri competenti divulgare eventuali nuove iniziative sia alle minoranze che per motivi religiosi o tradizionali praticano circoncisioni rituali, sia ai medici ed ai pediatri affinché possano fornire precise risposte alle famiglie immigrate che intendono far operare i figli in Italia.

In conclusione, la pratica della circoncisione maschile è diffusa in molte regioni del mondo ed anche in Italia rappresenta un fenomeno emergente in seguito alla presenza di minoranze straniere che per motivi religiosi, tradizionali, culturali o profilattici sottopongono neonati, bambini o adolescenti all'operazione. La circoncisione rituale maschile è riconosciuta ed ammessa dalla legge nell'ambito della libertà di culto per la religione ebraica, e per analogia alle popolazioni che professano l'Islam (nei diversi continenti) ed alle popolazioni appartenenti ad altre religioni e tradizioni culturali (minoranze etniche africane).

L'operazione non è compresa nei LEA e pertanto non può essere eseguita a carico del S.S.N. ma solo a pagamento presso ospedali ed ambulatori disponibili. La mancata copertura sanitaria può rappresentare motivo di discriminazione fra bambino e bambino, in base al reddito della famiglia o alla minoranza etnica. Da un lato cittadini ebrei o statunitensi trovano, nell'organizzazione della loro Comunità in Italia, presidi e strumenti finanziari adeguati per eseguire senza difficoltà l'intervento di circoncisione. Per contro, le possibilità economiche di molte famiglie immigrate (in particolare quelle africane) non permettono di affrontare il costo dell'intervento in ambito sanitario o la spesa di un viaggio in patria e ricorrono a pratiche tradizionali in casa, esponendo il bambino al rischio di gravi complicazioni.

Le circoncisioni maschili eseguite clandestinamente, non da medici esperti, senza idonei strumenti e garanzie di igiene asepsi ed assistenza, sono pericolose e da contrastare.

E' necessario continuare l'opera di sensibilizzazione recentemente avviata dal ministero della salute sulla traccia di quanto dichiarato dal Comitato nazionale di Bioetica 10 anni fa. Occorre nel contempo fornire alle famiglie interessate dal problema adeguate risposte e reali alternative per contrastare il ricorso ad interventi clandestini. E' infine opportuno sviluppare, nella formazione dei medici e degli operatori sanitari, i temi e le problematiche correlati alla migrazione; favorire una cultura aperta e disposta a conoscere e riconoscere quanto le popolazioni migranti portano nella nostra società.

Bibliografia.

1 – Nelson C.P., Dunn R., Wan J., Wei J.T. “The increasing incidence of newborn circumcision: data from the nationwide inpatient sample”. J. Urology 2005 Mar;173(3):978-81.

2 - Leibowitz A.A., Desmond K., Belin T. “Determinants and Policy Implications of Male Circumcision in the United States”
American Journal of Public Health 2009 Jan; 99(1):138-145.

3 - D.P.C.M. 29 Novembre 2001 “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Allegato 2”.
Gazzetta Ufficiale n°33 (8 Febbraio 2002).

Tabella 1 - Maschi circoncisi rispetto al totale della popolazione maschile

- U.S.A: 60%
- Canada: 25%
- Australia: 10%
- Europa Occidentale: tra il 2% e il 4%
- Africa: oltre 80%
- Paesi Arabi: oltre 90%