

# Equità di accesso alle prestazioni di circoncisione rituale maschile

scritto da Luisella Gilardi | 1 Giugno 2022

Le linee di indirizzo del Gruppo di Lavoro Minori Migranti SIMM sulla circoncisione rituale maschile (CRM) mettono i professionisti ed i politici di fronte alla necessità di predisporre protocolli nazionali, in funzione del principio di "riduzione del danno".

È quindi necessario definire percorsi assistenziali per eseguire la procedura, ancorché non rientrante nei LEA, in strutture di sanità pubblica (o privata convenzionata) con compartecipazione alla spesa sostenibile dalle famiglie. Tale offerta favorirebbe l'integrazione nel sistema sociale e sanitario incrementando il dialogo e la fiducia. Altrettanto essenziale risulterebbe una concomitante azione d'informazione ed educazione sanitaria con il coinvolgimento delle comunità straniere, nell'ambito di un lavoro di rete per la promozione e la tutela della salute di tutti i bambini. Infatti, *l'ammissione alla pratica assistita dal SSN potrebbe favorire una piena ed effettiva integrazione nel nostro sistema sociale e sanitario di coloro, cittadini o stranieri, per i quali la circoncisione incide in modo essenziale sul piano della costruzione della loro identità personale e quindi del loro bene umano: sotto questo profilo, oltre a doversi ritenere giuridicamente lecita, essa andrebbe considerata altresì bioeticamente auspicabile»*

La circoncisione è una pratica antica quasi quanto la storia dell'uomo, diffusa contemporaneamente in più aree geografiche, religioni e culture (Antico Egitto, popoli camitici e neri dell'Africa, aborigeni dell'Australia) ed è una delle procedure più comuni al mondo, eseguita per motivi igienici, di salute, prevenzione e cura, religiosi e culturali.

La pratica è oggetto di dibattito, non solo in Italia, dal momento che sono diversi i diritti fondamentali in causa (diritto alla salute e all'integrità fisica, libertà di autodeterminazione dei minori, diritto di libertà religiosa) la cui tutela può portare a conflitti: se da una parte è un intervento chirurgico eseguito su un soggetto sano, che altera l'integrità fisica in modo irreversibile e il cui consenso, nel caso del minore, è rilasciato dai genitori o da chi detiene la potestà genitoriale, dall'altra il suo impedimento può essere considerato lesivo dei diritti costituzionali dei genitori, che devono poter educare i propri figli secondo le leggi e le regole del culto di appartenenza, e, in casi estremi, potrebbe condurre il minore e la sua famiglia ai margini della propria comunità.

L'American Academy of Pediatrics ha avuto, nei confronti della circoncisione maschile, una posizione estremamente variabile negli anni: da netta opposizione a favorevole. Questo progressivo cambiamento di visione è stato principalmente dovuto all'accumularsi di prove di efficacia riguardo i benefici in termini di salute attribuiti alla circoncisione, in particolare relative al ridotto rischio di infezioni delle vie urinarie (IVU) e di infezioni sessualmente trasmesse, per esempio si è rivelato un affidabile

intervento preventivo nelle popolazioni a rischio di contrarre il virus dell'HIV. E' altrettanto vero che la CRM lede oggettivamente *l'integrità fisica e l'autodeterminazione del minore*, quando viene effettuata nei primi mesi/anni di vita e il bambino non può esprimere la propria volontà; d'altro canto la possibilità di professare e praticare la propria religione, come anche di partecipare alla vita di comunità etnico-culturali, passando per il "rito della circoncisione" contribuisce a soddisfare la salute del minore che si esprime nel benessere fisico, psichico, sociale e relazionale.

---

La CRM, considerata lecita dal nostro ordinamento giuridico, è a tutti gli effetti un intervento di chirurgia minore, di fatto irreversibile, che nel caso della forma rituale così come di quella profilattica si effettua su un individuo sano. Trattandosi prevalentemente di soggetti di minore età, il consenso per l'esecuzione di questa procedura viene espresso da chi ne esercita la potestà. D'altro canto la crescente richiesta da parte delle famiglie di provenienza straniera che vivono stabilmente nel nostro paese, di poter sottoporre i propri figli a tale pratica, non può essere ignorata; diverse Regioni, nell'ambito della loro autonomia, hanno attuato percorsi diversamente

La Legge n.101/89 approva l'intesa stipulata fra lo Stato Italiano e l'Unione delle Comunità ebraiche italiane nel 1987 e riconosce la conformità della pratica circoncisoria ebraica ai principi del nostro ordinamento giuridico, ritenendo che i principi stabiliti in tale legge possano, per analogia, essere estesi a tutte le altre confessioni religiose; «la pratica di sottoporre i figli maschi a circoncisione sembra rientrare in quei margini di "disponibilità" riconosciuti anche ai genitori dall'art. 30 della Costituzione Italiana in ambito educativo» e «la circoncisione, nonostante lasci tracce indelebili e irreversibili, non produce, nondimeno, ove correttamente effettuata, menomazioni o alterazioni nella funzionalità sessuale e riproduttiva maschile».

Infine ricordiamo che l'art.2 della Costituzione recita che «*la Repubblica garantisce i diritti inviolabili dell'uomo sia come singolo sia nelle formazioni sociali in cui si svolge la sua personalità*».

Dal punto di vista sanitario, come tutti gli interventi, si può associare a complicazioni a breve[\[1\]](#), medio e lungo termine[\[2\]](#) le quali richiedono la presa in carico da parte di specialisti del SSN (una stima dei danni è assai complessa e sicuramente incompleta). In alcuni drammatici casi le complicazioni settiche ed emorragiche hanno portato al decesso dei piccoli pazienti: nel 2016 un neonato è morto a Torino, nel periodo fra dicembre 2018 e novembre 2019 si sono verificate altre 4 morti per emorragie in neonati sottoposti a circoncisione da personale non sanitario, presso il domicilio[\[3\]](#). Si calcola che il tasso di complicazioni passi dallo 0,06 al 55% in base alle condizioni di salute di base del bambino, alle competenze dell'operatore e al setting in cui viene eseguito l'intervento stesso.

E' nostro preciso dovere, quindi, comprimere la percentuale di rischio verso i livelli minimi garantendo le procedure effettuate in sicurezza, dopo aver

accertato le buone condizioni di salute del bambino e facendo seguire l'intervento da opportune visite di controllo.

Consentire di effettuare la CRM nell'ambito del SSN corrisponde a garantire il rispetto della pluralità culturale e religiosa, prevista dall'Articolo 19 della Costituzione. Inoltre, a questo riguardo, non è da sottovalutare l'impatto che l'apertura a questo tipo di servizio possa avere, a medio-lungo termine, sul rapporto con le popolazioni straniere con il Servizio Sanitario Nazionale. Si parla di popolazioni che spesso incontrano difficoltà nell'integrarsi, anche da un punto di vista sanitario, oltre che sociale: fornire un intervento sicuro garantirebbe un'opzione alternativa alla clandestinità e una possibilità di stringere un rapporto di fiducia basato sulla cura e tutela della persona, un'alleanza terapeutica fin dalla più tenera età e che coinvolgerebbe il bambino, eventuali fratelli e sorelle e i genitori.

Come già scritto in un precedente articolo, non sono disponibili stime attendibili sul numero di bambini sottoposti a circoncisione ogni anno in Italia. L'associazione dei medici di origine straniera in Italia (AMSI) parla di circa 11.000 bambini sottoposti ad intervento ogni anno: circa 5.000 nel nostro paese e circa 6.000 residenti in Italia, ma operati in occasione di viaggi nei paesi di origine dei genitori. La Caritas ritiene che queste stime siano in difetto, e che la platea di bambini circoncisi annualmente in Italia sia almeno il doppio.

Circa il 35% degli interventi effettuati in Italia, pur non trattandosi di una pratica illegale, avvengono in clandestinità, al di fuori delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Uno dei motivi che spinge le famiglie ad affidare i propri figli a personale non adeguato è la non inclusione della CRM nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) e il costo eccessivo che sarebbe da sostenere in strutture private. Questo elemento economico e di appartenenza si viene a configurare quale fattore di discriminazione: i bambini figli di genitori benestanti possono essere operati in sicurezza, per gli altri si aprono le porte di rischi anche gravissimi.

A differenza delle mutilazioni genitali femminili, la cui esecuzione è penalmente perseguibile nel nostro Paese, il Comitato nazionale per la bioetica (CNB), nell'affermare il dovere di rispettare la pluralità delle culture, ha espressamente riconosciuto nel 1998 che, «le comunità, che per la loro specifica cultura praticano la circoncisione rituale maschile, meritano pieno riconoscimento della legittimità di tale pratica», in quanto forma di esercizio della libertà religiosa garantita dall'art. 19 della Costituzione e rientrante nei margini di "disponibilità" riconosciuti ai genitori in ambito educativo ai sensi dell'art. 30 della Costituzione.

Già nel 2013, sul tema del diritto del bambino all'integrità fisica, l'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa (APCE) ha invitato gli Stati membri a definire le condizioni mediche e sanitarie in relazione ad alcune pratiche diffuse nelle comunità religiose, fra le quali la CRM, nel rispetto del diritto dei bambini all'integrità fisica, promuovendo la loro partecipazione alle decisioni che li riguardano.

Con la successiva assemblea dedicata alla “Libertà di religione e di vivere insieme in una società democratica”, l’ APCE richiama l’attenzione sull’integrità fisica dei bambini e raccomanda che la circoncisione religiosa o rituale venga autorizzata negli stati membri a patto che sia praticata da una persona con formazione e abilità necessaria, in un contesto che garantisca le opportune condizioni medico-sanitarie, e che i genitori vengano informati di possibili controindicazioni e complicità e che possano quindi decidere nel miglior interesse del bambino [39].

In alcuni Paesi europei sono stati fatti tentativi di introdurre divieti espliciti riguardanti la CRM con esito negativo a causa della forte opposizione dei rappresentanti dei gruppi religiosi più direttamente interessati, in particolare da parte della comunità islamica ed ebraica[4]

Un’analisi giuridica, riferita all’Italia, relativa al legame fra circoncisione e diritti fondamentali (diritto di libertà religiosa – art. 19 della Costituzione, diritto all’istruzione e all’educazione dei genitori – art. 30, diritto alla salute e all’integrità fisica dei minori, e libertà di autodeterminazione – art. 32) evidenzia che l’interpretazione dell’art. 32 della Costituzione (la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività) fa riferimento non solo alla salute fisica, ma anche a quella psicologica, relazionale e sociale; rispetto a questa impostazione la circoncisione per motivi religiosi e rituali non rappresenta, quindi, una violazione del diritto alla salute .

---

Il Protocollo d’Intesa tra Ministero della Salute e Federazione Italiana Medici Pediatri, sottoscritto a settembre 2008, finalizzato a una maggiore tutela della salute dell’infanzia in relazione alla pratica della circoncisione rituale clandestina, sancisce che tale pratica è a tutti gli effetti un **intervento chirurgico** e, come tale, deve essere sempre praticato da un **medico** in una **struttura sanitaria adeguata** che assicuri il rispetto delle norme di igiene, per evitare complicità invalidanti e conseguenze drammatiche.

Nonostante questo, il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, recante “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” (LEA), e il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”, non prevedono la circoncisione rituale minorile tra le prestazioni assicurate dal Servizio sanitario nazionale nell’ambito dei LEA, con la conseguenza che ad oggi, i genitori che, per motivi religiosi e/o culturali, intendono far circoncidere il proprio figlio trovano risposte diverse nell’ambito dei diversi servizi sanitari regionali (SSR).

Risposte assai disomogenee nell’ambito del territorio nazionale come evidenziato da una relazione elaborata dalla Commissione Parlamentare per l’infanzia e l’adolescenza. Non solo differenze fra i vari sistemi regionali, ma anche nelle diverse aziende sanitarie della stessa regione. La procedura di circoncisione, infatti, viene eseguita in ricovero ordinario oppure in day surgery o ancora in regime ambulatoriale e varie sono le professionalità

coinvolte in fase pre e post operatoria (in alcune aziende sono pediatri e chirurghi pediatri, in altre urologi), le modalità di follow-up e le indagini strumentali richieste. La Commissione è quindi giunta alla conclusione che sarebbe opportuno promuovere, in un quadro di leale collaborazione con i competenti organismi nazionali e gli enti territoriali e nel rispetto delle comunità religiose interessate, la firma di accordi con le strutture sanitarie pubbliche, finalizzati ad assicurare agli utenti che ne facciano richiesta la possibilità di effettuare, in sicurezza in ambito ospedaliero, le pratiche di circoncisione rituale con un tariffario che tenga conto dell'intero percorso assistenziale. La Commissione raccomanda un'attività di monitoraggio in capo al ministero della Salute, al fine di avere un quadro chiaro e corretto della questione e di programmare adeguatamente le risorse, umane e materiali, da impiegare .

La Società italiana di pediatria (SIP), in collaborazione con il Gruppo di lavoro nazionale per il bambino migrante (GLNBM) ha promosso il "Monitoraggio GLNBM SIP sulla Circoncisione Riturale Maschile (CRM): l'esperienza nelle diverse realtà regionali" e si conferma l'eterogeneità nell'offerta all'interno dei diversi SSR (e nella stessa regione tra le diverse aziende sanitarie) e nelle modalità di accesso: si va dalle regioni dove non è proprio possibile eseguire la circoncisione (Calabria, Campania, Puglia, Basilicata, Sardegna, Molise, Abruzzo, Liguria, Lombardia, Trentino, Valle d'Aosta) a quelle dove è possibile accedere alla procedura per motivazione rituale (religiosa e/o culturale), ma con differenze territoriali. In Toscana[5] e nelle Marche[6] la procedura inserita nei LEA ed è previsto il pagamento di un ticket solo qualora il minore non sia esente dalla compartecipazione alla spesa sanitaria; in altre regioni (Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia[7], Emilia-Romagna[8], Lazio[9], Umbria, Sicilia) si accede o con impegnativa e compartecipazione alla spesa (che varia dai 280 euro del Piemonte ai 400-450 euro del Veneto) oppure in libera professione con un costo per l'utenza spesso ancora più oneroso (sempre superiore a 400 euro in Veneto, Emilia-Romagna, Lazio[10], Umbria, Sicilia, fino ad oltre 1.000 euro nel Friuli Venezia Giulia).

---

In questo contesto di disomogeneità, e spesso in condizioni di scarsa disponibilità economica della famiglia o di carenti informazioni sui rischi, si corre il pericolo di interventi effettuati da persone senza competenze di tipo sanitario e in precarie condizioni igieniche. Il GdL MM della SIMM auspica che l'ampia varietà di offerta assistenziale esistente tra le Regioni che hanno adottato percorsi dedicati alla pratica della CRM possa essere superata e armonizzata da direttive nazionali che creino una cornice chiara e lineare all'interno della quale le singole Regioni, adattandole alle realtà locali, possano creare percorsi assistenziali omogenei che garantiscano la pratica della CRM in sicurezza e con oneri sostenibili da parte delle famiglie . Infatti l'esecuzione della CRM da parte di professionisti qualificati e in ambiente sterile è efficace perché si propone di diminuire gli eventi sfavorevoli quali la mortalità e la morbilità. La messa a punto di percorsi chiari e uniformi dedicati alla CRM risponde anche a criteri di efficienza in quanto, dal punto di vista della formazione tecnica degli

operatori, niente deve essere creato ex novo esistendo già nei servizi di chirurgia generale, pediatrica o urologica, equipe che eseguono di routine interventi per correzione di fimosi e parafimosi. Tale approccio consentirebbe anche di rendere più attiva la rete di operatori dei servizi territoriali ed ospedalieri (consultori familiari e pediatrici, centri nascita, pediatria del territorio, centri vaccinali). E' quindi urgente che ogni regione adotti un atto volto a garantire la circoncisione per motivi religiosi o culturali nelle strutture sanitarie pubbliche (o convenzionate). Tali decisioni politiche andrebbero affiancate a interventi di educazione sanitaria tra le famiglie e le comunità, in tutte le fasi del percorso nascita e in tutte le occasioni di accesso ai servizi di tutela della salute dei minori e delle loro famiglie allo scopo di intercettare le situazioni a rischio, informare sui percorsi sicuri e scoraggiare quelli illegali.

---

[1] emorragia, infezione della ferita, danni al glande, ritenzione urinaria

[2] fimosi, torsione del pene, fistola uretro-cutanea

[3] Nel dicembre 2018: uno di due gemelli di origine nigeriana di due anni, residenti a Monterotondo (RM), è deceduto in seguito ad un intervento eseguito clandestinamente. L'altro gemello ha necessitato di ricovero in terapia intensiva neonatale e successivo reintervento; nel marzo 2019 un bambino di origine ghanese di 5 mesi residente a Reggio Emilia; nell'aprile 2019 un neonato di origine nigeriana residente a Genova; nel novembre 2019 un bambino di origine ghanese di 5 mesi residente a Scandiano (RE).

[4] Germania: Corte d'Appello di Colonia. Maggio 2012 posizione nettamente contraria alla pratica, nel Dicembre 2012:  
dichiara lecita la CRM *«eseguita in condizione mediche rigorose e che venga assicurato il trattamento del dolore*

Islanda: Parlamento Islandese presenta disegno di legge 1° febbraio 2018 "chiunque causi danni al corpo o alla salute di un bambino rimuovendo gli organi sessuali in toto o in parte". Non approvata.

[5] DGR n.561/2002 conferma nei LEA della prestazione cod. 69.0  
CIRCONCISIONE, anche quando prevista a fini religiosi senza compartecipazione di spesa

[6] DGR n. 795 del 29 giugno 2020 "Modalità di accesso alle prestazioni di circoncisione rituale maschile". La prestazione è erogabile esclusivamente presso le strutture ospedaliere pubbliche e prevede la presa in carico del minore, ricomprendendo nell'ambito della prestazione la visita pre e post ricovero e l'intervento chirurgico

[7] Friuli Venezia Giulia : DGR 1754 Del 04/09/2008: Progetto sperimentale di offerta di circoncisione rituale maschile in struttura sanitaria pubblica della Regione FVG. *Progetto sperimentale durato un anno, senza compartecipazione di spesa da parte dell'utente e successiva DGR n.600/2010 con possibilità di esecuzione, a carico del richiedente, con tariffa in vigore per la circoncisione terapeutica*

[8] Delibera Num. 1228 del 02/08/2021 “Modalità Di Accesso Alla Circoncisione Rituale/Culturale per La Prevenzione Degli Eventi Avversi”. Accesso senza compartecipazione di spesa da parte dell’utente

[9] Carta Servizi azienda USL Roma 4: Attuazione presso l’Ospedale di Civitavecchia “San Paolo” di un progetto ambulatoriale per la pratica della “Circoncisione rituale maschile” dedicato ai cittadini maggiorenni di religione ebraica e/o mussulmana (2016)

[10] mozione di richiesta inserimento intervento nei lea n 140 del 5/4/2019

## Bibliografia

---

1. American Academy of Pediatrics Task Force on Circumcision. [Male circumcision](#). Pediatrics 2012;130:e756-85 [Testo integrale]
2. World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. [Male circumcision-Global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability](#). Geneva 2007 [Testo integrale]
3. Morris BJ, Bailis SA, Wiswell TE. [Circumcision rates in the United States: rising or falling? What effect might the new affirmative pediatric policy statement have?](#) Mayo Clin Proc. 2014;89:677-86.
4. [https://www.caritas.it/caritasitaliana/allegati/9090/RICM\\_2020\\_Finale.pdf](https://www.caritas.it/caritasitaliana/allegati/9090/RICM_2020_Finale.pdf)
5. [Circoncisione. Bartolazzi incontra Aodi \(Amsi\): “Stiamo lavorando a soluzione congiunte per evitare altre morti di bimbi innocenti” \(salute.gov.it\)](#)
6. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn. [Standards and Recommendation for Hospital Care of Newborn infants](#). 5th ed. Evanston, IL: American Academy of Pediatrics: 1971 [Estratto disponibile in *The circumcision reference library*]
7. American Academy of Pediatrics. Task Force on Circumcision. [Circumcision policy statement](#). Pediatrics 1999;103:686-93
8. Austin PF. [Is neonatal circumcision clinically beneficial? Argument in favor](#). Nat Clin Pract Urol 2009;6:16-7
9. Wiswell TE, Hachey WE. [Urinary tract infections and the uncircumcised state: an update](#). Clin Pediatr (Phila) 1993;32:130-4
10. Bailey R et al. [Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial](#). The Lancet 2007;369:643-5
11. Gray RH et al. [Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial](#). The Lancet 2007;369:657-66
12. Auvert B et al. [Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial](#). PLoS Medicine 2005;2:e298
13. Morris BJ, Wiswell TE. [Circumcision and lifetime risk of urinary tract infection: a systematic review and meta-analysis](#). J Urol 2013;189:2118-24
14. WHO/UNAIDS. [Technical consultation on male circumcision and HIV prevention: research implications for policy and programming](#). Montreux, 6 – 8

Marzo 2007 [Testo integrale]

15. Lei JH et al. [Circumcision status and risk of HIV acquisition during heterosexual intercourse for both males and females: a meta-analysis](#). PLoS One 2015;10:e0125436
16. Sharma SC et al. [Male circumcision for the prevention of human immunodeficiency virus \(HIV\) acquisition: a meta-analysis](#). BJU Int 2018;121:515-526
17. Yuan T et al. [Circumcision to prevent HIV and other sexually transmitted infections in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis of global data](#). Lancet Glob Health 2019;7:e436-e447
18. Grund JM et al. [Association between male circumcision and women's biomedical health outcomes: a systematic review](#). Lancet Glob Health 2017;5:e1113-e1122
19. Grund JM et al. [Association of male circumcision with women's knowledge of its biomedical effects and with their sexual satisfaction and function: a systematic review](#). AIDS Behav 2019;23:1104-1114 [Medline]
20. Ventura F, Caputo F, Licata M, Bonsignore A, Ciliberti R. Male circumcision: ritual, science and responsibility. Ann Ist Super Sanita 2020;56:351-358 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32959801/>
36. Angelucci A. [Libertà religiosa e circoncisione in Italia: una questione di specialità confessionale](#). Stato, Chiese e pluralismo confessionale. Rivista telematica. 35; 2016 [Testo integrale]
37. Atti del Consiglio d'Europa: Risoluzione. [Il diritto dei bambini all'integrità fisica](#). 01/10/2013 [Testo integrale]
38. Atti del Consiglio d'Europa: Risoluzione. [Libertà di religione e convivenza in una società democratica](#). 30/09/2015 [Testo integrale]
39. Comitato nazionale per la bioetica. Presidenza del Consiglio dei Ministri. [La circoncisione: profili bioetici](#). 25 settembre 1998 [Testo integrale]
41. Documento XVI-bis n. 4, XVIII Legislatura, Relazione sulle problematiche connesse alle pratiche di circoncisione rituale dei minori, 2021
42. Garante per i diritti dell'infanzia e adolescenza. Circoncisione rituale, raccomandazione dell'Autorità garante al ministro della Salute. 15 aprile 2019. <https://www.garanteinfanzia.org/node/311>
43. Gruppo di Lavoro Minori Migranti SIMM Claudia Gandolfi, Marisa Calacoci, Rosalia Maria Da Riol, Francesca Ena, Maria Concetta Carbone, Simona La Placa, Maurizio Marceca, Marco Mazzetti) Position Paper circoncisione rituale maschile
44. <https://www.disuguaglianzedisalute.it/circoncisione-rituale-culturale-ancora-troppe-incertezze-con-gravi-effetti-sulla-salute-dei-bambini/>

*Universitaria Epidemiologia ASL T03 Regione Piemonte –*  
[\*luisa.mondo@epi.piemonte.it\*](mailto:luisa.mondo@epi.piemonte.it)