



## Considerazioni di natura bioetica sulle circoncisioni maschili

Franco Viviani

### KEYWORDS

Male circumcision,  
ritual circumcision,  
therapeutic circumcision,  
perspectives, bioethic.  
bioetica, circoncisione  
maschile, rituale e  
terapeutica, prospettive

### ABSTRACT

*Unfortunately on a regular basis the newspapers refer to “homemade” ritual circumcisions with fatal results. Despite the seriousness of the problem, in our country the path to an unprejudiced understanding of ritual circumcision, overcoming economic and political interests, is still long. Many and not easy to be solved, in fact, are the bioethical problems that this practice raises, especially in this historical period in which xenophobia has arisen, and not only in Italy. The author hopes that the bioethical reflections contained in the present article, a synthesis deriving from various papers and conferences, can contribute to better clarifying the terms of the question.*

Le circoncisioni maschili (CM), soprattutto quelle rituali, oltre a sottili problemi di natura interetnica, fanno insorgere anche problemi di natura bioetica. Innanzitutto, la bioetica è l'etica che concerne la vita organica dell'uomo e i suoi fenomeni (corpo, riproduzione, crescita e sviluppo, ciclo di vita, salute/malattia, morte e così via)<sup>1</sup>. I suoi intenti possono essere *descrittivi* e *direttivi*. Nel primo caso sono necessarie: l'identificazione e una serie di analisi fattive e diacroniche degli atteggiamenti etici presenti in una o più culture, per cui al bioetico sono richieste conoscenze storiche, antropologiche e psicologiche. Nel secondo caso, dato che l'obiettivo è quello di ricavare norme, valori e fini utili alla condotta, lo scopo è quello di ricercare una serie di principi regolativi che servano a perseguire l'obiettivo di cui sopra. Qui si consuma la ben nota dualità tra discorso “*descrittivo-esplicativo-predittivo*” e quello “*prescrittivo-valutativo*”, in quanto il passaggio tra i due richiede un “salto logico”. La conoscenza causale non è implicata da direttive etiche, mentre lo è la ricerca di principi. La maggioranza dei Comitati Bioetici della sanità, istituiti a vari livelli (di struttura sanitaria locale, provinciali, regionali e nazionali) sono di natura direttivo-prescrittiva e si barcamenano tra gli stadi evolutivi raggiunti dalla biologia e dalla medicina e gli atteggiamenti etici presenti in un

<sup>1</sup> Il termine bioetica deriva dall'americano *bioethics*, neologismo coniato da Van R. Potter nel 1970. A partire dal 1978 il termine è stato consacrato dall'apparizione dell'*Encyclopedia of Bioethics*. Fin dall'inizio il termine bioetica ha assunto due diverse connotazioni: un ampliamento della biologia che, aumentando il suo sapere ha spezzato gli equilibri naturali, per cui si rendeva necessaria una nuova scienza – la bioetica, appunto - che includesse nel proprio ambito anche i valori (Potter). Da descrittiva la biologia doveva divenire anche valutativa - e forse - anche propositiva. Per altri studiosi invece, la bioetica non era una scienza, né doveva diventarlo, in quanto la scienza descrive, mentre la bioetica valuta o prescrive. Al momento attuale, la bioetica si configura come una branca dell'etica applicata soprattutto in campo biomedico per indagarne la coerenza o la sostenibilità.

determinato contesto sociale (i quali sono forniti dalla bioetica descrittiva). La bioetica valuta e poi dà indicazioni, non è normativa ma regolativa, perché i principi possono configurarsi come valori da rispettare, posizioni utili a perseguire fini, determinare inclinazioni e, qualora vi siano le condizioni, possono anche generare norme. In genere, i principi scaturiti da una stessa etica mostrano coerenza mentre, in particolari condizioni, essi possono confliggere. La contrapposizione si fa evidente nel caso della CM per motivi rituali, in cui si fronteggiano, in estrema sintesi, il principio dell'intangibilità del corpo umano e quello dell'intervento su di esso in nome del principio irrinunciabile dell'appartenenza ad un determinato gruppo religioso. Ora, il problema del conflitto tra principi (che non preveda l'eliminazione di quelli in contrasto tra loro), può essere risolto solo tramite il compromesso, oppure con l'istituzione di una scala di priorità (in cui si possa, almeno intravedere, l'esistenza di un principio "più alto" che possa regolare il conflitto tra principi). Il nocciolo della questione è la medicalizzazione della pratica escissoria rituale in Italia, come richiesto da molti dopo i casi di circoncisioni mortali fatte in casa. Fintantoché essa è rimasta in un ambito ristretto (Ebrei) o estero (seguaci dell'Islam), i medici potevano considerarla una pratica "inutile", "altra", magari anche ai confini della legalità, ma che non assumeva importanza medica. Solo quando i rappresentanti di gruppi religiosi hanno iniziato a rivendicare diritti (che, sostanzialmente, avevano lo scopo di prevenire conseguenze negative sui circoncisi), su di essa si è proiettata l'ombra del consenso. Come spesso accade, i diversi atteggiamenti verso problemi di questo tipo lasciano intravedere una sottile conflittualità etica, che nasce dalle diverse concezioni morali contrastanti su base religiosa, sulle quali si sovrappongono altre morali, ad esempio quella laica (per la quale *etsi deus non daretur*), oppure liberale (basata sul rispetto e la difesa, anche ad oltranza, della libertà individuale e della libera iniziativa, un principio di tolleranza che trova il suo limite nel danno ad altri) o, visto che stiamo parlando di medici, quella utilitaristica. Ora, la medicalizzazione della CM rituale ha fatto sorgere conflitti perché l'introduzione di una nuova possibilità rispetto ad una pratica eseguita fino ad un determinato periodo solo per motivi terapeutici (che si accoppiava a regole morali fino a quel momento universalmente accettate dai medici), ha costretto una parte significativa dei medici interessati (per lo più pediatri e urologi) a rifiutarla, anche con veemenza (obiezione di coscienza). A questo punto, è ben noto che la scienza sa stipulare compromessi ogni qualvolta debba affrontare situazioni non previste, l'epistemologia lo insegna. Dato che i medici basano le loro pratiche su basi scientifiche, ogni qual volta che si delineano all'orizzonte nuove possibilità d'intervento (non importa se positive e negative), queste, in genere, cambiano gli atteggiamenti diffusi, le valutazioni implicite ed esplicite e i compromessi normativi. Per cui, alla fine, anche coloro che aderivano ad un codice etico che conteneva certi obblighi, cercano vie atte ad evitare conseguenze spiacevoli rispetto alle pratiche alle quali è possibile ricorrere. Per esempio, tra i fautori della medicalizzazione della CM rituale, vige l'idea che il principio di solidarietà sia più forte di quello dell'intangibilità del corpo umano. In questo caso s'introduce una bioetica vagamente compromissoria (tramite l'istituzione di una scala di priorità) e i suoi denigratori asseriscono che alla morale dei principi si è sostituita quella del compromesso. Il quale – per sé – non è mai esaltante, anzi induce spesso il desiderio di contrapporgli una rigorosa procedura razionale che attenui la concessione. Le discussioni informali avute con alcuni urologi fanno propendere verso l'idea che, nel caso della CM rituale, i problemi bioetici sul tappeto siano riconducibili sostanzialmente a due approcci: la dialettica delle "argomentazioni" e quella del "senso comune". Nel primo caso si presuppone che la bioetica sia legata ad argomentazioni e che questo sia il piano sul quale chi si fronteggia debba districarsi. In effetti, per la CM rituale si parte da posizioni religiose e chi debba illustrarle non può far altro che ricorrere ad argomentazioni. I medici, invece, dovrebbero ricorrere a fatti rilevanti in materia o, in ogni caso, all'accertamento di fatti che potrebbero diventare rilevanti. Una ricerca condotta a termine non molti anni fa, tuttavia, mostra però che i fatti non erano ben chiari a molti urologi italiani e, purtroppo, non molto è cambiato da allora. Per molti di loro, infatti, la CM è una sorta di costruzione monolitica, in quanto non conoscono a fondo le distinzioni tra le diverse tipologie (terapeutica, profilattica, etnica, religiosa). Un altro esempio riguarda una tra le ragioni profilattiche legate alla CM (che è anche una

convincione ferma per molti intervistati, una sorta di pregiudizio), e citata da vari intervistati (la prevenzione del cancro al pene), che è invece un aspetto controverso e non ancora definitivamente accertato, in quanto i parametri in gioco nella sua eziologia sono molteplici. Ne consegue che, qualora non possano ricorrere a fatti, i medici interessati al problema tendano ad affrontare le questioni bioetiche assumendo come posizione predominante quella laica "del senso comune" la quale, non osando principi, tende ad appellarsi ad una plausibilità delle soluzioni da trovarsi "caso per caso". Questo approccio è limitato e limitante, in quanto il senso comune spesso manifesta una notevole impotenza nei confronti di problemi nuovi o strani.

Un discorso per certi versi analogo può valere rispetto alle valutazioni sulla CM profilattica praticata negli Stati Uniti, anche se, dato che i professionisti erano quasi equamente divisi tra favorevoli e contrari, si può parlare di posizioni acquiescenti e negazioniste: o si accetta incondizionatamente ciò che proviene dalla Mecca della medicina (gli USA), oppure ci si rifugia dietro il codice deontologico o il "non so" o "non rispondo". Il problema è complesso, perché in questo caso il sintagma "CM profilattica" sconfina con quello "CM terapeutica" Se la CM terapeutica si giustifica a tutela della salute sia fisica sia psichica del paziente (per lo più fimotico), quella profilattica previene eventualmente altre malattie, per cui può essere – per esteso – giustificata anch'essa. Se la terapia, infatti, è un mezzo per risolvere non solo una patologia di tipo organico, ma anche un pericolo per l'equilibrio psichico, la profilassi li può prevenire. Le risposte fornite hanno mostrato una sostanziale carenza di riflessione rispetto alla CM profilattica. Per esempio: ciò che è terapeutico è governato dalla regola principe del consenso e richiede una previa valutazione medica delle condizioni atte a giustificarla. Ciò che è profilattico, invece, non abbisogna di queste premesse. In questo caso s'intravede una sostanziale scarsa conoscenza del fenomeno e della sua entità nel continente nord-americano e le ragioni sono abbastanza ovvie: la condizione trainante è la forza d'inerzia di una tradizione professionale basata sulla CM terapeutica e non su quella profilattica, che si accompagna alla riluttanza dei professionisti ad uscire da schemi precostituiti.

La CM è un fenomeno culturalmente condizionato per il quale, in alcuni gruppi umani, si fa fatica a distinguere l'esatta relazione causa-effetto, per esempio: "un Ebreo è tale perché circonciso". Se si procede in una prospettiva lineare (dove la causa produce l'effetto) la pratica assume una funzione antropopoietica (la CM produce l'uomo, con una evidente stigmata fisica). Se si procede in una prospettiva *dialettica* (dove la causa produce l'effetto e l'effetto interagisce causalmente sul fattore causale), la funzione antropopoietica diviene antropologica (si forgia non solo l'uomo, ma anche una rete di credenze e valori legati a tale pratica, i quali la rinforzano). Se si assume la prospettiva *sistemica* (nella quale un fenomeno si può spiegare solo da una molteplicità di concause e diviene esso stesso concausa), la funzione della CM diviene addirittura fondante, per determinati gruppi umani. A questo punto la distinzione tra CM profilattica e rituale diviene più sfumata perché, se è vero che gli statunitensi bianchi giustificano la CM con motivazioni igienico-sanitarie, è altrettanto vero che "la CM è *smart*", "fa molto americano", "un pene circonciso è un pene pulito" e via di questo passo. Vale a dire che la CM profilattica, praticata dalla maggioranza degli americani bianchi, assume anch'essa una funzione se non proprio antropopoietica, quantomeno di distinzione sociale.

Se ormai gli studi sulle caratteristiche anatomico-fisiologiche del prepuzio sono sufficienti, nessuno ha indagato sulle implicazioni della sua irreparabile perdita nelle diverse età della vita. Il prepuzio è un tessuto ricco di recettori (di Merkel, di Pacini, nocicettori e meccanoettori di Meissner) e di terminazioni nervose, che includono branche del nervo dorsale e perineale nonché terminazioni nervose eroto-geniche di varie tipologie. La sua rimozione, specialmente alla nascita, induce indubbiamente delle modificazioni nella corteccia somato-sensoriale, con implicazioni per la funzione erotogena adulta

che non sono, al momento, assolutamente chiare. Quali ripercussioni ciò produca ad altri livelli, si presta solo a speculazioni. Il dibattito sulla liceità o meno della CM profilattica e rituale, allora, al di là dei sottili problemi interetnici e bioetici che pone, si scontra anche con una sostanziale ignoranza dei substrati anatomico-fisiologici del prepuzio e degli effetti della sua rimozione, sia a breve che a lungo termine. Si scontra poi con i “*non possumus*” dell’ambito religioso e con gli interessi economici di una classe medica (urologi e pediatri americani), che si oppone alla sua eradicazione (una CM profilattica permette introiti non indifferenti, sia per l’operazione in sé, sia per le ospedalizzazioni e per fronteggiare le complicanze eventuali). Si tratta di ciò che qualcuno chiamò il “memplex” della CM, nel quale confluiscono così tanti parametri che la loro stessa identificazione è altamente problematica. Per quanto concerne il nostro paese, allora, le differenti opinioni espresse a mezzo stampa dai politici rispetto, per esempio, al problema della CM rituale, indicano che un serio dibattito sulle implicazioni di questa modificazione dei genitali si rende necessario in Italia. I medici dovrebbero conoscere meglio il problema e “fornire dati” che permettano di approfondire e di discutere più approfonditamente le implicazioni di questa modificazione genitale.

## Riferimenti bibliografici

- Dionisio, E., Viviani, F., (2013). “Male circumcision among the Venda of Limpopo (South Africa)”. In: G. C. Denniston, et al. (eds.) *Genital Cutting: Protecting Children from Medical, Cultural, and Religious Infringements*. Springer Science+Business Media. Dordrecht. Pp. 209-218.
- Viviani, F., (2010). “NOCIRC of Italy: scientific activities 2006-2009”. In: Denniston, G. C., Hodges, F. M., Milos, M. F. *Genital Autonomy: Protecting Personal Choice*. Springer, New York, Pp.: 85-94.
- Viviani, F., (2015). “Anthropological considerations on the interventions on genitalia”. *ANTROCOM Online Journal of Anthropology*, 11.(1): 19- 40.
- Viviani, F., (2009). *La circoncisione maschile: Problemi bioetici e interetnici*. <<http://www.psicologisenzafrontiere.org/index.php?page=report-incontro-del-18-febbraio>>.
- Viviani, F., Costardi, G. L. Capparotto, Grassivaro Gallo P., (2006). “Male Circumcision in Italy”. In: Denniston, G. C., Grassivaro Gallo, P., Hodges, F. M., Milos, M. Viviani, F. (eds.) *Bodily Integrity and the Politics of Circumcision. Culture, Controversy, and Change*. pp.: 141-148. Springer, New York.
- Viviani, F., Costardi, G. L., Grassivaro Gallo, P., (2006). “La circoncisione maschile: prima indagine epidemiologica italiana”. In: Grassivaro Gallo P., M. Manganoni (eds.) *Pratiche Tradizionali Nocive alla Salute delle Donne*. UNIPRESS, Padova.
- Viviani, F., Malaguti, S., Grassivaro Gallo, P., (2007) “Bioethics and immigration: the case of male ritual circumcision in Italy”. *International Journal of Migration and Transcultural Medicine*. 4:210-217.