

# I rischi di un taglio cesareo non motivato o “a richiesta”

Antonio Malvasi\*, Andrea Tinelli\*\*, Vincenzo Garzia\*\*\*, Lea Cinzia Caprioli\*\*\*, Raffaele Tinelli\*\*, Marcello Pellegrino°, Ermenegildo Colosimo°

\* Dipartimento Materno-Infantile, Ospedale "Santa Maria", Bari

\*\* Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia, Ospedale Vito Fazzi, Asl Lecce

\*\*\*Medico Legale, Lecce

° Unità Operativa di Anatomia Patologica, Ospedale Vito Fazzi, Asl Lecce

## Riassunto

Il taglio cesareo (TC) è un intervento chirurgico quanto mai diffuso nei paesi occidentali e permette sovente un'agevole estrazione fetale addominale e un decorso post-operatorio rapido.

L'incidenza del taglio cesareo è andata progressivamente aumentando in Italia e nel mondo, con tasso del 10% degli anni Ottanta, 22% degli anni Novanta, fino al 33% del 2000; originariamente, il taglio cesareo era stato introdotto nella pratica ostetrica per le partorienti che presentavano complicanze fetali o materne, attualmente, invece, sono in aumento i casi in cui si opta per il taglio come scelta preferenziale, prima o durante il parto, anche senza indicazioni mediche. Sull'incremento mondiale dell'incidenza del TC inoltre hanno inciso l'aumento dell'età materna, le tecniche di medicina della riproduzione, il rifiuto dell'incertezza della durata del dolore, i fattori economici e sociali e, tra questi, non ultimo l'incremento del contenzioso medico-legale. Nel nostro elaborato abbiamo cercato di affrontare parte delle tematiche inerenti al TC “a richiesta”, alla luce delle recenti pubblicazioni ostetriche, neonatologiche e neonatologiche e delle attuali tendenze giurisprudenziali e medico-legali.

## Parole chiave

Taglio cesareo

Complicanze neonatali

## INTRODUZIONE

I dati riguardanti le percentuali di taglio cesareo (TC) nelle regioni italiane sono particolarmente allarmanti.

L'incidenza del TC è andata progressivamente crescendo, soprattutto negli ultimi anni sia in Italia che in tutti i paesi industrializzati e quelli meno sviluppati, raggiungendo percentuali di gran lunga superiori al 15% proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms).

## EPIDEMIOLOGIA

L'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), organo epidemiologico ufficiale del Governo italiano, nei propri rapporti annuali, registra una crescita dal 10% agli inizi degli anni '80 al 35.7% del 2005, ponendo l'Italia fra i paesi con più alta percentuale di TC, con importanti differenze regionali. Il rapporto Istat del 2005 afferma che le prime regioni italiane per numero di TC sono la Campania (56%), la Basilicata, la Sicilia e la Puglia (43%) e, fanalino di coda, è il Friuli Venezia Giulia (21%). (1)

Un dato molto sconcertante che emerge dal rapporto Istat 2005 è che la media nazionale italiana dei TC nelle regioni meridionali è del 45.4% (rispetto alla media nazionale del 35%), con un numero di TC in crescita al Sud e nelle Isole (Tabella 1), in cui si va dal 34.8% del 1999-2000 al 45.4% e dal 35.8% al 40.8% (dati del 2003).

In Puglia, tale recente incremento di TC è di 2.3% (periodo 2000-2002); ulteriore dato è quello dei TC programmati, che in Italia, giun-

gono sino al 72.6% al Sud e, il 65.3% di queste donne cesareizzate, vengono seguite da un ginecologo privatamente.

In Italia, il numero dei TC programmati in strutture private raggiunge l'82.8%, di questi il 57% avvengono in strutture private e il 33% in strutture pubbliche; inoltre il TC in donne con meno di 25 anni colpisce circa 35% del totale dei parti. (1)

Questi dati colpiscono particolarmente l'ambito medico in quanto l'opinione pubblica pare non preoccuparsi delle conseguenze che comporta l'eccessivo ricorso al TC, che è in genere direttamente proporzionale all'età della madre ed alla parità (più frequente nelle primigravide).

La percentuale di tagli cesarei (TC) negli Usa è sostanzialmente aumentata dal 20.7% del 1996 al 29.1% nel 2004 (2,3); la frequenza del parto cesareo è rapidamente incrementata persino nelle pazienti definite “a basso rischio”, secondo i criteri standard di terminologia ostetrica: donne a termine di gestazione, con feto singolo, in presentazione di vertice (4,5).

L'incremento generico dei TC è primariamente dovuto all'aumento dei TC primari (prima gravidanza espletata con TC) dal 14.6% del 1996 al 20.6% del 2004 (2,3) e alla riduzione percentuale dei parti vaginali dopo precedente TC (VBAC o *vaginal birth after cesarean section*), attualmente ridotto al 9.2% dei parti e causa del 90% dei TC ripetuti (2,6).

Questo eccessivo incremento è generalmente e, forse, anche erroneamente attribuito al-

Anestesia spinale  
Anafilassi  
Problemi medico-legali

### Summary

#### **The risk of cesarean section for non medical indications or for maternal request**

The progressive world increasing of Caesarean Sections (CSs) caused not few arguments on the effective necessity of themselves, compared to vaginal deliveries. The non recent european (23.7%) and US (27.5%) dates about CS rate target the attention to the common and steady increasing of them percentage and Italy is a leader in european community about CS rate (36.9%).

Unfortunately, the "on demand" CS puts up the woman and the newborn to an high risk of death: two recent articles of scientific important journals affirm the newborn mortality rate about 1,77 deaths on 1000 infants VS 0.62 on 1000 infants by vaginal delivery (increasing of 2.9 time for CS), while the women mortality post-partum rate for CS is about 3,6 bigger than vaginal delivery.

According to these scientifically dates, it is requested, critically, which is the legal protection for the doctor VS pregnant who request "on demand" CS and if it is ethical to perform a "on demand" CS by women without medical indications, exposing patient and newborn to a bigger increasing risk of death than vaginal delivery, and incurring in medical issues sanctions, in a possible medical-legal proceedings for an eventual death.

Moreover, another scientifically consideration concerns the case who the doctor receives the "on demand" CS request and if him is obliged to respect the decision of the patient, without refusing the operations or if him should avoid CS objecting his task, protecting scientifically reasons.

### Key words

Cesarean section  
Women's choice  
Maternal request  
Pregnancy complications

la maggiore frequenza di complicanze legate all'età materna avanzata ed alle indicazioni cliniche quali il TC ripetuto, la gravidanza multipla e la gravidanza dopo tecniche di riproduzione assistita.

Ulteriori fattori sociali, culturali ed economici hanno, poi, condizionato sia una maggiore richiesta da parte della stessa donna del TC, al di fuori di reali necessità terapeutiche, sia un atteggiamento difensivo dell'ostetrico, "minacciato" dai possibili e pesanti risvolti medico-legali, purtroppo particolarmente frequenti nella professione.

Non è un caso se uno dei principali obiettivi dello schema di piano sanitario nazionale 2002-2004 sia stato quello di "ridurre" sia la frequenza dei TC che le cospicue differenze inter-regionali, attualmente vigenti, con l'obiettivo si giungere entro tre anni al 20% di TC, in linea con la media dei valori degli altri paesi europei".

Adirittura per ridurre il ricorso ai TC, in Italia e, in alcune regioni come il Lazio, si è giunti all'eccesso di utilizzare strumenti di incentivazione economica al fine di favorire il parto vaginale.

### **DATI NEONATOLOGICI DI GRAVIDANZE ESPLETATE MEDIANTE TC**

Da quando si è incominciato a raccogliere dati statistici sui TC (1989), la mortalità infantile statunitense per TC è risultata essere 1,5 volte più elevata rispetto ai parti vaginali (7); ciò ha indotto a pensare, negli ultimi anni, che il TC possa essere un fattore di rischio per la mortalità fetale.

Una moltitudine di studi ha esaminato la mortalità neonatale per TC e per parto vaginale in popolazioni femminili a rischio: donne con feti di basso peso alla nascita (LBWB o low birth weight at birth) o in pretermine (8-11), in feti con presentazione di bregma (9,12) o in gravidanze multiple (13-15), giacchè si ritiene di grande importanza valutare le possibili relazioni fra la modalità del parto e la mortalità neonatale (16-23).

Vari studi eseguiti per valutare gli effetti del TC sulla salute del neonato (24-30) ne hanno documentato i problemi che crea rispetto ai vantaggi, nei confronti del parto vaginale.

Morrison et al, in uno studio eseguito in un arco di tempo di 9 anni, su 33,289 pazienti gravide attorno a 37 settimane di gestazione,

hanno evidenziato che l'incidenza di morbidità respiratoria era del 35,5 per 1000 nati vivi da TC senza travaglio e di 12,2 su 1000 nati vivi da TC con travaglio e di 5,3 per i parti vaginali (29).

Levine et al ha evidenziato un aumento del rischio di ipertensione polmonare di 5 volte post-TC rispetto a un parto vaginale; questo perché il parto vaginale produce sia la liberazione di catecolamine e prostaglandine che promuovono la liberazione di surfattante polmonare, sia un'opera di spremitura polmonare, per compressione del tronco durante il passaggio nel canale del parto del feto, con liberazione (anche mediante l'epinefrina fetale prodotta) del liquido intrapolmonare fetale e facilitare l'adattamento postatale (27). Altri rischi del TC sul neonato, comprendono: il ritardo dell'adattamento neurologico (30), il possibile danno del feto durante l'esecuzione dell'isterotomia e dell'estrazione (24) e il ritardo nell'allattamento (25).

Uno studio di recente pubblicazione (31), condotto negli USA, in un arco di tempo di 4 anni (1998-2001), su circa 4 milioni di nascite ha focalizzato l'attenzione sui TC eseguiti "non per rischio", non motivati, cioè, da indicazioni ostetriche specifiche (donne in gravidanza, fra la 37<sup>a</sup> e la 41<sup>a</sup> settimana di gestazione, con feto singolo e in presentazione di vertice, senza fattori di rischio in gravidanza).

Le pazienti selezionate per la valutazione statistica non presentavano patologie o disturbi degni di nota, quali: anemia, patologia cardiaca, patologia polmonare, diabete, herpes genitale, anomalie del liquido amniotico, emoglobinopatie, ipertensione cronica o gestazionale, eclampsia, incompetenza cervicale, precedenti microsomie fetali, precedenti LBWB, malattie renali, sensibilizzazione Rh, sanguinamento o altro.

Complicanze del travaglio o del parto, quali febbre, rottura prematura delle membrane, placenta previa, etc, furono escluse dallo studio comparativo, così come allo studio non hanno partecipato le pazienti con precedenti TC; tale studio ha valutato la mortalità neonatale secondo età del decesso e modalità del parto.

I risultati dello studio hanno evidenziato una mortalità infantile (entro un anno di vita) generale sorprendentemente bassa per il gruppo di donne a basso rischio (2.14 neonati

morti per 1000 nati vivi); le donne primipare dimostravano una mortalità infantile post-TC di 2,85/1000, maggiore del 56% volte rispetto a quella di 1,83/1000 del parto vaginale e, per le multipare, tale rapporto si raddoppiava (4,51/1000 dei post-TC rispetto a 2,18/1000 dei nati da parto vaginale).

La mortalità infantile generale per parto cesareo è risultata essere di 1,77 morti per 1000 nati vivi rispetto a 0,62 per 1000 dei parti vaginali, indicando un cospicuo e netto incremento della percentuale (di 2,9 volte) per i TC (Grafico 1); in generale, tale mortalità è più elevata per le pluripare (incremento del rischio di 3,7 volte), donne con educazione sociale media (aumento di 3,2), donne in epoca gestazionale fra i 37 e i 39 anni (incremento di 3,2), donne bianche non ispaniche (3,1) donne di età maggiore di 35 anni (incremento di 3).

La maggior parte delle cause delle morti neonatali (entro i primi 28 giorni di vita), sono state causate, nel 54% dei casi, da malformazioni congenite, deformazioni, anomalie cromosomiche, mentre le SIDS (*sudden infant death syndrome*) ne causerebbero il 5% delle morti infantili.

Le altre cause connesse ai decessi neonatali si dovrebbero connettere a l'ipossia uterina e all'asfissia neonatale (con stress eccessivo del sistema cardiovascolare) causa ciascuna del 4% dei decessi, la sepsi neonatale nel 3% dei casi; prese assieme, tali cause conducono al 71% delle morti neonatali nelle popolazioni non a rischio.

L'ipossia uterina e all'asfissia neonatale combinate alle malformazioni neonatali hanno prodotto, nel gruppo di studio, 75,1 morti per 100000 nati vivi; c'è da dire che molti feti con anomalie precedenti alla nascita vengono estratti con parto cesareo per poterli affidare alle cure immediate delle equipe neonatologiche e chirurgiche, motivo per cui il gap sui

TC continua ad essere mantenuto elevato rispetto al parto vaginale.

Dai dati riportati, la discussione sul rapporto rischio-beneficio del TC rispetto al parto vaginale, si arricchisce quindi di un altro sconcertante elemento scientifico recentemente acquisito: l'incremento del rischio di decesso materno nel post-partum, in seguito a TC (31). Difatti, un'altra recente pubblicazione francese (32), eseguita al fine di valutare i rischi potenziali del TC in termini di mortalità materna, ha evidenziato dei risultati molto interessanti; tutti i precedenti studi già eseguiti, non sono giunti ad alcuna conclusione definitiva poiché la gran parte di queste ricerche sono state condotte su donne che avevano partorito circa 15 anni prima e le conclusioni degli autori non potevano essere applicate ai tempi correnti, vista la progressione e l'evoluzione delle tecniche di anestesia e di assistenza ostetrica (33-43).

Ritornando allo studio di cui sopra (32), durante 5 anni di osservazione (1996-2000), eseguita mediante lo studio del Registro Nazionale Francese che raccoglie tutte le informazioni sui decessi materni post-partum (44), sono state valutate tutte le materne successive a TC e confrontate con un gruppo di controllo del French National Perinatal Survey, composto di 10.244 donne.

Dopo un'accurata elaborazione statistica, i risultati dello studio hanno evidenziato che il rischio di decesso post-partum per TC era di 3,6 volte più elevato rispetto al parto vaginale (OR di 3,64, 95% CI 2.15- 6.19) e sia il TC pre-partum che il TC intra-partum erano significativamente associati con un aumento del rischio di decesso materno, a causa di complicanze anestesologiche, infezioni puerperali e tromboembolie venose.

Secondo i dati elaborati, il rischio di decesso per emorragia post-partum, invece, non diffe-

riva fra TC e parto vaginale, dato sorprendente, in quanto non legato alla quantità generica di perdita ematica durante i due tipi di parti.

Le conclusioni dello studio erano che il TC si associa con un incremento del rischio di decesso per la madre nel post-partum ben maggiore del parto vaginale, a causa delle tre maggiori complicanze, pre e post-operatorie, degli interventi chirurgici maggiori.

Altri studi eseguiti sulle complicanze del TC "non motivato da cause mediche", hanno evidenziato altri aspetti molto importanti; si è visto che vi è un incremento, sempre rispetto al parto vaginale, delle endometriti nel post-partum (45,46), delle re-ospedalizzazioni per eventi infettivi (47,48) e degli eventi tromboembolici (47,48). Sebbene la sicurezza delle moderne tecniche anestesologiche utilizzate in corso di TC ha largamente migliorato l'analgia durante e dopo il TC, purtroppo i dati del lavoro francese (32) evidenziano un incremento del rischio di decesso materno per TC, da complicanze dell'anestesia e, soprattutto, in tre casi su quattro la donna è morta dopo anestesia generale e solo una per anestesia spinale.

Giacché in Francia il 12,9% dei TC è eseguito in anestesia generale, lo studio indica che tale tecnica è maggiormente legata a decesso materno (32) e, poiché la percentuale di TC è cresciuta dal 10,8% del 198 al 20,2% del 2003 (49,50), circa 160000 donne all'anno subiscono un TC e corrono il rischio di poter morire in maggiore percentuale per questa modalità di parto (51), smentendo coloro che hanno proposto tale modalità di parto come scelta possibile "a richiesta" (52).

#### IMPLICAZIONI MEDICO-LEGALI DELLA SCELTA DI ESEGUIRE O MENO UN "TC A RICHIESTA"

Il taglio cesareo "a richiesta della paziente" rappresenta oggi un fenomeno complesso, in

**TABELLA 1. Donne che hanno partorito in Italia con taglio cesareo nei cinque anni precedenti l'intervista per ripartizione geografica - Confronto 2004-2005 (dati provvisori) con 1999-2000 - (per 100 donne della stessa ripartizione geografica)**

Zona	Percentuale	Tendenza	Dati Recenti
Italia Nord-occidentale	24,5% (1999-2000)	↑	27,4% (2000-2004)
Italia Nord-orientale	25,3% (1999-2000)	↑	27,4% (2000-2004)
Italia Centrale	29,8% (1999-2000)	↑	34,2% (2000-2004)
Italia Meridionale	34,8% (1999-2000)	↑	45,4% (2000-2004)
Italia Insulare	35,8% (1999-2000)	↑	40,8% (2000-2004)
Italia	29,9% (1999-2000)	↑	35,2% (2000-2004)

parte sommerso, quindi difficilmente quantificabile perché spesso mascherato da indicazioni di comodo che non obbligano a valutare le conseguenze e le implicazioni della scelta effettuata.

Il diritto della donna di determinare il proprio modo di partorire si confronta con il diritto del medico di non eseguire un intervento chirurgico non necessario, che comporta un rischio maggiore per la salute della paziente ed un esito cicatriziale cutaneo correlato.

La Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia (FIGO) discute sul tema del TC a richiesta ma, al momento, lo considera una pratica non etica (fonti da "medline") e analoga posizione è stata assunta dalla Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada e dal Acog che raccomandano di approfondire e discutere con la donna in maniera approfondita benefici e rischi di un TC vs parto vaginale.

Nel processo mentale della donna un ruolo certamente importante è costituito dal vissuto personale o da quello familiare, ma anche dai racconti delle amiche piuttosto che dalle informazioni filtrate dai media o dai pareri espressi in sede giudiziale.

Una cattiva cultura è responsabile della pre-

sentazione del TC come la soluzione di tutto ed il non praticarlo, l'origine di tanti eventi disgraziati.

Il percorso decisionale e la personalizzazione delle scelte è influenzato enormemente dal consenso informato.

Le decisioni terapeutiche hanno smesso, a buon ragione, di essere frutto di un metodo paternalistico ove contava solo il giudizio del medico a cui si concedeva la capacità e l'autorità di fare sempre la cosa giusta. Oggi invece si richiede, al sanitario di informare fornendo il massimo di conoscenze sullo stato dell'arte, ed al paziente il diritto all'autodeterminazione che costituisce un aspetto imprescindibile del processo decisionale.

Questo significa anche che il trattamento dovrebbe essere personalizzato, ma le difficoltà decisionali si formano perché non sempre i punti di vista sono conciliabili ed il medico si trova a dover utilizzare delle linee guida talora non adeguate al singolo caso, specialmente in situazioni, come quelle dell'assistenza ostetrica che sono, di per sé, molto complesse o che lo possono rapidamente diventare in ogni momento del travaglio e del parto.

Il diritto alla salute deriva dalla Costituzione ed è in conseguenza del rispetto della liber-

tà personale all'autodeterminazione, ma anche dalla coscienza che la salute non discende solo dal benessere del corpo, ma anche dall'equilibrio psichico o psicologico.

L'Acog sostiene che si deve dare accoglienza alla richiesta di TC, anche in assenza di evidenti ragioni mediche, se la salute ed il benessere della paziente ne possono guadagnare.

I problemi nascono nel momento in cui non c'è coincidenza tra l'opinione di una paziente informata e l'opinione personale del medico. Uno studio condotto in Australia negli anni passati dichiarava che, tre mesi dopo il parto, il 20% delle donne non sapeva perché aveva fatto il TC oppure dava spiegazioni sbagliate. Un altro 16% forniva spiegazioni approssimative.

Il senso dell'informazione elargita dal medico è condizionato non solo dalle conoscenze scientifiche, ma anche dall'esperienza personale e professionale.

Una recente indagine condotta in Inghilterra ha evidenziato che il 17% dei medici ostetrici, ed il 33% erano medici donna, posti di fronte alla domanda su quale scelta di parto avrebbe adottato per sé o le loro partners, optavano per il TC elettivo; tra questi, l'88% spiegava la scelta riferendosi alla paura di ricevere con il parto vaginale dei danni al pavimento pelvico.

In Italia, l'Istituto Superiore di Sanità ha svolto un'indagine sulle cause di richiesta del TC che conferma, nei suoi risultati, l'importanza delle esperienze vissute.

Sono state comunque individuate le cause della paura del parto e vengono così riassunte:

- cause biologiche (la paura del dolore)
- cause psicologiche (disturbi della personalità, precedenti eventi traumatici, a paura di essere inadeguate al ruolo del genitore)
- cause sociali (le incertezze economiche e dei supporti assistenziali sociali)
- cause secondarie (parti complicati e vissuti nell'emergenza, conseguenze fisiche quali prolasso e incontinenza).

Viene da chiedersi se la liceità dell'atto medico è sufficientemente tutelata dal consenso della paziente; in altre parole, se è un reato eseguire un intervento senza il consenso del paziente, non potrebbe essere considerato un delitto contro la libertà della perso-

**TABELLA 2. Percentuale di parti con taglio cesareo nei Paesi dell'Unione Europea, negli Stati Uniti e in Canada – 1999- 2003)**

Paese	%
Usa (2003)	27,5
Canada (2000-2001)	21,2
Unione Europea (2002)	23,7
Italia (2003)	36,9
Portogallo (2003)	31,9
Germania (2003)	24,8
Spagna (2002)	23,5
Irlanda (2001)	23,4
Lussemburgo (2002)	23,3
Austria (2003)	22,1
Gran Bretagna (2002)	21,7
Francia (2003)	18,8
Svezia (2002)	16,4
Finlandia (2003)	16,2
Belgio (1999)	15,9
Olanda (2002)	13,5
Danimarca (2003)	13,5

Fonti: per l'Italia "Ministero della salute - Schede di dimissione ospedaliera 2003";

Per i Paesi europei "European health for all database" dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS);

Per il Canada "Canadian Institute for health information"; Per gli USA "Department of health and human services"

na il non accettare di eseguire un intervento richiesto per procreare?

Sotto il profilo giuridico, la problematica del taglio cesareo su richiesta della donna in assenza di indicazioni mediche offre al ginecologo argomenti a favore e contro l'accoglimento di tale richiesta.

Infatti, coloro i quali manifestano, netta contrarietà a considerare legittimo un intervento di taglio cesareo basato esclusivamente sulla volontà del soggetto, ricordano:

- l'obbligo del medico di agire secondo scienza e coscienza e con piena libertà tecnico-operativa che, prima che un diritto del medico, rappresenta un obbligo;
- la possibilità del medico di rifiutare la propria opera professionale (ex. art. 39 del Codice Deontologico);
- l'interpretazione restrittiva dell'articolo 5 C.C. che vieta gli atti dispositivi del proprio corpo;
- evidente prevalenza statistica dei rischi in termini di mortalità e morbilità materna, in proporzione ai reali benefici in un raffronto tra il parto addominale e quello vaginale e ciò in base alla comune scienza ed esperienza nell'attuale momento storico;
- il rischio per il medico di essere chiamato a rispondere per lesioni provocate da un intervento chirurgico non medicalmente necessario.

Viceversa, i fautori del taglio cesareo su richiesta riconoscono la sua legittimità sulla base dei seguenti argomenti:

- principio dell'autodeterminazione del soggetto (art. 2, 13 e 32 della Costituzione);
- ipotesi di reato di cui agli articoli 328 (rifiuto di atti di ufficio-omissione) e 593 C.P. (omissione di soccorso), per il medico che rifiuta la prescrizione sanitaria in oggetto;
- non contrasto di tale pratica sanitaria con l'articolo 5 C.C.;
- l'incidenza non trascurabile di sequele patologiche legate al parto per via vaginale che bilancia il rischio legato alla procedura chirurgica, considerando non soltanto le lesioni delle parti molli (conseguenza immediata del parto vaginale), ma anche la patologia a distanza che può essere considerata patrimonio quasi esclusivo delle donne che hanno partorito per via vaginale (prolassi, lesioni benigne e maligne del collo uterino, ecc.).

La soluzione delle situazioni conflittuali può solamente trovarsi in una informazione che sia quanto possibile corretta, nella costituzione di appositi gruppi di confronto tra medici, ostetriche e partorienti.

Alcune sentenze giuridiche e alcune valutazioni medico-legali hanno considerato le principali implicazioni di tipo medico-legale, associate ad una problematica così attuale e controversa.

Come sostiene Marra (53), per meglio capire l'attuale orientamento giurisprudenziale esistente a riguardo nel nostro paese è utile partire da una nota ma datata sentenza della Corte di Cassazione Penale (n.7415 18/03/87 co-

nosciuta come "*sentenza Conciani*") con cui fu assolto il ginecologo che praticava la sterilizzazione volontaria dall'imputazione di lesione volontaria, perché il fatto non costituisce reato; alcune affermazioni contenute nella sentenza possono, difatti, valere come principi generali, utili nella soluzione del problema sulla liceità penale o meno del TC volontario.

La Suprema Corte, stressando la differenza tra integrità fisica e salute (tutelata dalla norma costituzionale, art. 32, in modo predominante rispetto alla stessa integrità fisica), conclude che l'interesse della collettività alla tutela della salute non è certamente leso da interventi come la sterilizzazione, che possono, al contrario, giovare all'equilibrio psichico dell'individuo che volontariamente vi si sottopone.

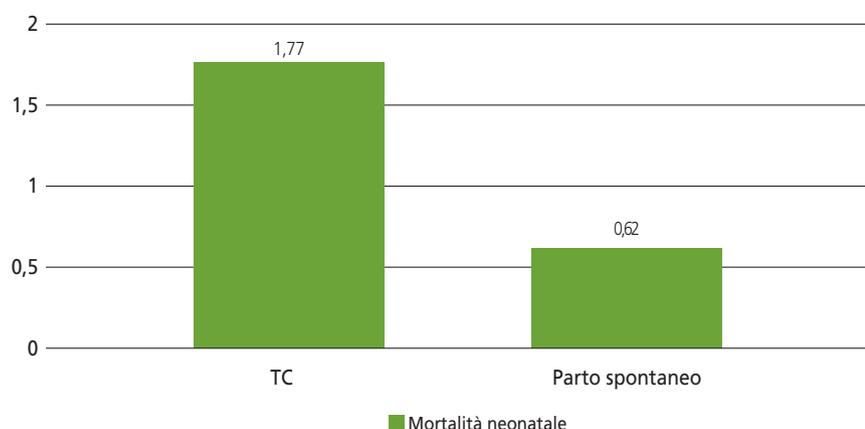
La Corte ha, inoltre, aggiunto che la tendenza dell'attuale ordinamento autorizza compromissioni molto più estese dell'integrità fisica rispetto a quelle che determinano la sterilizzazione volontaria, riportando come esempi la legge 164 del 1982 sul transessualismo e la legge 194/78 sull'aborto (53).

Ritornando al TC "*a richiesta*", la donna che richiede tale intervento lo fa per sottrarsi al possibile dolore, per una finalità, quindi, edonistica che non può essere rifiutata dall'ordinamento, il quale già ammette una serie di interventi chirurgici tesi a soddisfare mere esigenze di piacere personale (basti pensare agli interventi di chirurgia estetica).

Il TC "*non motivato da cause mediche*", inoltre, rispetto alla sterilizzazione che impedisce in modo spesso irreversibile la capacità di procreare, incide in minor misura sulla integrità fisica in quanto non ostacola fertilità e capacità di portare a termine successive gravidanze, limitate al più dal rischio di dover ripetere il TC; in questa ottica il TC non è contrario alla legge, non essendovi alcuna proibizione specifica espressa, ma è contrario all'operato del medico in favore della donna e del nascituro, giacché i dati riportati dai recenti lavori americani e francesi fanno riflettere sulla necessità di sottoporre la donna ad un TC iterativo.

Ricordiamo difatti che la mortalità infantile post-TC è risultata essere di 1,77 morti per 1000 nati vivi rispetto a 0,62 per 1000 dei parti vaginali, con un cospicuo e netto incremento della percentuale (di 2,9 volte) per i TC

**GRAFICO 1. La mortalità infantile post-TC è risultata essere di 1,77 morti per 1000 nati vivi rispetto a 0,62 per 1000 dei parti vaginali, con un cospicuo e netto incremento della percentuale (di 2,9 volte) per i TC**



(31) e il rischio di decesso materno post-partum per TC è di 3.6 volte più elevato rispetto al parto vaginale (OR di 3.64, 95% CI 2.15–6.19) per un aumento del rischio di complicanze anestesologiche, infezioni puerperali e tromboembolie venose (32).

Un ultimo, ma considerevole rischio che incorre durante l'esecuzione di un TC, da considerare sempre in caso di taglio cesareo "a richiesta" è la possibilità di insorgenza di reazioni anafilattiche durante l'intervento.

Un recente articolo pubblicato su una rivista specialistica di anestesia ostetrica, riporta un incremento della sensibilità al lattice delle donne rispetto all'uomo e le procedure ostetrico-ginecologiche sembrerebbero favorire la possibilità di reazioni anafilattiche al lattice.

Un gruppo di ricercatori ha analizzato i casi di anafilassi in 1240 TC eseguiti nel 2004, evidenziandone ben 4: queste pazienti, dopo anamnesi e test per eventuali allergie a farmaci e lattice (tutte negativi), erano state tutte sottoposte ad anestesia spinale per eseguire un TC, ma presentavano, parimenti, reazione allergica al lattice durante l'intervento. La sintomatologia allergica evidenziata includeva: edema facciale, profusa rinorrea, orticaria, eritema generalizzato, rash cutaneo e ipotensione; una delle pazienti manifestava persino broncospasmo, dispnea, tachipnea e shock anafilattico, con richiesta di intubazione orotracheale ed epinefrina.

I dati evidenziati nello studio osservazionale evidenziavano dunque un'elevata incidenza di shock anafilattico intraoperatorio determinato da allergia al lattice (1:310), probabilmente correlato alle caratteristiche della popolazione specifica studiata o alla patologia ostetrica concomitante; nelle conclusioni, oltre alle comuni indicazioni anamnestiche ad eseguire gli esami per possibili reazioni allergiche ad alimenti o a farmaci, gli autori sottolineavano che tutte le pazienti sospette per reazioni anafilattiche, devono essere, possibilmente, sempre premedicate e desensibilizzate con steroidi e antistaminici, al fine di ridurre il rischio intraoperatorio (54).

## CONCLUSIONI

Alla luce anche della problematica tanto sentita dall'opinione pubblica relativa all'eccessivo numero di TC praticati nelle nostre strutture sanitarie, il ginecologo non dovrebbe

mai spingere la gestante alla scelta del TC, in assenza di specifiche indicazioni mediche, e dovrebbe informarla correttamente, spiegando tutte le possibili complicanze materne e fetali, compresi i rischi per le future gravidanze; in caso contrario il comportamento dell'ostetrico non sarebbe deontologicamente corretto e sarebbe, pertanto, condannabile dal punto di vista "etico".

Il TC "a richiesta" comporta, dunque, un conflitto tra il dovere morale del clinico di non esporre, "senza fini terapeutici", la paziente e il neonato ad un aumentato rischio di decesso e comporta anche un dovere dello stesso clinico, quello di rispettare l'autonomia decisionale della donna, senza tuttavia incorrere in sanzioni medico-legali "a piacere della corte", in un possibile contenzioso.

## BIBLIOGRAFIA

1. Dati ISTAT. Statistiche in breve: "Gravidanza, parto, allattamento al seno"; periodo di riferimento: Anni 2004-2005: 05 giugno 2006
2. Martin JA, Hamilton BE, Menacker F, Sutton PD, Mathews TJ. Preliminary births for 2004: Infant and maternal health. Health E-Stat, November 15, 2005. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/prelimbirths04/prelimbirths04health.htm>
3. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Munson ML. Births: Final data for 2003. Natl Vital Stat Rep 2005;54(2): 15–17
4. US Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. 2nd ed. 2 vols. Washington, DC: US Government Printing Office, Nov, 2000. Available at: <http://www.health.gov/healthypeople>
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Evaluation of Cesarean Delivery: ACOG Guidelines. Washington, DC: Author, 2000.
6. Menacker, F. Trends in cesarean rates for first births and repeat cesarean rates for low-risk women: United States, 1990–2003. Natl Vital Stat Rep 2005;54(4):1–12
7. National Center for Health Statistics. Birth Cohort Linked Birth/Infant Death Data Set. National Center for Health Statistics CD-ROM Series 20 (published annually)
8. Riskin A, Riskin-Mashiah S, Lusky A, Reichman B. The relationship between delivery mode and mortality in very low birthweight singleton vertex-presenting infants. BJOG 2004;111:1365–1371
9. Jonas HA, Lumley JM. The effect of mode of delivery on neonatal mortality in very low birth weight infants born in Victoria, Australia:

Caesarean section is associated with increased survival in breech-presenting, but not vertex-presenting infants. *Pediatr Perinat Epidemiol* 1997; 11:181–199

10. Jonas HA, Khalid N, Schwartz SM. The relationship between cesarean section and neonatal mortality in very low birth weight infants born in Washington State, USA. *Pediatr Perinat Epidemiol* 1999;13:170–189

11. Narayan H, Taylor DJ. The role of cesarean section in the delivery of the very preterm infant. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101:936–938

12. Kiely J. Mode of delivery and neonatal death in 17,587 infants presenting by the breech. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98:898–904

13. Smith GCS, Shah I, White IR, et al. Mode of delivery and the risk of delivery-related perinatal death among twins at term: A retrospective cohort study of 8073 births. *BJOG* 2005; 112:1139–1144

14. Vintzileos AM, Ananth CV, Kontopoulos E, Smulian JC. Mode of delivery and risk of stillbirth and infant mortality in triplet gestations: United States, 1995 through 1998. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192; 464–469

15. Kontopoulos EV, Ananth DV, Smulian JC, Vintzileos AM. The influence of mode of delivery on twin neonatal mortality in the US: Variance by birth weight discordance. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192; 252–256

16. Meikle SF, Steiner CA, Zhang J, Lawrence WL. A national estimate of the elective primary cesarean delivery rate. *Am J Obstet Gynecol* 2005;105:751–756

17. Health Grades Inc. Third Annual Report On "Patient Choice" Cesarean Section Rates in the United States. Health Grades Quality Study. Lakewood, Colorado: Author, Sept, 2005

18. Declercq E, Menacker F, MacDorman MF. Rise in "no indicated risk" primary cesareans in the United States, 1991–2001: Cross sectional analysis. *BMJ* 2005; 330:71–72
19. Mathews TJ, Menacker F, MacDorman MF. Infant mortality statistics from the 2001 period linked birth/infant death data set. *Natl Vital Stat Rep* 2003;52(2):1–28
20. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth revision. Geneva: Author, 1992
21. Anderson RN, Smith BL. Deaths: Leading causes for 2002. *Natl Vital Stat Rep* 2005; 53(17):1–92
22. World Health Organization. Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death, Based on the Recommendations of the Ninth Revision Conference, 1975. Geneva: Author, 1977
23. National Center for Health Statistics. Comparability of Cause of-death File between ICD-9 and ICD-10. A downloadable, double-coded file based on the 1996 data year multiple cause of death file. 2004
24. SAS Institute. SAS/STAT User's Guide, Version 8. Cary, North Carolina: Author, 1999
25. Doherty EG, Eichenwald EC. Cesarean delivery: Emphasis on the neonate. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47:332–341
26. Jackson N, Paterson-Brown S. Physical sequelae of caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001;15:49–61
27. McFarlin BL. Elective cesarean birth: Issues and ethics of an informed decision. *JMidwiferyWomens Health* 2004;49: 421–429
28. Levine EM, Ghai V, Barton JJ, Strom CM. Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. *Obstet Gynecol* 2001;97: 439–442.
29. Smith JF, Hernandez C, Wax JR. Fetal laceration injury at cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1997;90:344–346
30. Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: Influence of timing of elective caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102: 101–106
31. Otamiri G, Berg G, Ledin T, et al. Delayed neurological adaptation in infants delivered by elective cesarean section and the relation to catecholamine levels. *Early Hum Dev* 1991;26: 51–60
32. MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. Infant and Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Women with "No Indicated Risk," United States, 1998–2001 Birth Cohorts. *Birth* 2006; 33: 175–82
33. Deneux-Tharaux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, Breart G. Postpartum Maternal Mortality and Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol*. 2006 Sep;108(3):541–548
34. Evrard JR, Gold EM. Cesarean section and maternal mortality in Rhode Island. Incidence and risk factors, 1965–1975. *Obstet Gynecol* 1977;50:594–7
35. Frigoletto FD Jr, Ryan KJ, Phillippe M. Maternal mortality rate associated with cesarean section: an appraisal. *Am J Obstet Gynecol* 1980;136:969–70
36. Harper MA, Byington RP, Espeland MA, Naughton M, Meyer R, Lane K. Pregnancy-related death and health care services. *Obstet Gynecol* 2003;102:273–8
37. Lilford RJ, van Coeverden de Groot HA, Moore PJ, Bingham P. The relative risks of caesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;97: 883–92
38. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Cesarean delivery and postpartum mortality among primiparas in Washington State, 1987–1996. *Obstet Gynecol* 2001;97: 169–74
39. Petitti DB, Cefalo RC, Shapiro S, Whalley P. In-hospital maternal mortality in the United States: time trends and relation to method of delivery. *Obstet Gynecol* 1982; 59:6–12
40. Rubin GL, Peterson HB, Roach RW, McCarthy BJ, Terry JS. Maternal death after cesarean section in Georgia. *Am J Obstet Gynecol* 1981;139:681–5
41. Sachs BP, Yeh J, Acker D, Driscoll S, Brown DA, Jewett JF. Cesarean section-related maternal mortality in Massachusetts, 1954–1985. *Obstet Gynecol* 1988; 71:385–8
42. Schuitemaker N, van Roosmalen J, Dekker G, van Dongen P, van Geijn H, Gravenhorst JB. Maternal mortality after cesarean section in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76: 332–4
43. Subtil D, Vaast P, Dufour P, Depret-Mosser S, Codaccioni X, Puech F. Maternal consequences of cesarean as related to vaginal delivery. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2000;29 suppl:10–6
44. Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999;354:776
45. Bouvier-Colle MH. Confidential enquiries and medical expert committees: a method for evaluating healthcare. The case of Obstetrics [in French]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2002;50:203–17
46. Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2004;103:907–12
47. Allen VM, O'Connell CM, Liston RM, Baskett TF. Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term. *Obstet Gynecol* 2003;102:477–82
48. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of delivery and maternal rehospitalization. *JAMA* 2000;283:2411–6
49. Liu S, Heaman M, Joseph KS, Liston RM, Huang L, Sauve R, et al. Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 836–42
50. Blondel B, Supernant K, du Mazaubrun C, Breart G. Perinatal health in metropolitan France between 1995 and 2003 [in French]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2006;35: 373–87
51. Guihard P, Blondel B. Trends in risk factors for caesarean sections in France between 1981 and 1995: lessons for reducing the rates in the future. *BJOG* 2001; 108:48–55
52. Nygaard I, Cruikshank DP. Should all women be offered elective cesarean delivery? *Obstet Gynecol* 2003;102:217–9.
53. Marra "Il ginecologo e l'ostetrico." Diritti, doveri e responsabilità"; Passoni editore 2003
54. Draisci G, Nucera E, Pollastrini E, Forte E, Zanfini B, Pinto R, Patriarca G, Schiavino D, Pietrini D. Anaphylactic reactions during cesarean section. *Int J Obstet Anesth*. 2007 Jan;16(1):63–7. Epub 2006 Nov 27