

■ STERILIZZAZIONE TUBARICA

Domenico Corea

UO Ostetricia e Ginecologia, Ospedale "A. Pugliese", Catanzaro

Uno dei problemi che il ginecologo si trova spesso ad affrontare e su cui vige disparità di vedute consiste nella **liceità** o meno della sterilizzazione tubarica. Una risposta a tale quesito non può prescindere da un inquadramento dei fondamenti giuridici cui bisogna necessariamente fare riferimento.

Il vecchio codice Rocco, promulgato nel lontano 1930, prevedeva un intero titolo (*Dei delitti contro l'integrità e la sanità della stirpe* – artt. 545-555 c.p.), abrogato dall'art. 22, legge 22 maggio 1978, n. 194, cui non erano estranee finalità di carattere demografico (incremento delle nascite) perseguite dal regime fascista. L'art. 552 c.p. puniva con la reclusione da sei mesi a due anni sia l'autore di "atti diretti a rendere il soggetto impotente alla procreazione", che il consenziente "al compimento di tali atti sulla propria persona" e l'art. 583 c.p. condannava come lesione personale gravissima "la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare".

Inoltre, il nostro ordinamento di diritto positivo aveva posto, come limite agli atti di disposizione del proprio corpo, l'art. 5 del codice civile secondo cui "gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume".

D'altra parte lo stesso concetto di "salute" era, fino ad alcuni decenni addietro, circoscritto nel perimetro dell'assenza di malattia senza includere fattori di disagio psichico, fisico e anche sociale.

Nel corso degli anni si è via via sempre più affermato il concetto di salute così come definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ("Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità", OMS, 1948) che, insieme a una visione sempre più edonistica della vita, sostenuta da una maggiore presa di coscienza dei diritti individuali, ha portato a importanti ricadute etiche e medico-legali (ad

esempio liceità degli interventi di chirurgia estetica, dei trapianti, esecuzione del taglio cesareo senza indicazione strettamente medica, risarcimento del danno biologico, interventi di transessualismo, legalizzazione dell'aborto, adozione di pratiche contraccettive e altro).

L'elemento che accomuna tali pratiche consiste nel fatto che la menomazione dell'integrità fisica (anche permanente) viene giustificata dalla tutela della salute nella sua accezione più ampia così come definita dall'OMS.

La sterilizzazione tubarica volontaria rappresenta in assoluto il metodo contraccettivo più utilizzato nel mondo, e negli Stati Uniti il più diffuso dopo i 35 anni [1]: una scelta fatta da 10 milioni di donne statunitensi tra i 35 e i 44 anni, dal 23% delle tedesche e dal 15% delle olandesi [2-4].

Pur in assenza di dati precisi (esistono ancora centri nei quali la sterilizzazione tubarica viene eseguita senza che resti traccia documentale in cartella clinica nella errata convinzione che la sua pratica, in assenza di specifica indicazione medica, non sia ammessa dalla legge), possiamo dire che in Italia la sterilizzazione tubarica costituisce un mezzo contraccettivo poco usato in quanto limitato a casi particolari e soggetta a una forte componente discrezionale del medico a cui viene richiesta [3, 5].

Riteniamo tuttavia che lo sbarramento dell'art. 5 alla pratica della sterilizzazione tubarica, pur non essendo superato a livello normativo, cioè da una specifica legge che ne definisca confini e possibili deroghe, può ritenersi superato in via giurisprudenziale alla luce delle seguenti considerazioni.

- ▷ Il concetto di "salute", così come indica l'OMS e come si è via via evoluto negli anni, include il **benessere psico-fisico e anche sociale della donna** e presuppone anche una vita sessuale serena che possa portare a una procreazione "cosciente e responsabile" (legge 184).
- ▷ Il già citato Titolo X del vecchio codice Rocco è stato completamente abrogato.
- ▷ Lo sbarramento dell'art. 5 può essere superato, nel bilanciamento degli interessi e così come è avvenuto in altri ambiti di atti dispositivi del proprio corpo, dal beneficio che riceve la donna dal vivere una vita sessuale serena senza il timore di dovere ricorrere a pratiche abortive. Va rilevato che tale deroga non contrasta con l'art. 32 della Costituzione, che tutela la "salute" – fisica e psichica – come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività"; anzi, proprio tale norma costituzionale rappresenta la corretta chiave di lettura dello stesso art. 5 c.c. In altri termini, il concetto di "integrità fisica" (cui fa riferimento l'art. 5 c.c.) è diverso, ma meno rilevante rispetto a quello di "salute" (cui fa riferimento l'art. 32 della Costituzione), per cui è da ritenersi lecito causare una riduzione dell'integrità fisica allorché ciò possa servire a proteggere la salute della donna, anche solo psichica. La sterilizzazione, pertanto, può determinare giovamento "all'equilibrio psichico

dell'individuo che volontariamente vi si sottopone, senza nocumento per la collettività medesima" [5], a prescindere quindi dall'integrità fisica. La liceità dell'intervento di sterilizzazione resta comunque subordinata alla maggiore età e alla capacità della paziente di prestare un valido consenso.

- ▶ La giurisprudenza negli ultimi anni ritiene quindi la procedura lecita e lo stesso ordinamento amministrativo prevede la sterilizzazione tubarica, sia pure indirettamente, come procedura legittima in quanto remunerabile attraverso DRG dedicati (nn. 361, 362, 374).
- ▶ La sentenza della Corte Costituzionale n. 471 del 22 ottobre 1990 valorizzando i principi costituzionali di "inviolabilità della persona umana" e di "libertà" afferma che in tale libertà "è postulata la sfera di esplicazione del potere della persona di disporre del proprio corpo". Successivamente, il Tribunale Civile di Milano (20 ottobre 1997), nel considerare lecita "a tutti gli effetti" la sterilizzazione, in osservanza dell'art. 2 ("la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo") e dell'art. 13 della Costituzione, afferma la responsabilità del medico per non aver egli eseguito correttamente l'intervento di vasectomia e aver così colposamente leso l'esercizio del "diritto assoluto di libertà dei coniugi di liberamente determinarsi rispetto alla procreazione e alla loro vita futura".
- ▶ Di un qualche interesse riteniamo sia la considerazione che le moderne pratiche di procreazione medicalmente assistita consentono, sia pure in modo non naturale, alla donna di avere delle gravidanze anche dopo aver subito la sterilizzazione tubarica.
- ▶ La legge 194/78 ("Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza") costituisce un ulteriore e fondamentale argomento a favore della liceità della sterilizzazione tubarica in quanto riconosce "il diritto alla procreazione cosciente e responsabile" (art. 1) e abroga all'art. 22 la norma speciale di cui all'art. 552 c.p., depenalizzando gli atti intesi a produrre incapacità a procreare. Siffatte disposizioni sono funzionali alla realizzazione di uno degli obiettivi principali della legge 194/78 e cioè evitare il ricorso all'aborto come mezzo di limitazione delle nascite.

Sono sempre più numerose le evidenze circa l'effetto protettivo nei confronti del cancro ovarico che viene esercitato dalla salpingectomia profilattica [6-13]. Christine Holschneider sostiene che il British Columbia Ovarian Cancer Prevention Project stima una riduzione del 50% per il carcinoma ovarico in 20 anni, in caso di salpingectomia eseguita al momento dell'isterectomia o della sterilizzazione tubarica. Sostiene inoltre che alcuni dei benefici potrebbero osservarsi molto prima; infatti la potenziale prevenzione di masse annessiali postisterectomia è un vantaggio molto più immediato.

La tuba residua può evolvere in idrosalpinge, che richiede un ulteriore intervento chirurgico in un massimo dell'8% delle pazienti. Se questo viene evitato

con la salpingectomia al momento dell'isterectomia, tanto dolore, ansia e spese di assistenza sanitaria potrebbero essere risparmiati. Sulla scorta di tali evidenze riteniamo costituisca una buona pratica medica il proporre alle donne che richiedono la sterilizzazione tubarica la salpingectomia bilaterale dopo aver informato le stesse (e fatto sottoscrivere il consenso informato specifico) sui minori (presumibilmente) rischi di fallimento della metodica e sull'effetto protettivo (riduzione di circa il 50%) nei confronti del cancro ovarico.

Il possibile fallimento della procedura di sterilizzazione tubarica espone il medico ad azione giudiziaria. L'esame della casistica giurisprudenziale in materia evidenzia numerosi casi di processi intentati per:

- sterilizzazione tubarica eseguita senza l'acquisizione di un valido e documentato consenso informato;
- fallimento della sterilizzazione tubarica.

Recentemente la Cassazione si è occupata di un caso di fallimento della sterilizzazione tubarica eseguita in corso di taglio cesareo (Corte di Cassazione, sez. III Civile, sentenza 10 luglio - 24 ottobre 2013, n. 24109) ribadendo l'obbligo di una corretta informazione circa la possibilità di fallimento della sterilizzazione tubarica ("l'adempimento di tale obbligo informativo, da parte dei sanitari, avrebbe non solo evitato la violazione del diritto all'autodeterminazione della paziente, resa consapevole circa la non definitività della sterilizzazione e informata quindi, in maniera completa ed esaustiva, sul bilancio rischi-vantaggi derivante dall'intervento – non sussistendo alcuna valida autodeterminazione, senza l'informazione cui la paziente aveva diritto – ma le avrebbe altresì consentito di adottare, nel successivo decorso del tempo, le opportune misure nonché gli utili accertamenti e controlli clinici, atti a impedire ulteriori gravidanze non volute").

Come accennato, la liceità della sterilizzazione tubarica presuppone l'acquisizione di un valido consenso informato.

Per tale motivo è necessario che la donna sia capace di intendere e di volere; che le venga spiegata in modo chiaro e comprensibile la tecnica operatoria relativa, le possibili complicanze e l'eventualità di fallimento della procedura e che sia data una risposta circostanziata, univoca e chiara ai dubbi e alle domande poste dalla paziente.

Non appare superfluo rilevare che di tutto ciò deve essere redatto dal medico e sottoscritto dalla paziente un documento che costituisce parte integrante della cartella clinica [5, 14-17].

Allo scopo di evitare contenziosi e di tutelarsi da eventuali azioni giudiziarie riteniamo utile usare i seguenti accorgimenti.

1. Documentare sempre l'esecuzione della procedura. Non lasciarsi tentare da atteggiamenti reticenti (retaggi della impostazione dei vecchi ostetrici che avevano operato in tempi in cui la liceità della sterilizzazione non era consolidata) nella convinzione – errata – che sottacere l'esecuzione della procedura protegga da eventuali contenziosi.
2. Eseguire la sterilizzazione sezionando le tube, allontanando i monconi e legando con filo non riassorbibile, nella consapevolezza che nemmeno l'adozione di tali accorgimenti garantisce in modo certo da gravidanze indesiderate.
3. Informare la donna nel colloquio preintervento estesamente e in modo chiaro circa la possibilità di fallimento della metodica. Tale evenienza deve essere riportata in modo chiaro e univoco sul consenso informato sottoscritto dalla donna (a tale proposito si ricorda che il diritto di praticare la sterilizzazione tubarica costituisce un diritto personale della donna e che non rileva un'eventuale volontà contrastante del partner della stessa).
4. Sulla scorta delle nuove evidenze cliniche che attribuiscono alla salpingectomia profilattica un forte protezione nei confronti del carcinoma ovarico riteniamo rientrare nella buona pratica clinica proporre alla donna l'esecuzione della salpingectomia bilaterale conseguendo il duplice risultato di ridurre il rischio di insorgenza di carcinoma ovarico e di rendere (presumibilmente) meno probabile il fallimento della procedura.
5. L'esecuzione della sterilizzazione tubarica eseguita come intervento a sé stante e non in corso di intervento per taglio cesareo (cioè in laparoscopia o in isteroscopia) non dovrebbe incontrare limiti giuridici.

◆ Riferimenti bibliografici

- [1] Peterson H.B. *Sterilization*. *Obstet Gynecol* 2008;111(1):189.
- [2] *Report of the International Conference on Population and Development*. Il Cairo 5-13 settembre 1994; numero del documento A/CONF. 171/13, 18 ottobre 1994. La citazione si trova nel capitolo 7, n. 72. Si veda il rapporto *Reproductive Health*, n. 1.
- [3] Chapman L, Magos A. *Female sterilization*. *Expert Rev Med Devices* 2008;5:525-37.
- [4] Duffy S, Marsh F, Rogerson L, Hudson H, Cooper K, Jack S, Hunter D, Philips G. *Female sterilisation: a cohort controlled comparative study of ESSURE versus laparoscopic sterilisation*. *BJOG* 2005;112(11):1522-8.
- [5] Levie M, Chudnoff S. *Prospective analysis of office-based hysteroscopic sterilization*. *J Minim Invasive Gynecol* 2006;13:98-101.

- [6] Shih I, Kurman RJ. *Ovarian tumorigenesis: a proposed model based on morphological and molecular genetic analysis*. Am J Pathol 2004;164:1511-8.
- [7] Kuo KT, Guan B *et al*. *Analysis of DNA copy number alterations in ovarian serous tumors identifies new molecular genetic changes in low-grade and high-grade carcinomas*. Cancer Res 2009;69:4036-42.
- [8] Cho KR, Shih I. *Ovarian cancer*. Ann Rev Pathol 2009;4:287-313.
- [9] Kurman RJ, Shih IeM. *Molecular pathogenesis and extraovarian origin of epithelial ovarian cancer-shifting the paradigm*. Hum Pathol 2011;42:918-31.
- [10] Kurman RJ, Shih IeM. *The origin and pathogenesis of epithelial ovarian cancer: a proposed unifying theory*. Am J Surg Pathol 2010;34:433-43.
- [11] Vakinin Z, Gottlieb WH. *Molecular basis of gynecologic cancers*. In: *Textbook of gynaecological oncology*, Ayhan A, Reed N, Gultekin M, Dursun P. (Eds.). Gunes Publishing, Ankara, Istanbul, Kosuyolu, 2012;183-90.
- [12] Callahan MJ, Crum CP *et al*. *Primary fallopian tube malignancies in BRCA-positive women undergoing surgery for ovarian cancer risk reduction*. J Clin Oncol 2007;25:3985-90.
- [13] Shaw PA, Rouzbahman M *et al*. *Candidate serous cancer precursors in fallopian tube epithelium of BRCA1/2 mutation carriers*. Mod Pathol 2009;22:1133-8.
- [14] Jamieson DJ, Hillis SD, Duerr A. *Complications of interval laparoscopic tubal sterilization: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization*. Obstet Gynecol 2000;96:997-1002.
- [15] Kerin JF, Cooper JM, Price T, Herendael BJ, Cayuela-Font E, Cher D, Carignan CS. *Hysteroscopic sterilization using a micro-insert device: results of a multicentre Phase II study*. Hum Reprod 2003;18(6):1223-30.
- [16] Kerin JF, Carignan CS, Cher D. *The safety and effectiveness of a new hysteroscopic method for permanent birth control: results of the first Essure pbc clinical study*. Aust NZJ Obstet Gynaecol 2001;41(4):364-70.
- [17] Kulier R, Boulvain M, Walker D, Candolle G, Campana A. *Minilaparotomy and endoscopic techniques for tubal sterilization*. Cochrane Database of Syst Rev 2004;(3):CD001328.