

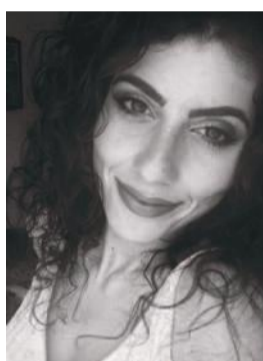
## PARTO CESAREO SU RICHIESTA MATERNA

# È tempo di lasciar scegliere la donna

## INTRODUZIONE

Il taglio cesareo (TC) è una procedura chirurgica conosciuta fin dal IV-V secolo a.C., inizialmente praticato per salvare la vita del feto in caso di morte materna. In epoca moderna, il TC è una modalità di parto utilizzata per salvaguardare il benessere fetale e materno. L'incidenza del TC è in aumento in tutto il mondo, non solo nei Paesi sviluppati ma anche in quelli in via di sviluppo. [1]

I dati ottenuti dal Rapporto Euro-Peristat 2015 [2] mostrano che i tassi di TC superano anche il 40% in alcuni Paesi. In Italia, secondo l'ultimo bollettino CeDAP (Certificato di Assistenza al Parto) del 2021, il tasso di TC è del 31,2% (nel grafico 1 l'andamento dei parti negli ultimi 20 anni)



**ILARIA MARCACCI**  
**MARCO DI PAOLO**  
U.O. di Medicina Legale  
Dipartimento di Patologia  
Chirurgica, Medica,  
Molecolare e dell'Area Critica  
Università di Pisa  
Ospedale S. Chiara

**IN QUESTO CONTESTO**, è andata accreditandosi una nuova entità rappresentata dal taglio cesareo su richiesta materna (TCRM), ovvero il taglio cesareo elettivamente eseguito in assenza di indicazioni mediche e/o ostetriche. Il TCRM acquisisce una sempre maggiore importanza nel settore ginecologico in quanto, a fronte di un aumento generale del tasso di TC, si apprezza un aumento anche di questa specifica modalità. Mentre in precedenza la decisione di sottoporsi ad un taglio cesareo si basava esclusivamente su fattori medici, al giorno d'oggi questa procedura diventa spesso una scelta della donna [3].

Infatti, già nel 2004 il tasso di TCRM rappresentava almeno il 4-18% di tutti i TC e il 14-22% di quelli programmati [4] e questa percentuale, a causa di una serie di fattori culturali, sociali e finanziari, è in costante aumento. Attualmente l'effettivo tasso di TCRM non è identificabile con precisione poiché spesso sottaciuto nelle cartelle cliniche, ovvero omesso o nascosto da altre indicazioni (ad esempio tocofobia) [5]. I tassi variano in maniera significativa tra ospedali pubblici (1-48%) e privati (fino al 60%) [6], nonché tra i diversi Paesi (inferiore al 2% in Canada, 6-8% nel Regno Unito e Nord Europa, 11,2% negli Stati Uniti, 17,3% in Australia, 80% in Brasile) [7].

In Italia il TCRM mostra tassi di incidenza significativa e negli ultimi anni ha registrato un aumento dal 4,5% al 9% del totale dei TC, anche se tali dati potrebbero non essere rappresentativi della reale situazione a causa della soprarichiamata prassi di non indicarlo chiaramente in cartella clinica [4].

## IL PUNTO DI VISTA DEI MEDICI

Benché negli ultimi decenni il TC sia diventato più sicuro grazie al miglioramento tecnologico, rimane una procedura con tutte le complicanze medico-chirurgiche ad esso associate [4]. Attualmente non esistono studi randomizzati che confrontino l'out come del parto cesareo elettivo versus quello naturale; gli studi disponibili presentano dei bias significativi in quanto includono nei parti cesarei anche quelli condotti in emergenza, con annesso tutte le relative specifiche complicanze [8]. Ne consegue che le evidenze sono contrastanti e di qualità insufficiente per valutare appieno le eventuali differenze tra i due tipi di parto. Tuttavia, da una valutazione complessiva di questi studi non emergono differenze sostanziali tra TCRM e parto vaginale, anche se le evidenze esistenti sono troppo deboli e limitate: in buona sostanza, non vi sono solide motivazioni clinico/ostetriche che consentano di escludere - e neanche di accreditare - la percorribilità del TCRM [4], [5]. In letteratura emerge come buona parte dei medici sia aperta ad accettare la richiesta di TCRM (secondo lo studio Eurobs più del 50%) [9], in parte nel ri-

spetto dell'autonomia della donna, in parte per questioni puramente medico-legali. Un'altra questione da valutare sono i costi delle due procedure: attualmente, a causa dell'alta medicalizzazione del parto vaginale - attraverso l'uso routinario ad esempio di ossitocina e anestesia epidurale - il costo del parto naturale è sempre più vicino a quello di un parto cesareo elettivo su richiesta materna [7].

## IL PUNTO DI VISTA DELLA MADRE

La madre ha il diritto di scegliere quella che ritiene per sé stessa la modalità di parto più idonea? L'eventuale rifiuto da parte medica di un TC in assenza di indicazioni mediche, può significare che la donna sia talvolta costretta ad entrare in travaglio contro la sua volontà per partorire per via vaginale. E' scientificamente inoppugnabile sostenere che i rischi connessi a un parto cesareo siano tali da giustificare una limitazione della scelta materna? A ben vedere, il rischio insito nel "rifiuto" medico viene da taluni tacciato di "violenza ostetrica". Tale termine è da ricondursi più in generale ai maltrattamenti che possono subire le donne durante il parto. D'altro canto, autorizzare la strategia ostetrica richiesta dalla donna non dovrebbe prescindere da una capillare informazione in ordine alle possibili complicanze del TCRM, sia materne che fetali, a breve e a lungo termine. A ben vedere, volendo estremizzare, negare ad una donna la possibilità di partorire tramite TC obbligandola di fatto ad un parto vaginale, non sarebbe meno lesivo - in riferimento al suo diritto all'autodeterminazione - di procedere ad un TC senza il suo consenso informato.

È noto che la tocofobia costituisca una delle motivazioni preponderanti della richiesta di taglio cesareo da parte della donna. Sebbene ancora non esista un consenso univoco sulla definizione di tocofobia e non venga riconosciuta come autonoma entità diagnostica nel DSM-5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), questa è generalmente accettata quale fobia specifica medico-psicologica rappresentando la paura ossessiva del parto. Tradizionalmente si distingue in primaria (nelle nullipare), in secondaria a una malattia depressiva in gravidanza o secondaria a precedente parto traumatico [10]. Generalmente le cause più comuni sono appunto legate non solo a precedenti esperienze traumatiche di travaglio pregresse, ma anche a episodi di violenze sessuali o stupri, aborti o trattamenti di fecondazione assistita con esito negativo [11]. Circa il 7-18,6% delle donne con tocofobia richiede potersi procedere con TCRM [7].

## QUESTIONI BIOETICHE

Di fronte alla sempre più frequente richiesta di TCRM, è invocato da più parti l'istituzione di un



percorso decisionale etico a supporto dell'attività medica. Occorre prendere in considerazione i principi etici cardini del medico: il principio della benevolenza - che impone di agire nel miglior interesse del paziente - e della non-maleficenza - che impone di non nuocere, di evitare o prevenire danni al paziente - [12].

Tenendo di conto del concetto da salute espressa dall'Oms, la salute è uno stato di benessere sia fisico che mentale e sociale, quindi costringere una donna a partorire per via vaginale potrebbe essere lesiva del suo benessere psicologico, quindi della sua salute. Altro concetto importante è il principio dell'autonomia del paziente, che troverebbe la sua applicazione nella concessione data alla donna di prendere una decisione informata e quindi di scegliere la modalità con cui partorirà.

## IL DIBATTITO NEL MONDO

Il TCRM è questione molto dibattuta in tutto il mondo e in virtù dell'aumento delle richieste da parte delle donne e del cambiamento di atteggiamento dei sanitari verso il parto cesareo su richiesta materna, si impone lo sviluppo di specifiche linee guida. Inizialmente (1999) la Figo (Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia) dichiarava il TCRM non eticamente giustificabile [13]. Nel 2016 la stessa Oms (Organizzazione Mondiale della Sanità) si dichiarava contraria a tale modalità di parto [1]. Con il passare degli anni però le singole associazioni dei ginecologi a livello nazionale si



apriranno maggiormente alla possibilità di recepire il TCRM, non precludendo al medico la possibilità di accettare la proposta della donna dopo averne discusso con la stessa. In questa direzione vanno nel 2013 il Ranzcog (*Royal Australian and New Zealand College of Obstetrician and Gynecologists*) e nel 2019 l'Acog (*American College of Obstetricians and Gynecologists*). [3] Nel 2021 il Regno Unito, sulla scia di questa nuova visione, pubblica le linee guida Nice in materia di TCRM, decretando che alla donna, la quale – istruita su rischi e benefici della procedura – rimanga ferma nella sua decisione, dovrebbe essere concesso il parto cesareo su richiesta materna, e qualora il medico si avvalga della facoltà di rifiutarsi, ella debba essere indirizzata ad un altro collega disposto ad eseguirlo [14].

#### LA SITUAZIONE ITALIANA

Secondo le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità (Snlg-Iss) aggiornate nel 2014, la richiesta materna non rappresenta un'indicazione al taglio cesareo e il medico ha il diritto di rifiutare una richiesta di TC, ma alla donna deve essere offerta la possibilità di accedere ad un secondo parere. Dunque anche le linee guida italiane seguono la nuova linea di pensiero europea di apertura al Csmr ma, a differenza di quelle inglesi, non prevedono la possibilità di accedere comunque al parto chirurgico, limitandosi a garantire, in caso di primo diniego, la possibilità di una "seconda opinione" [15].

Dal punto di vista giurisprudenziale occorre considerare innanzitutto l'articolo 590-sexies, comma 2, c.p., ovvero la legge 24/2017, per la quale se i fatti di omicidio colposo e lesioni personali colpose sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria in casi di imperizia, la punibilità sarà esclusa se sono rispettate le linee guida o, in mancanza di esse, le buone pratiche cliniche. Il successivo accesso dibattito dottrinale e giurisprudenziale ha portato all'intervento in materia delle Sezioni Unite della Cassazione (la c.d. "Sentenza Mariotti" del 2018), decretando che la responsabilità penale è esclusa solo nel caso in cui il medico causi un errore colposo per imperizia pur attenendosi alle linee guida ma discostandosene in maniera "marginale e minima", quindi in caso di cosiddetta "colpa lieve". Secondo tale interpretazione della legge, se il medico non segue le buone pratiche cliniche, ovvero se accetta di eseguire un TCRM, non può invocare l'impunità offerta dall'articolo 590-sexies e quindi è punibile a causa della sua imperizia, qualora dal TC derivino lesioni o morte, anche se per colpa lieve. D'altra parte la responsabilità penale si applica solo allorché venga dimostrata l'imperizia del medico, infatti la violazione delle buone pratiche cliniche e delle linee guida non comporta mai automaticamente im-

perizia da parte del sanitario.

D'altra parte, occorre tenere in considerazione la legge coeva 219/2017 (Norme in materia di consenso informato e di direttive anticipate) la quale stabilisce che il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente nonché il suo rifiuto ad un trattamento medico, ma altresì che il paziente non può richiedere un trattamento contrario alla legge, all'etica professionale o alla buona pratica clinica.

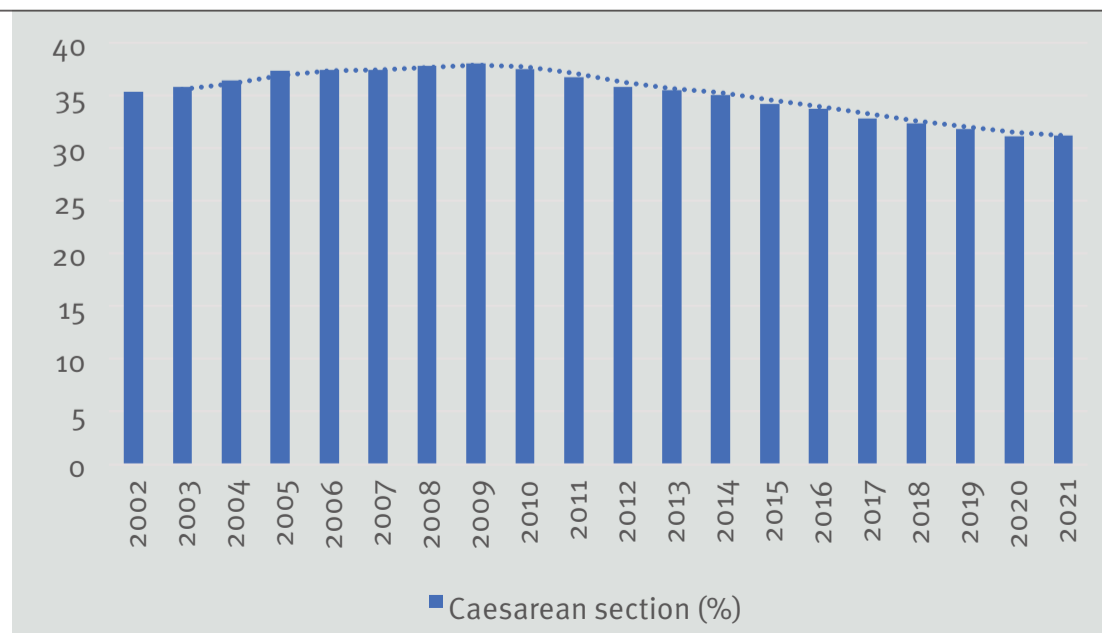
In conclusione, secondo le linee guida italiane dell'ISS, la richiesta di TCMR è considerata contraria alla buona pratica clinica, quindi il medico non ha alcun obbligo professionale e, dunque, ha il diritto di rifiutare la richiesta della donna.

D'altro canto, nell'ipotesi contraria, in cui dunque accetti la richiesta della donna, occorre valutare anche se il medico violi dei principi deontologici. Il Codice deontologico medico italiano si ispira al rispetto della dignità e libertà della persona e al dovere di promuovere e preservare la sua salute psicofisica – intesa in senso lato quale benessere fisico e mentale –, come espresso nell'articolo 3. In riferimento alla dottrina deontologica, costringere una donna a partorire per via vaginale può indubbiamente danneggiare il suo benessere psicologico e quindi incorrere in un nocimento alla sua salute.

## Conclusioni

È abbastanza chiaro che, soprattutto alle nostre latitudini, lo status quo delle istituzioni tende ancora a privilegiare il parto vaginale in quanto "naturale". Tuttavia, in mancanza di prove decisive a sostegno dell'assenza di differenze tra parto vaginale e cesareo elettivo, tenuto conto di tutto quanto sopra richiamato, con particolare riferimento al sacrosanto diritto all'autodeterminazione materna, si debba ritenere auspicabile lo sviluppo di un processo decisionale condiviso per il parto. Appare quindi necessario in generale lo sviluppo di un consenso informato ad hoc per il parto ma anche di una linea guida specifica sul TCRM, in cui possa essere auspicabilmente data valenza all'autonomia decisionale della donna, circostanza che potrebbe così chiarire le responsabilità mediche legate a tale pratica, in modo tale da evitare il ricorso a formulazioni giustificative non propriamente veritiere, quandanche evidentemente omissive, in cartella clinica.

**GRAFICO 1**  
Trend del tasso del taglio cesareo in Italia negli ultimi 20 anni (CeDAP 2002-2021)



#### PER SAPERNE DI PIÙ

- [1] A. Betran et al., "WHO Statement on Caesarean Section Rates," *BJOG: Int J Obstet Gy*, vol. 123, no. 5, pp. 667–670, Apr. 2016, doi: 10.1111/1471-0528.13526.
- [2] J. Zeitlin et al., "Perinatal health monitoring through a European lens: eight lessons from the Euro Peristat report on 2015 births," *BJOG: Int J Obstet Gy*, vol. 126, no. 13, pp. 1518–1522, Dec. 2019, doi: 10.1111/1471-0528.15857.
- [3] "ACOG Committee Opinion No. 761: Cesarean Delivery on Maternal Request," *Obstetrics & Gynecology*, vol. 133, no. 1, pp. e73–e77, Jan. 2019, doi: 10.1097/AOG.0000000000003006.
- [4] L. Masciullo et al., "Caesarean Section on Maternal Request: An Italian Comparative Study on Patients' Characteristics, Pregnancy Outcomes and Guidelines Overview," *IJERPH*, vol. 17, no. 13, p. 4665, Jun. 2020, doi: 10.3390/ijerph17134665.
- [5] T. Begum et al., "Global incidence of caesarean deliveries on maternal request: a systematic review and meta regression," *BJOG: Int J Obstet Gy*, vol. 128, no. 5, pp. 798–806, Apr. 2021, doi: 10.1111/1471-0528.16491.
- [6] T. Lavender, G. J. Hofmeyr, J. P. Neilson, C. Kingdon, and G. M. Gyte, "Caesarean section for non-medical reasons at term," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Mar. 2012, doi: 10.1002/14651858.CD004660.pub3.
- [7] R. D'Souza, "Caesarean section on maternal request for non-medical reasons: putting the UK National Institute of Health and Clinical Excellence guidelines in perspective," *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, vol. 27, no. 2, pp. 165–177, Apr. 2013, doi: 10.1016/j.bpobgyn.2012.09.006.
- [8] O. E. Keag, J. E. Norman, and S. J. Stock, "Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis," *PLoS Med*, vol. 15, no. 1, p. e1002494, Jan. 2018, doi: 10.1371/journal.pmed.1002494.
- [9] T. Nilstun et al., "Caesarean delivery on maternal request: can the ethical problem be solved by the principlist approach?," *BMC Med Ethics*, vol. 9, p. 11, Jun. 2008, doi: 10.1186/1472-6939-9-11.
- [10] K. Hofberg and M. R. Ward, "Fear of Childbirth, Tocophobia, and Mental Health in Mothers: The Obstetric–Psychiatric Interface," *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol. 47, no. 3, pp. 527–534, Sep. 2004, doi: 10.1097/01.grf.0000132527.62504.ca.
- [11] R. Bakshi, A. Mehta, A. Mehta, and B. Sharma, "Tokophobia: Fear Of Pregnancy And Childbirth," *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 10, 2007.
- [12] T. L. Beauchamp and J. F. Childress, "Principles of biomedical ethics," in *Principles of biomedical ethics*, 5th ed., Oxford University Press, 2001.
- [13] J. G. Schenker and J. M. Cain, "FIGO Committee Report. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. International Federation of Gynecology and Obstetrics," *Int J Gynaecol Obstet*, vol. 64, no. 3, pp. 317–322, Mar. 1999, doi: 10.1016/s0020-7292(98)00266-5.
- [14] NICE, "NG192 Evidence review, Caesarean birth: evidence review for benefits and risks of planned caesarean birth, NICE Guideline." Mar. 2021. [Online]. Available: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/evidence/a-the-benefits-and-risks-of-planned-caesarean-birth-pdf-9071941646>
- [15] "Linee guida del Ministero della Salute. Taglio Cesareo: Una Scelta Appropriata e Consapevole." 2014. [Online]. Available: [https://www.epicentro.iss.it/materno/pdf/LG\\_cesareo\\_comunicazione.pdf](https://www.epicentro.iss.it/materno/pdf/LG_cesareo_comunicazione.pdf)