

Taglio cesareo su richiesta materna: aspetti clinici, etici e medico-legali

S. D'AGATI, M.C. TEODORO*, T. TOMASELLI*, N. BARBERA, A. D'AGATI*, G. ZARBO*

RIASSUNTO: Taglio cesareo su richiesta materna: aspetti clinici, etici e medico-legali.

S. D'AGATI, M.C. TEODORO, T. TOMASELLI, N. BARBERA, A. D'AGATI, G. ZARBO

Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento significativo del numero di parti espletati con taglio cesareo, pari circa al 25-30%. Inoltre è sempre più comune la "scelta" delle donne e dei loro partner sulla tipologia del parto. Nel 2004, infatti, i tagli cesarei richiesti dalle pazienti rappresentavano il 4-18% di tutti i cesarei ed il 14-22% di quelli programmati. La richiesta materna di taglio cesareo nasce da condizionamenti sociali, culturali e medici.

La FIGO e la SOGC, nelle loro linee guida, concludono che il taglio cesareo su richiesta non è attualmente eticamente accettabile; per l'ACOG, invece, emerge una posizione più possibilista. Inoltre, il NCC-WHC ed il NIH ritengono accettabile una valutazione individualizzata della richiesta materna di taglio cesareo dopo un adeguato ed esauriente counselling. Sotto il profilo strettamente legale, la richiesta di taglio cesareo offre argomenti sia favorevoli che contrari. Questi ultimi tengono presente la facoltà di decidere secondo scienza e coscienza, l'interpretazione restrittiva dell'art. 5 c.c., che vieta al soggetto di disporre del proprio corpo, l'aumentato rischio del taglio cesareo in termini di morbilità e mortalità materna in confronto al parto vaginale. Per contro, la legittimità del ricorso al taglio cesareo su richiesta può essere sostenuta dal principio dell'autodeterminazione del soggetto nei riguardi della propria salute, non solo fisica ma anche psichica. Quindi qualsiasi intervento, in particolare il taglio cesareo su richiesta materna, deve essere preceduto da una attenta e adeguata informazione e un consenso informato per non sbagliare e rientrare nell'imprudenza.

SUMMARY: Cesarean delivery on maternal demand: clinical, ethical, medical and legal aspects.

S. D'AGATI, M.C. TEODORO, T. TOMASELLI, N. BARBERA, A. D'AGATI, G. ZARBO

Increased rate of cesarean sections has been observed in the last years, and today they correspond to 25-30% of all delivery. Recently, many couples want to decide the route of delivery. Indeed, in 2004, cesarean delivery on demand represented only the 4-18% of all cesarean deliveries and the 14-22% of programmed cesarean sections. This maternal demand derives from social, cultural and medical factors.

The FIGO and SOGC guide lines (but not ACOG) claimed cesarean delivery on demand not ethically acceptable. The NCC-WHC and NIH suggest an individual valuation of the cesarean delivery on maternal request after an appropriate and comprehensive counseling.

There are some contradictory opinions about cesarean request interesting legal field. The opposite arguments regard the faculty to decide according to science and conscience, the contrast to art. 5 c.c. which forbids the person to dispose own body, the increased mother mortality and morbidity of cesarean section as compared with spontaneous delivery. On the other hand, the self-determination principle of own physical and mental health legitimizes cesarean delivery on request. Therefore, cesarean delivery on maternal request, must be preceded by accurate and exhaustive informed consent.

KEY WORDS: Taglio cesareo elettivo - Rischi materni - Consenso informato.
Elective cesarean delivery - Maternal risks - Informed consent.

Università degli Studi di Catania
Dipartimento di Anatomia, Biologia e Genetica, Medicina Legale, Neuroscienze,
Patologia Diagnostica, Igiene e Sanità Pubblica "G.F. Ingrassia"
(Direttore: S. Sciacca)
*Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico Vittorio Emanuele"
Istituto di Patologia Ostetrica e Ginecologica, P.O. "Santo Bambino"
(Direttore: G. Zarbo)

© Copyright 2011, CIC Edizioni Internazionali, Roma

Introduzione

Si definisce taglio cesareo su richiesta materna un "taglio cesareo elettivo in assenza di indicazioni mediche e/o ostetriche" (ACOG, 2007). Negli ultimi anni in tutto il mondo si è assistito ad un aumento signifi-

cativo del numero di parti espletati con taglio cesareo, pari circa al 25-30% (OMS/Europe, 2006).

Originariamente, la rimozione chirurgica del feto dall'utero materno avveniva dopo la morte della madre per motivi religiosi e culturali. Ciò consentiva di seppellire separatamente la madre ed il bambino (1). Alcuni neonati, però, sopravvivevano e questa possibilità era più alta quando l'estrazione avveniva immediatamente dopo la morte della madre. Da queste osservazioni, con il passare dei secoli, si arrivò alla procedura del taglio cesareo così come si conosce oggi.

Nel XVIII secolo la mortalità dopo taglio cesareo era del 100%, che si ridusse al 75% durante il XIX secolo.

Sebbene il parto vaginale sia un metodo naturale, attualmente fattori medici, sociali e legali fanno aumentare la percentuale di nascite mediante taglio cesareo (2).

Mentre in passato la decisione di sottoporre la donna ad un taglio cesareo era basata su fattori medici, oggi il taglio cesareo diventa una "scelta" delle donne e dei loro partner.

Nel 2004, infatti, i tagli cesarei richiesti dalle pazienti rappresentavano il 4-18% di tutti i cesarei ed il 14-22% di quelli programmati (3).

Questi dati, purtroppo, possono non essere rappresentativi della reale situazione, in quanto molto spesso la "richiesta materna" è falsamente omessa tra le indicazioni, impedendo così non solo l'esatta valutazione quantitativa del fenomeno, ma anche la valutazione oggettiva delle conseguenze e delle implicazioni mediche (NIH, 2006).

Discussione

In Italia, attualmente, si registra in media una percentuale di tagli cesarei più che doppia rispetto agli auspici dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (36.9% vs 15%), con punte davvero preoccupanti del 50, 60, 70% in alcune realtà del Sud, quali Campania, Basilicata, Sicilia, Puglia e Calabria (ISTAT, 2006). Il 12-19% dei tagli cesarei totali sono programmati.

I cesarei programmati hanno diversi potenziali vantaggi rispetto al parto per via vaginale (4-6).

In primo luogo, un taglio cesareo programmato facilita l'organizzazione della donna nel lavoro e nell'eventuale sostegno in casa da parte dei familiari. Inoltre elimina i rischi di morbidità e mortalità perinatale associati ad un parto post-termine e riduce i rischi di emorragie post-partum (7). Il taglio cesareo prima del travaglio riduce la mortalità e la morbidità fetale associate al parto per via vaginale, quali: il danno del plesso brachiale in seguito a distocia di spalla; il trauma alla clavicola, al cranio o all'omero; l'ipossia intrapartum

da prolasso di funicolo o da *abruptio placentae*; la trasmissione perinatale di infezioni come HIV ed *herpes simplex virus*. Infine, il cesareo programmato, rispetto al parto per via vaginale, riduce i rischi di incontinenza urinaria post-partum a breve termine (5), in quanto quelli a lungo termine non sembrano discostarsi significativamente nei due gruppi (8,9).

Ci sono, tuttavia, svantaggi importanti nel taglio cesareo programmato, che riguardano soprattutto la madre (8,10,11). Rispetto alle donne che hanno partorito per via vaginale, chi si è sottoposta a taglio cesareo ha un rischio significativamente maggiore di arresto cardiaco, ematoma della ferita, infezioni puerperali, complicazioni anestesologiche, tromboembolismi venosi ed emorragie che possono richiedere l'isterectomia (12).

Il taglio cesareo senza indicazioni cliniche ha anche un impatto negativo sul neonato; può provocare, infatti, distress respiratorio se effettuato prima della 39^a settimana di gestazione (8,13,14).

Infine, il taglio cesareo aggiunge importanti fattori di rischio per le gravidanze future (4-8-15). La placenta previa ed accreta è una evenienza più comune nelle gravidanze successive ad un taglio cesareo, e ciò potrebbe portare anche ad isterectomia; il travaglio di parto potrebbe esitare in rottura d'utero; sono stati descritti, in studi epidemiologici, infertilità (16), gravidanza ectopica ed aborto spontaneo (17) in percentuale maggiore nelle donne che hanno avuto un taglio cesareo rispetto alle donne che hanno precedentemente partorito per via vaginale.

Numerosi studi, condotti a livello nazionale ed internazionale, hanno evidenziato che, potendo scegliere, la maggioranza delle donne desidererebbe un parto spontaneo con una percentuale media dell'87.6%. In particolare, un recente lavoro pubblicato in Italia, condotto su 1.986 puerpere al momento della dimissione, ha evidenziato che l'89.9% delle donne preferisce un parto spontaneo e, tra quelle sottoposte a taglio cesareo, il 77% desidererebbe partorire spontaneamente nella gravidanza successiva (18).

Questi dati sembrano cozzare, però, con le alte percentuali, sopradescritte, di tagli cesarei eseguiti senza una chiara indicazione clinica.

Uno studio del 2001 ha evidenziato come la scelta della donna sia condizionata dall'offerta del medico: l'offerta, infatti, di un travaglio di prova è accettata più frequentemente dalle donne negli ospedali con un basso tasso di tagli cesarei, rispetto agli ospedali con un alto tasso di tagli cesarei (19).

Inoltre, Habiba e coll., in un recente studio condotto per valutare le attitudini dei ginecologi europei nei confronti del taglio cesareo senza indicazione medica, hanno evidenziato, tra i fattori significativamente associati ad un parere favorevole, il lavoro presso

una clinica universitaria, la paura di ripercussioni medico-legali e l'esperienza personale, mentre l'essere donna e avere dei bambini riduce la tendenza ad assecondare una richiesta materna di taglio cesareo (20).

La richiesta materna di taglio cesareo nasce, dunque, da condizionamenti sociali, culturali e medici. La FIGO, nelle sue linee guida del 2002, conclude che il taglio cesareo su richiesta non è attualmente eticamente accettabile (FIGO, 2002).

Posizioni analoghe sono state assunte dalla *Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada* (SOGC, 2004).

Per quanto concerne l'ACOG, invece, dalle linee guida del 2004 sul taglio cesareo e da successive opinioni pubblicate nel 2007 emerge una posizione più possibilista sull'effettuazione di un taglio cesareo su richiesta materna.

Inoltre il Centro Nazionale Collaborativo per la Salute Materno-infantile anglosassone (NCC-WHC) ed il *National Institute of Health* statunitense (NIH) ritengono accettabile una valutazione individualizzata della richiesta materna di taglio cesareo, sempre che sia stato effettuato un adeguato ed esauriente *counselling* (NCC-WHC, 2006; NIH, 2006).

Inoltre, alla luce del maggiore rischio ostetrico delle donne sottoposte a taglio cesareo nelle future gravidanze, si è concordi nel ritenere non raccomandato il taglio cesareo senza indicazione medica nelle donne che desiderano altre gravidanze (ACOG, 2004; NCC-WHC, 2006; NIH, 2006; Vercouste, 2006) (21).

Inoltre la richiesta di un intervento chirurgico senza indicazione medica si può comprendere solo se viene messa in relazione con i diritti della persona, sanciti dalla Costituzione Italiana - artt. 2, 13 e 32.

Dal punto di vista giuridico si chiede quale posizio-

ne deve assumere l'ostetrico di fronte ad una richiesta di procedere a taglio cesareo senza indicazione medica, se rifiutare in quanto tale intervento non risponde ai principi di scienza e coscienza del medico stesso. Il ginecologo è tenuto a prospettare alla paziente la possibilità di accedere ad una programmazione di parto indolore mediante anestesia peridurale.

Sotto il profilo strettamente legale, la richiesta di taglio cesareo offre argomenti sia favorevoli che contrari.

Questi ultimi tengono presente la facoltà di decidere secondo scienza e coscienza, l'interpretazione restrittiva dell'art. 5 c.c. che vieta al soggetto di disporre del proprio corpo, l'aumentato rischio del taglio cesareo in termini di morbilità e mortalità materna in confronto al parto vaginale. Per contro, la legittimità del ricorso al taglio cesareo su richiesta può essere sostenuta dal principio dell'autodeterminazione del soggetto nei riguardi della propria salute, non solo fisica ma anche psichica (22,23).

Conclusioni

Si può affermare che qualsiasi intervento in generale, e in particolare il taglio cesareo su richiesta materna, deve essere preceduto da una attenta e adeguata informazione e quindi un consenso informato che coinvolga anche il partner, e se necessario avvalersi anche di una consulenza psicologica. Non si deve sottovalutare l'aspetto giuridico del problema, in quanto avere scelto un trattamento sbagliato, anche se dopo richiesta della paziente, può rientrare nei casi di imprudenza, con conseguente responsabilità penale e civile da parte del chirurgo.

Bibliografia

1. Lurie S. The changing motives of cesarean section: from the ancient world to the twenty-first century. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271(4):281-285.
2. National Library of Medicine. Available at: NLM.NIH.GOV/exhibition/cesarean/cesarean_1.html. Cesarean Section a Brief History. Accessed July 8, 2005.
3. Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean: an evidence-based review. *Obstet Gynecol Survey* 2004;59(8):601-616.
4. NIH State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. *NIH Consens State Sci Statements* 2006;23:1-29.
5. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA et al. Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000;356:1375-1383.
6. Wax JR. Maternal request cesarean versus planned spontaneous vagina delivery: maternal morbidity and short term outcomes. *Semin Perinatol* 2006;30:247-252.
7. Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report/Technology Assessment Number 133. Cesarean Delivery on Maternal Request, March 2006. Available at: <http://www.ahrq.gov/clinic/tp/cesarreqtp.htm#Report>. Accessed July 12, 2009.
8. Norwitz ER. Cesarean delivery on maternal request. Available at: <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey/hw1WZMCqim2ZX>. Accessed July 12, 2009.
9. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized term breech trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:917.
10. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA Jr et al. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med* 1996;335:689-695.

11. Declercq E, Barger M, Cabral HJ et al. Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. *Obstet Gynecol* 2007;109:669-677.
12. Liu S, Liston RM, Joseph KS et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Can Med Assoc* 2007;176:455-460.
13. Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M et al. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Paediatr* 2004;93:643-647.
14. Hansen AK, Wisborg K, Ulbjerg N et al. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: Cohort study. *BMJ* 2008;336:85-87.
15. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR et al. First-birth cesarean and placental abruption or previa at second birth. *Obstet Gynecol* 2001;97:765-769.
16. Murphy D, Stirrat G, Heron J, et al. The relationship between cesarean section and subfertility in a population-based sample of 14,541 pregnancies. *Hum Reprod* 2002;17:1914-1917.
17. Hemminki E, Merilainen J. Long-term effects of cesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1569-1574.
18. Donati S. Do Italian mothers prefer cesarean delivery? *Birth* 2003 Jun;30(2):89-93.
19. Melnikow J, Romano P, Gilbert WM et al. Vaginal birth after cesarean in California. *Obstet Gynecol* 2001 Sep;98(3):421-6.
20. Habiba M et al. Cesarean section on request: a comparison of obstetricians attitudes in eight European countries. *BJOG* 2006 Jun;113(6):647-56.
21. Esposito E, Guarino C, Correa R, Sansone M. Taglio cesareo su richiesta materna. *Atti della società Italiana di Ginecologia e Ostetricia- Vol. LXXXIV* 2008.
22. Signorelli C. *Il parto e la legge*. Kailasch Edit. Milano, 1993.
23. Tropea PF. *Ginecologia forense*. CIC Edizioni Internazionali, Roma 1998.