

Tra tutela della salute e rispetto dell'autonomia. La libertà di autodeterminazione femminile nella scelta della modalità del parto

Francesca Poggi*

BETWEEN HEALTH PROTECTION AND RESPECT FOR AUTONOMY. THE FEMALE SELF-DETERMINATION IN REGARDS TO CHILDBIRTH

ABSTRACT: The Italian law 219/2017 has established the priority of patient's informed consent and of the connected principle of autonomy with regards to medical treatments. However, patient's autonomy is not without exceptions: in particular, it does not apply to treatments contrary to professional ethics and good clinical-assistance practices. This essay aims to inquire the Italian legal regulation on the female choice among different types of childbirth and delivery methods. Two different cases are examined: the case in which the patient opts for a caesarean section in the absence of any medical indication, and the opposite case in which, instead, the patient opts for a vaginal delivery, even if there are medical indications that would advise against it. For each case I will reconstruct the current legal discipline and, then, I will make some critical considerations on it.

KEYWORDS: Childbirth; medical ethics; informed consent; female autonomy; caesarean section

SOMMARIO: 1. La modalità del parto tra principio del consenso informato e deontologia medica – 2. Il taglio cesareo: un'opzione non consentita? – 3. Parto vaginale e libertà di disposizione del proprio corpo – 4. Considerazioni etico-giuridiche sulla libertà di autodeterminazione femminile rispetto al parto.

1. La modalità del parto tra principio del consenso informato e deontologia medica

La legge 219 del 2017, *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, dando attuazione all'art. 32/2 Cost. e recependo un orientamento giurisprudenziale consolidato a partire almeno dal caso "Englaro"¹, ha sancito la centralità del con-

* Professoressa ordinaria; Dipartimento di scienze giuridiche "Cesare Beccaria", Università degli Studi di Milano. Mail: francesca.poggi@unimi.it. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

¹ Corte Cass., sez. I civ., sen. n. 21748 del 16 ottobre 2007. Come segnalato da uno dei miei anonimi revisori, in realtà, già precedentemente la giurisprudenza italiana aveva sancito l'importanza del consenso informato sia in materia civile (cfr., ad esempio, Corte Cass., sez. III civ., sen. n. 10014 del 25 gennaio 1994; Corte Cass., sez. III civ., sen. n. 364 del 15 gennaio 1997; Corte Cass., sez. III civ., sen. n. 5444 del 14 marzo 2006) sia in materia penale (cfr., ad esempio, Corte Cass., sez. IV pen., sen. n. 1572 del 11 luglio 2001; Corte Cass., sez. I pen., sen. n. 26446 del 29 maggio 2002). Tuttavia, a giudizio di chi scrive, è solo con il caso Englaro, anche per il rilievo mediatico della vicenda, che tale indirizzo si consolida e, soprattutto, che il principio in esame acquista

senso informato nel rapporto di cura, riconoscendo ad ogni persona capace di agire il diritto di rifiutare o interrompere qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario, ancorché necessario alla propria sopravvivenza (art. 1, comma 5). In particolare, tale legge ha strutturato i rapporti medico-paziente in base al c.d. modello dell'alleanza terapeutica, stabilendo che «la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico [...] si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico» (art. 1, comma 2). In sintesi, in base a tale modello, al medico spetta il compito di informare, in modo comprensibile, aggiornato e completo il paziente «riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto» (art. 1, comma 3), mentre spetta all'autonomia decisionale del paziente scegliere se iniziare o continuare un dato trattamento o accertamento, nonché, eventualmente, scegliere quale trattamento o accertamento seguire tra quelli alternativamente prospettati².

Il principio del consenso informato rappresenta un'espressione dell'autonomia, o, meglio, un mezzo per la realizzazione del principio di autodeterminazione in ambito sanitario³. Il principio del consenso

quell'ampiezza che sarà poi recepita nella legge 219/2017. Sul tema cfr., *ex multis*, S. AMATO, *Eutanasie*, Torino, 2011, in particolare 66 ss.; P. BECCHI, *L'imperialismo giudiziario*, in *Filosofia internazionale del diritto*, 3, 2009, 379-403; C. CASONATO, *Consenso e rifiuto delle cure in una recente sentenza della Cassazione*, in *Quaderni costituzionali*, 3, 2008, 545-575; ID., *Il caso Englaro. Fine vita: il diritto che c'è*, in *Quaderni costituzionali*, 1, 2009, 99-102; F. MAZZARELLA, *Brevi note in margine al caso Englaro: a proposito di interpretazione "giurisprudenziale" e di dimensione storico-sociale del diritto*, in *Diritto e questioni pubbliche*, 9, 2009, 577-587; M. MORI, *Una 'analisi bioetica' dell'attuale disputa sul testamento biologico come estensione del consenso informato*, in *Notizie di Politologia*, 27, 2011, 53-80; A. RIDOLFI, *Rifiuto delle terapie mediche e testamento biologico in Italia: aspetti problematici e spunti critici*, in *Politica del diritto*, 42, 2011, 599-663; P. BORSELLINO, *Consenso informato: una riflessione filosofico-giuridica sul tema*, in *Salute e società*, 11, 2012, 17-41; V. VELLUZZI, *Il caso Englaro e il diritto positivo*, in F. POGGI (a cura di), *Diritto e bioetica*, Roma, 2013, 179-193.

² Per approfondimenti sulla legge 217/2019, il concetto di consenso informato e la sua centralità nei trattamenti sanitari rinvio a F. RESCIGNO, *L'autodeterminazione della persona: il faticoso cammino del diritto positivo*, in *Rivista critica di diritto privato*, 36, 2018, 13-46; S. CANESTRARI, *La relazione medico-paziente nel contesto della nuova legge in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento (commento all'art. 1)*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2018, 20-24; L. ORSI, *Un cambiamento radicale nella relazione di cura, quasi una rivoluzione (articolo 1, commi 2 e 3)*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2018, 25-28; I. CAVICCHI, *Le disavventure del consenso informato*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2018, 91-104; M. AZZALINI, *Legge n. 219/2017: la relazione medico-paziente irrompe nell'ordinamento positivo tra norme di principio, ambiguità lessicali, esigenze di tutela della persona, incertezze applicative*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 1, 2018, 8-36; S.R. MARTINI, M. FINCO, *Diritto alla salute e diritto all'autodeterminazione: la legge sul "consenso informato" in Italia*, in *Revista Derecho y Salud*, 2, 2018, 43-56; G. RAZZANO, *La legge n. 219/2017 su consenso informato e DAT fra libertà di cura e rischio di innesti eutanasici*, Torino, 2019, in particolare cap. 1.

³In questo lavoro per "autonomia" intendo la capacità di formare consapevolmente proprie preferenze, valori, regole di condotta, mentre per "autodeterminazione" intendo la capacità di agire di conseguenza (in senso analogo e per una approfondita discussione sulle relazioni tra questi concetti cfr. C. VIGNA, *Vita umana e autodeterminazione. Una questione molto disputata*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2017, 205-208). Questo uso è comune nella letteratura italiana, specie in materia di trattamenti sanitari (cfr., ad esempio, S. CACACE, *Autodeterminazione in salute*, Torino, 2017; F. RESCIGNO, *op. cit.*; T. PASQUINO, *Sul contenuto delle DAT tra autodeterminazione del paziente e decisioni di altri: profili civilistici*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2019, 283-298; S.R. MARTINI, M. FINCO, *op. cit.*). Occorre però avvertire che, nella letteratura internazionale, l'uso di tali termini e le relazioni tra i concetti che esprimono sono molto discussi e variamente modulati. In

informato non è però senza limiti: la legge 219 prevede almeno tre eccezioni a questo principio. La prima, ovvia, eccezione riguarda i soggetti che non sono (o non sono pienamente) capaci di agire – minori, interdetti, inabilitati (art. 3). La seconda eccezione, più problematica, riguarda le situazioni di emergenza o di urgenza: qui la legge stabilisce che il medico e i componenti dell'equipe sanitaria debbano assicurare le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente, ma solo ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla (art. 1, comma 7). Infine, la terza eccezione, quella che qui interessa, riguarda i trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali: la legge 219 stabilisce che il paziente non può esigere siffatti trattamenti e che «a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali» (art. 1, comma 6).

In questo contributo intendo indagare quale sia la libertà di autodeterminazione che il nostro ordinamento riconosce rispetto alla scelta della modalità del parto. In particolare, esaminerò se tale scelta rientri nell'area coperta dal consenso informato o se, al contrario, sia sottratta all'autonomia decisionale della paziente. A tal fine, analizzerò due casi differenti: il caso in cui la paziente voglia ricorrere al parto mediante taglio cesareo in assenza di qualsiasi indicazione medica in tal senso (§2), e il caso opposto in cui, invece, la paziente voglia ricorrere al parto vaginale, pur in presenza di indicazioni mediche che lo sconsiglierebbero (§3). Per ciascuno di questi casi ricostruirò la disciplina giuridica vigente e, quindi, nelle conclusioni, avvanzerò su di essa alcune considerazioni critiche (§4).

2. Il taglio cesareo: un'opzione non consentita?

Il primo caso che esaminerò è quello, non raro, ma forse neppure così diffuso come abitualmente si crede⁴, in cui una paziente voglia ricorrere al parto mediante taglio cesareo pur in assenza di qualsiasi

particolare, all'interno del filone di matrice liberale, non è infrequente che si usi l'espressione "self-determination" per riferirsi a ciò che qui si è chiamato autonomia, ossia al diritto (o all'effettiva possibilità) di elaborare e rielaborare le proprie preferenze, scelte e valori o il proprio piano di vita o, in termini ancora più connotati, i propri interessi critici, ossia quegli interessi che esprimono ciò che davvero conta nella nostra vita (cfr. R. DWORKIN, *Life's Dominion. An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, New York, 1993, *passim*). Altre volte, invece, l'autonomia viene identificata con ciò che qui si è chiamato "autodeterminazione" e che, talvolta si denomina "autoregolamentazione", ossia con la possibilità di compiere azioni in vista della realizzazione del proprio piano di vita e/o dei propri interessi critici e/o di singole azioni (cioè, come diritto di vivere la propria vita in accordo con i propri desideri, con le proprie concezioni morali, estetiche, religiose, e filosofiche). Molto discussi sono poi i rapporti tra autodeterminazione e autonomia, da un lato, e libertà, dall'altro: sul punto cfr. I. BERLIN, *Four Essays on Liberty*, Oxford, 1969, 131-4.

⁴ Secondo lo studio condotto da Gamble e Creedy, il numero di cesarei praticati solo a seguito di una richiesta della paziente è enormemente sovrastimato in letteratura, mentre in realtà «Few women request a cesarean section in the absence of current or previous obstetric complications. The focus on women's request for cesarean section may divert attention away from physician-led influences on the continuing high cesarean section rates». Insomma, molti dei cesarei elettivi sarebbero, in realtà, influenzati da consigli e suggerimenti dei medici di riferimento. Cfr. J.A. GAMBLE, D.K. CREEDY, *Women's Request for a Cesarean Section: A Critique of the Literature*, in *Birth*, 27 (4), 2000, 256-63. Al riguardo occorre ricordare che la maggior parte dei report statistici relativi al parto cesareo (come, ad esempio, *Il Rapporto annuale sull'evento nascita in Italia – CeDAP 2016*, in <http://www.salute.gov.it>) impiegano i criteri di Robson, i quali si incentrano su caratteristiche anamnestico-cliniche predefinite e non sono in grado di registrare né ulteriori variabilità cliniche individuali né, tanto meno,

indicazione clinica in tal senso. La prima questione da porsi è se la paziente abbia diritto a che la sua richiesta vada accolta, ossia se la scelta di questa modalità di parto rientri o no nella sua autonomia decisionale. Se guardiamo alle linee guida vigenti e, in particolare, alle linee guida del Ministero della Sanità intitolate *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole*, aggiornate da ultimo nel 2014⁵, la risposta deve essere negativa. Tali linee guida, infatti, stabiliscono, tra le buone pratiche cliniche (BPC), che «[l]a richiesta materna, in assenza di motivazioni cliniche, non rappresenta un'indicazione al taglio cesareo [...]. In assenza di un'appropriata indicazione clinica, il medico ha il diritto di rifiutare una richiesta di taglio cesareo programmato. In ogni caso, alla donna deve essere garantita l'opportunità di accedere a un secondo parere» (§11). Inoltre, le medesime linee guida raccomandano fortemente (I/A) che «[q]ualora il motivo della richiesta di taglio cesareo da parte della donna sia riconducibile primariamente alla paura del parto», si debbano «offrire, già durante la gravidanza, interventi informativi e di supporto standardizzati e validati (come l'assistenza one-to-one e l'offerta di parto-analgesia anche non farmacologica), in grado di assicurare la gestante e sostenerla nel processo decisionale» (§11).

Pertanto, in base al quadro delineato dalle linee guida di cui sopra, se la paziente, in assenza di indicazioni mediche e ostetriche, chiede un parto cesareo, il medico ha il dovere di dissuaderla, attraverso un colloquio approfondito, indirizzandola eventualmente verso ulteriori interventi informativi e di supporto – anche se, al riguardo, le stesse linee guida rilevano come manchino prove scientifiche sull'efficacia del *counselling* nel ridurre la paura del parto vaginale (§§19 ss.). Nel caso in cui, poi, la paziente persista nella sua richiesta, il medico dovrebbe consigliarle di ricorrere a un secondo parere. Le linee guida non sono vincolanti⁶, non fondano di per sé obblighi giuridici, ma costituiscono dei parametri di valutazione che possono essere impiegati a fini giuridici. In particolare, dal combinato disposto delle linee guida di cui sopra e dell'art. 1, comma 6, della legge 219 deriva che la richiesta, in assenza di indicazioni cliniche, di un parto con taglio cesareo è contraria alle buone pratiche assistenziali e il medico non ha obblighi professionali in tal senso, ossia ha diritto di rifiutare la richiesta del cesareo d'elezione. Ma che cosa accade se il medico, invece, accondiscende alla richiesta della paziente? Come abbiamo visto, la normativa vigente prevede che il medico abbia il diritto di rifiutare la richiesta, ossia non abbia l'obbligo di accettarla, ma, invece, non sancisce espressamente che il medico abbia anche l'obbligo di rifiutare tale richiesta.

La seconda questione da porsi è, allora, se, qualora il medico acconsenta a una richiesta di parto cesareo in assenza di indicazioni cliniche, egli violi i propri doveri deontologici. Del resto, un simile atteggiamento non è affatto raro: secondo uno studio del 2004 i 2/3 degli ostetrici intervistati avrebbero acconsentito ad un cesareo d'elezione in assenza di indicazioni cliniche⁷ e secondo un'indagine del

quanto la decisione materna sia stata influenzata da pareri medici. Si veda M.S. ROBSON, *Can we reduce the caesarean section rate?* In *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 15, 2001, 179-194.

⁵ Consultabili all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1330_allegato.pdf.

⁶ Così anche l'art. 13 del Codice di deontologia medica (2018) prevede che il medico debba sì tener conto delle linee guida accreditate da fonti autorevoli e indipendenti, ma valutandone sempre l'applicabilità al caso specifico.

⁷ J.R. WAX, A. CARTIN, M.G. PINETTE, J. BLACKSTONE, *Patient choice cesarean: an evidence-based review*, in *Obstetrical & gynecological survey*, 59, 8, 2004, 601-616.

2006, che ha coinvolto otto stati europei, i sanitari sono propensi ad assecondare la volontà della paziente in percentuali comprese tra il 15% e il 79% (55% in Italia)⁸.

Pur in assenza di una norma espressa, credo che, argomentando a partire dai principi etici e deontologici, si possa ragionevolmente sostenere che se un medico – dopo un approfondito colloquio con la paziente e dopo averla eventualmente, ma inutilmente, indirizzata verso ulteriori interventi informativi e di supporto – acconsente, pur in assenza di indicazioni cliniche, ad accogliere la sua richiesta di cesareo, non viola alcun dovere deontologico. Ciò è conseguenza, innanzitutto, dei principi generali dell'etica medica e, in particolare, del rispetto dei principi di autonomia, beneficenza e non malevolenza⁹. È vero che qui sembrerebbe sussistere un contrasto tra il principio del rispetto dell'autonomia della paziente, da un lato, e i principi di beneficenza e non malevolenza, dall'altro, tuttavia molto dipende da come si interpretano tali ultimi due principi. Beneficenza e non malevolenza vanno riferiti al bene della salute, ma la salute, a sua volta, va intesa – secondo una giurisprudenza costante¹⁰ – in base alla definizione dell'OMS, e cioè non solo come assenza di malattia, ma come un più generale stato di benessere psicofisico.

Obbligare una paziente a un parto vaginale lede il suo benessere psicologico: forse, come vedremo (§4), potrebbe addirittura configurare un caso di violenza ostetrica. Non solo, ma ciò può anche ledere la salute fisica della paziente. Il parto vaginale richiede, infatti, una buona dose di collaborazione – di *compliance* – in assenza della quale si possono originare delle complicazioni¹¹. Inoltre, il parto vaginale qualche volta deve essere accompagnato da trattamenti sanitari – quali epidurale, episiotomia¹², cardiocografia (CTG), test di Clark, amniotomia – cui la paziente deve acconsentire e che, se

⁸ M. HABIBA, M. KAMINSKI, M. DA FRÈ, ET AL., *Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries*, in *BJOG*, 113, 6, 2006, 647-656.

⁹ Su tali principi rinvio al testo classico di T.L. BEAUCHAMP, J.F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, 1979. In breve, il principio di autonomia impone il rispetto dell'autonomia del paziente, delle sue preferenze, dei suoi valori, delle sue scelte. Il principio di beneficenza impone di agire per massimizzare il bene del paziente, mentre quello di non-maleficenza impone di omettere comportamenti che per il paziente sarebbero dannosi. Accanto a questi tre principi, gli autori enumerano anche il principio di giustizia, che attiene alla distribuzione delle risorse sanitarie e non sarà impiegato in questo scritto.

¹⁰ Cfr., ad esempio, Corte Cost. sen. n. 356/1991; Corte Cost. sen. n. 485/1991; Corte Cost. sen. n. 218/1994; Corte Cost. sen. n. 162/2014, Corte Cass., sez. II civ., sen. n. 2396 del 6 aprile 1983; Corte Cass., sez. III civ., sen. n. 2150 del 11 maggio 1989; Corte Cass., sez. lav., n. 7101 del 6 luglio 1990. Sul tema cfr. anche B. CARAVITA, *Art. 32*, in V. CRISAFULLI, L. PALADIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, 1990; M. LUCIANI, *Salute: I) Diritto alla salute*, in *Enciclopedia giuridica Treccani*, Roma, 1991; C.E. GALLO, B. PEZZINI, *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, 1998; C. VIGNALI, *La tutela della salute*, in *Acta bio medica ateneo parmense*, 75, 2004, 192-203; C. BOTTARI, *Il diritto alla tutela della salute*, in R. NANIA, P. RIDOLA (a cura di), *I diritti costituzionali*, 2006, 1101 ss.; F. MINNI, A. MORRONE, *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte Costituzionale italiana*, in *AIC*, 3, 2013; D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Torino, 2015; A. SANTOSUOSSO, *Diritto, scienza, nuove tecnologie*, Lavis, 2016, 43 ss.

¹¹ Secondo uno studio retrospettivo condotto su 178 casi, il grado di adesione (*compliance*) della paziente alla pianificazione del metodo di parto produce effetti significativi sulla salute della madre e del nato: P. HIDALGO-LOPEZOSA, M. HIDALGO-MAESTRE, M.A. RODRÍGUEZ-BORREG, *Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes*, in *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 2017, <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2007.2953>.

¹² L'episiotomia consiste nell'incisione chirurgica del perineo e della parete posteriore della vagina al fine di allargare il canale del parto. Per un'analisi della letteratura su vantaggi e rischi della episiotomia cfr. K. HARTMANN,

non eseguiti potrebbero causare seri danni, alla donna o al nascituro. Insomma, l'assenza di una collaborazione della paziente, il suo rifiuto a prestare il proprio consenso a qualsiasi trattamento diverso dal cesareo possono lederne anche la salute fisica e, certamente, ne compromettono il benessere psicologico.

Infine, occorre anche considerare che, almeno secondo alcuni studi, la tocofobia, la paura del parto, integra una vera e propria condizione patologica¹³. Tornerò più avanti su questo punto, ma per ora vorrei limitarmi a osservare che imporre un parto vaginale a una persona affetta da tocofobia non può che ritenersi lesivo del suo benessere psicofisico.

Credo che alla stessa conclusione si debba pervenire se, anziché muovere dai principi generali dell'etica medica, si esaminano i codici deontologici italiani. Pur nella genericità di molte delle norme in essi contenute, i codici deontologici si ispirano al rispetto della dignità e libertà della persona, al dovere di promuoverne e preservarne la salute psico-fisica¹⁴. Al riguardo assume particolare rilievo l'art. 22 del Codice di deontologia medica (2018), ai sensi del quale «[i]l medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona [...]». Premesso che il Codice si riferisce alla salute nella sua accezione psicofisica (art. 3), questa disposizione sembra addirittura imporre al medico di aderire alla richiesta della paziente, almeno se è prevedibile che, qualora tale richiesta non sia accolta, ne derivi un immediato nocumento per il suo benessere psico-fisico.

A questo punto occorre, però, affrontare una terza questione: è necessario domandarsi se il ricorso a un cesareo in assenza di indicazioni cliniche possa configurare o aggravare una responsabilità giuridica del medico nel caso in cui l'operazione abbia un esito infausto per la madre o il neonato. Al riguardo si deve considerare quanto disposto dall'art. 590 *sexies*, Il comma, c.p., introdotto nel 2017 dalla c.d. legge Gelli-Bianco. Ai sensi di tale disposizione, se i fatti di omicidio colposo e lesioni personali colpose sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, «qualora l'evento si sia verificato per imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge, ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste risultino adeguate alle specificità del caso concreto». Come ben noto, l'interpretazione di questa disposizione ha generato un acceso dibattito dottrinale¹⁵ e giurisprudenziale.

M. VISWANATHAN, R. PALMIERI, ET AL., *Outcomes of Routine Episiotomy. A Systematic Review*, in *Journal of American Medical Association*, 293, 17, 2005, 2141-2148.

¹³ Cfr. M.S. BHATIA, A. JHANJEE, *Tokophobia: A dread of pregnancy*, in *Industrial Psychiatric Journal*, 21, 2, 2012, 158-159; K. HOFBERG, I. BROCKINGTON, *Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth*, in *The British Journal of Psychiatry*, 176, 2000, 83-5; K. HOFBERG, M.R. WARD, *Fear of pregnancy and childbirth*, in *Postgraduate Medical Journal*, 79, 935, 2000, 505-510; P. SLADE, K. BALLING, K. SHEEN; G. HOUGHTON, *Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives*, in *BMC Pregnancy Childbirth*, 19, 96, 2019, <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2241-7>.

¹⁴ Cfr., ad esempio, art. 3 Codice di deontologia medica (2018).

¹⁵ Tra i primi commenti alla disciplina si segnalano G. AMATO, *Professionisti "salvi" se l'evento dannoso è dovuto a imperizia*, in *Guida al diritto*, 15, 2017, 51-55; G.M. CALETTI, M.L. MATTHEUDAKIS, *Una prima lettura della legge "Gelli-Bianco" nella prospettiva del diritto penale*, in *Diritto penale contemporaneo*, 2, 2017, 84-108; C. CUPELLI, *Lo statuto penale della colpa medica e le incerte novità della legge Gelli-Bianco*, in *Diritto penale contempora-*

Limitando l'analisi alla giurisprudenza, con una prima pronuncia, la Corte di Cassazione aveva interpretato la disposizione in esame nel senso che la responsabilità per imperizia – e non la punibilità in caso di comportamento imperito – sarebbe stata esclusa se si fossero seguite pedissequamente le linee guida o le buone pratiche clinico-assistenziali¹⁶. In sintesi, secondo questa pronuncia, le linee guida avrebbero costituito il criterio di perizia e, quindi, qualora si fosse provato che il sanitario le aveva seguite, nessun rilievo per imperizia avrebbe potuto essere avanzato¹⁷. Con una sentenza di poco successiva, la stessa sezione IV della Cassazione penale aveva, però, radicalmente ribaltato la precedente interpretazione, sostenendo, invece, che, ai sensi dell'art. 590 *sexies*, Il comma, c.p., la punibilità – e non la responsabilità – sarebbe stata esclusa qualora il medico, seguendo linee guida adeguate e pertinenti, fosse incorso in una imperita applicazione di queste¹⁸. Insomma, per questa successiva pronuncia, il medico, che avesse correttamente individuato le linee guida cui attenersi, non sarebbe stato punibile se, durante l'esecuzione, fosse incorso in errori di imperizia, sia pure grossolani, sia pure con colpa grave¹⁹.

Sulla questione sono, quindi, intervenute le Sezioni Unite²⁰, le quali hanno stabilito che la punibilità – e non la responsabilità – è esclusa se il sanitario, pur attenendosi a linee-guida qualificate, accreditate e adeguate al caso di specie, abbia cagionato per imperizia l'evento lesivo o mortale in virtù di uno scostamento dalle linee guida «marginale e di minima entità» (§9.1). Secondo le SSUU, la nozione di colpa lieve sarebbe sottesa alla norma in esame (§10) o, meglio, «intrinseca alla formulazione del

neo, 4, 2017, 200-216; F. D'ALESSANDRO, *La responsabilità penale del sanitario alla luce della riforma 'Gelli-Bianco'*, in *Diritto penale e processo*, 5, 2017, 573-76; G. DE FRANCESCO, *In tema di dovere terapeutico, colpa medica, e recenti riforme*, in *Legislazione penale on line*, 2 maggio 2017, http://www.la legislazione penale.eu/wp-content/uploads/2017/05/opinioni_defrancesco_2017.pdf; M. DI FLORIO, *Riflessioni sulla nuova fattispecie della responsabilità colposa in ambito sanitario (ex art. 590-sexies, c.p.), come introdotta dalla legge Gelli-Bianco*, in *Archivio penale*, 2, 2017, 1-18; A. MASSARO, *L'art. 590-sexies, la colpa per imperizia del medico e la camicia di Nesso dell'art. 2236 c.c.*, in *Archivio penale*, 3, 2017, 1-52; P. PIRAS, *Imperitia sine culpa non datur. A proposito del nuovo art. 590-sexies c.p.*, in *Diritto penale contemporaneo*, 3, 2017, 269-271; P.F. POLI, *Il d.d.l. Gelli-Bianco: verso un'ennesima occasione persa di adeguamento della responsabilità penale del medico ai principi costituzionali?*, in *Diritto penale contemporaneo*, 2, 2017, 67-98; L. RISCATO, *Il nuovo statuto penale della colpa medica: un discutibile progresso nella valutazione della responsabilità del personale sanitario*, in *La legislazione penale*, 2017, 1-18; A. ROIATI, *La colpa medica dopo la legge Gelli-Bianco: contraddizioni irrisolte, nuove prospettive ed eterni ritorni*, in *Archivio penale*, 2, 2017, 1-27; S. ROSSI, *Spigolature sulla legge "Gelli" tra testo e contesto*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2, 2017, 165-186.

¹⁶ Corte Cass., sez. IV pen., sen. n. 28187 del 20 aprile 2017.

¹⁷ La Corte, peraltro, sottolineava che «il catalogo delle linee guida non può esaurire del tutto i parametri di valutazione. È ben naturale, infatti, che il terapeuta possa invocare, in qualche caso particolare, quale metro di giudizio anche raccomandazioni, approcci scientifici che, sebbene non formalizzati nei modi previsti dalla legge, risultino di elevata qualificazione nella comunità scientifica, magari per effetto di studi non ancora recepiti dal sistema normativo» (Cass. pen. 28187/2017, 19). Insomma, secondo la SC, se l'adesione ad adeguate linee guida escludeva la responsabilità, la violazione delle stesse non comportava un addebito automatico, posto che il sanitario avrebbe potuto richiamarsi ad altre raccomandazioni e approcci scientifici non ancora recepiti.

¹⁸ Corte Cass., sez. IV pen., sen. n. 50078 del 1 ottobre 2017.

¹⁹ Per alcuni commenti critici cfr. P. GRASSIGLI, *La Cassazione penale cambia subito rotta sull'art. 590-sexies c.p., ritenendolo applicabile anche nei casi di colpa grave*, in *Responsabilità medica*, 11 novembre 2017, <http://www.rivistaresponsabilitamedica.it>; C. CUPELLI, *Quale (non) punibilità per l'imperizia? La Cassazione torna sull'ambito applicativo della legge Gelli-Bianco ed emerge il contrasto: si avvicinano le Sezioni Unite*, in *Diritto penale contemporaneo*, 11, 2017, 250-255; F. POGGI, *La medicina difensiva*, Modena, 2018, 47 ss.

²⁰ Corte Cass., SSUU, sen. n. 8770 del 21 dicembre 2017.

nuovo precetto, posto che la costruzione della esenzione da pena per il sanitario complessivamente rispettoso delle raccomandazioni accreditate in tanto si comprende in quanto tale rispetto non sia riuscito ad eliminare la commissione di errore colpevole non grave, eppure causativo dell'evento» (§10.3)²¹.

Stando a quest'ultimo indirizzo interpretativo²², possiamo, pertanto, concludere che, se il medico non segue le buone pratiche clinico-assistenziali – cioè, nel nostro caso, se acconsente a una richiesta di cesareo in assenza di qualsiasi indicazione medica – allora non potrà invocare l'art. 590 *sexies*, Il comma, c.p., e, quindi, sarà punibile se causa la morte o una lesione per imperizia, sia pure con colpa lieve. Ciò non significa che, se il medico acconsente alla richiesta di cesareo in assenza di indicazioni cliniche e, durante o dopo l'intervento, si verifica la morte o la lesione, allora egli ne sarà sempre ritenuto responsabile. La responsabilità penale sussiste solo nel caso in cui sia provata l'imperizia. Infatti la giurisprudenza ha più volte sottolineato come la violazione delle buone pratiche clinico-assistenziali e delle stesse linee guida non comporti mai un addebito automatico per colpa.

3. Parto vaginale e libertà di disposizione del proprio corpo

Passiamo ora a esaminare il secondo caso: quello, forse meno frequente, della donna che, pur in presenza di forti indicazioni mediche a favore del parto cesareo, richieda invece un parto vaginale. Ebbene, già le linee guida del Ministero della sanità (2014) precisano che una donna in grado di intendere e volere ha il diritto di rifiutare un taglio cesareo sia programmato che di emergenza. Questa soluzione è oggi imposta dalla legge 219 che, come visto, stabilisce il diritto di ogni soggetto capace d'agire di rinunciare o interrompere qualunque trattamento sanitario, anche se necessario per la sua sopravvivenza. La donna, quindi, potrà sempre rifiutare il cesareo, anche se in presenza di un codice rosso, di un pericolo immediato e imminente per la vita sua o del feto. Il medico dovrà raccogliere il dissenso e annotarlo nella cartella clinica²³. Nessuno può imporre alla donna il ricorso al taglio cesareo: in particolare, non può farlo il futuro padre, perché il feto non è ancora nato, non è ancora soggetto di diritti e, quindi, nemmeno sussiste ancora una responsabilità genitoriale in capo ai futuri genitori.

Se poi l'evento infausto – per la madre o il concepito – effettivamente si verifica, il medico sarà esente da responsabilità salvo che, nel parto vaginale, abbia commesso negligenze o imprudenze, ovvero

²¹ Per alcuni commenti critici cfr. A. DI LANDRO, *Colpa medica, linee guida e buone pratiche*, in *Archivio penale*, 2, 2018, 403-422; E. BIRITTERI, *Un'analisi critica delle SS.UU. "Mariotti" in tema di responsabilità medica*, in *Diritto penale contemporaneo*, 4, 2019, 48-67; E. DICIOTTI, *La responsabilità penale nell'esercizio della professione sanitaria. Un'analisi della sentenza della Corte di Cassazione, sezioni unite penali, 22 febbraio 2018, n. 8770*, in *Diritto e questioni pubbliche*, 39, 2019, 337-351; F. TRAPPELLA, *Responsabilità medica: linee guida, formule assolute e prerogative del danneggiato da errore medico*, in *Diritto penale contemporaneo*, 4, 2019, 81-92.

²² Fino ad oggi, l'indirizzo tracciato dalle Sezioni Unite è stato seguito da giudici di merito e sezioni semplici. Tuttavia, Schiavo ha rilevato come, al di là dei richiami formali alla decisione di cui sopra, nelle pronunce più recenti si assista a differenti interpretazioni della nozione di colpa grave e della sua relazione con linee guida e buone prassi: cfr. M. SCHIAVO, *La persistente imprevedibilità delle pronunce sulla colpa medica a due anni dall'entrata in vigore della legge Gelli-Bianco*, in *Diritto penale contemporaneo*, 5, 2019, 5-30.

²³ Ovviamente, ai sensi art. 1, comma 7, legge 217/2019, è necessario che, nonostante la situazione di emergenza, la donna sia in grado di esprimere la propria volontà.

non abbia seguito le buone pratiche relative e abbia commesso un'imperizia, o, ancora, abbia seguito solo in parte le buone pratiche discostandosene in modo significativo con gravi imperizie. Insomma, il medico si trova qui a operare in una situazione difficile: deve eseguire un parto vaginale in un quadro clinico che lo sconsiglierebbe e, se commette un errore, può comunque risponderne²⁴.

4. Considerazioni etico-giuridiche sulla libertà di autodeterminazione femminile rispetto al parto

Per concludere, vorrei svolgere alcune riflessioni critiche sul quadro normativo che è emerso dalla precedente ricostruzione. In via preliminare, occorre indagare quali sono le ragioni che giustificano l'asimmetria in forza della quale una donna non può richiedere un parto cesareo in assenza di indicazioni mediche – non può esercitare la sua autodeterminazione nel senso di eleggere questa modalità di parto – mentre, invece, può sempre rifiutare un cesareo, anche quando ciò metta seriamente a repentaglio non solo la sua vita, ma anche quella del nascituro.

Sicuramente esistono ragioni mediche che sconsigliano il parto cesareo. Al riguardo, però, le stesse linee guida del Ministero della salute riportano che non sono disponibili prove conclusive sui danni e benefici del taglio cesareo rispetto al parto vaginale, dal momento che, ovviamente, non sono possibili trial randomizzati. Il fatto che non siano disponibili prove conclusive, non significa, però, che non esistano prove di sorta: vi sono, infatti, studi osservazionali che sembrano accertare una maggiore mortalità materna e perinatale legata al cesareo.

Così, ad esempio, secondo il rapporto dell'*Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS)* sulla *Sorveglianza della mortalità materna*²⁵, del 2019, in Italia, tra il 2006 e il 2012, per cause legate alla gravidanza e al parto, sono morte nove donne ogni 100 mila (con un'ampia variabilità tra regioni, compresa tra un minimo di 6 decessi in Toscana e un massimo di 13 in Campania). La causa più frequente delle morti materne precoci (ovvero entro 42 giorni dalla nascita) è l'emorragia, responsabile del 43,5% del totale dei decessi, seguita dai disordini ipertensivi della gravidanza (19,1%) e dalla tromboembolia (8,7%). Secondo questo rapporto, le morti in occasione del parto nell'86% dei casi seguono un taglio cesareo. Lo stesso rapporto, peraltro, sottolinea come il rischio associato al cesareo sia parzialmente sovrastimato, poiché le indicazioni all'intervento chirurgico, se appropriate, sono esse stesse un fattore di rischio per esiti sfavorevoli materni e/o neonatali.

Inoltre, alcuni studi sembrano confermare che anche i tassi di mortalità neonatale tra i nati da taglio cesareo siano maggiori di quelli da parto spontaneo. Tra tali studi, il più importante, almeno per la sua numerosità, è probabilmente quello diretto da MacDorman, che ha riscontrato un tasso di mor-

²⁴ Sotto un diverso profilo, il medico è responsabile se non informa la donna circa la presenza o il sopravvenire di condizioni cliniche che richiedono un parto cesareo. Sul punto si veda, di recente, Corte Cass., sez. III civ., , sen. n. 8461 del 5 maggio 2020, in tema responsabilità del medico per il decesso della donna in caso di non tempestiva o ritardata o errata esecuzione di parto cesareo. Un aspetto criticabile di tutta la vicenda processuale è che il punto di vista, la volontà, della partoriente – poi deceduta – non emerge mai, non viene mai tenuto in considerazione. In particolare, nei diversi gradi del processo, incluso il giudizio di Cassazione, si discute sulla responsabilità del medico per non aver eseguito il cesareo, tentando invece un c.d. travaglio di prova, e non invece, come sarebbe stato più conforme ai principi e alle norme giuridiche sopra esaminate, per non aver prospettato alla partoriente la necessità di ricorrere al cesareo.

²⁵ Consultabile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/itoss/pdf/ItOSS.pdf>.

talità neonatale a seguito di taglio cesareo pari a 1,77 per 1.000 nati vivi, contro un tasso del 0,62 per 1000 nati vivi in caso di parto vaginale²⁶. Per quanto significativo anche questo studio presenta, però, degli aspetti critici, sia perché non distingue i cesarei programmati da quelli di emergenza, sia perché i certificati di morte sono spesso imprecisi – in particolare, potrebbero non riferire di malformazioni o altri problemi congeniti dei feti.

Un dato scientifico ormai acquisito riguarda invece il fatto che il ricorso a parto cesareo ponga problemi per le gravidanze successive: le donne con pregresso taglio cesareo presentano un maggior rischio di placentazione anomala nella gravidanza successiva, inoltre al cesareo ripetuto sono associate alte percentuali di mortalità materna²⁷.

Insomma, anche se non esistono evidenze definitive, i dati in nostro possesso ci dicono che il cesareo è una modalità di parto più rischiosa. Il problema, però, è se il rischio sia tale da giustificare il sacrificio dell'autonomia materna. Come abbiamo visto, il medico ha sempre il diritto di rifiutare di eseguire un cesareo in assenza di indicazioni cliniche e, almeno in teoria, è possibile che una donna non trovi nessun medico che le voglia eseguire un cesareo e che, quindi, sia costretta quantomeno ad iniziare il travaglio associato al parto vaginale contro la sua volontà. I rischi associati al cesareo sono davvero tali da giustificare questo annullamento dell'autodeterminazione, della libertà di disporre del proprio corpo?

Personalmente, ritengo questa compressione irragionevole, tanto più che, come abbiamo visto, non si verifica se, invece, la donna non vuole ricorrere al cesareo: pur in presenza di rischi molto elevati per la sua vita o per quella del nascituro, la donna può giuridicamente optare per un parto vaginale. La differenza, ovviamente, risiede nel fatto che, in un caso, la donna richiede un trattamento invasivo potenzialmente più pericoloso – esige un *facere* da parte del personale sanitario – mentre, nell'altro, rifiuta un trattamento – richiede un *non facere*. Al riguardo, è però opportuno osservare come nella prassi medica non sia affatto raro riconoscere al paziente la possibilità di ottenere un trattamento potenzialmente pericoloso e non strettamente necessario, oppure concedergli la facoltà di optare tra tipi di trattamento che presentano percentuali di rischio molto diversificate. Così, ad esempio, rispetto all'esecuzione di un accertamento diagnostico invasivo, per il quale non sia raccomandata alcuna analgesia, è comune che al paziente sia offerta invece la possibilità di ricorrere ad anestesia locale o addirittura totale, e lo stesso accade rispetto a molti interventi chirurgici, dove il paziente può optare tra un'anestesia locale o un'epidurale o, addirittura, un'anestesia totale, per quanto queste pratiche presentino indici di rischio molto diversi. Qui, insomma, mi pare in gioco non solo il diritto costituzionale all'autodeterminazione, ma anche il principio di eguaglianza. Non pare ragionevole che in certi casi il paziente possa optare anche per trattamenti che presentano un rischio maggiore per la sua salute o, addirittura, per quella del feto, mentre non possa farlo quando si tratti di scegliere un parto

²⁶ M.F. MACDORMAN, E. DECLERCQ, F. MENACKER, M.H. MALLOY, *Infant and Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Women with "No Indicated Risk," United States, 1998–2001 Birth Cohorts*, in *Birth*, 33, 3, 2006, 175-82. Lo studio si poneva l'obiettivo originale di verificare il rischio di mortalità infantile e neonatale associato a parto vaginale e a taglio cesareo in donne precedentemente mai cesarizzate, con gravidanza singola, a termine, e prive di fattori noti di rischio medico o complicazioni della gravidanza.

²⁷ Secondo l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), la mortalità materna per cesareo ripetuto è di 13,4 per 100.000. Cfr. AHRQ, *Vaginal birth after cesarean: new insights*, 2010, in <https://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/vbacup/vbacup.pdf>.

cesareo. Alla base di questo divieto, pare esservi un'idea di "naturalità" del parto vaginale, che, di fatto, è smentita dalla pratica clinica, dove, come abbiamo visto, il parto vaginale è spesso accompagnato da accertamenti diagnostici e interventi chirurgici invasivi.

Come si è accennato (§2), costringere una donna a iniziare un travaglio o, addirittura, a portarlo a termine, contro la sua volontà, è un comportamento che, oltre che potenzialmente dannoso per la sua salute psico-fisica, potrebbe integrare un'ipotesi di violenza ostetrica. Questa tesi potrebbe sembrare controintuitiva: il concetto di violenza ostetrica è normalmente correlato a processi di medicalizzazione e ospedalizzazione del parto²⁸, che trovano nel ricorso innecessario al taglio cesareo una delle loro manifestazioni prevalenti. In altri termini, il ricorso a parto cesareo in assenza di indicazioni cliniche, insieme ad altri trattamenti ostetrici non giustificati, è normalmente considerato come un esempio paradigmatico di violenza ostetrica²⁹. Sembrerebbe, quindi, irragionevole ritenere che il rifiuto di eseguire un cesareo in assenza di indicazioni cliniche possa, a sua volta, configurare un caso di violenza ostetrica. Al riguardo, anche se il concetto di violenza ostetrica è ancora in buona parte indeterminato³⁰, esso sembra far riferimento anche, se pur non esclusivamente, a comportamenti lesivi dell'autodeterminazione. Così, la dichiarazione dell'OMS del 2014 su *La prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere* elenca, tra i trattamenti «irrispettosi e abusanti», procedure mediche coercitive o non acconsentite e la carenza di un consenso realmente informato. Ai sensi della Risoluzione n. 2306/2019, adottata dal Consiglio d'Europa in data 3 ottobre 2019, la violenza ostetrica e ginecologica include (ma non si esaurisce ne) «inappropriate or non-consensual acts, such as episiotomies and vaginal palpation carried out without consent, fundal pressure or painful interventions without anaesthetic.

²⁸ Per "medicalizzazione" si intende il processo di affidamento del parto (e della gravidanza) al sapere medico-scientifico (e l'esito di tale processo); per "ospedalizzazione" si intende, invece, la collocazione dell'eventuale parto all'interno dell'istituzione ospedaliera. Sul tema cfr. E. MARTIN, *The Woman Body*, Boston, 1987; F. PIZZINI, *Il parto tra biologia e cultura*, in G. COLOMBO, F. PIZZINI, A. REGALIA (a cura di), *Mettere al mondo*, Milano, 1987; A. OAKLEY, *Towards a Sociology of Childbirth*, London, 1988; R. DAVIS-FLOYD, *Birth as an American Rite of Passage*, Barkley, 1992; L. LOMBARDI, *Corpo medico e corpo femminile: parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Milano, 1999; G. RANISIO, *Venire al mondo*, Roma, 2000; L.L. LAYNE, *Motherhood Lost*, Lodon, 2003; LOMBARDI, *La medicalizzazione della riproduzione umana: il corpo e il genere*, in *Salute e società*, 2, 2009, 185-201; A. MATURO, P. CONRAD (a cura di), *La medicalizzazione della vita*, Milano, 2011; F. GIACALONE, *Il parto naturale tra medicalizzazione e nuove soggettività*, in *Voci*, 10, 2013, 255-284; L. LOMBARDI, *Introduzione. Salute, genere, riproduzione sociale*, in C. CIPOLLA (a cura di), *Sociologia e salute di genere*, Milano, 2014; F. ANTONELLI, *La violenza ostetrica: ipotesi interpretative su una categoria in ascesa*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 2, 2016, 265-279; N.M. FILIPPINI, *Generare, partorire, nascere*, Roma, 2017. Pur condividendo la preoccupazione per interventi medici eccessivi e sproporzionati, non si può però dimenticare come il parto ospedaliero abbia abbassato enormemente le percentuali di mortalità materna, fetale e neonatale. Per qualche dato cfr. A. ANGELI, S. SALVINI, *Mortalità per genere e salute riproduttiva: il percorso italiano tra Ottocento e Novecento*, Udine, 2001, in particolare 74 ss.

²⁹ Così, ad esempio, M. SANDLER ET AL., *Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence*, in *Reproductive Health Matters*, 24, 2016, 47-55; E. KUKURA, *Obstetric Violence*, in *The George Town Law Journal*, 106, 721-801; S. DE VIDO, *Violence against Women's Health in International Law*, Manchester, 2020; J.M. MARTÍNEZ-GALIANO, ET AL., *The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study*, in *Women and Birth*, 2020, doi: 10.1016/j.wombi.2020.10.002.

³⁰ A giudizio di chi scrive, ciò deriva principalmente dall'indeterminatezza del concetto di violenza. Sul tema cfr., di recente, S. HAMBY, *On defining violence, and why it matters*, in *Psychology of Violence*, 7, 2017, 167-180; F. POGGI, *Sobre el concepto de violencia de género y su relevancia para el derecho*, in *Doxa*, 42, 2019, 285-307.

Sexist behaviour in the course of medical consultations has also been reported»³¹. La legge venezuelana del 2007 (*Ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*), che rappresenta la prima normativa nazionale ad aver introdotto il concetto di violenza ostetrica³², la definisce, all'art. 13, come «l'appropriazione del corpo e dei processi riproduttivi delle donne da parte del personale sanitario, che [...] porta con sé la perdita dell'autonomia e della capacità di decidere liberamente sul proprio corpo e la propria sessualità, impattando negativamente sulla qualità della vita delle donne».

Il legame tra violenza ostetrica e mancato rispetto dell'autonomia e dell'autodeterminazione emerge ancora più chiaramente all'interno di quella letteratura che ne ha evidenziato, non solo il carattere strutturale³³, ma anche la sua natura di violenza di genere. In base a questa prospettiva, la violenza ostetrica si configura come un'appropriazione del corpo e dei processi riproduttivi femminili, che si fonda e, allo stesso tempo, riproduce una delegittimazione morale della donna, quale soggetto debole e non autonomo³⁴. Come osserva Cannone, valorizzare, invece, l'autodeterminazione femminile implica che la pratica del taglio cesareo «dovrebbe poter essere effettuata, anche in assenza di specifiche situazioni sanitarie, su richiesta della partoriente, purché siano state conferite alla gestante tutte le informazioni mediche relative ai rischi che tale pratica comporta. In definitiva, sarebbe il consenso della donna a rendere la pratica legittima, quand'anche inopportuna»³⁵. In altri termini, negare alla donna la possibilità di accedere al cesareo e obbligarla, quindi, a un travaglio e a un parto naturale non è meno lesivo dell'autodeterminazione della partoriente, non costituisce un disconoscimento inferiore della sua autonomia, che praticare, invece, un cesareo senza il suo consenso informato.

Un'ultima, importante, considerazione riguarda la tocofobia. Se è vero che, come emerge da alcuni studi, la tocofobia è una situazione patologica, non si comprende perché, qualora sia accertata e sia seria, non possa essere assunta quale indicazione medica al cesareo. Allo stato attuale, una donna af-

³¹ Su altre convenzioni e iniziative internazionali sul tema della violenza ostetrica rinvio a F. ANTONELLI, *op. cit.*; P. QUATTROCCHI, *Violenza ostetrica*, in *EtnoAntropologia*, 7, 2019, 125-147; C. CANNONE, *La violenza in sala parto*, in *Studi sulla questione criminale*, 1-2, 2019, 151-164.

³² Il Venezuela è stato poi seguito da altri stati del continente sud-americano (Argentina, Messico, Brasile e Uruguay). Sul tema, e per un'analisi comparativa, rinvio a M. SANDLER, ET AL., *op. cit.*; C.H. VACAFLOR, *Obstetric Violence*, in *Reproductive Health Matters*, 24, 2016, 65-73; H. LAAKO, *Understanding contested women's rights in development*, in *Third World Quarterly*, 38, 2017, 379-386; P. QUATTROCCHI, *op. cit.*; C. CANNONE, *op. cit.*

³³ In breve, la violenza ostetrica ha carattere strutturale in quanto non è riducibile ad atti di *malpractice* individuali, bensì ad azioni e meccanismi istituzionali. Per approfondimenti: F. ANTONELLI, *op. cit.*, 275; M. SANDLER, ET AL., *op. cit.*; E. KUKURA, *op. cit.*; C. CANNONE, *op. cit.*

³⁴ Sul punto, cfr., ad esempio, C. BOTTI, *Prospettive femministe*, Milano-Udine, 2014; R. JEWKES, L. PENN-KEKANA, *Mistreatments of Women in Childbirth*, in *PLoS Medicine*, 12, 2015, <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849>; L. LOMBARDI, *La violenza contro le donne, tra riproduzione e mutamento sociale*, in *Autonomie locali e servizi*, 2, 2016, 211-234; V. MARZOCCO, *Dominium sui*, NAPOLI, 2012; P. QUATTROCCHI, *op. cit.*; M. SANDLER ET AL., *op. cit.*; F. ANTONELLI, *op. cit.*; S. DE VIDO, *op. cit.*

³⁵ C. CANNONE, *op. cit.*, 161. In senso analogo, S. DE VIDO, *op. cit.*, problematizza l'idea secondo cui il parto vaginale è la modalità "normale" di parto e incentra i diritti alla salute e alla riproduzione sul concetto di autonomia (*ivi*, 163 ss.): in particolare, definisce la violenza contro la salute riproduttiva (quale forma di violenza di genere) come una violazione di diritti umani e una limitazione dell'autonomia delle donne (*ivi*, 165).

fetta da tocofobia o, in qualche modo, riesce a superare questa condizione³⁶, o deve rinunciare al suo desiderio di maternità³⁷, o, ancora, può correre il rischio di essere costretta ad iniziare un travaglio contro la sua volontà e nonostante la persistenza di questa situazione patologica.

Per concludere, il medico ha certamente il dovere di informare la partoriente su tutti i rischi connessi al parto cesareo, indirizzandola anche verso ulteriori interventi informativi e di supporto, e cercando, per quanto possibile, di orientare la sua scelta verso il parto vaginale. Tuttavia, di fronte ad una opposizione risoluta, per quanto irrazionale, e, soprattutto, allor quando vi siano elementi atti a fondare una diagnosi di tocofobia, dovrebbe essere chiaramente affermato il dovere di accondiscendere alla richiesta del cesareo, proprio al fine di tutelare l'integrità psicofisica della paziente.

³⁶ Alcuni studi confermano l'efficacia di farmaci anti-depressivi come la fluoxetina: cfr. M. SAHINGOZ, S. SARI, *Post-traumatic Stress Disorder*, in F. UGUZ, L. ORSOLINI (a cura di), *Perinatal Psychopharmacology*, Cham, 2019, 297-314.

³⁷ Al riguardo, la letteratura registra una prevalenza della c.d. tocofobia primaria, ossia in donne che non hanno avuto precedenti gravidanze (R. BAKSHI, A. MEHTA, B. SHARMA, *Tokophobia: Fear Of Pregnancy And Childbirth*, in *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*, 10, 1, 2007, 1-5; K. HOFBERG, M.R. WARD, *Fear of pregnancy and childbirth*, cit.), ma non mancano anche casi di tocofobia secondaria, ossia in donne che hanno già avuto parti precedenti. Sul punto è interessante notare come non sempre la tocofobia secondaria sia connessa a pregresse esperienze traumatiche, ma possa registrarsi anche dopo un parto senza complicazioni: K. HOFBERG, M.R. WARD, *Tokophobia: A Profound Dread and Avoidance of Childbirth (When Pathological Fear Effects the Consultation)*, in J. COCKBURN, M.E. PAWSON (eds), *Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology*, London, 2007, 165-172.