



Linee di indirizzo regionali per la prevenzione in sicurezza del taglio cesareo primario

Sommario

1. Premessa	4
2. Razionale e obiettivi del Documento	4
3. Contesto Regionale e dati di attività	5
4. DEFINIZIONE DEL PERCORSO	8
5. Indicazioni al taglio cesareo primario	8
6. Trasmissione materno-fetale di malattie infettive	9
6.1. Infezione da Herpes simplex virus (HSV)	9
6.2. Infezione da virus dell'epatite C (HCV)	10
6.3. Infezione da virus dell'epatite B (HBV)	10
6.4. Infezione da virus da immunodeficienza acquisita (HIV)	11
6.5. Infezione da Toxoplasmosi, Rosolia, CMV	11
6.6. Infezione da Sifilide	11
7. Parto pretermine	12
8. Taglio cesareo su indicazione non ostetrica	12
9. Sproporzione feto-pelvica	13
10. Fallimento dell'induzione	13
11. Distocia	13
12. Sofferenza fetale	14
13. Interventi e procedure assistenziali in corso di travaglio di parto	15
13.1. Sostegno emotivo offerto alla donna durante il travaglio di parto	15
13.2. Partogramma	16
13.3. Monitoraggio del benessere fetale durante il travaglio di parto	16
14. Analgesia perimidollare durante il travaglio di parto	16
15. Posizione e mobilità della donna durante il travaglio di parto	17

16.	Taglio cesareo su richiesta materna.....	17
17.	Audit.....	18
18.	Riferimenti per l’elaborazione delle Linee di Indirizzo	19
	Tabella 1 - Rischi materno-fetali in base alla modalità di parto.....	20
	Tabella 2 - Le classi di rischio clinico.....	20
	Allegato 1 –	21
	Consenso informato al taglio cesareo elettivo.....	21

GRUPPO DI LAVORO

Componenti Comitato Percorso Nascita Regionale partecipanti alla stesura:

- **Dott. Pietro Buono** - Dirigente U.O.D. Attività Consultoriale e Materno Infantile della Direzione Generale per la Tutela della Salute, con funzioni di coordinamento del Comitato;
- **Direttore Generale A.S.L. Salerno- Delegato Direttore Sanitario Dott. Primo Sergianni;**
- **Dott. Marcello Pezzella**, funzionario UOD Assistenza Ospedaliera della Direzione Generale per la Tutela della Salute;
- **Dr.ssa Carmen Ruotolo**, referente rischio clinico e qualità della A.S.L. Napoli 1 Centro;
- **Dr.ssa Valentina Malagoli**, funzionario della UOD Attività Consultoriale e Materno Infantile della Direzione Generale per la Tutela della Salute, con funzioni anche di segretaria;
- **Prof Giuseppe Bifulco**, professore ordinario di ostetricia e ginecologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II;
- **Prof. Luigi Cobellis**, Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia dell'A.O. Sant'Anna e San Sebastiano (CE);
- **Prof.ssa Maria Vittoria Locci**, responsabile del reparto di Ostetricia e Gravidanze a rischio dell'AOU Federico II;
- **Dott.ssa Giuseppina Gallicchio**, referente aziendale A.S.L. Napoli 2 - Percorso Nascita; Pediatri-Neonatologi
- **Prof. Francesco Raimondi**, UOSD Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale dell'AOU Federico II;
- **Dott. Alessandro Scoppa**, UOSD Neonatologia dell'A.S.L. Napoli 1 Centro;
- **Dott. Marcello Napolitano**, Direttore UOC Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale Evangelico Villa Betania;
- Dott. Francesco Marino**, Dirigente Medico di Anestesia e Rianimazione- A.S.L. Napoli 1 Centro;
- Dott.ssa Antonella Anginoni**, Ostetrica-U.O.D. 17- Attività Consultoriale e Assistenza Materno Infantile;
- Dott.ssa Sabrina De Angelis**, Infermiera Pediatrica Ospedale Pausilipon Santobono;
- Dott. Nicola Ferrara**, MMG;
- Dott.ssa Giannamaria Vallefuooco**, PLS-segretaria regionale FIMP;

1. Premessa

La frequenza del taglio cesareo risulta aumentata nella maggior parte dei paesi industrializzati infatti in Italia dal 20% del 2000 si è arrivati al 36,1% del 2013. L'accordo Stato-Regioni del 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" ha contribuito a frenare l'aumento, ma non è stato sufficiente a raggiungere i target desiderati. Nel 2022 il 31% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, un dato ancora alto rispetto alle raccomandazioni internazionali. Benché tale riduzione costituisca un traguardo importante la percentuale attuale supera ancora di molto la soglia del 10-15% che, secondo quanto indicato dall'OMS nel 1985, garantisce il massimo beneficio complessivo per la madre e il feto.

Nel nostro Paese si riscontra un'ampia variabilità del tasso di taglio cesareo sia a livello interregionale e intraregionale, evidenziando condizioni di inappropriatelyzza nella pratica clinica, associate al rischio di ricadute negative sugli esiti materni e perinatali in quanto vi sono consolidate evidenze sulle possibili complicanze a breve e lungo termine in caso di Taglio Cesareo senza appropriata indicazione medica, e anche i dati dei flussi nazionali e quelli dell'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS) rilevano una maggiore morbosità e mortalità materna nelle realtà con proporzione di TC superiore alla media nazionale.

Alla luce di quanto evidenziato, il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ha inserito nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) l'indicatore H17C "Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti/anno" e l'indicatore H18C "Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥1.000 parti/anno" la cui valutazione consente alle Regioni ad accedere alla quota integrativa di risorse prevista dall'art. 2, comma 68, della legge n. 191 del 23dicembre 2009, ai sensi dell'art. 15, comma 24, del decreto-legge n.95/2012 (convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012).

2. Razionale e obiettivi del Documento

Il Taglio cesareo, sebbene sia un intervento chirurgico comune e spesso necessario, comporta alcuni rischi rispetto al parto vaginale. I principali rischi del TC includono:

- Complicanze legate all'anestesia;
- Perdite ematiche di quantità superiore al previsto;
- Episodi febbrili da possibili infezioni;
- Flebiti e tromboflebiti
- Lesioni accidentali della vescica, e più raramente degli ureteri o degli altri visceri addomino-pelvici (intestino, omento, etc.).
- Aumentato rischio di disadattamento neonatale rispetto al travaglio ed al parto vaginale.
- Aumento significativo delle complicanze nelle gravidanze successive dovuto ad anomalie di impianto e di formazione della placenta (abnorme aderenza placentare). Queste anomalie possono determinare un maggiore rischio di emorragia intrapartum e, in alcuni casi, rendere necessaria un'isterectomia, con conseguente perdita della capacità procreativa della donna.
- Aumento significativo del rischio chirurgico di eventuali futuri interventi chirurgici pelvici, per il residuo di sintomi aderenziali tra l'utero, la parte addominale e gli altri organi addomino-pelvici (intestino, vescica, omento, etc) .
- Aumento della mortalità materna.

Pertanto, è necessario ridurre il numero di cesarei inappropriati, garantendo la sicurezza delle madri e dei neonati, e ottimizzando l'efficienza e la qualità delle cure offerte.

In Regione Campania, la frequenza del taglio cesareo primario nei punti nascita di I livello è diminuita negli ultimi anni, passando dal 37,9% nel 2021 al 29,77% nel 2022 fino a raggiungere 28,21 nel 2023. Al contrario, nei punti nascita di II livello si è registrato un incremento, con la percentuale che è salita dal 22,17%, nel 2021 al 33,81% nel 2023.

Nonostante la diminuzione avuta negli anni, la regione rimane ancora distante dai target ministeriali definiti dagli indicatori HC17 e HC18, che pongono rispettivamente al 15% in maternità di I livello e al 25% in maternità di II livello il limite della percentuale.

Il presente documento si prefigge di fornire indicazioni finalizzate a ridurre sensibilmente la quota di cesarei a rischio di inappropriatezza.

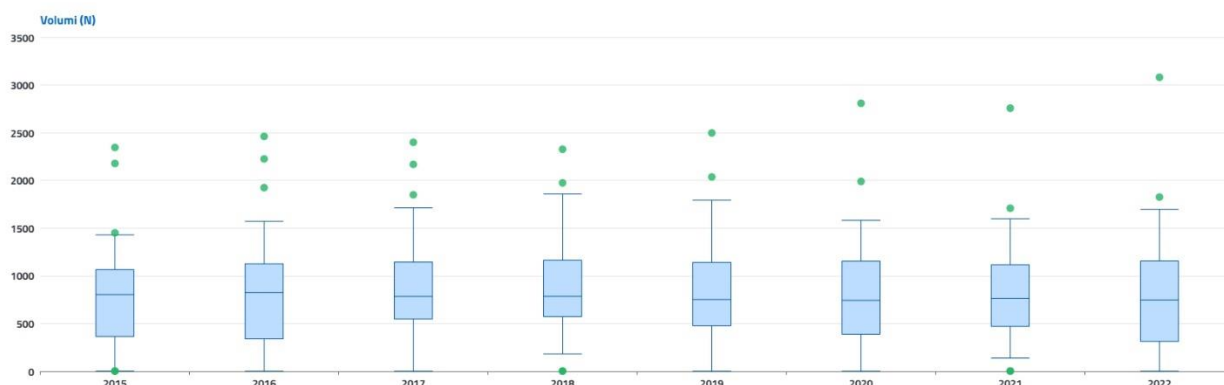
Per tale motivo è necessario condividere e diffondere indicazioni per la prevenzione in sicurezza del taglio cesareo primario assicurando appropriatezza della prestazione sanitaria.

Il documento ha carattere vincolante per tutti gli operatori.

3. Contesto Regionale e dati di attività

Sebbene la Regione Campania risulti tra le regioni più giovani d'Italia, anche qui il fenomeno della denatalità, come riportato dai dati PNE, risulta in decremento.

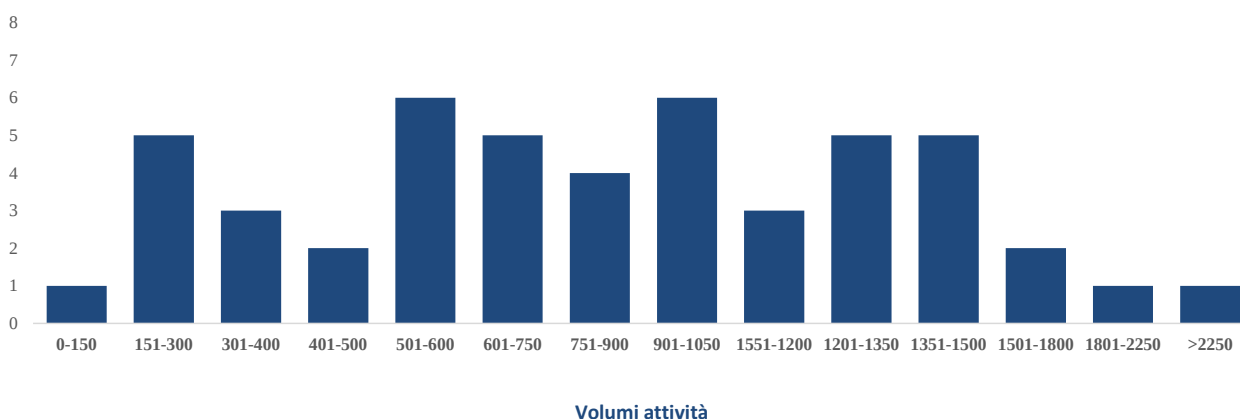
Parti: volume di ricoveri (Campania)



Regione Campania - Variabilità per anno Parti Regione Campania 2015 al 2022 – Fonte: AGENAS - PNE 2022

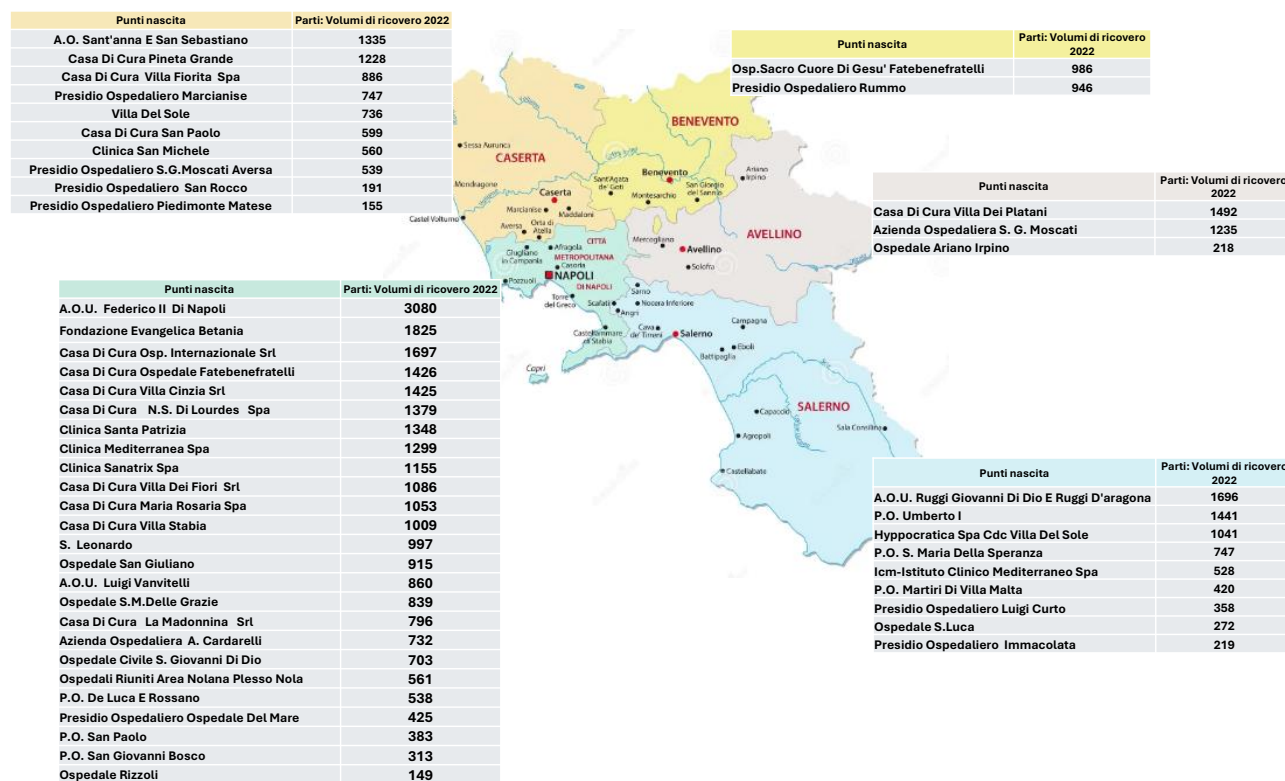
Per quanto riguarda la concentrazione dei parti, nel 2022 il quadro è rimasto sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente e a fronte di una leggera riduzione dei punti nascita, circa un terzo di questi non ha raggiunto la soglia dei 500 parti/anno.

Nr. Punti Nascita



Regione Campania - Parti anno 2022 per classi volumi e strutture – Fonte: AGENAS - PNE 2022

Con riferimento all'anno 2022, si riportano di seguito i dati PNE che hanno contraddistinto la Regione Campania per punto nascita.



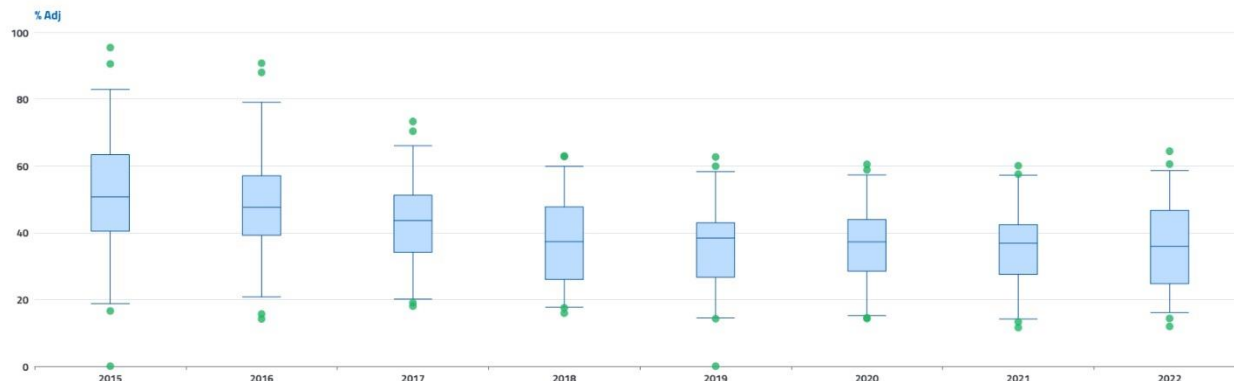
Regione Campania - Parti anno 2022 per punto nascita – Fonte: AGENAS - PNE 2022

Negli ultimi anni, la regione Campania ha lavorato attivamente per raggiungere l'obiettivo di riduzione dei cesarei primari, intervenendo nella riorganizzazione del percorso nascita e introducendo strumenti di lavoro coerenti e mirati a favorire un uso appropriato del taglio cesareo primario. Tra le azioni principali intraprese vi sono:

- l'istituzione del Comitato Percorso Nascita regionale,
- l'emanazione di disposizione volte alla promozione e al potenziamento della lotta al dolore durante il travaglio di parto naturale-partoanalgesia,
- l'introduzione obbligatoria di adozione della classificazione di Robson in tutte le cartelle cliniche delle puerpere sottoposte a TC,
- l'istituzione di un gruppo di lavoro dedicato al monitoraggio e verifica degli adempimenti LEA,
- l'applicazione di disincentivazione tariffaria per cesarei in eccedenza e inappropriati,
- l'elaborazione del libretto della gravidanza informatizzato,
- la creazione di una piattaforma informatizzata delle attività consultoriali,
- politiche di implementazione dei corsi di accompagnamento alla nascita,
- la verifica annuale degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita attraverso la compilazione delle check-list.

Le azioni messe in atto hanno consentito negli anni di ridurre sensibilmente l'incidenza dei parti cesarei, come mostrato nella figura seguente.

Proporzione di parti con taglio cesareo primario (Campania)



Regione Campania – Variabilità proporzione di parti con taglio cesareo primario dal 2015 al 2022 –

Fonte: AGENAS - PNE 2022

Con riferimento all'anno 2022 si riportano di seguito i dati, per punto nascita, che hanno caratterizzato la proporzione di parti con taglio cesareo primario (dato grezzo e con adjustment per fattori di rischio).

Punti nascita	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (dato grezzo)	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (dato adj)
Casa Di Cura San Paolo	52,75	48,56
Villa Del Sole	45,19	37,5
Casa Di Cura Villa Fiorita Spa	43,46	45,71
Presidio Ospedaliero San Rocco	37,5	N/A
Clinica San Michele	35,15	30,82
Casa Di Cura Pineta Grande	31,52	36,22
A.O. Sant'anna E San Sebastiano	28,99	31,1
Presidio Ospedaliero Piedimonte Matese	28,97	N/A
Presidio Ospedaliero Marcanise	23,81	27,45
Presidio Ospedaliero S.G.Moscato Aversa	15,21	16,95



Punti nascita	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (dato grezzo)	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (dato adj)
Osp.Sacro Cuore Di Gesu' Fatebenefratelli	29,26	32,69
Presidio Ospedaliero Rummo	21,4	13,48

Punti nascita	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (dato grezzo)	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (dato adj)
Ospedale Ariano Irpino	50,32	57,07
Casa Di Cura Villa Dei Platani	19,34	15,37
Azienda Ospedaliera S. G. Moscati	17,87	18,81

Punti nascita	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (dato grezzo)	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (dato adj)
Casa Di Cura Villa Dei Fiori Srl	53,56	65,44
Casa Di Cura Osp. Internazionale Srl	49,25	61,8
Clinica Sanatrix Spa	48,49	49,77
P.O. San Paolo	47,46	57,62
Casa Di Cura Villa Cinzia Srl	44,53	55,86
Clinica Santa Patrizia	42,16	54,19
Casa Di Cura Ospedale Fatebenefratelli	40,68	47,22
A.O.U. Federico II Di Napoli	36,2	26,14
Ospedale S.M.Delle Grazie	34,99	38,63
Casa Di Cura N.S. Di Lourdes Spa	34,92	38,95
Azienda Ospedaliera A. Cardarelli	34,55	24,79
Ospedale Rizzoli	33,91	N/A
P.O. San Giovanni Bosco	33,8	45,75
Casa Di Cura Villa Stabia	31,94	34,93
Ospedale San Giuliano	28,96	39,85
Casa Di Cura La Madonnina Srl	28,85	36,04
S. Leonardo	27,34	34,81
Clinica Mediterranea Spa	26,96	32,5
Casa Di Cura Maria Rosaria Spa	26,32	36,34
A.O.U. Luigi Vanvitelli	23,24	24,33
P.O. De Luca E Rossano	21,74	24,55
Ospedali Riuniti Area Nolana Plesso Nola	21,7	21,1
Presidio Ospedaliero Ospedale Del Mare	20,79	23,21
Fondazione Evangelica Betania	18,62	16,96
Ospedale Civile S. Giovanni Di Dio	16,86	19,23

Punti nascita	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (dato grezzo)	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (dato adj)
Ospedale S.Luca	46,84	56,19
P.O. S. Maria Della Speranza	45,95	59,17
Icm-Istituto Clinico Mediterraneo Spa	45,12	53,31
Presidio Ospedaliero Luigi Curto	42,69	42,76
Hippocratica Spa Cdc Villa Del Sole	41,55	41,61
A.O.U. Ruggi Giovanni Di Dio E Ruggi D'aragona	39,66	37,23
P.O. Umberto I	39,56	37,56
Presidio Ospedaliero Immacolata	33,53	44,3
P.O. Martiri Di Villa Malta	25,5	33,11

Regione Campania – Proporzione di parti con taglio cesareo primario anno 2022 per punto nascita

Fonte: AGENAS - PNE 2022

4. DEFINIZIONE DEL PERCORSO

Vi è attualmente in Italia una grande differenza tra le Regioni, per quanto riguarda il tasso medio di taglio cesareo. La variazione di tale tasso nelle nullipare a termine in presentazione cefalica (Classe 1 e Classe 2 di Robson – **Tabella 2**) indica che vi è discordanza di applicazione di protocolli e linee guida tra i differenti ospedali, anche in base al livello di assistenza.

Per cercare di capire tale differenza, è opportuno analizzare il motivo per il quale un taglio cesareo primario viene effettuato.

In uno studio di coorte del 2011, le principali indicazioni al taglio cesareo in donna **non precesarizzata** sono state in ordine di frequenza:

- distocia meccanica o dinamica,
- anomalie cardiotocografiche,
- malpresentazione,
- gravidanza multipla,
- sospetto di macrosomia fetale.

In particolare l'arresto della progressione o l'arresto della dilatazione, insieme alle anomalie cardiotocografiche in travaglio sono risultate circa il 50% degli tagli cesarei primari, e circa l'80% dei TC classe 1 o classe 2.

Per tale motivo un approccio volto a ridurre, in sicurezza, il tasso di TC primari deve concentrarsi su queste indicazioni.

Le azioni da mettere in campo sono:

- a. Stabilire una chiara definizione di distocia (labor dystocia), che tenga conto delle moderne curve di durata del travaglio, sostanzialmente più lente rispetto alle precedenti;
- b. Interpretazione standardizzata della cardiotocografia;
- c. Possibilità di accesso a interventi non medici in corso di travaglio, come le posizioni libere, o il supporto one-to-one da parte dell'ostetrica;
- d. Possibilità di offrire alla donna il rivolgimento per manovre esterne in caso di presentazione non cefalica.
- e. Promuovere la completa autonomia delle Ostetriche nella gestione delle Gravidanze a Basso Rischio Ostetrico (BRO).
- f. Promuovere la salute e la sicurezza della paziente gravida attraverso l'implementazione della formazione medica ed ostetrica nell'ambito di iniziative formative e di ricerca che comprendano anche la Simulazione in Ostetricia secondo le Linee di Indirizzo Ministeriali.

5. Indicazioni al taglio cesareo primario

Le indicazioni al taglio cesareo in donna non precesarizzata sono le seguenti:

- Pregressa miomectomia laparoscopica o laparotomica
- IUGR <32 settimane
- IUGR >32 settimane con alterazioni Doppler dell'arteria ombelicale
- Sospetta macrosomia fetale con peso stimato >5000 gr in donna non diabetica

- Sospetta macrosomia fetale con peso stimato >4500 gr in donne con diabete gestazionale o diabete pregravidico
- Posizione non cefalica
- Gravidanza bigemina monocoriale
- Gravidanza bigemina bicoriale con presentazione non cefalica/cefalica
- Gravidanza multipla >2 feti
- Anomalie della placentazione (placenta previa / accreta) e/o vasa previa
- Precedente rottura d'utero spontanea
- Carcinoma invasivo della cervice uterina
- Malattia infettive in atto a possibile trasmissione materno-fetale (vedi paragrafo dedicato)
- Parto pretermine (vedi paragrafo dedicato)
- Taglio cesareo su indicazione non ostetrica
- Sproporzione feto-pelvica (vedi paragrafo dedicato)
- Fallimento dell'induzione (vedi paragrafo dedicato)
- Distocia (vedi paragrafo dedicato)
- Sofferenza (*distress*) fetale (vedi paragrafo dedicato)

Per quanto riguarda i tagli cesarei eseguiti in regime di urgenza/emergenza o comunque in regime di travaglio di parto, nella maggior parte dei casi l'estrazione operativa fetale è determinata da un fallimento dell'induzione, dal rifiuto a proseguire con l'induzione o la preinduzione, dalla presenza di distocia (arresto o prolungamento del travaglio di parto) o da sofferenza (*distress*) fetale. Altre indicazioni, più rare possono includere: rottura di utero, prollasso di funicolo, distacco intempestivo di placenta, embolia da liquido amniotico, instabilità emodinamica materna, sospetto di corioamniosite.

La tocofobia, l'autodeterminazione materna, e gli stati ansioso-depressivi non sono indicazione al taglio cesareo.



In cartella clinica deve essere chiaramente riportata l'indicazione al taglio cesareo

6. Trasmissione materno-fetale di malattie infettive

6.1. Infezione da Herpes simplex virus (HSV)

L'herpes neonatale è una grave infezione causata dalla trasmissione del virus HSV dalla madre al neonato. L'infezione può essere fatale o associarsi a deficit neurologico permanenti. L'HSV si trasmette dalla madre attraverso il contatto con secrezioni materne infette nel passaggio dal canale del parto, mentre il passaggio transplacentare, sebbene descritto in letteratura, è da considerarsi estremamente raro. Talvolta è anche possibile l'infezione in epoca post-natale.

In accordo con le raccomandazioni dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) si raccomanda quanto segue al fine di prevenire l'infezione neonatale:

- Astensione dai rapporti sessuali nel III trimestre di gravidanza, in caso di partner infetto
- Taglio cesareo in caso di infezione primaria con lesioni nelle ultime 6 settimane di gravidanza o al momento del parto. In tal caso, il taglio cesareo non deve essere effettuato prima delle 39 settimane + 0 giorni, in assenza di ulteriori indicazioni
- Taglio cesareo immediato in caso di PROM a termine o pPROM > 34 settimane, se vi sono lesioni vaginali nelle ultime 6 settimane prima della diagnosi di PROM/PPROM o al momento della diagnosi.



La sola positività anticorpale, senza presenza di lesioni vaginali attive nelle ultime 6 settimane di gravidanza o al momento del parto, non è indicazione al taglio cesareo.

6.2. Infezione da virus dell'epatite C (HCV)

La trasmissione verticale da madre a figlio è la più comune modalità di infezione nei bambini. I neonati che acquisiscono l'infezione in utero o alla nascita non sviluppano problemi epatici apparenti nella prima infanzia, ma sono a rischio di sviluppare epatopatie croniche da adulti. L'infezione si trasmette attraverso il contatto con sangue o fluidi corporei infetti e può verificarsi durante la gravidanza, il travaglio o il parto. La prevalenza di infezioni da HCV nelle donne gravide in Nord America ed Europa è compresa tra lo 0,2% e il 3%.

Il tasso di trasmissione dell'HCV da madre a figlio è pari a circa il 5%. Studi osservazionali indicano che la trasmissione verticale da madre a figlio è più frequente nelle donne HCV-RNA positive e in quelle con elevata carica virale al momento del parto, anche se non è noto un valore soglia per la trasmissione. La contemporanea infezione con il virus HIV aumenta il rischio di trasmissione verticale.

In accordo con le raccomandazioni dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS):



- **Il taglio cesareo programmato non è raccomandato nelle donne con infezione da HCV in quanto non riduce il rischio di trasmissione.**
- **Il taglio cesareo programmato è raccomandato in caso di coinfezione da HIV e HCV nelle pazienti non virosopresse.**

6.3. Infezione da virus dell'epatite B (HBV)



Il taglio cesareo programmato non è raccomandato nelle donne con infezione da HBV in quanto non è dimostrata la sua efficacia nel ridurre il rischio di trasmissione verticale

6.4. Infezione da virus da immunodeficienza acquisita (HIV)

In età pediatrica la trasmissione verticale rappresenta la principale via di contagio dell'infezione da HIV. La trasmissione del virus può avvenire durante la gravidanza, al momento del parto o durante l'allattamento. Oltre l'80% dei casi si verifica durante il parto. La trasmissione dell'infezione avviene a seguito del contatto tra sangue materno e fetale durante le contrazioni del travaglio, a seguito della rottura delle membrane o mediante contatto diretto del feto con secrezioni materne infette durante il passaggio nel canale del parto.

Il travaglio di parto va offerto alle donne in terapia antiretrovirale altamente attiva e carica virale plasmatica <50 copie/mL, avendo cura di limitare, per quanto possibile, le manovre che aumentano il rischio di contaminazione ematica materno-fetale (amnioressi precoce, ripetute esplorazioni vaginali a membrane rotte, utilizzo di ventosa, episiotomia).



Il taglio cesareo programmato va offerto in caso di:

- **Terapia antiretrovirale attiva con carica virale plasmatica >50 copie/ml**
- **Monoterapia con ZDV**
- **Coinfezione con HCV HCV (non ci sono evidenze che, nelle pazienti virosopresse, in taglio cesareo riduca il rischio di trasmissione verticale)**

Per ridurre il rischio di trasmissione verticale si raccomanda, in caso di taglio cesareo programmato, di effettuarlo a 38 settimane di gestazione (38+0 – 38+6), al fine di prevenire il travaglio e/o la rottura delle membrane amniocoriali

6.5. Infezione da Toxoplasmosi, Rosolia, CMV



L'infezione materna da Toxoplasmosi, Rosolia, o CMV non è indicazione al taglio cesareo

6.6. Infezione da Sifilide

La sifilide è un'infezione sessualmente trasmessa causata dal batterio *Treponema pallidum*. Si trasmette attraverso qualsiasi tipo di rapporto sessuale o per via transplacentare in corso di gravidanza, attraverso il passaggio nel canale del parto e con l'allattamento.

Il rischio di trasmissione madre-feto è basso prima del 3° mese e aumenta con il progredire della gestazione; il fattore più importante nel determinare la probabilità di trasmissione verticale è lo stadio della sifilide nella mamma: probabilità alta in caso di madre con sifilide primaria o secondaria, intermedia in caso di madre con infezione latente, bassa in caso di infezione tardiva. La gravità dell'infezione fetale non trattata è tanto maggiore quanto più precoce è l'infezione. Oltre la sifilide congenita, le conseguenze includono complicanze ostetriche quali l'aborto tardivo, la morte in utero, l'idrope fetale, il ritardo della crescita e il parto pretermine.

Per ridurre i rischi di trasmissione verticale, per quanto concerne la modalità del parto:



- **Il taglio cesareo programmato non è raccomandato nelle donne con infezione da sifilide in quanto non riduce il rischio di trasmissione, indipendentemente dallo stadio della malattia, e indipendentemente dalla terapia antepartum effettuata dalla gestante.**
- **È raccomandato il taglio cesareo programmato (a 39 settimane di gestazione) solo nelle (rare) situazioni di lesioni luetiche attive ai genitali materni evidenti.**

7. Parto pretermine

Il parto pretermine, definito come parto prima delle 37 settimane, può essere conseguenza di un travaglio insorto prematuramente o di condizioni morbose materne o fetali che impongono la precoce interruzione della gravidanza.

Anche se è invalsa l'abitudine di attuare il taglio cesareo nei pretermine di peso molto basso, in realtà la letteratura non ha dimostrato un vantaggio di tali modalità di parto in caso di presentazione cefalica. Pertanto, la scelta della modalità di parto non può che dipendere dalle caratteristiche del singolo caso.



- **Tra 34 +0 e 36+6** valutare le modalità di espletamento del parto in base alle condizioni ostetriche, come nel parto a termine;
- **Tra 28+0 e 33+6** la scelta della modalità di parto deve essere individualizzata in base al caso. In ogni caso si raccomanda il taglio cesareo, in caso di presentazione podalica o in caso di peso stimato <2000 grammi, a meno di parto inevitabile;
- **Tra 23+0 – 27+6** la scelta della modalità di parto deve tener conto di diversi fattori quali la parità, la volontà della paziente, l'esperienza dell'equipe di sala parto, e l'eventuale presenza di patologia materno-fetali. La scelta deve essere multidisciplinare coinvolgendo anche il neonatologo e l'anestesista, e deve essere individualizzata in base al caso clinico. In linea generale si suggerisce di non intervenire con il taglio cesareo, a meno di indicazione materna, prima della 26+0, in relazione al discutibile vantaggio dello stesso sull'*outcome* neonatale.

8. Taglio cesareo su indicazione non ostetrica

Nel caso in cui il TC venga indicato per motivi non ostetrici, ma su raccomandazione di uno specialista di altra disciplina (es. ortopedico, oculista, cardiologo), è necessaria una conferma da parte di un ginecologo/ostetrico afferente a una struttura pubblica regionale.

9. Sproporzione feto-pelvica



La misura del piede, la pelvimetria, l'altezza materna e la stima delle misure fetali (con esame ecografico o con esame clinico) non sono misure predittive della mancata progressione della parte presentata in travaglio. Pertanto, non devono essere utilizzate quale unico criterio per decidere le modalità di espletamento del parto.

10. Fallimento dell'induzione

Si considera fallita un'induzione solo se il travaglio attivo non è iniziato dopo almeno 12 ore dalla amnioressi e dall'inizio della somministrazione di ossitocina.



- **Il fallimento dell'induzione è indicazione al taglio cesareo;**
- **Il fallimento della preinduzione, o il rifiuto all'induzione del travaglio, non costituiscono indicazioni al taglio cesareo.**

11. Distocia

Travaglio di parto:

I Stadio

- Fase latente → inizio della percezione materna delle contrazioni uterine
- Fase attiva → inizia quando la dilatazione cervicale raggiunge i 6 cm nella multipara, e i 4 cm nella nullipara

II Stadio → inizia quando la donna raggiunge la dilatazione completa (10 cm) e inizia la spinta.

Si definisce distocia l'arresto del travaglio.



Il taglio cesareo è indicato in caso di:

- **Arresto del travaglio nel primo stadio (distocia dinamica)**
- **Arresto del travaglio nel secondo stadio (distocia meccanica)**

La distocia va descritta accuratamente in cartella utilizzando le seguenti definizioni:

- a) Fase latente protratta: contrazioni regolari con dilatazione <4 cm per >20 ore nelle para 0; o >14 ore nelle para 1+; la gestione è comunque conservativa ed è possibile un'ulteriore attesa. Una fase latente protratta NON è indicazione al taglio cesareo.
- b) Arresto del travaglio nel primo stadio (distocia dinamica): arresto della dilatazione cervicale in una paziente con > 6 cm di dilatazione, se multipara, o >4 cm se nullipara, per > 4 ore in presenza di contrazioni regolari, oppure per > 6 ore se la dinamica è insufficiente (con membrane rotte e somministrazione di ossitocina). Prima della diagnosi di arresto nel primo stadio, in caso di travaglio prolungato nel primo stadio (tempo superiore al 95° pc), sono raccomandati interventi correttivi (amnioressi + ossitocina o aumento di dosaggio della stessa). La tabella seguente mostra il tempo medio di dilatazione cervicale in una nullipara.

Dilatazione cervicale da-a (cm)	Tempo richiesto in ore: mediana (95° centile) ³		
	Para 0	Para 1	Para ≥ 2
3-4	1,8 (8,1)	-	-
4-5	1,3 (6,4)	1,4 (7,3)	1,4 (7,0)
5-6	0,8 (3,2)	0,8 (3,4)	0,8 (3,4)
6-7	0,6 (2,2)	0,5 (1,9)	0,5 (1,8)
7-8	0,5 (1,6)	0,4 (1,3)	0,4 (1,2)
8-9	0,5 (1,4)	0,3 (1,0)	0,3 (0,9)
9-10	0,5 (1,8)	0,3 (0,9)	0,3 (0,8)

- c) Arresto del travaglio nel secondo stadio (distocia meccanica): almeno 2 ore di spinta nella donna Para1+; o almeno 3 ore nella donna Para0. Questi tempi si allungano di +1 ora in caso di partoanalgesia epidurale. Si raccomanda di considerare l'inizio del secondo stadio dalla spinta della paziente e non dalla diagnosi di dilatazione completa.

12. Sofferenza fetale

L'anomalia del tracciato cardiotocografico è la seconda indicazione più comune al TC primario.

La ricaduta clinica dei tracciati CTG è variabile in funzione del quadro clinico generale e dello stadio di progressione del travaglio:

Categoria	Caratteristiche	Indicazioni
I (normale, fortemente predittiva di una normale ossigenazione fetale)	. linea di base normale o bradicardia lieve; . variabilità normale (> 6 bpm); . accelerazioni possono essere presenti o assenti . possono essere presenti decelerazioni precoci	Rassicurante. Non è richiesto intervento

II (indeterminata)	. tutti i casi che non rientrano nella categoria I o III; nella maggior parte dei casi si tratta di frequenti decelerazioni variabili o tardive (> 50% delle contrazioni) in presenza di una variabilità moderata (> 6/min);	Proseguire il travaglio se questo evolve regolarmente e speditamente.
	i tracciati con variabilità minimale (presente ma < 6 bpm) vengono di solito inclusi nella categoria II ma hanno una maggiore probabilità di associazione con acidemia e vanno considerati con cautela	In caso di: . pregresso taglio cesareo, . metrorragia importante . meconio nel liquido amniotico velocizzare l'espletamento del parto.
III (patologica, fortemente predittiva di acidemia fetale)	. variabilità assente di solito associata a decelerazioni variabili o tardive ripetitive o bradicardia . tracciato sinusoidale (andamento sinusoidale con variabilità assente o grandemente ridotta, con una frequenza di circa 3-5 cicli/minuto > 20 minuti non intervallato da segmenti di normale variabilità). Rischio aumentato di encefalopatia ipossico-ischemica e acidosi post-natale	Mettere in atto intervento per la estrazione del feto dopo un congruo periodo di valutazione e conferma, che varia in rapporto al tipo di alterazione: - dopo 30 minuti di decelerazioni ripetitive (> 50% delle contrazioni) associate a variabilità assente/minimale (< 6 bpm); - dopo 20 minuti di tracciato sinusoidale; - dopo 10 minuti di bradicardia < 100 bpm; - dopo 60 minuti di tracciato piatto (variabilità assente/minimale, < 6 bpm)

13. Interventi e procedure assistenziali in corso di travaglio di parto

13.1. Sostegno emotivo offerto alla donna durante il travaglio di parto

Il sostegno continuo migliora la fisiologia del travaglio, la capacità di controllo e la competenza delle madri nel ridurre la dipendenza dagli interventi medici.

Garantire alla donna in travaglio:

- supporto emozionale (presenza continua, rassicurazione ed elogio);
- informazioni relative alla progressione del travaglio;
- consigli circa le tecniche di *coping*;
- misure di conforto (contatto, massaggio, impacchi caldi e freddi, appropriato introito di fluidi) e sostegno (sostenere la donna nell'esprimere le proprie preferenze).

Già nel corso della gravidanza, le donne devono essere informate che un sostegno emotivo continuo durante il travaglio di parto, effettuato da persone con o senza una formazione specifica (ivi compreso il partner, o un familiare a scelta della partoriente), riduce la probabilità di un taglio cesareo e di parto operativo. Tale sostegno riduce inoltre la probabilità di alcuni interventi medici durante il travaglio di parto (analgesia/anestesia, CTG) e migliora la soddisfazione percepita dalle donne rispetto all'esperienza del parto.

Il sostegno *one-to-one*, da parte di personale dedicato (ostetrica), migliora ulteriormente gli *outcome* sopra descritti, ed è pertanto fortemente raccomandato laddove possibile.

13.2. Partogramma

Il partogramma permette la registrazione della progressione del travaglio e delle condizioni materne e fetali al fine di promuovere la rapida identificazione di eventuali segnali di deviazione dalla normalità.



L'adozione del partogramma è obbligatoria per la sua influenza positiva sul monitoraggio della progressione del travaglio, la facilitazione della comunicazione tra operatori e l'audit clinico e didattico.

13.3. Monitoraggio del benessere fetale durante il travaglio di parto

Il monitoraggio fetale intrapartum mira a identificare quel ristretto gruppo di feti a rischio di complicanze asfittiche, correlate al travaglio e al parto, che possono esitare nella morte del feto o nel danno cerebrale. L'obiettivo della procedura consiste nell'attuare tempestivamente interventi efficaci per prevenire mortalità e morbosità perinatale e neonatale.

Per monitorare il benessere fetale nella gravidanza singola fisiologica a termine, è raccomandata la rilevazione intermittente del battito cardiaco fetale a cadenza regolare, sia in periodo dilatante sia in periodo espulsivo.



La rilevazione continua del battito cardiaco fetale mediante CTG è associata a un'aumentata probabilità di taglio cesareo.

Il monitoraggio cardiocotografico in continuo è raccomandato in caso di gravidanza a rischio, parto indotto con ossitocina, gravidanza gemellare, parto prematuro, o anomalie alla rilevazione intermittente.

14. Analgesia perimidollare durante il travaglio di parto.

La partoanalgesia, o analgesia epidurale, è una metodica che consente di controllare il dolore del travaglio senza interferire sulla dinamica fisiologica del travaglio stesso. Blocca la sensibilità dolorifica durante il travaglio, mantenendo intatta la motilità della muscolatura e quindi la capacità di spinta da parte del torchio addominale.

L'obiettivo della partoanalgesia è di ridurre o eliminare il dolore presente in corso di travaglio, migliorando l'ossigenazione fetale e rendendo l'esperienza del parto piacevole e rilassante. E' stata dimostrata una riduzione della probabilità del taglio cesareo in caso di ricorso ad analgesia peridurale.



Tale analgesia va offerta a tutte le gravide che ne facciano richiesta ma all'interno di un Percorso Nascita che preveda per le donne che manifestano la volontà di fare ricorso a tale metodica, la visita anestesiológica a partire dalla 34a settimana con impegnativa del medico curante di "Visita anestesiológica per parto analgesia"

15. Posizione e mobilità della donna durante il travaglio di parto

E' stata dimostrata una correlazione tra la posizione e la mobilità della donna e la probabilità del taglio cesareo. In particolare, le posizioni libere, cioè dare la possibilità alla donna di scegliere la posizione per lei più antalgica, si associa a una riduzione significativa del tasso di taglio cesareo. Al contrario, la posizione litotomica in fase di spinta, è quella associata a maggior probabilità di parto operativo.



Le donne devono essere informate che sono consentite le posizioni libere durante l'assistenza intrapartum, cioè la donna può scegliere la posizione per lei più antalgica

16. Taglio cesareo su richiesta materna

Diversi studi rilevano che la motivazione più frequente è la paura del parto, riconducibile a ragioni diverse: paura del dolore, esperienze di abuso o violenza, storie pregresse di parto fisicamente o psicologicamente traumatico e anche timore di non ricevere un'assistenza di qualità durante il travaglio e il parto.

Al fine di analizzare e rimuovere le ansie è necessario un colloquio approfondito tra il medico e la donna, che consenta di arrivare a una decisione condivisa. Nel colloquio devono essere illustrati i rischi materno-fetali in base alla modalità di parto.

In caso di persistente disaccordo, il Dirigente medico deve fare il ricorso a un secondo parere.

Raccomandazioni

BPC

La richiesta materna, in assenza di motivazioni cliniche, non rappresenta un'indicazione al taglio cesareo. I professionisti sanitari devono esplicitare i potenziali benefici e danni del taglio cesareo rispetto al parto vaginale, discutere approfonditamente con la donna le motivazioni di tale richiesta e documentare l'intero percorso decisionale nella cartella clinica.

I/A

Qualora il motivo della richiesta di taglio cesareo da parte della donna sia riconducibile primariamente alla paura del parto, si raccomanda di 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 rassicurare la gestante e sostenerla nel processo decisionale.

BPC

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.

Fonte: Linea guida 19, Sistema Nazionale Linee Guida, "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" Gennaio 2014

Legenda:

Buona Pratica Clinica (BPC): l'esecuzione della procedura è raccomandata sulla base del giudizio condiviso del panel, in caso di non disponibilità di studi clinici.

Livello di prova I: prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati

Forza delle raccomandazioni A: l'esecuzione della procedura è fortemente raccomandata

In **Allegato 1** il modello di consenso informato per il taglio cesareo elettivo (approvato dalla AOGOI). Ogni singolo foglio va firmato lateralmente dalla paziente e dal medico.

17.Audit

Trimestralmente viene effettuato audit sulla qualità del dato e audit clinico organizzativo.

Vengono selezionate tutte le cartelle cliniche con taglio cesareo primario secondo i criteri definiti dal Programma Nazionale Esiti e stratificate secondo la Classificazione di Robson e viene valutata la appropriatezza del ricorso al taglio cesareo da parte del *Gruppo aziendale appropriatezza dell'indicazione al taglio cesareo* con la produzione di un report da inviare alla Direzione Strategica aziendale e semestralmente alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale.

18. Riferimenti per l'elaborazione delle Linee di Indirizzo

1. Raccomandazione ministeriale n. 6, marzo 2008 “Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto”;
2. L'Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo» del 16 dicembre 2010;
3. Linea guida 19, Sistema Nazionale Linee Guida, "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" Gennaio 2014
4. Safe Prevention of the primary cesarean delivery. ACOG/SMFM Consensus. Am J Obstet Gynecol, Marzo 2014.
5. Linea guida 22, Sistema Nazionale Linee Guida, "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole – seconda parte" Gennaio 2016;
6. Decreto del Commissario ad Acta n. 155 del 16/11/2016 “Introduzione classificazione di Robson per il monitoraggio dell'appropriatezza del taglio cesareo;
7. Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO) del Ministero della Salute CPn del 23.10.2017.
8. Decreto Ministero della Salute 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria”;
9. Linee di di Indirizzo sullo Sviluppo della Simulazione in sanità in Italia. Tavolo Tecnico del Ministero della Salute . Luglio 2022
10. Trends in caesarean section rates in Europe from 2015 to 2019 using Robson's Ten Group Classification System: A Euro-Peristat study. BJOG 2024, 131; 444
Decreto del Commissario ad Acta n. 69 del 27/09/2019 “Nuove Linee guida per i controlli delle attività di ricovero”.

Tabella 1 - Rischi materno-fetali in base alla modalità di parto

	Parto vaginale	Parto cesareo
Rischi materni		
Mortalità materna	3,6:100.000	13,3:100.000
Embolia da liquido amniotico	4,7:100.000	15,8:100.000
Lacerazioni severe del perineo (3 o 4 grado)	1-3%	0%
Anomalie della placentazione	-	Rischio aumentato esponenzialmente in base al numero di TC pregressi
Incontinenza urinaria a 2 anni	8%	2,5%
Depressione post-partum	3,7%	4,8%
Rischi Neonatali		
RDS (parto a termine)	<1%	4%
Distocia di spalla	0,5%	0%

Tabella 2 - Le classi di rischio clinico

CLASSE	DEFINIZIONE
Classe 1	nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio spontaneo
Classe 2a	nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio indotto
Classe 2b	nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, cesareo elettivo
Classe 3	multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, no pregresso cesareo, travaglio spontaneo
Classe 4a	multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, no pregresso cesareo, travaglio indotto
Classe 4b	multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, no pregresso cesareo, cesareo elettivo
Classe 5	multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, pregresso taglio cesareo
Classe 6	nullipara, gravidanza singola, presentazione podalica
Classe 7	multipara, gravidanza singola, presentazione podalica, include pregresso taglio cesareo
Classe 8	Gravidanza multipla (include pregresso taglio cesareo)
Classe 9	Gravidanza singola, presentazione trasversa, obliqua... (include pregresso taglio cesareo)
Classe 10	gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale < 37 settimane, include pregresso taglio cesareo

Allegato 1 –

Consenso informato al taglio cesareo elettivo

Gentile Sig.ra....., per una obiettiva e chiara informazione relativa all'intervento chirurgico di taglio cesareo elettivo, la invitiamo a leggere attentamente e sottoscrivere questo documento di consenso informato.

Nel suo caso, l'intervento da Lei richiesto è quello di taglio cesareo di elezione (programmato in anticipo) per una delle seguenti motivazioni personali avanzate da lei stessa:

- Auto-determinazione a partorire con T.C.
- Pregresso T.C. e rifiuto a provare il parto per via vaginale

Premesso che secondo il sistema nazionale per le linee guida: “I professionisti sanitari devono esplicitare i potenziali benefici e danni del taglio cesareo rispetto al parto vaginale, discutere approfonditamente con la donna le motivazioni di tale richiesta e documentare l'intero percorso decisionale nella cartella clinica”. Omissis “In assenza di un'appropriata indicazione clinica, il medico ha diritto di rifiutare una richiesta di taglio cesareo programmato. In ogni caso, alla donna deve essere garantita l'opportunità di accedere ad un secondo parere”.

Premesso che dalle “Indicazioni per la riduzione della incidenza del taglio cesareo in Regione Campania – Deliberazione n.118 del 02.02.2005 BURC n.20 del 11.04.2005. “Si pone attenzione al conflitto tra la ineludibilità del diritto alla autodeterminazione della donna e la speculare necessità di rispetto dell'indipendenza dell'atto medico” Omissis “l'eventuale accoglienza della richiesta materna al taglio cesareo necessita, in questo caso in modo cogente, di uno specifico consenso informato, dal quale si evidenzia con chiarezza l'assenza di indicazioni strettamente cliniche e le informazioni date su tale assenza: esso deve prevedere espressamente anche il richiamo ai tassi di complicanze peri e post-operatorie del taglio cesareo”.

Le vengono quindi illustrati in dettaglio, ai fini di una scelta consapevole, i rischi materni e fetali in base alla modalità del parto riassunti nella seguente tabella:

	Parto Vaginale	Parto cesareo
Rischi materni		
Mortalità materna	3,6:100.000	13,3:100.000
Embolia da liquido amniotico	4,7:100.000	15,8:100.000
Lacerazioni severe del perineo (3 o 4 grado)	1-3%	0%
Anomalie della placentazione	-	Rischio aumentato esponenzialmente in base al numero di TC pregressi
Incontinenza urinaria a 2 anni	8%	2,5%
Depressione post-partum	3,7%	4,8%
Rischi Neonatali		
RDS (parto a termine)	<1%	4%
Distocia di spalla	0,5%	0%

Il taglio cesareo è un intervento chirurgico che comporta alcuni inconvenienti non del tutto evitabili:

- dolore addomino-pelvico per i primi giorni,
- necessità del catetere vescicale per 24-48 ore,
- ridotta motilità intestinale con successiva ripresa (canalizzazione) entro circa 1-3 gg.

Così come il parto vaginale, anche il parto mediante taglio cesareo è seguito da perdite di sangue dalla vagina per lo più modeste per circa 20 giorni (lochiazioni). In genere, si prevede una degenza di circa 3-5 giorni dopo l'intervento, ed una convalescenza di altri 10 giorni.

Come qualsiasi intervento chirurgico, anche il taglio cesareo può comportare rischi o imprevisti. I più frequenti sono:

- Complicanze legate all'anestesia;
- Perdite ematiche di quantità superiore al previsto;
- Episodi febbrili da possibili infezioni;
- Flebiti e tromboflebiti favorite dal danno vascolare prodotto dall'intervento stesso e dal forzato riposo a letto; di solito si risolvono senza grossi problemi, anche se, in casi molto rari, si possono avere ulteriori complicazioni (episodi di embolia polmonare o cerebrale).
- Ritardi della canalizzazione intestinale, come in qualsiasi intervento in cui si apra la cavità addominale, dovute a transitorie paralisi della muscolatura intestinale o ad aderenze, zone in cui le anse intestinali, dopo l'intervento, aderiscono le une alle altre. Questa evenienza, se pur rara dopo il taglio cesareo, può, in casi estremi bloccare la funzione intestinale: in una percentuale di 1 su 1000 può rendersi necessario un secondo intervento chirurgico per sbrigliare le anse.
- Ritardi nella ripresa della funzione urinaria dopo la rimozione del catetere: in genere ciò è dovuto alla difficoltà a riprendere il coordinamento dei piccoli muscoli che la regolano.
- Anomalie della guarigione della cicatrice cutanea (retratta od esuberante). Questo può verificarsi a prescindere dell'accuratezza della sutura dei piani cutanei, per fenomeni cicatriziali che determinano una reazione dei tessuti cutanei o per un'esagerata reattività dei tessuti che appaiono esuberanti: cheloidi.
- Lesioni accidentali della vescica (1 su 3000), e più raramente degli ureteri o degli altri visceri addomino-pelvici (intestino, omento, ecc).
- Aumentato rischio di disadattamento neonatale rispetto al travaglio ed al parto vaginale.
- Aumento significativo di complicanze delle gravidanze successive per anomalie di impianto e di formazione della placenta (abnorme aderenza placentare), che può determinare in gravidanze successive aumentato rischio di emorragia intrapartum e di necessità di isterectomia, con perdita della capacità procreativa della donna.
- Aumento significativo del rischio chirurgico di eventuali futuri interventi chirurgici pelvici, per il residuo di sintomi aderenziali tra l'utero, la parte addominale e gli altri organi addomino-pelvici (intestino, vescica, omento, ecc) .
- Aumento della mortalità materna, (1 su 7000) rispetto al parto vaginale.

Alla luce di tutto ciò e del fatto che l'esecuzione del primo taglio cesareo comporta in una rilevante percentuale dei casi la scelta della stessa via anche nelle successive gravidanze, è assolutamente necessario bilanciare accuratamente la rilevanza clinica delle indicazioni al taglio cesareo ed i rischi derivanti da questa scelta.

Ove le motivazioni al taglio cesareo fossero solo espressione del Suo diritto all'autodeterminazione, o soprattutto della Sua volontà per evitare un parto vaginale per paura o per altri fattori psicologici, o

per rifiuto di un parto di prova in un caso di pregresso taglio cesareo, la Sua scelta deve essere consapevole dei possibili rischi maggiori.

Per l'insieme dei rischi che comunque possono prevedersi in tutti questi casi, sia nell'eseguire che nel negare un taglio cesareo, è necessario che la decisione di assenso o di dissenso porti la Sua firma a documentazione di questo momento di reciproca comunicazione ed accordo.

A luce di quanto sopra esposto

(a) accetto la decisione di eseguire il taglio cesareo elettivo per le motivazioni su indicate, consapevole dei rischi che ne possano scaturire.

Data.....ora.....

Firma leggibile della paziente.....

Firma leggibile del medico e timbro.....

(b) dichiaro di aver richiesto io stessa di partorire con taglio cesareo elettivo indicando il mio diritto all'autodeterminazione e pur essendo stata edotta dei rischi specifici dell'intervento chirurgico.

Data.....ora.....

Firma leggibile della paziente.....

Firma leggibile del medico e timbro.....

N.B. Ogni singola facciata va firmata lateralmente dalla paziente e dal medico. Non firmare questi fogli se non prima di averli letti attentamente, compresi ed accettati