

Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole



Ministero della Salute



Nota per gli utilizzatori

Le linee guida rappresentano uno strumento che consente un rapido trasferimento delle conoscenze, elaborate dalla ricerca biomedica, nella pratica clinica quotidiana.

Si tratta di raccomandazioni di comportamento, messe a punto mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, che possono essere utilizzate come strumento per medici e amministratori sanitari per migliorare la qualità dell'assistenza e razionalizzare l'utilizzo delle risorse. Le decisioni cliniche sul singolo paziente richiedono l'applicazione delle raccomandazioni, fondate sulle migliori prove scientifiche, alla luce dell'esperienza clinica del singolo medico e di tutte le circostanze di contesto.

Le linee guida rappresentano una sintesi delle migliori conoscenze disponibili e possono essere uno strumento di aggiornamento e formazione per il medico.

Spetta dunque alla competenza e all'esperienza del singolo professionista decidere in che misura i comportamenti raccomandati, pur rispondendo a standard qualitativi definiti sulla base delle più aggiornate prove scientifiche, si applichino al caso clinico particolare.



Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole

Data di pubblicazione: gennaio 2010

Data di aggiornamento: gennaio 2014

Redazione
Raffaella Daghini, Zadig, Milano

Impaginazione
Corinna Guercini, Zadig, Roma

Il presente documento è stato realizzato con il finanziamento della Direzione della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute, nell'ambito delle attività del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS)

Presentazione

In Italia il ricorso alla pratica del taglio cesareo ha raggiunto livelli allarmanti, sia per il numero di interventi effettuati – ben al di sopra della proporzione registrata negli altri paesi europei e della soglia indicata come ottimale nel 1985 dall'Organizzazione mondiale della sanità – sia per la variabilità rilevata tra le diverse regioni e aziende sanitarie.

Questa variabilità, in particolare, sembra essere un indizio importante di comportamenti clinico-assistenziali non appropriati, in assenza di prove scientifiche che associno il maggiore ricorso alla chirurgia a una diversa distribuzione dei fattori di rischio materno-fetali o, per altro verso, a miglioramenti effettivi degli esiti perinatali.

In base a queste premesse, è necessario promuovere interventi di sanità pubblica finalizzati da una parte a un recupero dell'appropriatezza nella pratica clinica che valorizzi il ruolo dei professionisti della salute e il loro impegno a tutela delle persone assistite, dall'altra a una maggiore consapevolezza e partecipazione attiva delle donne nelle decisioni sulla gravidanza e sul parto.

Questa linea guida rappresenta il passo iniziale, per quanto significativo, di un percorso che è anche una sfida, da giocare sul terreno del consolidamento delle buone pratiche nell'assistenza alla nascita.

Siamo consapevoli che per governare la complessità del fenomeno non bastano delle raccomandazioni, seppure suffragate dalle migliori prove disponibili. Si richiede, piuttosto, un riorientamento complessivo del sistema, un approccio integrato in cui le misure di programmazione sanitaria, a livello nazionale e regionale, sappiano coniugarsi con l'implementazione di iniziative di educazione e di protocolli clinico-organizzativi a livello locale. Nella consapevolezza che su questa capacità di pensarsi e di agire come sistema si deciderà, in larga misura, il futuro della sanità pubblica in Italia.

Enrico Garaci
Istituto superiore di sanità

GRUPPO DI LAVORO

RESPONSABILE DEL PROGETTO

Alfonso Mele Istituto superiore di sanità

COORDINATORI

Giovanni Baglio Istituto superiore di sanità

Serena Donati Istituto superiore di sanità

Cristina Morciano Istituto superiore di sanità

PANEL

Giovan Battista Ascone Ministero della salute

Rossella Barbanti AUSL, Viterbo

Vittorio Basevi CeVEAS – Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria, AUSL, Modena

Giovanna Bestetti Università degli studi, Milano

Guerino Carnevale Ministero della salute

Ivana Castelletti Società Italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva

Luana Danti Associazione scientifica Andria, Torino

Alessandra De Palma Unità operativa di medicina legale, AUSL, Modena

Maria Grazia Frigo Club italiano anestesisti ostetrici

Alessandro Ghirardini Ministero della salute

Raffaella Michieli Società italiana di medicina generale

Massimo Moscarini Associazione ginecologi universitari italiani

Nicola Natale Società italiana di ginecologia e ostetricia

Fabrizio Niccolini Azienda ospedaliera Careggi, Firenze

Anita Regalia Azienda ospedaliera S. Gerardo, Monza

Bruno Rusticali Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Barbara Siliquini Associazione parto naturale

Fabio Sirimarco Associazione ospedaliera ginecologi ostetrici italiani

Angela Spinelli Istituto superiore di sanità

Maria Vicario Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche

Rinaldo Zanini Società italiana di neonatologia

FORMATORI DEI VALUTATORI DELLA LETTERATURA

Giovanni Baglio Istituto superiore di sanità

Salvatore De Masi ASL 6, Livorno

Serena Donati Istituto superiore di sanità

Letizia Sampaolo Istituto superiore di sanità

VALUTATORI DELLA LETTERATURA

Patrizia Brigoni Sistema nazionale per le linee guida

Elena Cesari Azienda ospedaliera Sant'Antonio Abate, Gallarate (Varese)

Andrea Lo Vecchio Università Federico II, Napoli

DOCUMENTALISTI

Rosaria Rosanna Cammarano Istituto superiore di sanità

Maurella Della Seta Istituto superiore di sanità

REFEREE

Salvatore Alberico IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Anna Aprile Università degli studi, Padova

Sandro Spinsanti Istituto Giano, Roma

SEGRETERIA TECNICA

Linda Agresta Istituto superiore di sanità

Italo Gentilini Istituto superiore di sanità

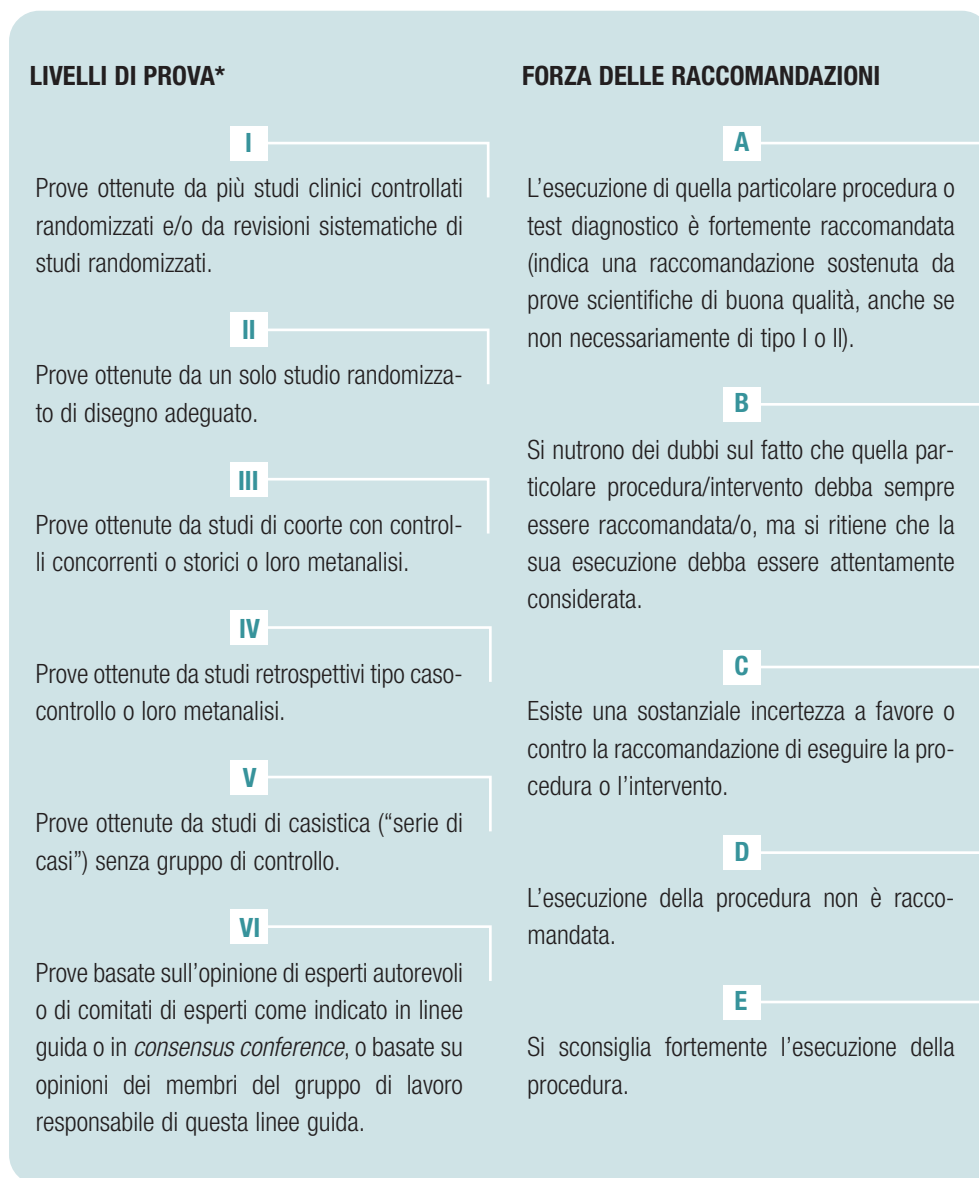
Giuseppina Iantosca Istituto superiore di sanità

Fabrizio Marzolini Istituto superiore di sanità

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Antonella Marzolini Istituto superiore di sanità

Schema di grading



* *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.*

Indice

Riassunto	pag.	8
Elenco delle raccomandazioni	»	8
Introduzione	»	12
Epidemiologia del taglio cesareo	»	12
Scopo e destinatari della linea guida	»	14
Bibliografia	»	14
Metodi	»	15
Percorso di elaborazione di una linea guida	»	15
Chi ha elaborato la linea guida	»	15
Fasi di sviluppo della linea guida	»	16
- Costituzione del <i>panel</i> multiprofessionale di esperti	»	16
- Definizione degli obiettivi e dei quesiti	»	16
- Ricerche bibliografiche e valutazione critica degli studi	»	16
- Formulazione delle raccomandazioni	»	17
- Revisione esterna del documento finale	»	17
Disponibilità del testo integrale	»	18
Bibliografia	»	18
Offerta di informazioni e supporto alle donne	»	19
Quesiti	»	19
Sintesi delle prove	»	19
Raccomandazioni	»	20
Bibliografia	»	21
Consenso informato per il parto mediante taglio cesareo	»	23
Quesiti	»	23
Sintesi delle prove	»	23
Raccomandazioni	»	25
Bibliografia	»	26
Taglio cesareo su richiesta materna	»	27
Quesiti	»	27
Sintesi delle prove	»	27
Raccomandazioni	»	29
Bibliografia	»	29

Riassunto

In Italia il ricorso al taglio cesareo è in continuo aumento: si è passati dall'11% del 1980 al 38% del 2008, ben al di sopra dei valori rilevati negli altri paesi europei. Si registra, inoltre, una spiccata variabilità su base interregionale, con percentuali tendenzialmente più basse nell'Italia settentrionale e più alte nel Sud, probabile indizio di comportamenti clinico-assistenziali non appropriati.

Sulla base di queste considerazioni, il Sistema nazionale per le linee guida dell'Istituto superiore di sanità (SNLG-ISS) ha incluso nel proprio programma di sviluppo di raccomandazioni per la pratica clinica una linea guida sul taglio cesareo. In particolare, il piano prevede di elaborare due distinti documenti, da realizzare in momenti diversi, con il coinvolgimento del medesimo *panel* di esperti.

Il presente documento affronta i quesiti riconducibili al tema più generale della *patient-oriented care*, con l'obiettivo di migliorare la comunicazione tra le donne e gli operatori sanitari e favorire scelte consapevoli e condivise sul parto. I principali temi trattati riguardano le informazioni da offrire alle gestanti sulle modalità di parto, i contenuti e i tempi di acquisizione del consenso informato, e l'eventuale richiesta materna di taglio cesareo in assenza di motivazioni cliniche.

Il secondo documento, in corso di elaborazione (data prevista di pubblicazione: fine 2010), prende in esame le indicazioni al taglio cesareo elettivo, l'appropriatezza di procedure diagnostiche e manovre impiegate nella pratica clinica corrente e le ricadute del taglio cesareo sulle future gravidanze e modalità di parto.

Le raccomandazioni sono rivolte ai professionisti della salute coinvolti nel percorso di assistenza alla nascita e alle future mamme. È stata inoltre predisposta una versione divulgativa specificamente rivolta alle donne, disponibile sul sito internet SNLG-ISS (http://www.snlg-iss.it/pubblico_cesareo_assistenza).

Elenco delle raccomandazioni

• Quesito 1 •

Quali sono i contenuti informativi, le modalità e i tempi della comunicazione alle donne da parte degli operatori sanitari, in grado di favorire l'acquisizione di conoscenze adeguate a sostegno di scelte consapevoli sul parto?

BPC

I professionisti sanitari – in particolare i medici specialisti in ostetricia e ginecologia, le ostetriche, i medici di medicina generale – devono offrire attivamente a tutte le donne in gravidanza, fin dal secondo trimestre, informazioni basate su prove scientifiche riguardo alla gestazione e alle diverse modalità di parto, e un sostegno adeguato che comprenda anche un confronto sulle opinioni e sulle eventuali preoccupazioni espresse dalla donna.

I/A

L'offerta attiva alle donne in gravidanza di interventi informativi e di supporto, standardizzati e validati, è raccomandata in quanto efficace nel ridurre la paura del parto, l'ansia e il conflitto decisionale, e nel migliorare il livello delle conoscenze e la soddisfazione della donna rispetto all'esperienza del parto.

BPC

Tutte le donne in gravidanza devono ricevere informazioni, basate su prove scientifiche, in merito al taglio cesareo, che includano:

- le indicazioni assolute e relative al taglio cesareo;
- i potenziali benefici e danni associati al taglio cesareo per la salute della donna e del neonato;
- le modalità di espletamento dell'intervento chirurgico;
- le diverse tecniche anestesologiche;
- le implicazioni per future gravidanze e nascite dopo il taglio cesareo.

BPC

Le informazioni e il supporto devono essere offerti a tutte le donne in gravidanza, utilizzando ogni possibile occasione di incontro con i professionisti dedicati (per esempio visite in ambulatorio ostetrico o corsi di accompagnamento alla nascita). I contenuti e le modalità di comunicazione devono tenere in considerazione gli aspetti culturali (per esempio nel caso di donne per le quali l'italiano non è la lingua madre), il livello di istruzione e le esigenze specifiche delle donne con disabilità o difficoltà di apprendimento.

• Quesito 2 •

In caso di taglio cesareo d'elezione e d'emergenza, quali sono i contenuti informativi minimi che devono essere descritti nel modulo di consenso informato (determinante clinico della scelta, bilancio beneficio/danno di ogni opzione terapeutica per la salute della madre e del nascituro)?

• Quesito 3 •

Quali sono i momenti appropriati (assistenza prenatale, assistenza al parto) per la comunicazione e l'acquisizione del consenso informato in caso di taglio cesareo d'elezione e d'emergenza?

• Quesito 4 •

Quali azioni devono essere intraprese dagli operatori sanitari in caso di consenso negativo al taglio cesareo, sia d'elezione sia d'emergenza, da parte della donna?

• Quesito 5 •

Quali azioni devono essere intraprese dagli operatori sanitari in caso di donna incapace di intendere e di volere per la quale esista l'indicazione al taglio cesareo, sia d'elezione sia d'emergenza?

BPC

In caso di taglio cesareo, sia programmato sia d'emergenza, il medico deve sempre richiedere alla donna il consenso informato all'intervento. In considerazione del quadro clinico, è tenuto a fornire informazioni basate su prove scientifiche, con modalità di comunicazione rispettose della donna, del suo parere, della sua dignità, della sua privacy e della sua cultura. Il linguaggio utilizzato nella comunicazione sia verbale sia scritta deve essere sempre appropriato e comprensibile per l'interlocutrice.

BPC

I contenuti minimi del modulo di consenso al taglio cesareo devono comprendere:

- l'indicazione clinica all'intervento;
- il bilancio dei potenziali benefici e danni, a breve e lungo termine, per la salute della madre e del nascituro in caso di taglio cesareo rispetto al parto vaginale, con particolare riguardo per la specificità della donna e della sua gravidanza;
- le modalità di espletamento dell'intervento chirurgico;
- le diverse tecniche anestesiológicas;
- le implicazioni per future gravidanze e nascite dopo taglio cesareo o parto vaginale.

BPC

Nell'ipotesi di taglio cesareo programmato, il consenso deve essere discusso prima del ricovero, per permettere alla donna di manifestare eventuali dubbi e avere il tempo necessario per riflettere sulle informazioni ricevute, e al medico di valutare eventuali problematiche che sarebbero di difficile risoluzione nell'imminenza dell'intervento.

BPC

In caso di taglio cesareo d'emergenza, si raccomanda che il medico acquisisca sempre il consenso, avendo cura di accertare che la donna abbia compreso l'indicazione all'intervento.

BPC

In tutti i casi in cui si decida di eseguire un taglio cesareo, il medico deve riportare nella cartella clinica tutti i fattori che hanno determinato la decisione.

BPC

Una donna capace di intendere e di volere che rifiuti la proposta di un taglio cesareo programmato, anche dopo un colloquio informativo approfondito in cui l'intervento sia stato presentato come vantaggioso per la salute sua e/o del bambino, ha diritto di ricevere un secondo parere. Il rifiuto dell'intervento deve essere una delle possibili opzioni per la gestante.

In caso di indicazione a un taglio cesareo d'emergenza, una donna in possesso della capacità di intendere e di volere ha la facoltà di rifiutarlo.

BPC

Qualora sussista l'indicazione a un taglio cesareo programmato e la donna non sia in grado di intendere e di volere (sia cioè in condizioni di incapacità tali da renderla incapace di valutare le informazioni relative alle proprie condizioni di salute e di assumere, conseguentemente, decisioni consapevoli), il medico è tenuto a verificare se la donna abbia un tutore, un curatore o un amministratore di sostegno (ed eventualmente attivarsi per la sua nomina) e a fornirgli tutte le informazioni necessarie per raccogliere il consenso all'intervento.

L'unica condizione per la quale si giustifica l'esecuzione di un taglio cesareo, nell'impossibilità di acquisire il consenso per incapacità della donna, è rappresentata dallo stato d'urgenza, definito come esigenza indifferibile di intervenire per evitare la morte o un danno grave.

• Quesito 6 •

La richiesta materna, in assenza di motivazioni cliniche, può rappresentare di per sé un'indicazione al taglio cesareo?

• Quesito 7 •

Il *counselling*, il supporto psicologico, il supporto da parte di una persona di fiducia della donna, l'offerta della parto-analgesia, l'offerta di un secondo parere sono modalità efficaci per aiutare la donna che ha richiesto un taglio cesareo d'elezione, in assenza di indicazioni, ad affrontare il parto vaginale?

• Quesito 8 •

Come si devono comportare i professionisti della salute in caso di persistente richiesta di taglio cesareo da parte della donna, in assenza di indicazioni cliniche?

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.

Introduzione

Epidemiologia del taglio cesareo

La frequenza del taglio cesareo nei paesi industrializzati ha da anni un andamento in ascesa. In Italia il ricorso al taglio cesareo è in continuo aumento: è passato, infatti, dall'11% del 1980 al 38% del 2008^{1,2}. Questa percentuale supera di molto la soglia del 10-15% che, secondo la raccomandazione pubblicata nel 1985 dall'Organizzazione mondiale della sanità, garantisce il massimo beneficio complessivo per la madre e il feto³ e si discosta notevolmente anche dagli standard europei riportati nel rapporto Euro-Peristat⁴ sulla salute materno-infantile pubblicato nel dicembre 2008 (vedi figura 1 in questa pagina).

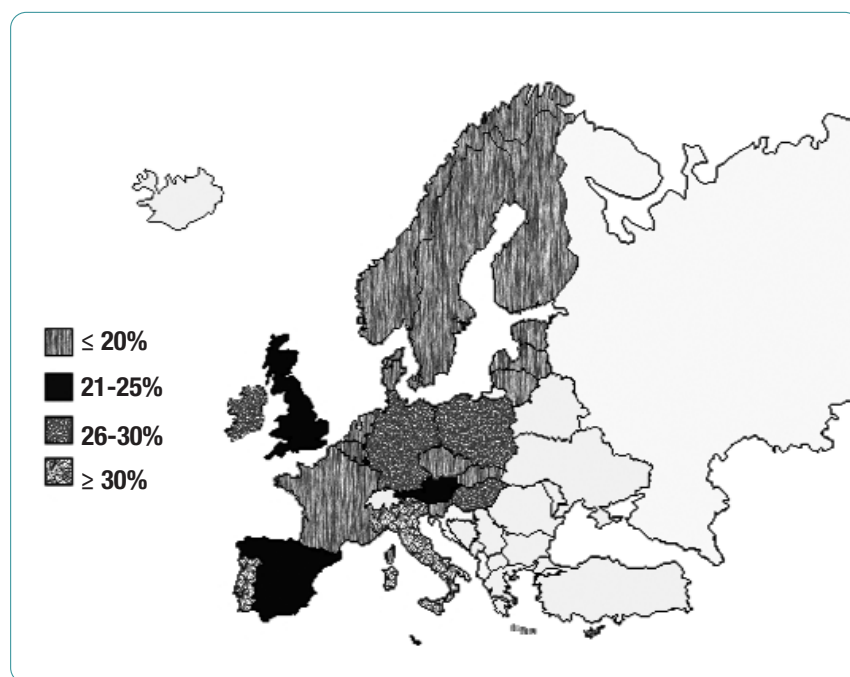


Figura 1. Percentuale di tagli cesarei in Europa (Fonte: European Perinatal Health Report, dicembre 2008)

L'Italia presenta a livello europeo la più alta percentuale di cesarei, seguita dal Portogallo con il 33%, mentre negli altri paesi si registrano valori inferiori al 30% che scendono al 15% in Olanda e al 14% in Slovenia.

Si rileva inoltre una spiccata variabilità su base interregionale (vedi figura 2 a pagina 13), con valori tendenzialmente più bassi nell'Italia settentrionale e più alti nel meridione: si va dal 23% nella Provincia autonoma di Trento e in Friuli-Venezia Giulia al 62% in Campania.

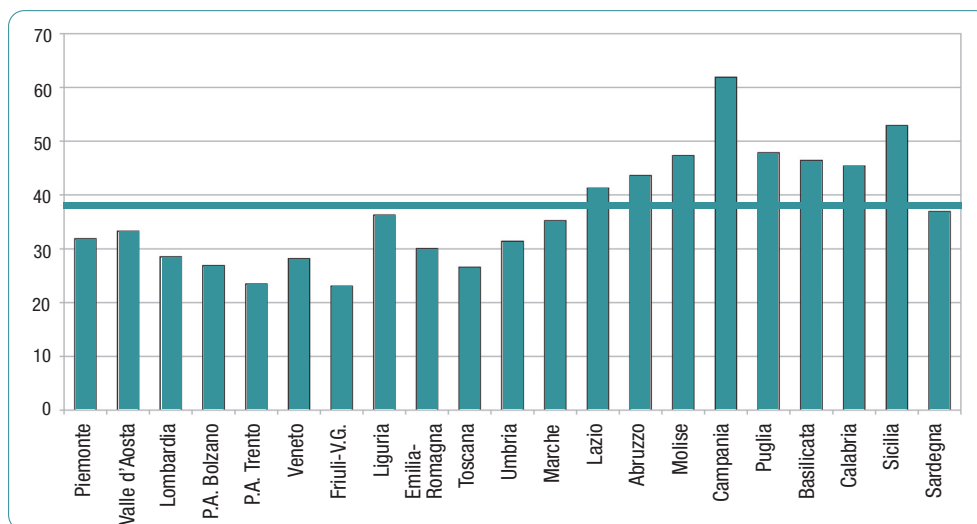


Figura 2. Percentuale di tagli cesarei nelle regioni italiane (fonte: Schede di dimissione ospedaliera, 2008)

Infine, si registrano anche differenze intraregionali tra punti nascita di diversa tipologia amministrativa e volume di attività (vedi tabella 1 in questa pagina), con percentuali di tagli cesarei nettamente superiori alla media nazionale nei reparti con basso numero di parti⁵ e nelle strutture private rispetto a quelle pubbliche.

FASCIA DI VOLUME DI ATTIVITÀ (PARTI/ANNO)	PERCENTUALE DI TAGLI CESAREI
<500	49,5
500-799	43,4
800-999	37,3
1000-2499	35,3
≥2500	31,3
totale	37,4

Tabella 1. Percentuale di tagli cesarei per fascia di volume di attività (fonte: Ministero della salute, Sistema informativo sanitario CeDAP, 2006)

Non sono disponibili prove a sostegno di un'associazione tra il maggiore ricorso alla pratica chirurgica e una riduzione del rischio materno-fetale, né tanto meno di miglioramenti significativi degli esiti perinatali. Al contrario, i dati disponibili riportano una più alta mortalità perinatale nelle regioni meridionali del paese, dove la percentuale di tagli cesarei è più elevata⁶.

La variabilità rilevata sembra essere un indizio di comportamento clinico-assistenziale non appropriato, riconducibile a molteplici fattori indipendenti dalle condizioni di necessità cli-

nica: carenze strutturali e organizzative, aspetti culturali che assimilano il taglio cesareo a una modalità elettiva di nascita, scarsa competenza del personale sanitario nel gestire la fisiologia (taglio cesareo visto come pratica difensiva).

Scopo e destinatari della linea guida

Sulla base dei dati epidemiologici sopra descritti, il Sistema nazionale per le linee guida dell'Istituto superiore di sanità (SNLG-ISS) ha incluso nel suo programma di sviluppo di raccomandazioni per la pratica clinica una linea guida sul taglio cesareo. In particolare, il piano prevede di elaborare due distinti documenti, da realizzare in momenti diversi, con il coinvolgimento del medesimo *panel* di esperti.

Il primo, presentato nei capitoli successivi, riguarda i temi della comunicazione tra le donne e gli operatori sanitari, con specifico riferimento alle informazioni sulle modalità di parto, ai contenuti e ai tempi di acquisizione del consenso informato e alla gestione dell'eventuale richiesta materna di taglio cesareo in assenza di motivazioni cliniche. Lo scopo è di migliorare la relazione tra le donne e i professionisti della salute coinvolti nel percorso di assistenza alla nascita.

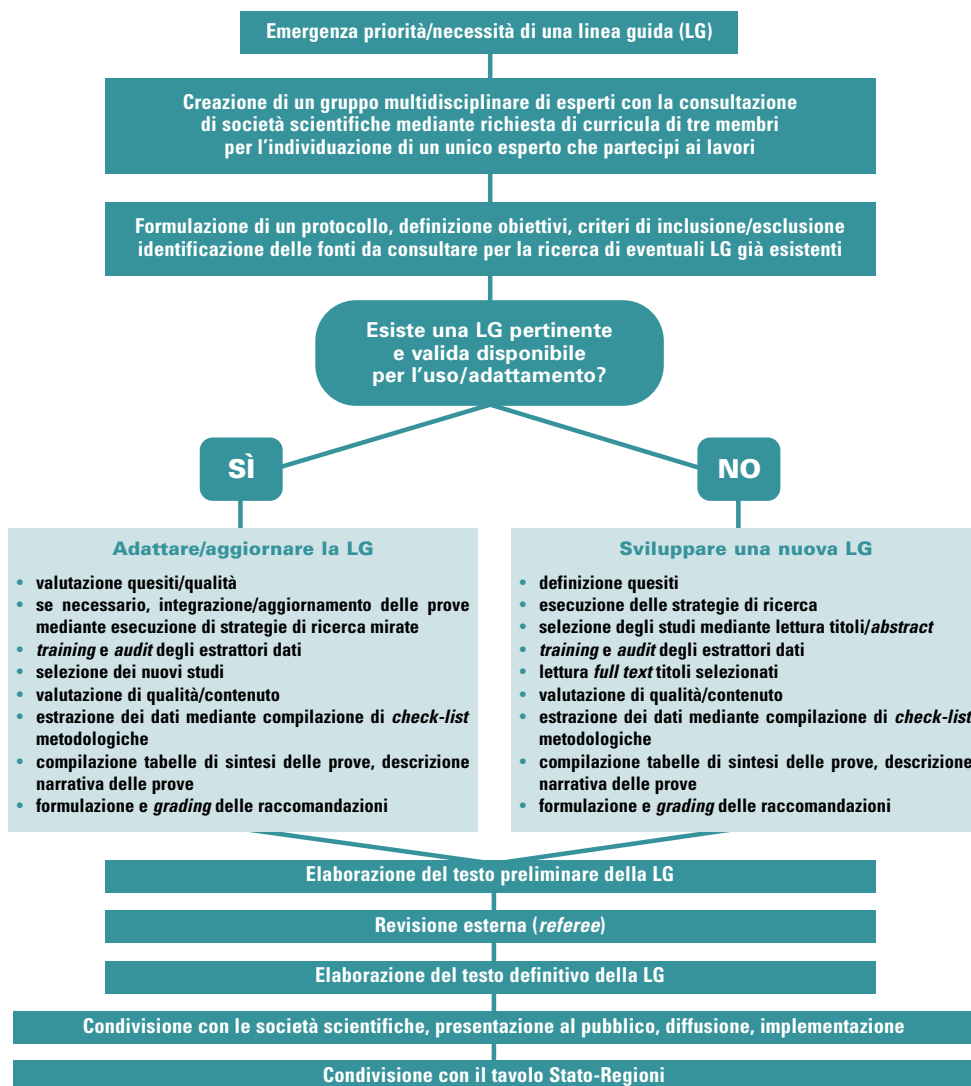
Il secondo documento, in corso di elaborazione (data prevista di pubblicazione: fine 2010), prende in esame le indicazioni al taglio cesareo elettivo, l'appropriatezza delle procedure diagnostiche e delle manovre impiegate nella pratica clinica corrente e le ricadute del taglio cesareo sulle future gravidanze e modalità di parto.

Bibliografia

1. Istat – Istituto nazionale di statistica. Annuario di statistiche demografiche. Roma, 1980.
2. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. Attività di ricovero 2008 (analisi preliminare). Roma, luglio 2009.
3. WHO – World Health Organization Appropriate technology for birth. Lancet 1985;2:436-7.
4. Euro-Peristat project. European perinatal health report 2008. Disponibile all'indirizzo: www.europeristat.com (visitato il 25-01-2010).
5. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Dipartimento della qualità, Direzione generale del sistema informativo, Ufficio direzione statistica. Certificato di assistenza al parto (CeDAP) – Analisi dell'evento nascita (anno 2006). Roma, settembre 2009.
6. Ministero della salute. Lo stato di salute delle donne in Italia. Primo rapporto sui lavori della Commissione Salute della Donna. Roma, marzo 2008.

Metodi

Percorso di elaborazione di una linea guida



Chi ha elaborato la linea guida

L'elaborazione del documento ha coinvolto diversi gruppi di lavoro:

- il *panel* multiprofessionale di esperti ha definito i quesiti, discusso le prove scientifiche e formulato le raccomandazioni;

- gli esperti documentalisti dell'Istituto superiore di sanità hanno elaborato le strategie di ricerca e interrogato le basi di dati bibliografiche sulla base dei quesiti e in accordo con le indicazioni del *panel*;
- il gruppo dei valutatori della letteratura, costituito e addestrato *ad hoc*, ha analizzato criticamente gli studi, dai quali ha estratto i dati rilevanti, inserendoli nelle tabelle di sintesi delle prove;
- il gruppo di coordinamento dell'Istituto superiore di sanità ha organizzato e mantenuto sotto controllo la qualità delle diverse fasi del lavoro, comprese la stesura della sintesi delle prove e del documento finale.

Fasi di sviluppo della linea guida

Costituzione del *panel* multiprofessionale di esperti

Il *panel* è stato formato includendo le diverse figure professionali coinvolte nel percorso nascita e nell'elaborazione metodologica del documento: il medico di medicina generale, lo specialista in ginecologia e ostetricia, l'ostetrica/o, l'anestesista, il neonatologo, lo psicologo, il medico legale, l'epidemiologo, il metodologo di linee guida. È stata inclusa nel *panel* anche una rappresentante delle associazioni di donne che si occupano di nascita. Sono state inoltre interpellate le società scientifiche delle discipline coinvolte, per la nomina di propri esperti.

I membri del *panel* hanno compilato e sottoscritto un modulo per la dichiarazione dell'eventuale conflitto di interesse e un modulo per la condivisione della metodologia di elaborazione di una linea guida SNLG-ISS¹.

Definizione degli obiettivi e dei quesiti

È stata eseguita una revisione sistematica delle linee guida nazionali e internazionali già prodotte sull'argomento a partire dal 2000, con l'obiettivo di individuare un documento che per completezza, qualità e trasparenza del percorso metodologico potesse essere utilizzato come testo di riferimento per l'elaborazione delle raccomandazioni.

La linea guida *Caesarean section*², prodotta dal National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) nel 2004, è stata individuata come il documento sulla base del quale il *panel*, nel corso dei primi incontri, ha formulato gli obiettivi e i quesiti.

Il *panel* ha anche condiviso i criteri di inclusione e di esclusione degli studi, da adottare in fase di revisione della letteratura.

Ricerche bibliografiche e valutazione critica degli studi

Le ricerche bibliografiche sono state condotte mediante strategie sviluppate in modo specifico per ciascun quesito dagli esperti documentalisti del Settore documentazione dell'Istituto superiore di sanità. Le strategie di ricerca complete utilizzate per ogni quesito sono disponibili

li sul sito SNLG-ISS, all'indirizzo http://www.snlg-iss.it/lgn_taglio_cesareo_assistenza_donne.

Sono stati adottati i seguenti criteri di ricerca:

Basi di dati consultate	PubMed, Embase, Pascal, EMCare, British Nursing Index, Psychological Sciences Library (PSYC), Social Sciences Citation Index (SSCI), Cochrane Library
Range temporale	2002-2008
Lingua di pubblicazione	italiano, francese, inglese, spagnolo

La ricerca bibliografica ha individuato nel complesso 714 titoli e abstract.

I coordinatori hanno selezionato gli studi reperiti per ciascun quesito, in base ai criteri di pertinenza concordati.

Dopo un primo screening effettuato sulla base degli abstract e un secondo screening sulla base dei testi integrali delle fonti, sono stati considerati pertinenti 50 articoli scientifici che sono stati sottoposti alla valutazione.

I valutatori della letteratura hanno esaminato criticamente gli articoli, utilizzando le *check-list* metodologiche specifiche per disegno di studio dello Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)³, tradotte e opportunamente adattate dal Sistema nazionale per le linee guida. I dati estratti dalla letteratura selezionata e un giudizio sulla qualità degli studi considerati sono stati riportati in tabelle di sintesi specifiche per quesito e disegno di studio.

A cura dei coordinatori è stata poi elaborata una sintesi narrativa delle prove per ciascun quesito e, sulla base di questa, una proposta di raccomandazione da sottoporre al *panel* in riunione plenaria.

Formulazione delle raccomandazioni

Il *panel* di esperti, nella riunione plenaria di settembre 2009, ha esaminato e discusso le prove, arrivando a formulare delle raccomandazioni di forza graduata. Il metodo di *grading* adottato è quello descritto nel manuale metodologico PNLG¹, che prevede sei livelli di prova (I-VI) e cinque gradi di forza delle raccomandazioni (A-E). Lo schema di *grading* è riportato a pagina 5.

Nel caso dei quesiti per i quali non sono disponibili degli studi, le raccomandazioni sono state formulate sulla base delle opinioni del *panel* e segnalate con l'acronimo BPC (Buona Pratica Clinica).

Revisione esterna del documento finale

Il documento condiviso dal *panel* è stato inviato a esperti esterni con il mandato esplicito di valutare la leggibilità e la chiarezza del documento, nonché la rilevanza clinica e l'applicabilità delle raccomandazioni.

Il gruppo dei revisori ha incluso un medico legale, un bioeticista e un ostetrico ginecologo.

Disponibilità del testo integrale

Il testo completo della linea guida è disponibile sul sito SNLG-ISS (<http://www.snlg-iss.it>), all'indirizzo http://www.snlg-iss.it/lgn_taglio_cesareo_assistenza_donne.

Sul sito è disponibile anche la versione semplificata della linea guida per il pubblico (http://www.snlg-iss.it/pubblico_cesareo_assistenza).

Bibliografia

1. Programma nazionale per le linee guida-Istituto superiore di sanità, Agenzia per i servizi sanitari regionali. Manuale metodologico. Come produrre, diffondere e aggiornare le raccomandazioni per la pratica clinica. PNLG, 2002.
2. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, NICE. Caesarean Section. RCOG Press, London, 2004; disponibile all'indirizzo <http://www.nice.org.uk/CG013> (visitato il 25-01-2010).
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network-SIGN. Critical appraisal: Notes and checklists. Disponibile all'indirizzo <http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html> (visitato il 25-01-2010).

Offerta di informazioni e supporto alle donne

Quesiti

• Quesito 1 •

Quali sono i contenuti informativi, le modalità e i tempi della comunicazione alle donne da parte degli operatori sanitari, in grado di favorire l'acquisizione di conoscenze adeguate a sostegno di scelte consapevoli sul parto?

totale studi reperiti	311
totale studi selezionati	47
totale studi inclusi	18
tipologia studi inclusi	1 revisione sistematica Cochrane, 3 RCT, 3 studi di coorte, 11 studi descrittivi

Sintesi delle prove

Negli ultimi anni sono stati condotti numerosi studi osservazionali – in prevalenza indagini di tipo descrittivo – con l'obiettivo di valutare le aspettative delle donne sul parto e le dinamiche sottese alle loro richieste o scelte.

Tra i fattori maggiormente in grado di condizionare negativamente la capacità delle gestanti di esprimere giudizi sul parto viene segnalata la tocofobia. In diversi studi, infatti, la paura del travaglio e del parto risulta associata a una più alta percentuale di tagli cesarei programmati in assenza di indicazioni cliniche, e viene indicata come potenzialmente capace di pregiudicare l'esperienza soggettiva del parto¹⁻⁸. D'altra parte, la richiesta di taglio cesareo da parte delle donne è spesso sostenuta dalla convinzione, non fondata, di un bilancio più favorevole rispetto al parto vaginale, in termini di rapporto tra benefici e danni per la salute propria e del bambino^{9,10}.

A questo riguardo, diversi studi sottolineano il ruolo cruciale del medico, e più in generale del personale sanitario, nell'orientare le donne verso decisioni informate e consapevoli¹¹⁻¹³, anche se questo compito non sempre viene esercitato al meglio. In uno studio scozzese¹², le donne lamentano la scarsità di informazioni ricevute e una certa passività dei medici nell'assecondare le loro preferenze sul parto, senza prospettare alternative né fornire elementi a supporto dell'una o dell'altra decisione. In altri casi sono invece gli stessi medici a orientare la scelta delle donne verso il taglio cesareo, come effetto di una pratica difensiva⁹.

A fronte di ciò, le prove in favore dell'efficacia del *counselling* nel ridurre la paura del travaglio e favorire la scelta del parto vaginale, in assenza di indicazioni cliniche al cesareo, riman-

gono controverse^{3,14} (vedi anche capitolo *Taglio cesareo su richiesta materna*, a pagina 27). Questo potrebbe essere dovuto alla grande variabilità esistente nelle modalità di realizzazione delle attività di sostegno e nei contenuti informativi trasmessi.

Negli ultimi anni sono stati condotti alcuni studi con l'obiettivo di valutare l'effetto di interventi strutturati di informazione e sostegno alla decisione, basati sull'impiego di programmi computerizzati o su opuscoli predisposti *ad hoc*. Una revisione Cochrane¹⁵ riporta i risultati di due trial clinici relativi a un programma prenatale di formazione e a un intervento di supporto psicologico, da cui non emergono prove di efficacia rispetto alla riduzione dei tagli cesarei. Uno studio più recente condotto in Australia su 227 gestanti con taglio cesareo pregresso¹⁶ ha valutato gli effetti di un intervento educativo basato su un opuscolo informativo (sviluppato a partire dall'*Ottawa Decision Support Framework*, DSF) su benefici e danni associati al travaglio di prova, al parto vaginale e al taglio cesareo d'elezione ripetuto. L'intervento è risultato in grado di migliorare le conoscenze e di ridurre significativamente il livello di conflitto decisionale delle donne.

Un ulteriore trial pubblicato dal Diamond Study Group di Bristol¹⁷ ha confrontato due interventi basati su programmi computerizzati di informazione e analisi decisionale, che mostrano un'efficacia superiore rispetto all'assistenza ostetrica standard nel diminuire la paura del parto e il conflitto decisionale, senza però ridurre significativamente la percentuale di tagli cesarei.

Va sottolineato che tre dei quattro trial citati fanno riferimento a donne già sottoposte a cesareo e quindi le conclusioni sono applicabili a una popolazione selezionata.

Un trial di portata più limitata¹⁸ ha studiato gli effetti di un intervento informativo in ambito anestesiológico, basato sulla distribuzione a 12-14 settimane di un opuscolo contenente informazioni sulle tecniche sedo-analgiche in corso di travaglio.

Le donne sottoposte all'intervento hanno dimostrato una migliore conoscenza dei temi trattati; inoltre la maggior parte di loro ha manifestato il desiderio di un consulto anestesiológico prima del travaglio.

Per quanto riguarda i tempi della comunicazione, non sono stati reperiti studi specificamente rivolti ad approfondire questo aspetto. Gli stessi trial sopra citati, che hanno valutato diversi tipi di intervento, riportano una scelta differente del *timing*, in ogni caso non successiva a 20 settimane.

Raccomandazioni

BPC

I professionisti sanitari – in particolare i medici specialisti in ostetricia e ginecologia, le ostetriche, i medici di medicina generale – devono offrire attivamente a tutte le donne in gravidanza, fin dal secondo trimestre, informazioni basate su prove scientifiche riguardo alla gestazione e alle diverse modalità di parto, e un sostegno adeguato che comprenda anche un confronto sulle opinioni e sulle eventuali preoccupazioni espresse dalla donna.

I/A

L'offerta attiva alle donne in gravidanza di interventi informativi e di supporto, standardizzati e validati, è raccomandata in quanto efficace nel ridurre la paura del parto, l'ansia e il conflitto decisionale, e nel migliorare il livello delle conoscenze e la soddisfazione della donna rispetto all'esperienza del parto.

BPC

Tutte le donne in gravidanza devono ricevere informazioni, basate su prove scientifiche, in merito al taglio cesareo, che includano:

- le indicazioni assolute e relative al taglio cesareo;
- i potenziali benefici e danni associati al taglio cesareo per la salute della donna e del neonato;
- le modalità di espletamento dell'intervento chirurgico;
- le diverse tecniche anestesologiche;
- le implicazioni per future gravidanze e nascite dopo il taglio cesareo.

BPC

Le informazioni e il supporto devono essere offerti a tutte le donne in gravidanza, utilizzando ogni possibile occasione di incontro con i professionisti dedicati (per esempio visite in ambulatorio ostetrico o corsi di accompagnamento alla nascita). I contenuti e le modalità di comunicazione devono tenere in considerazione gli aspetti culturali (per esempio nel caso di donne per le quali l'italiano non è la lingua madre), il livello di istruzione e le esigenze specifiche delle donne con disabilità o difficoltà di apprendimento.

Bibliografia

1. Wilkund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. BJOG 2008;115(3):324-31.
2. Ryding EL, Wirfelt E, Wangborg IB, et al. Personality and fear of childbirth. Acta Obstet Gynecol Scand 2007;86(7):814-20.
3. Waldenström U, Hilidingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. BJOG 2006;113(6):638-46.
4. Eriksson C, Jansson L, Hamberg K. Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. Midwifery 2006;22(3):240-8.
5. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. Acta Obstet Gynecol Scand 2003;82(3):201-8.
6. Melender HL. Experiences of fear associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. Birth 2002;29(2):101-11.
7. Geissbuehler V, Eberhard J. Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. J Psychosom Obstet Gynaecol 2002;23(4):229-35.
8. Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? BJOG 2002;109(11):1213-21.
9. Weaver JJ, Statham H, Richards M. Are there "unnecessary" cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. Birth 2007;34(1):32-41.
10. Raynes-Greenow CH, Roberts CL, Barrat A, et al. Pregnant women's preferences and knowledge of term breech management, in an Australian setting. Midwifery 2004;20(2):181-7.
11. Moffat MA, Bell JS, Porter MA, et al. Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previous had a cesarean section: a qualitative study. BJOG 2007;114(1):86-93.

12. Emmett CL, Shaw AR, Montgomery AA, et al. Women's experience of decision making about mode of delivery after a previous caesarean section: the role of health professionals and information about health risks. *BJOG* 2006;113(12):1438-45.
 13. Fenwick J, Gamble J, Hauck Y. Reframing birth: a consequence of caesarean section. *J Adv Nurs* 2006;56(2):121-32.
 14. Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Oian P. Maternal request for caesarean section to fear of birth: can it be change through crisis-oriented counseling? *Birth* 2006;33(3):221-8.
 15. Horey D, Weaver J, Russell H. Information for pregnant women about caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD003858.
 16. Shorten A, Shorten B, Keogh J, et al. Making choices for childbirth: a randomized controlled trial of a decision-aid for informed birth after caesarean. *Birth* 2005;32(4):252-61.
 17. Montgomery A, Emmet C, Fahey T. Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomized controlled trial. *BMJ* 2007;334:1305.
 18. Stewart A, Sodhi V, Harper N, Yentis SM. Assessment of the effect upon maternal knowledge of an information leaflet about pain relief in labour. *Anaesthesia* 2003;58(10):1015-9.
-

Consenso informato per il parto mediante TC

Quesiti

• Quesito 2 •

In caso di taglio cesareo d'elezione e d'emergenza, quali sono i contenuti informativi minimi che devono essere descritti nel modulo di consenso informato (determinante clinico della scelta, bilancio beneficio/danno di ogni opzione terapeutica per la salute della madre e del nascituro)?

• Quesito 3 •

Quali sono i momenti appropriati (assistenza prenatale, assistenza al parto) per la comunicazione e l'acquisizione del consenso informato in caso di taglio cesareo d'elezione e d'emergenza?

• Quesito 4 •

Quali azioni devono essere intraprese dagli operatori sanitari in caso di consenso negato al taglio cesareo, sia d'elezione sia d'emergenza, da parte della donna?

• Quesito 5 •

Quali azioni devono essere intraprese dagli operatori sanitari in caso di donna incapace di intendere e di volere per la quale esista l'indicazione al taglio cesareo, sia d'elezione sia d'emergenza?

totale studi reperiti	104
totale studi selezionati	22
totale studi inclusi	13
tipologia studi inclusi	13 studi descrittivi, lettere, editoriali

Sintesi delle prove

Le ricerche bibliografiche effettuate hanno permesso di individuare solo studi descrittivi, lettere ed editoriali che analizzano i contenuti informativi e le modalità di comunicazione e di acquisizione del consenso informato, anche nei casi in cui la donna rifiuti di sottoporsi a un taglio cesareo raccomandato dal medico.

Il problema principale, sottolineato dagli esperti, è la disponibilità di prove di efficacia non

conclusive su danni e benefici del taglio cesareo (elettivo e d'emergenza) rispetto al parto vaginale, dal momento che trial randomizzati sull'argomento non sono realizzabili per ovvie implicazioni etiche¹. Pertanto i contenuti informativi sul profilo benefici/danni del taglio cesareo d'elezione o d'emergenza rispetto al parto vaginale si basano su studi osservazionali, spesso condotti su popolazioni selezionate.

Si concorda nel ritenere che un linguaggio appropriato e comprensibile per l'interlocutrice (con disponibilità di mediatori culturali in caso di donna straniera che non parli l'italiano) e la disponibilità di tempo per una comunicazione efficace rappresentino premesse essenziali alla formulazione di un consenso informato e alla condivisione dei suoi contenuti².

Nessuno studio tra quelli selezionati riporta nel dettaglio i contenuti informativi da includere in un consenso informato per taglio cesareo, ma molti fanno riferimento alle informazioni relative ai rischi di taglio cesareo rispetto al parto vaginale³⁻⁶, con particolare riferimento alla diversa mortalità e morbosità materna e neonatale in relazione alla modalità di espletamento del parto.

L'urgenza per salvare la vita della paziente è l'unica condizione per la quale tutti gli autori giustificano l'esecuzione del taglio cesareo anche in assenza di consenso.

La maggior parte degli esperti è concorde nel ritenere che il consenso al taglio cesareo d'elezione debba essere discusso già durante la gravidanza, possibilmente fin dai primi contatti con i professionisti sanitari, per permettere alla coppia di riflettere sulla scelta e al medico di valutare eventuali problematiche di difficile risoluzione, anche mediante consultazioni specialistiche ed eventuale secondo parere^{4,7-10}.

Nel caso in cui la donna capace di intendere e di volere dovesse persistere nel rifiutare di sottoporsi a taglio cesareo nonostante la raccomandazione del medico, questo può assecondarne la volontà e assistere il parto per via vaginale^{8,9}. Gli studi che hanno valutato le attitudini e i comportamenti dei professionisti in caso di rifiuto di taglio cesareo da parte della donna hanno rilevato che la richiesta di autorizzazione giudiziaria risulta associata sia alle caratteristiche delle donne (più frequente nei casi di donne con problemi linguistici e/o tossicodipendenti) sia alle caratteristiche dei medici (più frequente in caso di posizioni personali *pro life* e nel Sud rispetto al Nord Europa)¹¹⁻¹³.

Nei casi in cui il rifiuto di sottoporsi a un taglio cesareo ritenuto necessario dai medici sia, invece, condizionato da una situazione di incapacità della donna, l'approccio assistenziale cambia a seconda che vi sia urgenza o meno. In caso di urgenza il medico, in quanto titolare di una posizione di garanzia nei confronti della persona assistita, deve intervenire mettendo in atto le opzioni necessarie a salvaguardare la vita e/o la salute della donna e del feto; nel caso in cui l'urgenza non vi sia, è necessario avanzare tempestivamente richiesta di nomina di un amministratore di sostegno all'autorità giudiziaria; le opzioni assistenziali andranno valutate con l'amministratore di sostegno opportunamente informato.

In tutti i casi è raccomandato che la situazione clinica, il *counselling* medico e la volontà materna siano sempre presenti e ben documentati nella cartella clinica.

Raccomandazioni

BPC

In caso di taglio cesareo, sia programmato sia d'emergenza, il medico deve sempre richiedere alla donna il consenso informato all'intervento. In considerazione del quadro clinico, è tenuto a fornire informazioni basate su prove scientifiche, con modalità di comunicazione rispettose della donna, del suo parere, della sua dignità, della sua privacy e della sua cultura. Il linguaggio utilizzato nella comunicazione sia verbale sia scritta deve essere sempre appropriato e comprensibile per l'interlocutrice.

BPC

I contenuti minimi del modulo di consenso al taglio cesareo devono comprendere:

- l'indicazione clinica all'intervento;
- il bilancio dei potenziali benefici e danni, a breve e lungo termine, per la salute della madre e del nascituro in caso di taglio cesareo rispetto al parto vaginale, con particolare riguardo per la specificità della donna e della sua gravidanza;
- le modalità di espletamento dell'intervento chirurgico;
- le diverse tecniche anestesiologiche;
- le implicazioni per future gravidanze e nascite dopo taglio cesareo o parto vaginale.

BPC

Nell'ipotesi di taglio cesareo programmato, il consenso deve essere discusso prima del ricovero, per permettere alla donna di manifestare eventuali dubbi e avere il tempo necessario per riflettere sulle informazioni ricevute, e al medico di valutare eventuali problematiche che sarebbero di difficile risoluzione nell'imminenza dell'intervento.

BPC

In caso di taglio cesareo d'emergenza, si raccomanda che il medico acquisisca sempre il consenso, avendo cura di accertare che la donna abbia compreso l'indicazione all'intervento.

BPC

In tutti i casi in cui si decida di eseguire un taglio cesareo, il medico deve riportare nella cartella clinica tutti i fattori che hanno determinato la decisione.

BPC

Una donna capace di intendere e di volere che rifiuti la proposta di un taglio cesareo programmato, anche dopo un colloquio informativo approfondito in cui l'intervento sia stato presentato come vantaggioso per la salute sua e/o del bambino, ha diritto di ricevere un secondo parere. Il rifiuto dell'intervento deve essere una delle possibili opzioni per la gestante.

In caso di indicazione a un taglio cesareo d'emergenza, una donna in possesso della capacità di intendere e di volere ha la facoltà di rifiutarlo.

BPC

Qualora sussista l'indicazione a un taglio cesareo programmato e la donna non sia in grado di intendere e di volere (sia cioè in condizioni di incapacità tali da renderla incapace di valutare le informazioni relative alle proprie condizioni di salute e di assumere, conseguentemente, decisioni consapevoli), il medico è tenuto a verificare se la donna abbia un tutore, un curatore o un amministratore di sostegno (ed eventualmente attivarsi per la sua nomina) e a fornirgli tutte le informazioni necessarie per raccogliere il consenso all'intervento.

L'unica condizione per la quale si giustifica l'esecuzione di un taglio cesareo, nell'impossibilità di acquisire il consenso per incapacità della donna, è rappresentata dallo stato d'urgenza, definito come esigenza indifferibile di intervenire per evitare la morte o un danno grave.

Bibliografia

1. Goer H. Patient choice cesarean and informed consent. *Birth* 2006;33(1):87-8.
 2. Grace PJ, McLaughlin M. When consent isn't informed enough: what's the nurse's role when a patient has given consent but doesn't fully understand the risks? *Am J Nurs*. 2005;105(4):79-84.
 3. Devendra K, Arulkumaran S. Should doctors perform an elective caesarean section on request? *Ann Acad Med Singapore* 2003;32(5):577-81.
 4. Leeman LM, Plante LA. Patient-choice vaginal delivery? *Ann Fam Med* 2006;4(3):265-8.
 5. McFarlin BL. Elective cesarean birth: issues and ethics of an informed decision. *J Midwifery Womens Health* 2004;49(5):421-9.
 6. Richter HM. Elective cesarean section and midwifery care. *J Midwifery Womens Health* 2005;50(1):65.
 7. Dalton KJ. Refusal of interventions to protect the life of the viable fetus: a case-based Transatlantic overview. *Med Leg J*. 2006;74(pt 1):16-24.
 8. Scott WE. The pregnant and the parturient. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2006;20(4):565-76.
 9. Stirrat GM. Caesarean section without consent. *Curr Obstet Gynaecol* 2002;12(6):358-9.
 10. Weiniger CF, Elchalal U, Sprung CL, et al. Holy consent: a dilemma for medical staff when maternal consent is withheld for emergency caesarean section. *Int J Obstet Anesth* 2006;15(2):145-8.
 11. Adams SF, Mahowald MB, Gallagher J. Refusal of treatment during pregnancy. *Clin Perinatol* 2003;30(1):127-40.
 12. Cuttini M, Habiba M, Nilstun T, et al. Patient refusal of emergency cesarean delivery: a study of obstetricians' attitudes in Europe. *Obstet Gynecol* 2006;108(5):1121-9.
 13. Samuels TA, Minkoff H, Feldman J, et al. Obstetricians, health attorneys, and court-ordered cesarean sections. *Womens Health Issues* 2007;17(2):107-14.
-

Taglio cesareo su richiesta materna

Quesiti

• Quesito 6 •

La richiesta materna, in assenza di motivazioni cliniche, può rappresentare di per sé un'indicazione al taglio cesareo?

• Quesito 7 •

Il *counselling*, il supporto psicologico, il supporto da parte di una persona di fiducia della donna, l'offerta della parto-analgesia, l'offerta di un secondo parere sono modalità efficaci per aiutare la donna che ha richiesto un taglio cesareo d'elezione, in assenza di indicazioni, ad affrontare il parto vaginale?

• Quesito 8 •

Come si devono comportare i professionisti della salute in caso di persistente richiesta di taglio cesareo da parte della donna, in assenza di indicazioni cliniche?

totale studi reperiti	303
totale studi selezionati	75
totale studi inclusi	20
tipologia studi inclusi	1 revisione sistematica, 3 RCT, 1 studio di coorte, 15 studi descrittivi

Sintesi delle prove

Le ricerche bibliografiche hanno consentito di individuare studi descrittivi, revisioni narrative, lettere ed editoriali che analizzano le ragioni della richiesta materna di taglio cesareo in assenza di indicazioni cliniche e il comportamento dei professionisti sanitari in relazione a tale richiesta. Integrano questa analisi alcuni lavori in cui gli autori, valutando gli aspetti etici del fenomeno, elaborano indicazioni di comportamento per i sanitari.

Sono pochi gli studi sperimentali che valutano l'efficacia di interventi volti a supportare la scelta della modalità di parto.

Il fenomeno della richiesta materna di taglio cesareo senza motivazione medica o ostetrica è un argomento molto dibattuto¹.

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 parto²⁻⁶ (vedi capitolo *Offerta di informazioni e supporto alle donne* a pagina 19).

Il comportamento dei sanitari nei confronti della richiesta materna riconosce invece diversi determinanti, legati al contesto culturale e organizzativo in cui questi professionisti lavorano.

L'indagine condotta nell'ambito del progetto EUROBS (European Obstetrician study) in diversi paesi europei (Francia, Germania, Italia, Lussemburgo, Olanda, Spagna, Svezia e Regno Unito) rileva che i sanitari sono più propensi ad assecondare la volontà della donna in caso di precedente parto traumatico, figlio disabile, morte perinatale. Nei paesi di cultura anglosassone, dove il principio di autonomia di scelta del paziente ha una più lunga tradizione, sono state rilevate le percentuali di accettazione più elevate. A tale riguardo la variabilità di comportamento in base al paese di appartenenza è piuttosto ampia, con percentuali di accettazione comprese tra il 15% e il 79% (55% in Italia). Anche il timore di possibili conseguenze legali per complicazioni del parto vaginale influenza la decisione di assecondare la richiesta materna di taglio cesareo, come dichiarato da oltre il 50% dei professionisti intervistati⁷.

La questione si presta a un'analisi etica, affrontata da diversi autori⁸⁻¹⁴, secondo i quali il processo decisionale dovrebbe essere guidato dal rispetto dei principi etici di autonomia del paziente, di beneficenza, non maleficenza, veridicità e giustizia.

Gli stessi autori, tuttavia, fanno notare che il limite maggiore di questa modalità decisionale consiste proprio nell'applicazione dei principi di beneficenza e non maleficenza, considerando la mancanza di prove conclusive circa il bilancio benefici/danni del taglio cesareo in assenza di indicazioni rispetto al parto vaginale. La soluzione prospettata è quella di un colloquio approfondito tra il medico e la donna, che consenta di arrivare a una decisione condivisa. Nel colloquio dovrebbero essere illustrate le conoscenze disponibili sull'argomento e approfondite le motivazioni che spingono la donna ad avanzare tale richiesta. In caso di persistente disaccordo, si consiglia il ricorso a un secondo parere⁸.

Un supporto alla decisione della donna sulla scelta del parto può derivare dall'implementazione di diverse tipologie di intervento, come incontri specifici individuali e supporti informativi. Questi interventi si sono mostrati efficaci nel ridurre il conflitto decisionale circa la scelta della modalità di parto, nel contenere il livello di ansia e paura legate all'evento nascita, nell'aumentare la soddisfazione della donna per le informazioni ricevute e nel migliorare l'esperienza soggettiva del parto.

Non si registra peraltro una riduzione della percentuale di tagli cesarei¹⁵⁻²⁰ (vedi capitolo *Offerta di informazioni e supporto alle donne* a pagina 19).

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.

Bibliografia

1. Wax J, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean: the Maine experience. *Birth* 2005;32(3):203-6.
2. Gamble J, Creedy DK, McCourt C, et al. A critique of the literature on women's request for cesarean section. *Birth* 2007;34(4):331-40.
3. Mancuso A, De Vivo A, Fanara G, et al. Cesarean section on request: are there loco-regional factors influencing maternal choice? An Italian experience. *J Obstet Gynaecol* 2008;28(4):382-5.
4. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82(3):201-8.
5. Weaver JJ, Statham H, Richards M. Are there "unnecessary" cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth* 2007;34(1):32-41.
6. Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:451-6.
7. Habiba M, Kaminski M, Da Frè M, et al. Cesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *BJOG* 2006;113(6):647-56.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion. Surgery and patient choice: the ethics of decision making. *Obstet Gynecol* 2003;102 (5 pt 1):1101-6.
9. Chervenak FA, McCullough LB. Patient choice cesarean: the role of evidence and ethics. *Gynaecologia et Perinatologia* 2007;16:91-2.

10. Devendra K, Arulkumaran S. Should doctors perform an elective caesarean section on request? *Ann Acad Med Singapore* 2003;32(5):577-81.
 11. Kalish RB, McCullough LB, Chervenak FA. Patient choice cesarean delivery: ethical issues. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008;20(2):116-9.
 12. Minkoff H. The ethics of cesarean section by choice. *Semin Perinatol* 2006;30(5):309-12.
 13. Nilstun T, Habiba M, Lingman G, et al. Cesarean delivery on maternal request: can the ethical problem be solved by the principlist approach? *BMC Med Ethics* 2008;9:11.
 14. Williams HO. The ethical debate of maternal choice and autonomy in cesarean delivery. *Clin Perinatol* 2008;35(2):455-62.
 15. Horey D, Weaver J, Russell H. Information for pregnant women about caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD003858.
 16. Montgomery AA, Emmett CL, Fahey T, et al. Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomised controlled trial. *BMJ* 2007;334(7607):1305.
 17. Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Oian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth* 2006;33(3):221-8.
 18. Shorten A, Shorten B, Keogh J, et al. Making choices for childbirth: a randomized controlled trial of a decision-aid for informed birth after cesarean. *Birth* 2005;32(4):252-61.
 19. Stewart A, Sodhi V, Harper N, Yentis SM. Assessment of the effect upon maternal knowledge of an information leaflet about pain relief in labour. *Anaesthesia* 2003;58(10):1015-9.
 20. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG* 2006;113(6):638-46.
-

finito di stampare nel mese di gennaio 2010
da Iacobelli, via Catania 8, Pavona (Roma)

Questo documento è consultabile anche sul sito internet <http://www.snlg-iss.it>.
Sul sito è disponibile anche la versione semplificata della linea guida per il pubblico



Il Sistema nazionale per le linee guida (SNLG)

In Italia, l'elaborazione di linee guida e di altri strumenti di indirizzo finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza avviene all'interno del Sistema nazionale per le linee guida (SNLG).

La legislazione vigente propone l'adozione di linee guida come richiamo all'utilizzo efficiente ed efficace delle risorse disponibili e come miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni.

Queste sono le finalità del SNLG con i compiti specifici di:

- produrre informazioni utili a indirizzare le decisioni degli operatori, clinici e non, verso una maggiore efficacia e appropriatezza, oltre che verso una maggiore efficienza nell'uso delle risorse;
- renderle facilmente accessibili;
- seguirne l'adozione esaminando le condizioni ottimali per la loro introduzione nella pratica;
- valutarne l'impatto organizzativo e di risultato.

Gli strumenti utilizzati per perseguire questi fini sono appunto linee guida clinico-organizzative, documenti derivanti da consensus conference, revisioni rapide di procedure e interventi, documenti implementativi e per la valutazione dei servizi.