

CONSENSO INFORMATO PER TAGLIO CESAREO ELETTIVO

(APPROVATO DAL CONSIGLIO DIRETTIVO A.O.G.O.I. IN DATA 19/01/2016)

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'appropriate 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 secondo l'approvazione dei “percorsi diagnostico terapeutici, in ambito ostetrico” ai sensi della D.G.R n° VII/8078 del 18.02.2002 – Regione Lombardia: *“La paziente che richiede un taglio cesareo va informata nel modo più corretto sui rischi e benefici dello stesso. Vanno analizzate le motivazioni che inducono la donna a tale richiesta, spesso espressione di irrazionali timori del parto o del post parto. A fronte di una riconferma della richiesta di taglio cesareo da parte della donna, riteniamo che il medico debba dare la propria disponibilità a soddisfare la richiesta stessa”.* Omissis *“È probabilmente più opportuno classificare questi tagli cesarei come “TC su richiesta materna”.*

Premesso che dalle “Indicazioni per la riduzione della incidenza del taglio cesareo in Regione Campania – Deliberazione n°118 del 02.02.2005 B.U.R.C. 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, necessiti, 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 data su tale assenza: esso deve prevedere espressamente anche il richiamo ai tassi di complicanze peri e post operatorie del taglio cesareo”.

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 comporta qualche rischio e qualche imprevisto. 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 accortamente 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'auto-determinazione, 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 possono scaturire.

Data ora

Firma leggibile della paziente

Firma leggibile del medico

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

Data ora

Firma leggibile della paziente

Firma leggibile del medico

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