

Cartella Clinica N° _____/_____/_____		
---	---	--

UNITÀ OPERATIVA OSTETRICIA

CONSENSO INFORMATO PER TAGLIO CESAREO ELETTIVO

Gentile Paziente _____,

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 la seguente motivazione personale:

- Auto-determinazione a partorire con Taglio Cesareo ☐
 Richiesta avanzata da Lei stessa con comunicazione inviata alla Casa di Cura del ____/____/_____, acquisita nella Sua cartella clinica di cui in testata.
- Rifiuto al travaglio di prova per parto vaginale (VBAC) ☐
 Si compila Informativa/Consenso "Diniego informato al travaglio di prova in pazienti dopo taglio cesareo"
- Taglio cesareo primario per indicazione da altra causa medica non ostetrica ☐
 Si allega certificazione medica specialistica condivisa da medico ginecologo Struttura Pubblica
- Taglio cesareo primario per indicazione ostetrica _____ ☐
 Cfr. le indicazioni al taglio cesareo in donna non pre-cesarizzata a pag. 4 di 7

Premesso che secondo il Sistema Sanitario Nazionale per le linee guida: *"I professionisti 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 il 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 legge emanata con D.G.R. Lombardia n° VII/8078 del 18.02.2002- *"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 postparto. A fronte di una riconferma della richiesta di taglio cesareo da parte della donna, riteniamo che il medico debba dare la sua disponibilità a soddisfare la richiesta stessa".* Omissis *"E' probabilmente più opportuno classificare questi tagli come "Tagli Cesarei su richiesta materna".*

FIRMA DELLA PAZIENTE: _____

(*) specificare

N.B. Barrare i campi non compilati. Grafia olografa del paziente e/o di chi ne fa le veci.

Cartella Clinica N° _____/_____ 	 AOGOI ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI	 CASA DI CURA Ospedale Internazionale NAPOLI Gruppo NefroCenter PRIMI PERCHÉ INIZIAMO DALLA RICERCA
---	---	--

Premesso che la Casa di Cura “Ospedale Internazionale” S.r.l. ha dato ampia attuazione alla D.C.A. emanato della Struttura Commissariale Regione Campania n° 109/2016 – *“Promozione e potenziamento della lotta al dolore durante il travaglio di parto per via naturale”* – Introducendo con Circolare Interna n°16 del 2016, la possibilità di ricorrere, *“gratuitamente”*, alla Parto-Analgesia, e di altre procedure correlate, atte al contenimento del dolore in travaglio, al fine di promuovere il parto naturale e di contrastare il ricorso al taglio cesareo inappropriato, tanto più, allorquando la decisione della donna di autodeterminarsi con il taglio cesareo scaturisca dalla paura del “dolore da parto”.

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 ineludibilità del diritto all’autodeterminazione della donna e la speculare necessità del 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 evidenzi 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 pari e post operatorie del taglio cesareo”*.

Tanto premesso siamo ad informarLa, anche alla luce della D.G.R. Campania 548/2024, aggiornata con la D.D. del 29.09.2025 n. 6 all’oggetto “Linee di indirizzo per la prevenzione in sicurezza del taglio cesareo primario”:

Le vengono quindi illustrati in dettaglio, ai fini di una scelta consapevole, i rischi materni e fetali in base alle 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%

FIRMA DELLA PAZIENTE: _____

(*) specificare

N.B. Barrare i campi non compilati. Grafia olografa del paziente e/o di chi ne fa le veci.

Cartella Clinica N° _____/_____		
--	---	--

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 10-15 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;
- Isterectomia;
- 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 e/o a 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 (*viscerolisi*) 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 dall'accuratezza della sutura dei piani cutanei, per i 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.);
- Aumento rischio di disadattamento neonatale rispetto al travaglio ed al parto vaginale;
- Aumento significativo di complicanze per eventuali gravidanze successive, riguardanti anomalie di impianto e di formazione della placenta (abnorme aderenza placentare), che può determinare, in

FIRMA DELLA PAZIENTE: _____

(*) specificare

N.B. Barrare i campi non compilati. Grafia olografa del paziente e/o di chi ne fa le veci.

Cartella Clinica N° _____/_____ 		
---	---	--

gravidanze successive, aumentato del rischio di emorragia *intrapartum* e di necessità di isterectomia (asportazione dell'utero), 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;

Le indicazioni al taglio cesareo in donna non pre-cesarizzata sono le seguenti:

- Pregressa miomectomia laparoscopica o laparotomica
- 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
- Malattie infettive in atto a possibili trasmissioni 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 pre-induzione, dalla presenza di distocia (arresto o prolungamento del travaglio di parto) o da sofferenza (*distress*) fetale. Altre indicazioni, più rare possono

FIRMA DELLA PAZIENTE: _____

(*) specificare

N.B. Barrare i campi non compilati. Grafia olografa del paziente e/o di chi ne fa le veci.

Cartella Clinica N° _____/_____/_____		
--	---	--

includere: rottura di utero, prolasso di funicolo, distacco intempestivo di placenta, embolia da liquido amniotico, instabilità emodinamica materna, sospetto di corioamniosite.

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 a supporto della scelta al taglio cesareo fossero solo espressioni del Suo diritto all'auto-determinazione, o soprattutto della Sua 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 necessariamente supportata dalla consapevolezza dei possibili rischi, maggiori che la stessa comporta.

Per l'insieme dei rischi prevedibili in tutti questi casi, nell'affermare che nel negare l'esecuzione di 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.

Alla luce di quanto esposto nel

CONSENSO INFORMATO PER TAGLIO CESAREO ELETTIVO

La sottoscritta _____ **nata a** _____ **il** ____/____/____

Conferma la propria volontà di volersi sottoporre alla procedura chirurgica del taglio cesareo elettivo, ben consapevole dei rischi e degli svantaggi su menzionati che ne possono scaturire.

Data: ____/____/____ **ore:** _____

Firma leggibile della Paziente _____

Firma leggibile del Medico _____

Firma leggibile del Testimone _____ **(specificare: _____)**

FIRMA DELLA PAZIENTE: _____

(*) specificare

N.B. Barrare i campi non compilati. Grafia olografa del paziente e/o di chi ne fa le veci.

Cartella Clinica N° _____/_____/_____		
--	---	--

In caso di Auto-determinazione al Taglio (Parto) Cesareo Elettivo

**DGRC 548/2024 “Linee di indirizzo regionali per la prevenzione in sicurezza del taglio cesareo” –
Aggiornamento D.D. 6/2025:**

Io sottoscritta: _____

Nonostante,

le mie condizioni mi consentirebbero di sottopormi al parto naturale, per via vaginale, confermo che si è cercato dal dissuadermi dal sottopormi al parto cesareo e che sono stata aggiornata sulla possibilità di ricorrere gratuitamente, presso questa Casa di Cura, alla parto-analgesia gratuita (per tale ragione mi sono sottoposta a **visita anestesiológica per partoanalgesia** in data ____/____/_____) ed altre procedure correlate, atte al contenimento del dolore in travaglio, al fine di promuovere il parto naturale e di contrastare il ricorso al parto cesareo inappropriato.

Malgrado,

stata informata che il parto cesareo è un intervento chirurgico e che solo in caso di appropriata indicazione medica è in grado di garantire i benefici superiori ai potenziali rischi che inevitabilmente comporta.

Sebbene,

mi sia stata offerta la possibilità di accedere ad un **secondo parere**, al fine di una scelta appropriata e consapevole, così come, durante la gravidanza, confermo di aver ricevuto continue informazioni e supporto che mi hanno supportato nel percorso decisionale che con la presente sono a confermare quale scelta consapevole, autonoma e personale.

Benché,

sono consapevole che la prestazione da me scelta prevede che il Sistema Sanitario Nazionale NON corrisponderà alla Casa di Cura la tariffa per la prestazione richiesta, trattandosi di chirurgia volontaria e, pertanto, dovrò optare per il regime di assistenza in diaria (solvente) aderendo al

FIRMA DELLA PAZIENTE: _____

(*) specificare

N.B. Barrare i campi non compilati. Grafia olografa del paziente e/o di chi ne fa le veci.

Cartella Clinica N° _____/_____		
--	---	--

pacchetto tariffario omnicomprensivo, anche delle spese Nido e Anestesiologiche e con letto in camera di degenza di corsia, ma escluse quelle relative all'onorario dell'equipe operatoria che praticherà il taglio (parto) cesareo. fissato in € 2.500,00, importo ridotto ad € 2.300,00 nel caso di **visita anestesiológica per partoanalgesia** eseguita presso il Servizio di Anestesia e Rianimazione di Codesta Struttura.

Pertanto,

Dichiaro, a conferma dell'espressa consapevolezza, di aver richiesto io stessa di partorire con taglio (parto) cesareo elettivo autodeterminato, invocando il mio diritto all'auto-determinazione e pur essendo stata edotta dei rischi specifici dell'intervento chirurgico, nonché ben cosciente e nelle mie piene facoltà mentali, ricevute e soddisfatta di tutte le informazioni ricevute, confermo l'autodeterminazione al taglio (parto) cesareo.

Data: ____/____/____ **ore:** ____

Firma leggibile della Paziente _____

Firma leggibile del Medico _____

Firma leggibile del Testimone _____ (specificare: _____)

FIRMA DELLA PAZIENTE: _____

(*) specificare

N.B. Barrare i campi non compilati. Grafia olografa del paziente e/o di chi ne fa le veci.