

INDICE

1. RIASSUNTO.....	1
2. INTRODUZIONE.....	2
2.1.VBAC.....	4
2.1.1 PROBABILITÀ DI SUCCESSO E FATTORI PREDITTIVI...5	
2.1.2 CONTROINDICAZIONI.....	6
2.1.3 RISCHI E BENEFICI MATERNI E NEONATALI.....	7
2.1.4 ESITI MATERNI E NEONATALI.....	8
2.1.5 ASSISTENZA INTRAPARTUM.....	9
2.2.ASSISTENZA OSTETRICA IN GRAVIDANZA.....	11
3. MATERIALI E METODI.....	15
4. RISULTATI	16
4.1 IL BISOGNO DI INFORMAZIONI DA PARTE DELLE DONNE.16	
4.2 L’OSTETRICA NEL PROCESSO DECISIONALE AL VBAC.....	17
4.3 L’IMPORTANZA DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.....	18
4.4 IL PARTO EXTRAOSPEDALIERO.....	21
5. DISCUSSIONE.....	23
6. CONCLUSIONI.....	25
7. SITOGRAFIA.....	26

1. RIASSUNTO

Introduzione: la percentuale dei tagli cesarei continua ad essere più alta rispetto al limite introdotto dall'OMS del 10%-15% e i tagli cesarei ripetuti contribuiscono all'aumentare del tasso complessivo. Alle donne che sono state sottoposte a questo intervento, può essere proposto il parto vaginale dopo cesareo (VBAC) in una gravidanza successiva. Il VBAC comporta dei rischi e dei benefici di cui la donna deve essere a conoscenza. La figura dell'ostetrica ha completa autonomia nella presa in carico delle donne con gravidanze a basso rischio e la continuità assistenziale ostetrica ha dimostrato portare benefici e rendere soddisfatte le donne delle cure ricevute.

Obiettivo: determinare l'importanza dell'assistenza ostetrica alle donne in gravidanza con precedente taglio cesareo, dal punto di vista dell'informazione e del supporto.

Materiali e metodi: è stata condotta una ricerca nel database PubMed e sono stati selezionati 28 articoli tra il 2004 e il 2022 che riguardavano l'assistenza ostetrica, il VBAC e l'importanza dell'informativa.

Risultati: dagli studi analizzati si è evinto che le donne con precedente taglio cesareo hanno la necessità di essere informate per scegliere in maniera consapevole come affrontare il parto in una futura gravidanza. L'ostetrica ha il compito di aiutare e sostenere le donne in questa decisione e il modello di continuità assistenziale si è dimostrato il più utile per aumentare i tassi di VBAC.

Conclusioni: l'ostetrica ha un ruolo anche nelle gravidanze ad alto rischio, come quelle delle donne che possono affrontare un VBAC. La loro assistenza si basa sull'empatia e sull'ascolto attivo

2. INTRODUZIONE

“Once a caesarean, always a caesarean” è ciò che Edwin B. Cragin, medico americano, scrisse nel suo articolo *“Conservatism in Obstetrics”*, nel 1916, in cui descriveva le pratiche e le tecniche migliori per preservare il benessere materno e fetale. Nell’ultima parte di questo elaborato, l’autore afferma che le donne sottoposte a taglio cesareo avrebbero dovuto partorire, in una successiva gravidanza, con un ulteriore taglio, dato che i rischi del parto vaginale, tra cui la rottura d’utero, erano molto alti¹.

Dal 1916 ad oggi si sono evolute notevolmente le tecniche chirurgiche per l’esecuzione del taglio cesareo e queste si differenziano per la modalità in cui i piani tissutali vengono incisi e in un secondo momento suturati, ad esempio l’incisione trasversale del segmento uterino inferiore ha sostituito l’incisione longitudinale del corpo uterino classica determinando una riduzione della mortalità materna e dei rischi associati all’espletamento chirurgico del parto. Inoltre, l’introduzione degli antibiotici, il miglioramento delle condizioni igieniche e delle procedure di sterilizzazione, la possibilità di effettuare emotrasfusioni in sicurezza, l’introduzione di nuove tecniche anestesologiche come la loco-regionale che ha contribuito a ridurre notevolmente le complicanze riscontrate con l’anestesia generale, hanno reso il taglio cesareo un intervento meno rischioso e più diffuso rispetto al passato⁷.

L’OMS nel 1985, durante una riunione a Fortaleza, Brasile, ha definito il range ottimale entro cui mantenere l’incidenza del taglio cesareo dichiarando: *“Non c’è alcuna giustificazione per nessuna ragione per avere un tasso più alto del 10-15% di cesarei”*. Successivamente, essendo aumentate le evidenze sui benefici e sui rischi legati ai tagli

cesarei, insieme ad un notevole progresso dell'assistenza ostetrica e il perfezionamento dei metodi di valutazione delle evidenze scientifiche e di formulazione delle raccomandazioni, i professionisti della salute, gli scienziati, gli epidemiologi e i policymaker hanno manifestato sempre di più la necessità di rivedere il tasso raccomandato nel 1985. Nel 2014, dopo un'attenta analisi dei dati registrati sull'associazione tra i tassi dei tagli cesarei e gli esiti materni, perinatali e infantili, l'Oms ha definito che il range prestabilito, per il tasso dei tagli cesarei individuato tra il 10%-15%, è associato ad una ridotta mortalità materna, neonatale e infantile; una maggior incidenza non riduce ulteriormente la mortalità registrata.⁸

Nonostante ciò i tassi di taglio cesareo in tutto il mondo sono notevolmente più alti dell'indicazione data dall'OMS. In Italia, ad esempio, si passa dall' 11,2% nel 1980 al 33,2% del 2000² aumentando ulteriormente nel 2003 in cui la banca dati del Ministero della Salute ha registrato un tasso del 36,9%³ che aumenta ulteriormente nel 2008 registrando un tasso del 38%⁶. Solo nel 2020 si registra una lieve diminuzione del tasso dei tagli cesarei con un valore di 31,12%⁴ che si riduce ulteriormente nel 2022 con un tasso del 31%; tale riduzione è in linea con le indicazioni sull'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo"⁵.

Attraverso la classificazione di Robson è possibile indagare quali categorie di donne vanno incontro al taglio cesareo e rilevare quali sono le aree critiche che dovrebbero essere sottoposte a miglioramento. Nel 2022 in Italia si registra ancora un elevato tasso dei cesarei nelle donne appartenenti alla Classe 1 (nullipare, gravidanza singola,

presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione, in travaglio spontaneo) e alla Classe 3 (multipare, senza precedente cicatrice uterina, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione, in travaglio spontaneo). Per quanto riguarda la Classe 5 (multipare, con almeno una precedente cicatrice uterina, gravidanza singola, presentazione cefalica, ≥ 37 settimane di gestazione), nonostante non sia la classe più numerosa, contribuisce all'aumentare il tasso di parti cesarei complessivi⁵.

Come si evince dalla letteratura l'esecuzione di tagli cesarei ripetuti può comportare rischi nelle gravidanze successive, infatti, si evidenzia che nelle donne con l'aumentare del numero dei tagli cesarei aumenta la probabilità di placentazione anomala, come placenta accreta o previa, e di complicanze chirurgiche, come lesioni alla vescica o all'intestino e infezioni. Questi rischi si associano ad altre conseguenze negative per la donna tra i quali emorragia, isterectomia e morbosità materna composita^{10,11}.

2.1 VBAC

Il VBAC (vaginal birth after cesarean) si riferisce ad un parto vaginale delle donne che sono state sottoposte ad un taglio cesareo in una o più gravidanze precedenti. Il travaglio di parto nella donna precesarizzata viene indicato con l'acronimo TOLAC (trial of labor after cesarean).

Il parto naturale dopo cesareo dovrebbe essere un'alternativa offerta e proposta a tutte le donne in gravidanza con un pregresso taglio cesareo con incisione trasversale a livello del segmento uterino inferiore e gravidanza singola con feto in presentazione cefalica in assenza di altre controindicazioni^{9,12}.

2.1.1 PROBABILITÀ DI SUCCESSO E FATTORI PREDITTIVI

Il tasso di successo del TOLAC varia tra il 60% e l'80%^{9,11} secondo ACOG, mentre secondo RCOG e il NICHD è compreso tra il 72% e il 75%⁹. Nelle donne che hanno già partorito per via vaginale o sono state sottoposte a VBAC la percentuale di successo si alza al 90%^{9,12}. Con due pregressi cesarei la probabilità di successo è del 71%¹², valore che non cambia in maniera significativa rispetto ad un singolo pregresso cesareo; mentre con più di due pregressi tagli cesarei non ci sono abbastanza dati per definirne la percentuale di successo, ma le Linee Guida delle principali società scientifiche (RCOG, ACOG, SOGC, RANZCOG) ritengono possibile tentare il TOLAC, anche se possono aumentare le probabilità di rottura d'utero, necessità di trasfusioni e isterectomie¹².

Alcuni fattori individuali e personali vanno ad incidere sulla probabilità di esito positivo del TOLAC e quindi di ottenere un VBAC^{9,11}:

- L'etnia: nelle donne di etnia caucasica si hanno esiti migliori rispetto alle donne ispaniche o afro-americane
- BMI ed eccessivo peso in gravidanza: il tasso di successo del parto di prova diminuisce all'aumentare del BMI rispetto alle donne normopeso
- Età materna: con l'avanzare dell'età il tasso di fallimento aumenta, ma ciò non deve precludere il tentativo di effettuare un TOLAC
- Sospetta macrosomia fetale: è associata ad una più bassa percentuale di successo
- Epoca gestazionale: si abbassa di poco la probabilità di successo dopo la 39esima settimana gestazionale ((incidenza di fallimenti 22,2% <40 sg, 31,3% ≥40 sg, 35,4% ≥ 41 sg)

- Indicazione non ricorrente rispetto al primo TC: secondo la letteratura ci sono probabilità diverse di successo in base all'indicazione del primo TC. Nelle donne precesarizzate per presentazione anomala la probabilità di successo è più alta (84%). Le indicazioni riguardanti il benessere fetale non condizionano in modo significativo il tasso di successo (73%). Un pregresso taglio cesareo eseguito per arresto del travaglio o distocia è legato ad una più bassa probabilità di riuscita (64%).
- Precedente parto vaginale o VBAC: la migliore situazione clinica che può far prevedere la riuscita di un TOLAC è un precedente parto vaginale o un precedente VBAC (85%-90%), con un aumentato tasso di successo in presenza di più precedenti VBAC
- Tempo intercorso dal precedente cesareo: intervallo che dovrebbe passare tra i parti è di 18-24 mesi
- Insorgenza spontanea del travaglio: nelle donne con avvio spontaneo del travaglio la probabilità di un esito positivo del TOLAC è maggiore rispetto alle donne che hanno bisogno di induzione a parità di epoca gestazionale
- Bishop score favorevole: un punteggio favorevole all'ammissione per il parto è indice di buona riuscita del VBAC

2.1.2 CONTROINDICAZIONI

La pregressa rottura d'utero rappresenta una controindicazione assoluta al TOLAC^{9,12}. Il rischio di rottura d'utero durante il travaglio di parto della donna precesarizzata è di circa

0,5%⁹, tale valore può aumentare in presenza di altri fattori: il breve intervallo di tempo dal precedente taglio cesareo (SOGC e RANZCOG indicano un intervallo inferiore ai 18 mesi⁹, le LG di RCOG indicano un intervallo di 12 mesi⁹), l'età della donna maggiore di 40 anni, l'epoca gestazionale superiore a 41 settimane, l'obesità materna, la macrosomia fetale, un valore del Bishop score molto sfavorevole, il ricorso all'induzione o all'accelerazione del travaglio, le complicanze nel post-operatorio del precedente taglio cesareo e un ridotto spessore miometriale del segmento uterino inferiore^{9,12}. Nonostante non sia un evento prevedibile, i segni e i sintomi che compaiono più spesso sono le anomalie della frequenza cardiaca fetale, il sanguinamento vaginale, il dolore addominale, anomalie della contrazione uterina (tachisistolia uterina o iperstimolazione) e shock^{10,12}.

Altre controindicazioni sono un pregresso TC con incisione longitudinale o a T invertita⁹, pregressa isterotomia o miomectomia con apertura della cavità uterina, placenta previa¹².

2.1.3 RISCHI E BENEFICI MATERNI E NEONATALI

Le donne che vanno incontro ad una prova di travaglio dopo parto cesareo devono essere consapevoli dei rischi e dei benefici che comportano questa scelta. Per quanto riguarda la salute materna, tra i rischi sono da menzionare la rottura d'utero, l'isterectomia, i disordini tromboembolici, le trasfusioni e le endometriti¹². In più il rischio maggiore di esito avverso si verifica nel TOLAC che finisce in taglio cesareo di urgenza/ emergenza¹¹.

Il rischio complessivo di mortalità perinatale è aumentato in caso di VBAC, ma è strettamente correlato al rischio di rottura d'utero^{3,12}.

Il rischio di morte o di danno cerebrale per il bambino in caso di TOLAC è pari al 2 per 1000 e non è diverso da quello di ogni donna alla prima esperienza di travaglio, ma è più alto rispetto a quello che avviene in caso di taglio cesareo elettivo¹³.

I vantaggi di un parto vaginale dopo taglio cesareo sono individuati nel non essere sottoposti a procedure chirurgiche e relative complicanze, maggiori possibilità di avere un parto senza complicazioni in una futura gravidanza, maggiori possibilità di avere un ricovero più breve, minor dolore addominale dopo il parto, più rapida ripresa dopo il parto e maggiore facilità nell'accudimento del neonato^{11,13}. La revisione sistematica a cura dell'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), pubblicata nel marzo 2010, ha permesso di evidenziare una più bassa mortalità materna associata a TOLAC rispetto al taglio cesareo ripetuto (3,8 rispetto a 13,4 per 100.000)¹⁰.

Inoltre, evitare il taglio cesareo apporta, anche al neonato, molteplici benefici, infatti, nascere per via vaginale diminuisce la probabilità di asma, diabete mellito di tipo 1, neoplasie, obesità a 5 anni di vita, allergie e sindromi metaboliche. Permette di ridurre il rischio di complicanze respiratorie neonatali: i nati da TC elettivo presentano, rispetto a quelli partoriti per via vaginale, più bassi punteggi di Apgar al primo e al quinto minuto, maggiori difficoltà respiratorie per cui necessitano di assistenza e più alta probabilità di ricovero in terapia intensiva.

2.1.4 ESITI MATERNI E NEONATALI

La tabella sottostante riassume gli esiti materni e neonatali associati a VBAC e al taglio cesareo elettivo ripetuto derivati da una revisione sistematica del 2010 di 41 studi⁹.

Tab.1: Esiti materni e neonatali associati a VBAC e al taglio cesareo elettivo ripetuto (ERCS)

VBAC pianificato	Taglio cesareo elettivo ripetuto da 39 ^o settimane
Esiti materni	
Probabilità del 72-75% di successo VBAC. In caso di successo, degenza ospedaliera e ricovero più brevi.	Definisce una data per il parto. La pianificazione può tuttavia cambiare in base a situazioni che possono pregiudicare il benessere materno e fetale nel periodo prenatale.
Circa il 0,5% di rischio di rottura della cicatrice uterina. Se si verifica, questa complicanza è associata a morbidità materna e morbidità/mortalità fetale.	Evita praticamente il rischio di rottura uterina (il rischio residuo è estremamente basso: inferiore allo 0,02%).
	Recupero più lungo.
	Riduce il rischio di prolasso degli organi pelvici e incontinenza urinaria rispetto al numero di parti vaginali (effetto dose-risposta) almeno a breve termine.
	Opzione che permette la sterilizzazione se la fertilità non è più desiderata. I dati suggeriscono che il tasso di rimpianto è più elevato e che il tasso di fallimento della sterilizzazione associato alla gravidanza può essere superiore a quello di una procedura eseguita dopo la gravidanza. Se la sterilizzazione deve essere eseguita contemporaneamente a un taglio cesareo la consulenza e il consenso informato devono essere raccolti almeno 2 settimane prima della procedura.
Aumenta la probabilità di futuri parti vaginali.	Nelle gravidanze future, probabile la richiesta di un parto cesareo iterativo e conseguente aumento del rischio di placenta praevia e accreta e complicanze chirurgiche.
Il rischio di lesioni dello sfintere anale nelle donne sottoposte a VBAC è del 5% e il peso alla nascita è il maggiore fattore predittivo. Anche il tasso di parto strumentale è aumentato.	
Rischio di morte materna con VBAC pianificato di 4/100.000 (IC al 95% da 1/100.000 a 16/100.000).	Rischio di morte materna con taglio cesareo elettivo ripetuto è di 13/100.000 (IC al 95% da 4/10.000 a 42/100.000).
Esiti neonatali	
Rischio di morbidità respiratoria transitoria del 2-3%.	Rischio di morbidità respiratoria transitoria del 4-5% (rischio del 6% se il parto viene eseguito a 38 anziché 39 settimane). Il rischio è ridotto con la profilassi con corticosteroidi, ma vi sono preoccupazioni circa i potenziali effetti avversi a lungo termine.
10/10.000 (0,1%) rischio prospettico di morte endouterina antepartum oltre la 39 sg in attesa di un travaglio spontaneo (simile alle donne nullipare).	
8/10.000 (0,08%) rischio di encefalopatia ipossico ischemica (HIE).	<1 per 10.000 (<0,01%) rischio di morte perinatale correlata al parto o HIE.
4/10.000 (0,04%) rischio di morte perinatale correlata al parto. Questo è paragonabile al rischio per le donne nullipare in travaglio.	

Fonte: Raccomandazioni di buona pratica clinica sull'assistenza al parto nelle donne precesarizzate, 2021

2.1.5 ASSISTENZA INTRAPARTUM

L'assistenza appropriata ad una donna candidata TOLAC deve essere garantita con un rapporto di 1:1, questo, per permettere di riconoscere precocemente i segni e i sintomi

che si discostano dal normale andamento del travaglio. La gestione ostetrica prevede il monitoraggio del benessere materno-fetale nello stesso modo di una qualsiasi altra partoriente (rilevazione parametri vitali, visite vaginali per monitorare progressione del travaglio, garantire posizioni libere e un ambiente confortevole), con l'esecuzione di cardiocografia in continuo, posizionamento di un accesso venoso adeguato, disponibilità emogruppo e sorveglianza attenta ai segni e sintomi della rottura uterina^{9,12}.

L'analgesia epidurale è un'opzione possibile per le donne candidate TOLAC, dato che studi scientifici dimostrano la non correlazione con l'insuccesso del travaglio di prova e non maschera i segni e sintomi della rottura d'utero^{9,11}.

L'induzione al parto non è controindicata ed ha la stessa probabilità di riuscita della popolazione ostetrica generale; dipende dal reperto ostetrico e dalla presenza di un precedente parto vaginale in anamnesi. È da tenere, comunque, conto, che la rottura d'utero e il fallimento del TOLAC hanno una maggiore probabilità di avvenire^{9,11,12}. I metodi che si possono utilizzare sono il pallone trans cervicale e l'ossitocina a basse dosi (dose massima 20 mui al minuto), mentre l'uso di prostaglandine è controindicato per un tasso troppo elevato di rottura d'utero⁹.

È necessario che la struttura ospedaliera in cui la donna decide di fare il VBAC abbia a disposizione l'accesso immediato alla sala operatoria e alla rianimazione in caso di taglio cesareo d'emergenza che deve essere effettuato nel più breve intervallo possibile e quindi che disponga anche della presenza di tutti gli operatori sanitari necessari: ostetrici, ginecologici, anestesisti, pediatri/neonatologi e personale di sala operatoria^{9,11}.

2.2 ASSISTENZA OSTETRICA IN GRAVIDANZA

La figura professionale ostetrica, secondo la direttiva 2005/36/EC, che regola il riconoscimento delle qualifiche professionali in Europa, ha la completa autonomia per quanto riguarda la diagnosi di gravidanza, la prescrizione degli esami necessari, l'assistenza pre, intra e post partum, comprese le cure del neonato. La professionista ostetrica è in grado di riconoscere i segni e sintomi che indicano la possibile presenza di complicazioni che necessitano di cure mediche¹⁷.

Uno degli obiettivi sanitari prioritari che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) individua è che "l'assistenza al percorso nascita garantisca una mamma e un bambino in perfetta salute con il livello di cure più basso possibile compatibilmente con la sicurezza"¹⁵ con il fine di migliorare la qualità della vita della madre e del bambino. Motivo per il quale è importante individuare il rischio di ogni gravidanza (basso o alto rischio) per offrire ad ogni donna il livello assistenziale adeguato, considerando comunque che il rischio è mutabile e non condiziona necessariamente l'esito della gravidanza.

Se partiamo dal presupposto, quindi, che la gravidanza a basso rischio ostetrico non è una malattia e che le donne in gravidanza sono persone in salute a meno che non insorgano complicanze, il modello di assistenza ostetrica è quello più idoneo da mettere in atto, perché ha dimostrato comportare maggiori benefici sia in termini di salute che economici, rispetto ad un'assistenza di esclusività medica^{16,18}.

Studi sistematici, infatti, hanno messo in relazione i diversi schemi di assistenza in gravidanza, quello esclusivo ostetrico (midwifery-led model), con una sola ostetrica o un

team di ostetriche, quello esclusivo medico (medical-led model), e quello condiviso (shared-led model) in cui all'assistenza ostetrica viene integrata quando necessario la presenza di un medico specialista¹⁸. I risultati dimostrano come i modelli di assistenza con a capo la figura della professionista ostetrica portino benefici alla donna, la quale riconosce una maggiore soddisfazione delle cure ricevute, si registra una riduzione dell'incidenza di ospedalizzazione prenatali, una diminuzione del numero di aborti/morti neonatali prima di 24 settimane gestazionali, un minor utilizzo di forcipe o ventosa ed episiotomia, una minore richiesta di analgesia, una maggiore frequenza di inizio di allattamento al seno e un minore numero di giorni di ricovero del neonato¹⁸.

Tab.2 Elementi chiave del primo livello assistenziale e del livello di riferimento

	Assistenza ostetrica di primo livello	Livello successivo di cura
Caratteristiche	Vicino alla donna e alla sua famiglia, de-medicalizzato ma professionale.	Servizi di secondo e terzo livello con trasferimento in continuità assistenziale, collaborazione inter-disciplinare e rispetto professionale.
Destinati a chi?	Per tutte le donne e neonati.	Per tutte le donne e neonati che presentano problemi o fattori di rischio che non possono essere risolti dal primo livello di assistenza ostetrica.
Offerti da chi?	Meglio se da ostetriche, in alternativa da medici e clinici associati se adeguatamente formati e regolamentati.	Meglio se da un team collaborativo che include ostetriche, medici ostetrici e ginecologi, pediatri e altri specialisti medici secondo la necessità; in alternativa, da medici adeguatamente formati e clinici associati.
Dove?	Preferibilmente in unità gestite da ostetriche, anche negli ospedali con reparti di maternità.	In tutti gli ospedali.

Fonte: The state of world's midwifery 2014 e il modello della Midwifery care,2014

Compito dell'ostetrica è quello di offrire un servizio di continuità assistenziale che comprenda, non solo il periodo della gravidanza, ma anche quello preconcezionale e il periodo dopo il parto. L'obiettivo primario sarà promuovere la completa fisiologia del percorso nascita attraverso una visione olistica con l'ascolto attivo, l'educazione terapeutica e l'approccio basato sull'empatia, eventualmente subentrino fattori di

rischio, supportare le cure addizionali specifiche in base al modello organizzativo predefinito^{15,18,19}.

Durante il primo colloquio l'ostetrica, coinvolgendo attivamente la donna, espone il profilo assistenziale alla donna/coppia, stila il piano di assistenza individualizzato, concorda i tempi e il numero dei controlli clinici, strumentali e di laboratorio da mettere in pratica, dando indicazioni precise sulle modalità di contatto del servizio per eventuali dubbi o problemi che possano insorgere tra un controllo e l'altro, inoltre, mostra l'organizzazione dei Punti Nascita del territorio per la futura scelta del luogo del parto dei servizi di continuità assistenziale previsti per l'assistenza nel dopo parto^{15,18,19}.

Nel 2014 Unfpa (United Nation Population Found), Who (World Health Organization) e Icm (International Confederation of Midwives) hanno prodotto un report sulla pratica ostetrica nel mondo con il titolo "A Universal Pathway. A Woman's Right to Health", che richiama i due assi delle politiche necessarie: l'accesso universale e il diritto delle donne alla salute¹⁴. Nel report, la parola "*midwifery*" è stata tradotta in italiano concettualmente come "pratica ostetrica", elemento chiave della cura per la salute sessuale, riproduttiva, materna e neonatale, è infatti definita come "i servizi e la forza lavoro necessaria a sostenere e prendersi cura delle donne e dei neonati, inclusa la salute sessuale e riproduttiva e, in particolare, l'assistenza alla gravidanza, al parto e nelle cure postnatali". Da questa definizione possiamo recepire come la pratica ostetrica viene offerta da molteplici professionisti, pur rimanendo l'ostetrica la figura professionale di riferimento appunto la *midwife* – individuata per assicurare la continuità di cure necessarie alle donne e ai bambini nelle proprie comunità di appartenenza¹⁴.

Il report dedica anche una parte al programma “Midwifery2030” che ha lo scopo di definire un percorso per la salute «essenziale per la realizzazione delle priorità nazionali e globali e per garantire i diritti delle donne e dei neonati». Promuove modelli di cura centrati sulla donna e gestiti dall’ostetrica e prevede un sistema di primo livello offerto e collocato vicino ad esse, de-medicalizzato, ma professionale. Le strutture dovrebbero offrire la cura di primo livello gestita da ostetriche, anche all’interno dei reparti di maternità ospedalieri, con la possibilità di un sistema di riferimento efficiente multiprofessionale, dotato di ginecologi e pediatri¹⁴.

La consulenza prenatale alle donne con precedente parto cesareo dovrebbe essere personalizzata, offerta da personale esperto e motivato in un ambulatorio specifico, con lo scopo di fornire informazioni complete affinché facciano la scelta più giusta e consapevole relativa alla modalità del parto. L’informativa fornita dovrà permettere alla donna di conoscere i rischi e i benefici del VBAC per madre e neonato, ricorrendo anche all’utilizzo di check list e di strumenti visivi che permettano di quantificarli anche graficamente e di semplificare quindi la scelta.

La cura prenatale nelle donne con pregresso taglio cesareo si basa su tre principi: la continuità assistenziale, l’informazione rivolta al consenso e documentazione del piano di cura, la selezione delle potenziali donne che possono andare incontro a TOLAC.

3. MATERIALI E METODI

L'elaborato di tesi è stato scritto mediante revisione della letteratura effettuata su PubMed, utilizzando come stringa di ricerca le parole chiave "VBAC", "Midwife" e "Midwifery care". Dai risultati di questa ricerca sono stati scelti 28 articoli, scritti tra il 2004 e il 2022, che riguardano la relazione tra la figura ostetrica, l'importanza dell'informazione e l'evento VBAC.

Gli articoli sono stati successivamente suddivisi in quattro categorie in base all'argomento di cui trattano:

- Il bisogno di informazioni che le donne in gravidanza con un precedente parto cesareo hanno per compiere una scelta consapevole riguardo al loro prossimo parto
- Quanto la figura professionale dell'ostetrica aiuti nel processo decisionale a favore del parto naturale dopo cesareo
- L'importanza della continuità assistenziale anche in una gravidanza considerata patologica come quella di una donna che vuole andare incontro ad un TOLAC/VBAC
- Affrontare il VBAC in una struttura extra-ospedaliera

4. RISULTATI

4.1 IL BISOGNO DI INFORMAZIONI DA PARTE DELLE DONNE

Dai risultati degli studi presi in esame in merito all'informativa che dovrebbe essere fornita alle donne riguardo la modalità del parto dopo un precedente taglio cesareo, indicano che necessitano di informazioni ulteriori e personalizzate alle circostanze cliniche e ai bisogni individuali della donna, con lo scopo finale di essere coinvolte nel processo decisionale ed effettuare una scelta consapevole^{20,22}. Per la maggior parte delle donne precesarizzate, la scelta riguardo alla modalità del parto nella gravidanza successiva, è stata influenzata dalle loro precedenti esperienze ed è cambiata più volte durante la gravidanza²⁰, a dimostrazione che necessitano di un supporto determinante, utile a ridurre il conflitto decisionale e l'incertezza^{21,23}. Per alcune donne la possibilità di espletare un parto naturale dopo aver avuto un parto cesareo risulta "incerto, pericoloso e irraggiungibile" e la preferenza degli operatori sanitari verso il taglio cesareo ripetuto influenza la loro decisione del parto, considerando il TC come scelta migliore e conveniente per loro stesse e per i loro bambini^{24,34}. Per altre donne, invece, l'esperienza del taglio cesareo, ha rafforzato le aspettative che avevano maturato nei confronti del parto vaginale, ritenendolo parte integrante dell'essere donna e madre. Quindi, nonostante le pressioni da parte degli operatori, sono riuscite a raggiungere il loro obiettivo di affrontare un VBAC. Hanno influito nella scelta anche il supporto dei familiari, delle persone vicine con esperienza di VABC, il rifiuto di essere di nuovo sottoposte al cesareo⁴⁷ e la voglia di lavorare sul loro corpo per ottenere un parto naturale²⁷. I risultati evidenziano che non tutti gli istituti ospedalieri acconsentono al VBAC (77%)²⁸ per

mancanza di un'unità di terapia intensiva materno-fetale e di un servizio di trasporto per il trasferimento. In più, le informazioni relative al parto dopo cesareo correlate a questioni procedurali piuttosto che a possibili rischi e benefici²¹, che sono fornite attraverso documenti di consenso e quasi esclusivamente da personale medico (55,7% degli istituti)^{21,28}, rendono difficile realizzare questo desiderio alle donne che vorrebbero affrontare il travaglio di prova. È dimostrato che le donne che si sono informate attraverso un opuscolo, consegnato alla 28sima settimana di gravidanza, in cui venivano descritti rischi e benefici del TOLAC e del TC ripetuto hanno avuto una minore difficoltà di scelta del parto e una maggiore conoscenza in materia rispetto a chi non ha l'ha ricevuto²⁰.

4.2 L'OSTETRICA NEL PROCESSO DECISIONALE AL VBAC

I risultati suggeriscono che l'assistenza ostetrica è fondamentale per il processo decisionale al VBAC nelle donne con precedente taglio cesareo. Tra gli elementi che aumentano la probabilità della scelta della donna al VBAC, oltre al tempo intercorso dalla gravidanza precedente, il desiderio che sia il neonato a scegliere il momento della nascita e il fatto che il legame tra madre e figlio avvenga in maniera più immediata, è presente anche aver ricevuto un'assistenza ostetrica durante tutta la gravidanza³⁰. Le ostetriche tra gli operatori sanitari risultano essere capaci di motivare le donne in un momento di decisione complesso³¹. Si nota come il supporto ostetrico può essere fornito attraverso vari metodi, come il servizio telefonico³², attraverso la visione di DVD/video informativi o visite a domicilio, quest'ultime, hanno dimostrato essere di maggior supporto informativo ed emotivo tanto da riscontrare nelle donne, una maggiore partecipazione e

coinvolgimento nella decisione alla scelta del parto³³. I punti di vista del personale sanitario impegnato nell'assistenza alle donne che considerano il VBAC, si possono sintetizzare nei seguenti temi: sviluppare la fiducia della paziente nei confronti dell'operatore, essere di massimo supporto per la donna e aiutarla nel fare la scelta giusta per il suo parto seguendo le politiche e le linee guida della struttura ospedaliera. Altrettanto importanti sono la continuità assistenziale, la capacità di valutare rischi e benefici e l'utilizzo di un linguaggio chiaro ed efficace²⁹.

4.3 L'IMPORTANZA DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Di fondamentale importanza risulta essere l'assistenza ostetrica continua. Questa, come dimostrato da numerosi studi, rafforza e sostiene attivamente la volontà della donna nel proseguimento della sua scelta di affrontare un travaglio di prova dopo un precedente taglio cesareo. Dopo l'implementazione di un modello di assistenza prenatale guidato dall'ostetrica, i tassi di VBAC previsti ed effettivi erano più alti nel 2011 rispetto al 2008: 90% contro 77%. I tassi medi delle cure prenatali non programmate e dei ricoveri ospedalieri sono stati inferiori nel 2011 rispetto al 2008. Gli esiti materni e neonatali erano simili, ad eccezione della durata media della degenza postnatale, che è stata più breve nel 2011 rispetto al 2008 (2,67 contro 3,15 giorni)³⁵. Da un ulteriore studio, eseguito in un ospedale della California dove normalmente le donne con assicurazione privata venivano assistite esclusivamente da personale medico, a differenza di quelle con assicurazione pubblica le quali, invece, ricevevano cure prenatali principalmente da ostetriche, evidenzia che, da quando nel 2011 le donne con assicurazione privata passarono ad un

modello assistenziale dove veniva garantita l'assistenza ostetrica 24h su 24h, i tassi di taglio cesareo primario tra donne nullipare, a termine con gravidanza singola di vertice, diminuì dal 31,7% al 25,0% e i tassi di parto vaginale dopo parto cesareo (VBAC) aumentò dal 13,3% al 22,4%.⁴⁰

Le donne che hanno avuto un'assistenza continua con un'ostetrica si dichiarano più consapevoli e sentono di avere il controllo sulla loro decisione al VBAC, hanno maggiore sicurezza del proprio corpo e fiducia nel proprio operatore durante la gravidanza e il travaglio; hanno ricevuto un sostegno positivo e una protezione nei confronti delle negatività degli operatori che non credevano nel VBAC. Durante il travaglio di parto sono state incoraggiate a essere attive nei movimenti, a sperimentare l'immersione in acqua e ad avere una posizione di parto eretta³⁷. Grazie all'assistenza continua, le donne percepiscono un maggior sostegno nelle proprie decisioni attraverso una cura rispettosa della maternità³⁶.

L'assistenza ostetrica e ginecologica frammentata non ha, invece, condotto agli stessi risultati positivi³⁷.

A riguardo, molte donne hanno avuto interazioni negative con gli operatori sanitari durante la pianificazione di un VBAC. Si riportano alcune delle loro affermazioni: *“Mi sono fatta valere e lottato per le mie volontà, ma non è stato semplice. Spesso sono tornata a casa piangendo dopo alcuni appuntamenti in quanto sentivo di star combattendo contro il sistema”* o ancora: *“Un dottore mi ha detto che avevo un rischio significativo di rottura uterina e che il mio precedente parto vaginale e il mio precedente VBAC non erano un'indicazione di un maggior successo di VBAC per questo parto. Mi è stato detto che*

ero probabilmente più a rischio perché il mio bambino nato da precedente VBAC aveva un peso notevole e quindi la mia cicatrice si era indebolita.”

Queste due citazioni rappresentano rispettivamente la continua battaglia che le donne devono affrontare per combattere l’assistenza di alcuni operatori e il sistema stesso e i commenti coercitivi a cui devono far fronte quando pianificano un VBAC³⁶.

Durante il periodo del travaglio attivo, il management delle donne con una cicatrice uterina risulta simile al management di quelle senza, ad eccezione di un monitoraggio e un’assistenza alle cure più attento. In un gruppo di 53 donne che hanno tentato il VBAC, l’83% ha avuto un parto vaginale con una morbilità materna e neonatale bassa³⁹. Tra le donne che, hanno ricevuto assistenza di maternità standard, per cui in tutto il periodo della gravidanza, del travaglio, del parto e postnatale venivano prese in carico da medici e ostetriche diversi, anziché assistenza ostetrica continua, in cui un’unica ostetrica forniva tutti i servizi, è stata rilevata una durata del travaglio maggiore, è stata rilevata una durata del travaglio maggiore, un tasso di nascite vaginali più basso e un tasso di emorragia post partum significativamente più elevato. Il tasso di sofferenza fetale e asfissia non risulta significativo, ma comunque più elevato tra le donne con assistenza standard⁴¹. Gli outcome neonatali che si ottenevano dopo un’assistenza continua ostetrica erano il peso medio alla nascita di 3,501 kg, i punteggi medi Apgar di 7,99 al primo minuto e 8,84 al quinto minuto e solo il 5,3% di neonati è stato ricoverato in terapia intensiva⁴².

Nella tabella sottostante si può notare come il tentativo e la realizzazione di VBAC abbiano dei tassi percentuali più alti con l’assistenza continua, così come la consulenza

per un eventuale prossimo parto dopo cesareo. Il cesareo elettivo o la richiesta di cesareo durante il travaglio ha, invece, dei tassi percentuali più bassi³⁸.

4.4 IL PARTO EXTRAOSPEDALIERO

Vari studi hanno riscontrato la volontà di alcune donne di espletare il VBAC in un contesto diverso dall'ospedale, è importante, però, valutare se i benefici di questa scelta superano i rischi di effettuare un parto dopo cesareo fuori da un istituto ospedaliero. I risultati suggeriscono che tra le donne che vorrebbero partorire a casa, il 70,4% riescono in questo intento, mentre il 29,6% partorisce in ospedale⁴⁵. Tra quest'ultime erano maggiori le probabilità di ricevere un'episiotomia, di avere un parto operativo o di essere sottoposte ad induzione o augmentation. Tenendo conto di tutti i fattori di rischio esaminati, il VBAC a casa è associato ad una riduzione del 39% di probabilità di avere un taglio cesareo ripetuto. Nonostante gli esiti materni e neonatali non mostrano differenze significative nei due gruppi⁴⁵, alle donne con cicatrice da taglio cesareo è associato un aumento delle complicanze, come la rottura d'utero, l'isterectomia, un basso punteggio Apgar alla nascita, fino ad arrivare alla morte fetale o neonatale⁴³. Partorire in luoghi diversi dall'ospedale, che sia nella propria casa o in centri nascita gestiti esclusivamente da ostetriche, comporta delle differenze nell'andamento del travaglio e del parto tra le donne che devono affrontare un VBAC e le donne secondigravide senza precedente cesareo; tra le più significative sono il trasferimento di emergenza in ospedale durante il travaglio, il metodo del parto (taglio cesareo ripetuto) e il punteggio Apgar ≤ 7 a 5 minuti dalla nascita⁴⁴. Non volersi sottoporre ad un taglio cesareo è la motivazione principale che porta le donne a voler tentare il VBAC nel proprio domicilio perché,

provare il TOLAC in ospedale potrebbe richiedere l'attivazione di procedure e quindi aumentare il rischio di taglio cesareo. Inoltre, nelle strutture ospedaliere, le donne non si sentivano capite e sono rimaste sorprese dagli atteggiamenti negativi nei loro confronti da parte dei professionisti sanitari medici. La decisione di affrontare un VBAC a casa è stata determinata dalle informazioni acquisite, dalla presenza del sostegno e, per la maggior parte delle donne, dall'assunzione di un'ostetrica privata. *“Mi sono sentita una superdonna”* e *“Non c'è paragone”* sono affermazioni che rappresentano la soddisfazione delle donne nel partorire a casa dopo taglio cesareo⁴⁷.

5. DISCUSSIONE

L'elaborato di tesi focalizza l'attenzione sull'importanza della figura ostetrica nella gestione di una gravidanza considerata ad alto rischio come quella delle donne che potrebbero effettuare un parto naturale dopo cesareo. Dalla revisione degli articoli, si evince che le donne necessitano di essere informate al meglio per considerare un eventuale VBAC e per compiere una scelta consapevole. La valutazione dei rischi e dei benefici e degli outcomes materni e fetali di un parto dopo cesareo deve essere offerta a tutte le donne precesarizzate. Nelle linee guida NICE del 2021 viene raccomandato ai professionisti sanitari di fornire informazioni verbali o scritte sulle possibili opzioni di parto in una futura gravidanza, già durante la dimissione in ospedale, alle donne che sono state sottoposte ad un cesareo di emergenza o non pianificato⁴⁸. Le donne hanno dimostrato di essere particolarmente influenzabili dagli operatori sanitari e di cambiare idea frequentemente durante la gravidanza, appare, quindi, evidente che il counselling deve essere effettuato in modo oggettivo e chiaro. Si sono rivelati utili metodi di informazione come opuscoli, DVD o video per far conoscere alle donne la possibilità di partorire dopo taglio cesareo. La figura dell'ostetrica è stata reputata dalle donne come la più adeguata e di maggior supporto rispetto agli altri professionisti sanitari per quanto riguarda l'accompagnamento della donna verso la scelta del VBAC. Il rapporto che l'ostetrica instaura con la paziente è basato, tra le altre cose, sull'empatia e sull'ascolto attivo, due aspetti che si possono ritenere indispensabili nel rapportarsi con le donne che vanno incontro ad un parto vaginale dopo cesareo. Per molte di loro, la scelta di un VBAC è conseguenza di un taglio cesareo vissuto come un'esperienza traumatica e quindi, da non ripetere. Il compito dell'ostetrica è quello di promuovere l'empowerment di queste

donne e di sostenerle affinché possano ricredersi sull'evento nascita. La consapevolezza delle donne di non voler più essere sottoposte a taglio cesareo, le porta a scegliere di affrontare il VBAC in strutture extra-ospedaliere (a domicilio o in case maternità). La continuità assistenziale è uno degli elementi chiave per la cura prenatale delle donne con pregresso taglio cesareo⁹.

In Italia, nonostante l'assistenza alla gravidanza e al parto è risultata generalmente buona, un gran numero di donne sceglie di ricorrere all'assistenza privata, spesso per un'inadeguatezza delle strutture pubbliche. La realtà italiana è inoltre caratterizzata da una progressiva medicalizzazione della nascita (l'eccessivo ricorso al taglio cesareo ne è la maggiore dimostrazione), dalla mancanza della continuità assistenziale, dalla frammentazione dei punti nascita, dall'ampia variabilità territoriale e dalla frequenza di eventi sanitari negativi. Questi elementi sono tenuti in considerazione dalla donna che decide di rivolgersi a strutture e personale sanitario privati⁴⁹.

In Australia, dove l'ostetrica ricopre un ruolo centrale nell'assistenza alla gravidanza, è stato dimostrato come la continuità assistenziale da parte delle istituzioni pubbliche porti le donne ad avere una maggiore consapevolezza e una conoscenza culturale del parto più elevata²⁷.

6. CONCLUSIONI

L'ostetrica gioca un ruolo di vitale importanza non solo nella gestione delle gravidanze fisiologiche, ma anche nelle gravidanze categorizzate ad alto rischio, come quelle delle donne candidate a VBAC, accompagnandole nella scelta del parto. Durante una gravidanza successiva ad un taglio cesareo, le donne che hanno un'assistenza ostetrica continua sono maggiormente informate, consapevoli e propense ad affrontare con sicurezza un VBAC, la cui percentuale di successo è più favorevole rispetto a quel gruppo di donne che ricevono un'assistenza frammentata. La donna dovrebbe essere informata della possibilità di avere un VBAC dai medici della struttura ospedaliera in cui ha partorito tramite cesareo, al momento della dimissione e dovrebbe essere indirizzata, in un'eventuale futura gravidanza, verso un modello di assistenza continua, che in Italia, ha necessità di essere ulteriormente implementato e diffuso.

Tutte le donne e le loro gravidanze meritano di essere seguite nella loro unicità. Ogni professionista sanitario, medico o ostetrica, coinvolto nella sua assistenza opera all'interno delle proprie competenze ed ha la sua rilevanza. L'ostetrica nell'assistenza alle gravidanze di donne precesarizzate che possono ricorrere a VBAC, focalizza il suo ruolo nel fornire informazioni aggiornate, chiare ed esaustive attraverso un ascolto e una comunicazione empatici.

7. SITOGRAFIA

- 7.2.1.1 Conservatism in obstetrics, E B Cragin, New York Medical Journal, on-line all'URL <https://archive.org/details/newyorkmedicaljo1041unse> (ultima consultazione 03/2024)
- 7.2.1.2 I parti cesarei in Italia: andamenti e variabilità regionale, A Spinelli, IIS, on-line all'URL <https://www.epicentro.iss.it/percorso-nascita/spinelli> (ultima consultazione 03/2024)
- 7.2.1.3 Linee guida. Il parto in donna con precedente cesareo, V Giambanco, Y Mier, G P Mandruzzato, on-line all'URL <https://www.aogoi.it/media/1123/linee-guida-parto-donna-pregresso-cesareo.pdf> (ultima consultazione 03/2024)
- 7.2.1.4 Evento nascita: i dati CeDAP 2020 su gravidanza e parto, Ministero della salute, 2021, on-line all'URL https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5725 (ultima consultazione 03/2024)
- 7.2.1.5 Rapporto sull'evento nascita in Italia (CeDAP) - anno 2022, S Donati, 2023, on-line all'URL <https://www.epicentro.iss.it/materno/cedap-2022> (ultima consultazione 03/2024)
- 7.2.1.6 Linee guida. Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole, Ministero della salute, ISS, 2010, on-line all'URL https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1330_allegato.pdf (ultima consultazione 03/2024)
- 7.2.1.7 Partorire naturalmente dopo un taglio cesareo, AORN Moscati, on-line all'URL <https://www.aornmoscati.it/sites/default/files/2021-05/PARTORIRE%20NATURALMENTE%20DOPO%20UN%20CESAREO%20-%20info%20utili.pdf> (ultima consultazione 03/2024)
- 7.2.1.8 Dichiarazione dell'OMS sul tasso dei cesarei, WHO, 2015, on-line all'URL https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_ita.pdf?sequence=14 (ultima consultazione 03/2024)
- 7.2.1.9 Raccomandazioni di buona pratica clinica sull'assistenza al parto nelle donne precesarizzate, SIGO, AOGOI, AGUI, 2021, on-line all'URL <https://www.sigo.it/wp->

- <content/uploads/2021/11/16-Raccomandazioni-Precesarizzate.pdf> (ultima consultazione 03/2024)
- 7.2.1.10 Linee guida. Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole, seconda parte, Ministero della salute e ISS, 2012, on-line all'URL https://www.epicentro.iss.it/materno/pdf/LG_Cesareo_finaleL.pdf (ultima consultazione 03/2024)
- 7.2.1.11 ACOG practise bulletin, Vaginal birth after cesarean delivery, ACOG, 2019, on-line all'URL <http://medi-guide.meditool.cn/ympdf/952D113A-E18B-95C6-4450-BCBD6EF9154C.pdf> (ultima consultazione 03/2024)
- 7.2.1.12 Linee guida. Birth after previous cesarean birth, RCOG, 2015, on-line all'URL https://www.rcog.org.uk/media/kpkjwd5h/gtg_45.pdf (ultima consultazione 03/2024)
- 7.2.1.13 XII parto vaginale dopo un precedente taglio cesareo, ausl Modena, 2023, on-line all'URL <https://www.ausl.mo.it/parto-vaginale-dopo-cesareo> (ultima consultazione 03/2024)
- 7.2.1.14 The state of world's midwifery 2014 e il modello della Midwifery care, A Giusti, ISS, 2014, on-line all'URL <https://www.epicentro.iss.it/materno/StateWorldMidwifery2014> (ultima consultazione 03/2024)
- 7.2.1.15 Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio (BRO), Ministero della salute, 2017, on-line all'URL https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2836_allegato.pdf (ultima consultazione 03/2024)
- 7.2.1.16 Linee guida. Antenatal care, NICE, 2021, on-line all'URL <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/resources/antenatal-care-pdf-66143709695941> (ultima consultazione 03/2024)
- 7.2.1.17 La pratica ostetrica nella prospettiva europea e italiana, A Giusti, ISS, 2014, on-line all'URL <https://www.epicentro.iss.it/materno/normativaMidwifery2014> (ultima consultazione 03/2024)
- 7.2.1.18 Linee guida. Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011, Ministero della salute, ISS, 2011, on-line all'URL <https://associazioneitalianaostetricia.it/wp->

[content/uploads/2020/07/L.G.-gravidanza-fisiologica-2011-2014-Ministero-Salute.pdf](https://www.iss.it/content/uploads/2020/07/L.G.-gravidanza-fisiologica-2011-2014-Ministero-Salute.pdf) (ultima consultazione 03/2024)

- 7.2.1.19 Linee guida. Gravidanza fisiologica prima parte, ISS, 2023, on-line all'URL https://www.iss.it/documents/20126/9184367/SNLG+1_2023+Gravidanza-fisiologica+Parte-1.pdf/1b3c23be-4578-48f8-277a-88cf0a98de6c?version=1.0&t=1708700731145 (ultima consultazione 03/2024)
- 7.2.1.20 M A Moffat, J S Bell, M A Porter et al. Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: a qualitative study BJOG 2007; 114(1):86-93
- 7.2.1.21 C L Emmett , A R G Shaw, A A Montgomery, D J Murphy, DiAMOND study group 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
- 7.2.1.22 A Shorten , B Shorten, J Keogh, S West, J Morris Making choices for childbirth: a randomized controlled trial of a decision-aid for informed birth after cesarean Birth 2005; 32(4):252-61
- 7.2.1.23 R M Renner, K B Eden, P Osterweil, B K Chan, J M Guise Informational factors influencing patient's childbirth preferences after prior cesarean Am J Obstet Gynecol 2007; 196(5):e14-6
- 7.2.1.24 F Meddings , F MacVane Phipps, M Haith-Cooper, J Haigh Vaginal birth after caesarean section (VBAC): exploring women's perceptions J Clin Nurs 2007; 16(1):160-7
- 7.2.1.25 J Frost, A Shaw, A Montgomery, D J Murphy Women's views on the use of decision aids for decision making about the method of delivery following a previous caesarean section: qualitative interview study BJOG 2009; 116(7):896-905
- 7.2.1.26 J Fenwick, J Gamble, Y Hauck Reframing birth: a consequence of cesarean section J Adv Nurs 2006; 56(2):121-3
- 7.2.1.27 J Fenwick, J Gamble, Y Hauck Believing in birth--choosing VBAC: the childbirth expectations of a self-selected cohort of australian women J Clin Nurs 2007; 16(8):1561-70

- 7.2.1.28 I Torigoe, B Shorten, S Yoshida, A Shorten Trends in birth choices after caesarean section in japan: a national survey examining information and access to vaginal birth after caesarean *Midwifery* 2016; 37:49-56
- 7.2.1.29 M Foureur, S Turkmani, D C Clack et al. Caring for women wanting a vaginal birth after previous caesarean section: a qualitative study of the experiences of midwives and obstetricians *Women Birth* 2017; 30(1):3-8
- 7.2.1.30 M Bonzon, M M Gross, A Karch, S Grylka-Baeschlin Deciding on the mode of birth after a previous caesarean section - an online survey investigating women's preferences in western switzerland *Midwifery* 2017; 50:219-27
- 7.2.1.31 D Davis, C S Homer, D Clack, S Turkmani, M Foureur Choosing vaginal birth after caesarean section: motivating factors *Midwifery* 2020; 88:102766
- 7.2.1.32 S David, J Fenwick, S Bayes, T Martin A qualitative analysis of the content of telephone calls made by women to a dedicated 'next birth after caesarean' antenatal clinic *Women Birth* 2010; 23(4):166-71
- 7.2.1.33 A Farnworth, S C Robson, R G Thomson, D Burges Watson, M J Murtagh Decision support for women choosing mode of delivery after a previous caesarean section: a developmental study *Patient Educ Couns.* 2008; 71(1):116-24
- 7.2.1.34 S W Chen, A M Hutchinson, C Nagle, T K Bucknall Women's decision-making processes and the influences on their mode of birth following a previous caesarean section in taiwan: a qualitative study *BMC Pregnancy Childbirth* 2018;18(1):31
- 7.2.1.35 H K White, A le May, E R Cluett Evaluating a midwife-led model of antenatal care for women with a previous cesarean section: a retrospective, comparative cohort study *Birth* 2016; 43(3):200-8
- 7.2.1.36 H Keedle, V Schmied, E Burns, H G Dahlen From coercion to respectful care: women's interactions with health care providers when planning a VBAC *BMC Pregnancy Childbirth* 2022; 22(1):70
- 7.2.1.37 H Keedle, L Peters, V Schmied, E Burns, W Keedle, H G Dahlen Women's experiences of planning a vaginal birth after caesarean in different models of maternity care in australia *BMC Pregnancy Childbirth* 2020; 20(1):381

- 7.2.1.38 G Facchetti, Z Teo, M Sharma, A Budden Continuity obstetric care demonstrates greater vaginal birth after caesarean success *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2024 doi: 10.1111/ajo.13790
- 7.2.1.39 K L Hangsleben, M A Taylor, N M Lynn VBAC program in a nurse-midwifery service. five years of experience *J Nurse Midwifery* 1989; 34(4):179-84
- 7.2.1.40 M G Rosenstein, M Nijagal, S Nakagawa, S E Gregorich, M Kuppermann The association of expanded access to a collaborative midwifery and laborist model with cesarean delivery rates *Obstet Gynecol.* 2015; 126(4):716-23
- 7.2.1.41 T Zhang, C Liu Comparison between continuing midwifery care and standard maternity care in vaginal birth after cesarean *Pak J Med Sci* 2016; 32(3):711-4
- 7.2.1.42 M D Avery, C A Carr, P Burkhardt Vaginal birth after cesarean section: a pilot study of outcomes in women receiving midwifery care *J Midwifery Womens Health* 2004; 49(2):113-7
- 7.2.1.43 E Lieberman, E K Ernst, J P Rooks, S Stapleton, B Flamm Results of the national study of vaginal birth after cesarean in birth centers *Obstet Gynecol.* 2004; 104(5 Pt 1):933-42
- 7.2.1.44 M David, M M Gross, A Wiemer, J Pachaly, K Vetter Prior cesarean section--an acceptable risk for vaginal delivery at free-standing midwife-led birth centers? results of the analysis of vaginal birth after cesarean section (vbac) in german birth centers *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 142(2):106-10
- 7.2.1.45 H Bayrampour, S Lisonkova, S Tamana, J Wines, S Vedam, P Janssen Perinatal outcomes of planned home birth after cesarean and planned hospital vaginal birth after cesarean at term gestation in british columbia, canada: a retrospective population-based cohort study *Birth* 2021; 48(3):301-308
- 7.2.1.46 G Latendresse, P Aikins Murphy, J T Fullerton A description of the management and outcomes of vaginal birth after cesarean birth in the homebirth setting *J Midwifery Womens Health* 2005; 50(5):386-91
- 7.2.1.47 H Keedle, V Schmied, E Burns, H G Dahlen Women's reasons for, and experiences of, choosing a homebirth following a caesarean section *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15:206

- 7.2.1.48 Linee guida. Cesarean birth, NICE, 2021, on-line all'URL <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805> (ultima consultazione 03/2024)
- 7.2.1.49 Nascere in Italia: un evento sempre più “medicalizzato”, S Donati, M Grandolfo, A Spinelli, ISS, 2023, on-line all'URL <https://www.epicentro.iss.it/percorso-nascita/donati> (ultima consultazione 03/2024)