

Minerva Medicolegale

Title: L'APPROPRIATEZZA DEL RICORSO AL PARTO CESAREO IN UN OSPEDALE DELLA
SICILIA (ITALIA): EVIDENZE STATISTICHE E CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI

APPROPRIATENESS OF CESAREAN SECTION IN A HOSPITAL OF SICILY (ITALY):
STATISTIC EVIDENCES AND MEDIC LEGAL CONSIDERATIONS

Paper code: Minerva Medicoleg-1731
Submission Date: 2014-09-08 18:52:36
Article Type: Original Article

Files:

- 1): Manuscript
Version: 1
Description: Manoscritto originale
File format: application/msword
- 2): Tables 1
Version: 1
Description: Tabella I
File format: application/msword
- 3): Figures 1
Version: 1
Description: Figura 1
File format: image/tiff
- 4): Figures 2
Version: 1
Description: Figura 2
File format: image/tiff

L'APPROPRIATEZZA DEL RICORSO AL PARTO CESAREO IN UN OSPEDALE DELLA SICILIA (ITALIA): EVIDENZE STATISTICHE E CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI

APPROPRIATENESS OF CESAREAN SECTION IN A HOSPITAL OF SICILY (ITALY): STATISTIC EVIDENCES AND MEDIC LEGAL CONSIDERATIONS

E. Ventura Spagnolo¹, G. Cannavò², S. Zerbo¹, C. Mondello³, L. Cardia³, A. Argo¹, G. Cardia³

¹ Dipartimento di Biotecnologia e Medicina Legale, Università degli Studi di Palermo, Via del Vespro, 129, 90127, Italia.

² Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico «G. Martino», Via Consolare Valeria, Gazzi, Messina, 98125, Italia.

³ Dipartimento di Scienze Biomediche e delle Immagini Morfologiche e Strumentali, Università di Messina, Via Consolare Valeria, Gazzi, Messina, 98125, Italia.

Correspondence: E. Ventura Spagnolo, Dipartimento di Biotecnologia e Medicina Legale, Università degli Studi di Palermo, Via del Vespro, 129, 90127, Italy. Email: elvira.ventura@unipa.it.

ABSTRACT

Introduction: Authors have carried out a survey to evaluate the appropriateness of the caesarean deliveries performed in a hospital of Sicily (Italy) during 2013. The choices of these surgeries have been compared with Italian and Sicilian guidelines.

Materials: EpiInfo 7.1.4 software (CDC - Atlanta - USA) was used to perform the statistical data analysis (chi-square test).

Results: We analyzed a total of 818 medical records related to 50.61% of spontaneous deliveries, 10.6% induced labor, and 46.33% of cesarean deliveries. Medical records showed that in 32.7% the caesarean section were justified by emergency conditions, whereas in 15.89% the choice was not quite justified according to guidelines parameters.

In 39.57% the choice of caesarean delivery is not adequately justified either because the 5.04% is indicated as the reason the request of the woman, and because in 34.53% are not present in the medical record elements sufficient justification as incomplete or absent.

Conclusions: More significant results lead to the conclusion that it's important focusing the attention to multiple social and sanitary strategies aimed at not only reducing health care spending but especially encouraging health professionals and pregnant women towards greater responsibility in the choices of caesarean delivery for aspects of clinical risk and legal liability.

Keywords: appropriateness, caesarean section, professional liability

INTRODUZIONE

In tema di contenzioso medico legale attinente a problematiche connesse a fatti di responsabilità professionale in ambito sanitario, emerge che la Ginecologia e Ostetricia occupa i primi posti per numero di procedimenti giudiziari (civili e

penali) e per entità del risarcimento danni da corrispondere alle parti civili. Il Rapporto PiT 2013 (Progetto integrato di Tutela) evidenzia come tra le aree specialistiche maggiormente coinvolte dalle doglianze, l'area Ginecologia occupi il terzo posto con una percentuale del 9.1% delle segnalazioni totali per quanto concerne gli errori diagnostici e il quarto posto (7.8%) relativamente agli errori terapeutici [1]. La dottrina maggioritaria sottolinea il fatto che la maggior parte dei procedimenti giudiziari a carico dell'ostetrico sono da attribuire alla mancata esecuzione di un parto cesareo. Altro ulteriore profilo di responsabilità per il medico riguarda la tempestività dell'intervento nell'effettuazione del parto cesareo.

Ben si comprende, pertanto, come nel nostro Paese, in base a quanto previsto dall'Accordo della Conferenza Unificata del 16/12/2010, pubblicata nella G.U. n° 13 del 18 gennaio 2011 *“Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”*, è stato fissato un programma nazionale - che si sarebbe dovuto attuare nel triennio 2010-2012 - per ridisegnare il percorso nascita con la chiusura di 1/3 dei punti nascita sotto i 500 parti/anno, di cui il 60% dislocati al sud. In Sicilia, con il D.A. 10/12/2013, considerato che i tempi fissati dal D.A. 2536/2011 sono risultati insufficienti a consentire ad alcune strutture il completamento dei lavori previsti, la scadenza del termine previsto per l'adeguamento è stata tuttavia prorogata al 31/12/2014.

Per quanto riguarda i controlli analitici per l'appropriatezza delle prestazioni, la regione Sicilia, sino al 2013 si è caratterizzata per la sovrapposizione di diversi sistemi di controllo che, pur avendo le medesime finalità, prevedeva, di fatto, una operatività parallela di riscontro in modo non integrato e disomogeneo: il primo denominato *“Programma regionale per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e della qualità della codifica nella SDO”*, direttamente coordinato a livello regionale; il secondo direttamente coordinato dalle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) che annualmente effettuavano controlli analitici sull'attività erogata al fine di migliorarne l'appropriatezza, di verificare la congruità della compilazione delle SDO e la qualità della documentazione sanitaria, di prevenire e sanzionare gli eventuali comportamenti opportunistici. Poiché è apparso evidente che la sovrapposizione di diversi sistemi di controlli analitici risultava, tuttavia, poco conveniente sia dal punto di vista dell'efficienza che da quello dell'efficacia, con D.A. del 13/3/2013 (G.U.R.S. n. 16 anno 67° del 29/3/13) sono state pubblicate le nuove linee di indirizzo al fine di definire principi e modalità omogenee di controllo analitico sui comportamenti dei soggetti erogatori pubblici e privati, quindi di aumentare la responsabilizzazione tra i diversi attori del sistema e coinvolgere maggiormente i professionisti.

Tra i fenomeni da sottoporre a controllo analitico il D.A. segnala i ricoveri per parto cesareo al fine di verificare la presenza nella documentazione sanitaria delle condizioni che giustificano l'indicazione al parto operativo coerentemente alla linea guida nazionale (*“Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole”* [2]), prestando particolare attenzione alle frequenze elevate di quelle condizioni del parto che superano i valori medi nazionali o

regionali, ovvero non rispecchiano le loro distribuzioni nella popolazione, e che pertanto sono fortemente predittive di un comportamento opportunistico della codifica piuttosto che di reali esigenze della donna [3].

In realtà non si può sottacere che le indicazioni al parto cesareo hanno subito notevoli mutamenti nel corso degli anni sia perché il miglior controllo dello stato fetale con la diagnostica ecografia e con il monitoraggio fetale hanno determinato un aumento degli interventi, sia perché sono cambiati alcuni atteggiamenti in parte dettati dalle “raccomandazioni” in tema di sicurezza materno fetale. Tuttavia è evidente che alcune indicazioni, così come previsto dalle vigenti linee guida, sono configurabili nell’ambito della necessità terapeutica: distacco intempestivo di placenta, placenta previa, presentazione anomala del feto, sproporzione feto-pelvica.

In effetti la frequenza del parto cesareo in Italia ha da anni un andamento in ascesa con una spiccata variabilità nel confronto tra le regioni con valori tendenzialmente più bassi al Nord e più alti al Sud: si va dal 23,6% del Friuli Venezia Giulia, dal 24,5% della Toscana, al 60,4% in Campania. La Sicilia si attesta sulla percentuale del 49,3%. Nell’ambito siciliano, tuttavia anche all’interno di una medesima realtà regionale si osservano differenze tra le diverse province (si va dal 37,13% di Ragusa al 53,72% di Messina ed al 55,19% di Palermo) e, nell’ambito dei punti nascita di differente tipologia amministrativa e volume di attività, si rilevano percentuali di cesarei nettamente superiori alla media nazionale nei reparti caratterizzati da un basso numero di parti. Tale variabilità sembra peraltro riconducibile, in larga misura, a pratiche assistenziali non appropriate e devianti rispetto alle indicazioni cliniche basate sulle prove di efficacia [4-8].

Secondo quanto riportato nel suddetto D.A. sono da considerarsi evitabili le prestazioni riconducibili ad inadeguata o incompleta compilazione della cartella clinica e pertanto soggette ad abbattimenti tariffari, nonché a specifica comunicazione all’Assessorato e alla Direzione Aziendale competente, per la predisposizione delle conseguenti azioni correttive e/o sanzionatorie.

Da ciò ne consegue l’utilità e la necessità della compilazione di una accurata documentazione sanitaria, che consenta, nelle singole U.O., di apprezzare gli elementi utili a dimostrare l’appropriatezza della prestazione erogata, non solo in termini organizzativi-gestionali, ma anche - e soprattutto - dal punto di vista clinico e per eventuali problematiche di carattere medico legale.

Al fine di verificare la rispondenza di quanto dettato dalle linee di indirizzo e dalle *linee guida* sulla tematica in oggetto è stata condotta una analisi sulle cartelle cliniche di un’Azienda Ospedaliera siciliana, di terzo livello, così definita secondo quanto previsto dal sopraindicato D.A. regionale del 17/06/2002 recante le direttive per l’accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Sicilia [9].

Materiali e metodi

Dopo aver ottenuto l'autorizzazione allo svolgimento dello studio da parte del Comitato Etico Aziendale e della Direzione Aziendale, sulla base del numero di parti attuati nella struttura, sono state esaminate le cartelle cliniche relative ai parti spontanei e cesarei attuati nel periodo 1 gennaio – 31 dicembre 2013. Successivamente, per ciascuna cartella sono stati esaminati parametri relativi alla madre: nazionalità, età, BMI (con il metodo della Oxford University: $1.3 \times \text{peso (kg)}/\text{h(m)}^{2.5}$, titolo di studio, attività lavorativa, numero di gravidanze, patologie di cui la donna era sofferente; parametri relativi alla gravidanza e parametri relativi al feto. I dati raccolti, sono stati elaborati statisticamente (test chi-quadro) con il programma EpiInfo 7.1.4 dei "Centers for Disease Control and Prevention" (CDC – Atlanta – USA).

Risultati

Sono state analizzate complessivamente 818 cartelle cliniche di cui il 50.61% relative a pazienti che hanno partorito con parto spontaneo, il 4.06% con parto indotto e il 46.33% con parto cesareo.

La stratificazione del campione per nazionalità evidenzia che nel 89.06% trattasi di donne italiane, seguite da srilankesi (2.8%) e rumene (1.65%) ed altre nazionalità. Nel complesso il campione risulta costituito da donne con una età media di 32.1 anni, in possesso di laurea nel 25.31%, diploma nel 31.32%, licenza media nel 15.74% e licenza elementare nell'1.76%; nel 25.87% il dato non risulta riportato nella cartella clinica esaminata. Per quanto riguarda l'indice di massa corporea è emerso trattarsi di donne nel 31.57% in sovrappeso, nel 26.19% obese, nel 12.15% normopeso, nel 3.25% sottopeso. Nel 26.74% non è stato possibile calcolare il dato per mancanza di informazioni in cartella clinica. In merito al numero di gravidanze, trattasi di primipare nel 54.23%. Per quanto concerne l'attività lavorativa abbiamo distinto il campione nelle seguenti categorie: disoccupata (9.73%), casalinga (39.25%), operaia (6.18%), impiegata (15.23%), libero professionista (6.66%), commerciante (4.24%), operatrice nella sanità (8.18%), docente (8.47%). Nel 2.06% il dato non è riportato nella cartella clinica. Infine è stato incrociato il dato relativo all'espletamento del parto (spontaneo e indotto) con il riscontro di lacerazione ed è emerso che il 44.09% delle donne ha riportato lacerazioni per le quali è stata sottoposta a sutura. Di questa ultima frazione di popolazione il 21.18% risultava primipara.

L'episiotomia è stata attuata nel 48,82% delle donne che hanno partorito con parto spontaneo.

Nelle cartelle cliniche esaminate non è fatto alcun riferimento alla classificazione di Lucas, tuttavia dall'esame delle cartelle anestesilogiche è emerso che il ricorso al parto cesareo è stato indicato quale urgente nel 32.37%. Altrettanto rilevante è da considerare la percentuale del 15.89 % in cui la scelta non risulta giustificata da alcuno dei parametri previste dalle linee guida.

Nella tabella I vengono riportati i dati relativi alle caratteristiche demografiche del campione.

Nella figura 1 vengono riportate le principali motivazioni che consentono di giudicare appropriata (motivata da problematiche fetali, materne o legato a pregresso parto cesareo) l'esecuzione del parto cesareo nella popolazione in fase di studio.

Nella figura 2 sono prese in considerazione le stesse motivazioni limitatamente al parto cesareo nelle donne che non avevano prima fatto ricorso a detta procedura.

In particolare è emerso che nel 30,74% (116) si tratta di donne che hanno fatto ricorso a detta modalità operativa avendo precedentemente partorito con parto cesareo. Nel restante 69,26% (263) la scelta risulta motivata secondo quanto riportato nella figura 3.

L'analisi della stessa figura consente di apprezzare che nel 39,57% la scelta non risulta adeguatamente giustificata: sia perché nel 5,04% viene indicata quale motivazione la richiesta della donna, sia perché nel 34,53% non sono presenti in cartella clinica elementi giustificativi sufficienti in quanto incompleti od assenti.

L'esame dei dati non ha mostrato differenze statistiche significative nella scelta del ricorso al parto cesareo in relazione a nazionalità, età, titolo di studio e/o all'attività lavorativa rispetto al parto naturale.

Discussione

Partendo dal presupposto che lo scopo di questo studio era quello valutare l'appropriatezza del *cesareo* rispetto a quanto dettato dalle linee guida nazionali e regionali, lo studio retrospettivo delle cartelle cliniche relative ai parti cesarei attuati nel periodo in esame ha consentito di suddividere il campione in parto cesareo appropriato, nel 79,49% dei casi (motivato da problematiche relative alla madre o al feto ovvero da pregresso parto cesareo), ovvero inappropriato (richiesta della madre) nel 5,04% e, ancora, ingiustificato nel 13,31% dei casi (senza menzione dell'indicazione, documentazione clinica incompleta) [10-11].

Dagli studi disponibili in letteratura emerge che la classificazione dell'emergenza/urgenza del ricorso al parto cesareo è utile perché favorisce una rapida ed efficace comunicazione nell'ambito del team di sala parto (ginecologo/ostetrico, anestesista, ostetrica) con conseguente migliore qualità dell'assistenza. In letteratura esiste più di una classificazione dell'emergenza/urgenza del ricorso al parto cesareo. Nel 2000 il gruppo di Lucas propose una nuova classificazione considerando differenti situazioni di gravità che dunque necessitano di differenti tempi di intervento in relazione all'esistente o meno pericolo per la madre e/o il feto; vengono distinte pertanto: emergenza considerando quelle situazioni in cui si rende necessario un intervento immediato a tutela della vita della madre e/o del feto; urgenza non differibile in quelle situazioni rischiose che non necessitano di un intervento immediato; urgenza differibile, tagli cesarei cosiddetti "scheduled", cioè quelle situazioni in cui è necessario intervenire con un taglio cesareo in assenza di pericoli materni e/o fetali; elettivo cioè quelli preventivamente programmati dalla donna e dal team operatorio. [12].

Allo stato detta classificazione è l'unica accettata ufficialmente dal Royal College of Obstetrician and Gynecologists e dal National Institute for Health and Clinical Excellence [12].

Desto meraviglia, pertanto, che nel 15.93% sebbene in cartella si faccia riferimento ad una condizione di urgenza (non specificata), la scelta non risulti giustificata.

I dati emersi dallo studio da noi condotto evidenziano l'incompleta compilazione delle cartelle cliniche che non ha consentito di apprezzare eventuali elementi giustificativi del ricorso al parto cesareo. La problematica riveste rilevanza medico legale laddove si consideri che, a fronte di un eventuale contenzioso giudiziario per presunta malpractice, l'unico documento utile al professionista è rappresentato dalla documentazione clinica attestante le procedure clinico assistenziali poste in essere. Bisogna considerare che l'impossibilità di una verifica scientifica della sussistenza della colpa o del nesso di causa tra un danno e una determinata condotta posta in essere, determinata da lacune probatorie, per il diritto non implica l'esclusione della responsabilità, dato che tale impossibilità è in genere imputabile al soggetto chiamato a rispondere del danno. Le Corti Civili, infatti, si sono spinte a consolidare il principio secondo cui non si può addossare alla vittima l'onere della prova di circostanze e di dati che il convenuto per contratto o, comunque, secondo diligenza, avrebbe dovuto annotare, registrare e conservare. Sempre le Corti Civili hanno sviluppato la regola secondo cui spetta ai sanitari colmare le lacune probatorie. (Cassazione civile, 13/9/2000, n. 12103 "la valutazione dell'esattezza della prestazione medica concerne, infatti, anche la regolare tenuta della cartella clinica: ove dalla sua imperfetta compilazione derivi l'impossibilità di trarre utili elementi di valutazione")

Si è indotti inoltre a considerazioni di carattere medico legale e giuridico, in merito alla problematica connessa ad eventuali profili di responsabilità professionale gravanti sull'operatore sanitario, laddove si consideri il verificarsi di eventuale evento avverso e/o errore produttivo di danno per la paziente, ovvero per il feto e/o il neonato, a seguito di procedura attuata nelle circostanze non previste dalle vigenti linee guida, anche in relazione a quanto stabilito, in tal senso, dalla Legge 189/2012 [13]. D'altro canto non bisogna sottovalutare che il parto cesareo, in quanto procedura chirurgica, presenta anche dei rischi insiti nella procedura stessa, pertanto non dovrebbe essere eseguito al di fuori delle condizioni previste dalle linee guida. Il dato connesso alle linee guida riveste un ruolo determinante nel nostro Paese, in considerazione della normativa attuale in ambito di responsabilità professionale: il medico "non risponde penalmente per colpa lieve". Anche se non è ben specificato se la norma escluda da responsabilità penale il sanitario che versi in colpa lieve, poiché attenutosi alle linee guida e alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica proprie del contesto di riferimento, ovvero preveda, invece, una causa di non punibilità per quel medico cui sia addebitabile una colpa lieve [14-16]. Ne deriverebbe pertanto che, in detto ambito valutativo, la limitazione di responsabilità prevista dall'attuale normativa sia da porre in relazione solo in rapporto all'addebito di imperizia, giacché le linee guida in materia sanitaria contengono esclusivamente regole di perizia, e non nelle ipotesi in cui all'esercente la professione

sanitaria sia ascrivibile un comportamento negligente o imprudente. La questione della non punibilità penale dell'operatore sanitario sancita dalla legge suddetta risiederebbe quindi nell'intento di contrastare la medicina difensiva, ma potrebbe avere, di contro, il rischio – certamente non condivisibile - di burocratizzare la scelta del medico, penalizzando chi, con dignità scientifica, ritiene di potersi o doversi discostare.

Conclusioni

Alla luce di quanto sopra espresso, risulta di fondamentale importanza che gli operatori coinvolti nel processo clinico/assistenziale (medici, ostetriche), abbiano contezza, per un verso, della necessità di ridurre il ricorso a detta procedura operativa, non solo per problematiche di carattere economico amministrativo (motivazioni che sembrano essere alla base della riduzione della spesa sanitaria), ma anche per quanto concerne l'aspetto gestionale del rischio clinico e, per altro verso - che comunque rischia di sconfinare nell'ambito della cosiddetta medicina difensiva e/o evitativa - , per gli aspetti medico legali connessi ai vari profili di responsabilità professionale.

Inoltre la carenza e/o la mancanza nelle cartelle cliniche esaminate di informazioni utili ad individuare elementi giustificanti il ricorso al parto cesareo, depone per una non adeguata politica aziendale di controllo amministrativo sulla documentazione sanitaria.

In definitiva si osserva che, in accordo con quanto segnalato da altri autori [10-11, 14-16] la complessità del fenomeno richiederebbe la messa a punto di strategie molteplici di intervento in grado di coniugare misure di programmazione sanitaria, finalizzate a disincentivare gli eccessi della medicalizzazione, con iniziative formative ed educazionali volte a modificare gli atteggiamenti non in sintonia con le linee guida e ad orientare i comportamenti degli operatori sanitari verso strategie univoche.

RIASSUNTO

Introduzione: Gli autori hanno realizzato uno studio volto a valutare l'appropriatezza del ricorso al parto cesareo rispetto a quanto dettato dalle linee guida nazionali e regionali, attraverso l'esame delle cartelle cliniche relative ai parti cesarei eseguiti in un ospedale della Sicilia (Italia) nel corso del 2013. Le scelte di questa tecnica chirurgica sono state confrontate con le linee guida nazionali e siciliane.

Materiali: I dati raccolti sono stati elaborati statisticamente (test chi-quadro) con il software EpiInfo 7.1.4 (CDC - Atlanta - USA).

Risultati: sono state analizzate 818 cartelle cliniche di cui il 50.61% relative a pazienti che hanno partorito con parto spontaneo, il 4.06% con parto indotto e il 46.33% con parto cesareo. Dall'esame delle cartelle è emerso che il ricorso al parto cesareo è stato indicato quale urgente nel 32.37% sebbene nel 15.89 % la scelta non risulta giustificata da alcuno dei parametri previste dalle linee guida. Nel 39,57% la scelta del parto cesareo non risulta adeguatamente giustificata:

sia perché nel 5,04% viene indicata quale motivazione la richiesta della donna, sia perché nel 34.53% le cartelle cliniche risultano compilate in modo incompleto.

Conclusioni: l'argomento trattato riveste certamente una importanza sia sotto l'aspetto clinico che gestionale, pertanto riteniamo che la complessità del fenomeno richieda la messa a punto di strategie molteplici di intervento, non solo per problematiche connesse alla riduzione della spesa sanitaria, ma anche per quanto concerne l'aspetto gestionale del rischio clinico e della responsabilità professionale.

BIBLIOGRAFIA

1. XVI Rapporto PiT Salute 2013 - Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva.
2. Guidelines for Appropriateness of caesarean sections 2012. http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Cesareo_finaleL.pdf.
3. Torloni MR, Betrán AP, Montilla P, Scolaro E, Seuc A, Mazzoni A, Althabe F, Merzagora F, Donzelli GP, Meriardi M. Do Italian women prefer caesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013; 13:78.
4. Euro-Peristat project. European perinatal health report 2010. <http://www.europeristat.com>.
5. ISTAT – National Institute of Statistics (Italy). *Annals of Demographic Statistics 2011*. Rome, Italy.
6. Ministry of Occupation, Health and Social Welfare. Activity of hospitalization 2012. Rome, Italy. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2094_allegato.pdf.
7. Ministry of Health, Department of Quality. Certificate of attendance at birth - Analysis of births 2010. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2024_allegato.pdf.
8. Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. *BioScience Trends*. 2011; 5(4): 139-150.
9. Gazzetta ufficiale Regione Siciliana del 28/6/2002, n. 29, suppl. Ord. n. 3.
10. Ostovar R, Rashidian A, Pourreza A, Rashidi BH, Hantooshzadeh S, Ardebili HE, Mahmoudi M. Developing criteria for caesarean section using the RAND appropriateness method. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2010; 10: 52.
11. Ostovar R, Pourreza A, Rashidian A, Rashidian A, Rashidi BH, Hantooshzadeh S, Haghollahi F, Ardebili HE, Mahmoudi M. Appropriateness of caesarean section using the RAND appropriateness method criteria. *Archives of Iranian Medicine*. 2012; 15(1): 8-12.
12. Lucas DN, Yentis SM, Kinsella SM, Holdcroft A, May E, Wee M, Robinson PN. Urgency of caesarean section: a new classification. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2000, 93.
13. Legge n. 189/2012. <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/286269.pdf>.
14. Chervenak FA, McCullough LB, Levene MI. An ethically justified clinically comprehensive approach to periviability: gynaecological, obstetric, perinatal, and neonatal dimensions. *J Obstet Gynaecol*. 2007; 27: 3-7.
15. Chervenak FA, McCullough LB. The professional responsibility model of obstetric ethics and caesarean delivery. *Best Practice e Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2013; 27: 153-164.
16. Chervenak FA, McCullough LB, Brent RL. The professional responsibility model of obstetric ethics: avoiding the perils of clashing rights. *Am J Obstet Gynecol*. 2011; 205: 315.

Tabella I – Caratteristiche generali del campione in studio.

Didascalie

Figura 1 – La figura riporta le principali motivazioni che consentono di giudicare appropriata l'esecuzione del parto cesareo nella popolazione in studio.

Figura 2 – La figura mostra le principali motivazioni che hanno indotto al parto cesareo nelle donne che non erano state precedentemente partorite con parto cesareo.

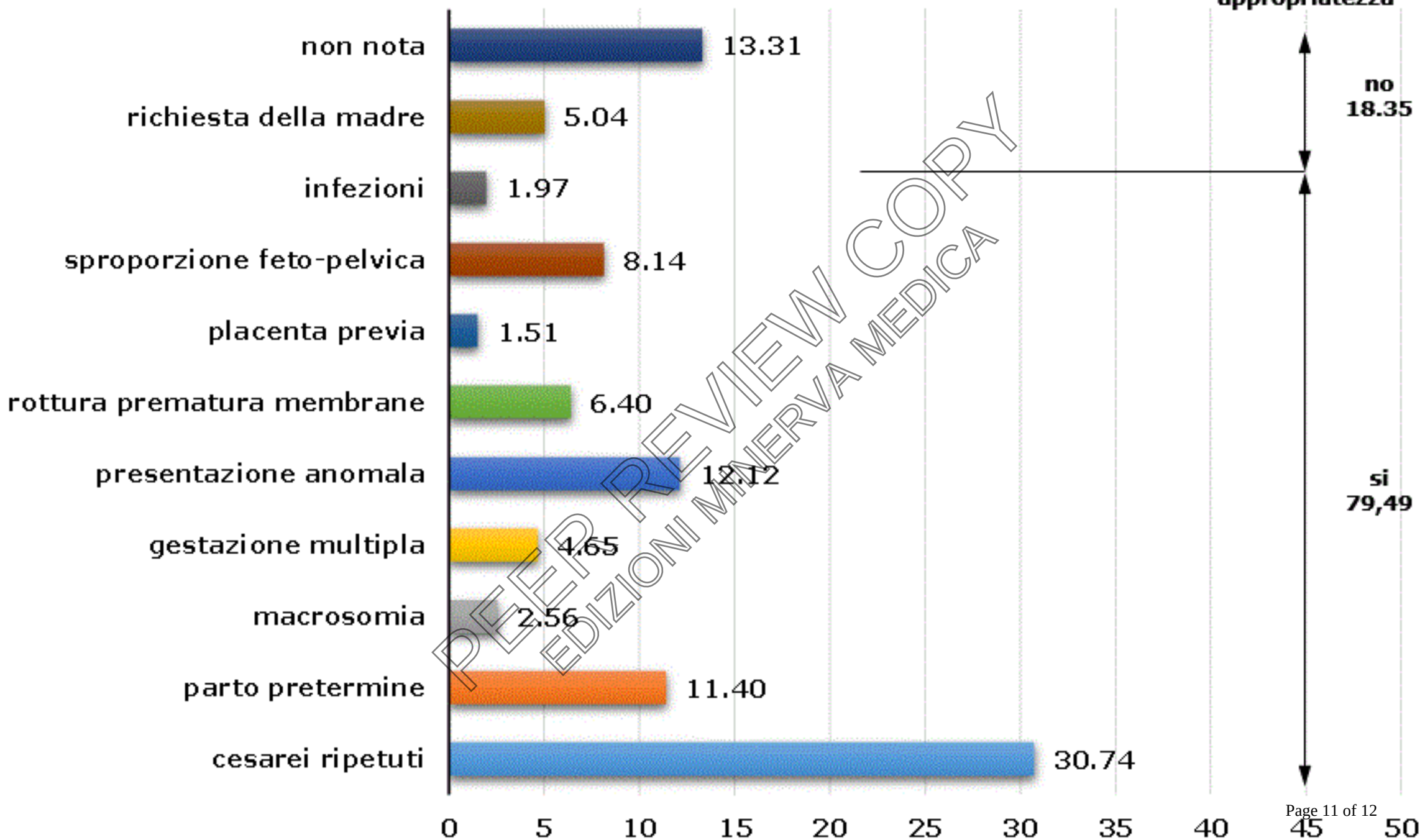
	(%)
NAZIONALITA'	
ITALIA	89.06
SRI LANKA	2.80
ROMANIA	1.65
ALTRA	3.75
ETA' MEDIA (anni)	32.1
TITOLO DI STUDIO	
LAUREA	25.31
DIPLOMA	31.32
LICENZA MEDIA	15.74
LICENZA ELEMENTARE	1.76
SCONOSCIUTO	25.87
PROFESSIONE	
CASALINGA	39.25
IMPIEGATO	15.23
INSEGNANTE	8.47
PERSONALE SANITARIO	8.18
LIBERO PROFESSIONISTA	6.66
OPERAIA	6.18
DISOCCUPATA	9.73
COMMERCIANTE	4.24
SCONOSCIUTA	2.06
PESO	
SOTTOPESO	3.25
NORMORESO	12.15
SOVRAPESO	31.57
OBESITA'	26.19
SCONOSCIUTO	26.74
PRIMIPARA	21.18

Tabella I - Caratteristiche generali del campione.

motivazione cesareo (%)

Minerva Medicolegale

appropriatezza



motivazione cesareo (%)

Minerva Medicolegale
**scelta
giustificata**

