

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 29 maggio 2017, n. 796

**Qualificazione del Percorso Nascita e attuazione dell'Allegato 7 "Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto" dell'Accordo n. 137/CU del 16 dicembre 2010. Approvazione del protocollo regionale per la partoanalgesia.**

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile A.P. e confermate dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue:

**Visto:**

- l'art. 2 comma 2 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. che assegna alle Regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute delle aziende sanitarie, nonché le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle medesime;
- l'Accordo n. 137/CU del 16 dicembre 2010, ai sensi dell'articolo 9 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento concernente "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";
- l'Allegato tecnico n. 7, parte integrante del sopracitato Accordo Stato — Regioni prevede le "Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 131 del 31/01/2011 con cui la Regione Puglia ha recepito il suddetto Accordo Stato - Regioni concernente "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" e ha istituito il Comitato Percorso Nascita regionale (CPNR), con funzione di coordinamento e verifica delle attività;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 ad oggetto: "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 65 del 18 marzo 2017;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 651 del 9/5/2017 con cui è stata modificata la composizione del Comitato Percorso Nascita Regionale.

**Atteso che:**

- la legge n 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al comma 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;
- la legge n 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al comma 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;
- ai sensi della medesima norma, di cui sopra, i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- le risultanze delle verifiche ministeriali sia in termini attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sia in termini di adempimenti come da Piano Operativo in materia di "Percorso Nascita" e quindi di attuazione dell'Accordo Stato — Regioni . 137/CU del 16 dicembre 2010 ad oggetto: "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” hanno evidenziato la necessità che la Regione Puglia garantisca l’implementazione della partoanalgesia;

- nel Piano Operativo 2016- 2018, proposto ai Ministeri affiancati (Ministero della Salute e Ministero dell’Economia e delle Finanze (MEF), è stato previsto l’adozione del modello organizzativo regionale che garantisca prioritariamente l’implementazione della partoanalgesia nei punti nascita con numero di parti >1000/anno, in attuazione del citato Accordo Stato — Regioni nonché degli adempimenti LEA;
- l’Accordo Stato — Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010:
  - all’Allegato 7 “Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto” specifica, tra l’altro che: *“Un’occasione di implementazione della metodica viene dalla riorganizzazione della rete ospedaliera prevista dall’Intesa del 3 dicembre 2009, unitamente a quanto previsto dai requisiti organizzativi dei punti nascita di cui al punto 1 del presente allegato e quindi dalla riduzione da tre a due dei livelli organizzativi. La riorganizzazione delle strutture ospedaliere prevista dall’Intesa del 3 dicembre è, infatti, un’occasione per le Regioni di migliorare la rete dei Punti nascita. Inoltre, fissando il numero di 1000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere, può assicurare la presenza/disponibilità di specialisti in Anestesia e Rianimazione e quindi garantire la sicurezza e la implementazione delle procedure analgesiche, nelle strutture individuate dalle regioni e all’interno di appositi programmi volti a diffonderne l’utilizzo”.*
  - definisce gli standard operativi, di sicurezza e tecnologici delle Unità Operative di Ostetricia e ginecologia di I e II livello. In particolare, tra gli standard operativi viene espressamente previsto: *“una sala operatoria deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPESL)”.*
- all’art.38 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 è stato stabilito che:
  - a) comma 3. *“Il Servizio sanitario nazionale garantisce le procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale, inclusa l’analgia epidurale, nelle strutture individuate dalle regioni e dalle province autonome tra quelle che garantiscono le soglie di attività fissate dall’Accordo sancito in sede di Conferenza tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 16 dicembre 2010 e confermate dal decreto 2 aprile 2015, n. 70, «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera», all’interno di appositi programmi volti a diffondere l’utilizzo delle procedure stesse”.*
  - b) comma 4: *“Le regioni e le province autonome adottano adeguate misure per incentivare l’esecuzione del parto fisiologico in una percentuale, sul totale dei parti, fissata sulla base di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale in coerenza con gli standard indicati dagli organismi sanitari internazionali, nonché per disincentivare i parti cesarei inappropriati”.*

#### **Preso atto che:**

- il Comitato Punti Nascita Regionale ha elaborato il documento “Modello organizzativo implementazione partoanalgesia nei punti nascita con numero parti >1000/anno”, condiviso con l’Associazione Anestetisti Rianimatori Ospedalieri Italiani — Emergenza Area Critica (AAROI-EMAC), con la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) con la Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore (SIAARED) nonché con esperti intervenuti;
- nel Piano Operativo 2016- 2018, proposto ai Ministeri affiancati (Ministero della Salute e Ministero dell’Economia e delle Finanze (MEF), è stato previsto l’adozione del modello organizzativo regionale che garantisca prioritariamente l’implementazione della partoanalgesia nei punti nascita con numero di parti >1000/anno;
- nel rispetto del diritto di libera scelta della donna sulle modalità di svolgimento del parto, la Regione Puglia, nel promuovere l’appropriatezza degli interventi assistenziali con conseguente riduzione dei parti cesarei, riconosce ad ogni donna in stato di gravidanza il diritto ad un parto fisiologico con la possibilità di usufruire gratuitamente di tecniche antalgiche efficaci e sicure, in particolare della partoanalgesia epidurale;
- l’effettuazione delle tecniche antalgiche avviene, in assenza di accertate controindicazioni cliniche, su espressa richiesta della donna, che può in ogni momento chiederne la sospensione, essendo il consenso

alla partoanalgesia libero, consapevole e sempre revocabile;

- le Strutture Sanitarie Ospedaliere e Territoriali assicurano una corretta e completa informazione sulla possibilità, sui limiti e sui rischi delle tecniche antalgiche durante il parto; inoltre, danno indicazioni sulle strutture dove tali tecniche sono praticate;
- il Comitato Punti Nascita Regionale, l'Associazione Anestetisti Rianimatori Ospedalieri Italiani — Emergenza Area Critica (AAROI-EMAC), la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), la Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore (SIAARED) nonché con esperti intervenuti ritengono che:
  - a) i Punti Nascita debbano adeguarsi ai requisiti operativi, di sicurezza e tecnologici, di cui all'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010 "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" ed in particolare alla presenza della sala operatoria deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPESL;
  - b) la conduzione dell'analgesia epidurale per il travaglio e il parto richiede che il team dei professionisti oltre che sinergico sia qualitativamente preparato, ovvero a conoscenza delle peculiarità del travaglio in analgesia e quindi adeguatamente formato;
  - c) l'implementazione della partoanalgesia prioritariamente nei punti nascita > 1000 parti/anno nasce anche dal fatto che per mantenere le competenze e l'integrazione, è necessario che il team esegua a regime almeno 200-250 analgesie epidurali/anno e che ciascun Anestesista deve eseguire almeno 40 procedure/anno, necessarie per mantenere competenze di livello 3.

Alla luce di quanto sopra, si propone di:

1. di approvare l'allegato "Modello organizzativo implementazione partoanalgesia nei punti nascita con numero parti >1000/anno", di cui all'Allegato A, che, composto da n. 9 (nove) fogli, è parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento, predisposto dal Comitato Punti Nascita Regionale (CPNR) e condiviso con l'Associazione Anestetisti Rianimatori Ospedalieri Italiani — Emergenza Area Critica (AAROI-EMAC), con la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) con la Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore (SIAARED) nonché con esperti intervenuti, al fine di individuare i criteri clinico-organizzativi per rendere operativo il parto in analgesia epidurale, presso i punti nascita previsti dalla Regione in condizioni di sicurezza, in linea con le raccomandazioni/indicazioni e con livelli di competenza professionale secondo EBM, EBN;
2. di stabilire che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere Universitarie nonché i Legali rappresentanti delle strutture private accreditate, implementino la partoanalgesia nei Punti nascita >1000 parti/anno;
3. di stabilire che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere Universitarie nonché i Legali rappresentanti delle strutture private accreditate, implementino la partoanalgesia nei Punti nascita >1000 parti/anno verifichino i requisiti richiesti nell'allegato modello organizzativo e predispongano. Qualora i predetti requisiti non siano totalmente garantiti dai Punti nascita con numero di parti >1000/anno, entro tre mesi dall'adozione del presente schema di provvedimento, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere Universitarie nonché i Legali rappresentanti delle strutture private accreditate dovranno predisporre il relativo il piano di adeguamento;
4. di stabilire che il Comitato Percorso Nascita in collaborazione con AAROI-EMAC, SIAARTI, SIAARED, SIAATIP effettui semestralmente il monitoraggio dell'attività svolta, sulla base degli indicatori riportati nel modello organizzativo di implementazione della partoanalgesia, di cui all'Allegato A al presente schema di provvedimento.

#### **COPERTURA FINANZIARIA di cui alla L.R. n.28/01 e s.m.ì.**

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e

dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. k.

#### **LA GIUNTA**

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Responsabile A. P., dal Dirigente del Servizio;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge

#### **DELIBERA**

per quanto esposto nella relazione in narrativa, che qui si intende integralmente riportata,

1. di approvare l'allegato "Modello organizzativo implementazione partoanalgesia nei punti nascita con numero parti >1000/anno", di cui all'Allegato A, che, composto da n. 9 (nove) fogli, è parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, predisposto dal Comitato Punti Nascita Regionale (CPNR) e condiviso con l'Associazione Anestetisti Rianimatori Ospedalieri Italiani — Emergenza Area Critica (AAROI-EMAC), con la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) con la Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore (SIAARED) nonché con esperti intervenuti, al fine di individuare i criteri clinico-organizzativi per rendere operativo il parto in analgesia epidurale, presso i punti nascita previsti dalla Regione in condizioni di sicurezza, in linea con le raccomandazioni/indicazioni e con livelli di competenza professionale secondo EBM, EBN;
2. di stabilire che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere Universitarie nonché i Legali rappresentanti delle strutture private accreditate, implementino la partoanalgesia nei Punti nascita >1000 parti/anno, in quanto prestazione LEA, secondo le indicazioni riportate nel modello organizzativo, di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento ;
3. di stabilire che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere Universitarie nonché i Legali rappresentanti delle strutture private accreditate, implementino la partoanalgesia nei Punti nascita >1000 parti/anno verifichino i requisiti richiesti nell'allegato modello organizzativo e predispongano. Qualora i predetti requisiti non siano totalmente garantiti dai Punti nascita con numero di parti >1000/anno, entro tre mesi dall'adozione del presente schema di provvedimento, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere Universitarie nonché i Legali rappresentanti delle strutture private accreditate dovranno predisporre il relativo il piano di adeguamento;
4. di stabilire che il Comitato Percorso Nascita in collaborazione con AAROI-EMAC, SIAARTI, SIAARED, SIAATIP effettui semestralmente il monitoraggio dell'attività svolta, sulla base degli indicatori riportati nell'allegato Modello organizzativo di implementazione della partoanalgesia, di cui all'Allegato A al presente provvedimento;
5. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, al Comitato Punti Nascita Nazionale (CPNN) e Regionale (CPNR), ai Direttori Generali delle ASL, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS pubblici e privati accreditati, Enti Ecclesiastici;
6. di notificare il presente provvedimento alle Case di Cura private accreditate e ai Consultori familiari, per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti;

7. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze) nonché al Tavolo di verifica LEA.

Il segretario della Giunta  
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta  
dott. Michele Emiliano

**REGIONE PUGLIA  
ASSESSORATO ALLA SANITÀ**

**SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA**

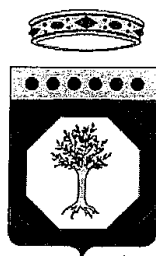
**ALLEGATO A**

Il presente allegato è composto da

n. 9 (nove) fogli escluso il presente

Il Dirigente del Sezione  
(dott. Giovanni CAMPOBASSO)





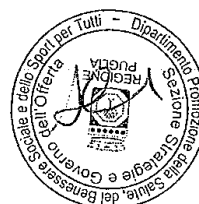
**REGIONE  
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE,  
DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO  
SPORT PER TUTTI**

**SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA**

**SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA  
OSPEDALIERA**

**Modello organizzativo implementazione partoanalgesia nei punti nascita  
con numero parti >1000/anno  
(documento condiviso e approvato dal Comitato Punti Nascita Regionale  
(CPNR), AAROI-EMAC, SIAARTI SIAARED e da esperti intervenuti)**

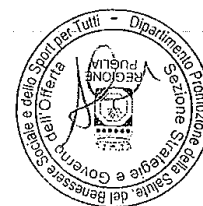


**REGIONE PUGLIA – PARTOANALGESIA EPIDURALE****PREMESSA**

Già il Comitato Nazionale di Bioetica, nel documento del 30 marzo 2001, avente per titolo "La terapia del dolore: orientamenti bioetici", affermava che " ..... la compatibilità di queste tecniche analgesiche con un parto naturale e spontaneo, l'efficacia della sedazione del dolore realizzata con anestesia epidurale, la diffusione sempre più ampia di questa modalità di partorire (70% nel Regno Unito ed in Francia contro il nostro 15-20%), la razionalizzazione delle metodiche, il grado di sicurezza che offrono per la madre e per il neonato (i rischi sono prevalentemente imputabili ad una prassi non corretta) autorizzano a considerare questo tipo di analgesia applicabile, efficace ed accettabile pur con i rischi che sono propri della medicina e delle applicazioni conseguenti, non esclusi quelli di tipo organizzativo che si auspica vengano superati. I processi culturali in atto fra le donne sono orientati per un verso contro la medicalizzazione di un atto naturale come il parto, e, per l'altro, ad evitare, attraverso l'intervento analgesico, il dolore. La decisione di quale strada intraprendere deve essere riservata ad ogni singola donna sulla base di un'informazione corretta sui vantaggi, i rischi e le possibilità delle due soluzioni."

"Essendo chiaro che esistono diverse e giustificate possibilità di scelta, per quel che attiene le modalità del parto, è raccomandabile che le gestanti, prima di scegliere le modalità con cui intendono mettere al mondo il loro bambino, siano non solo informate ma anche debitamente sensibilizzate sulla portata delle loro opzioni, sui loro rischi e sulla loro praticabilità. L'analgesia (come peraltro ogni preparazione al parto), per realizzare al meglio questo fine, dovrebbe però far parte di un programma di assistenza alla gravidanza che si propone una visione globale del nascere e non porsi come un evento isolato, "scarsamente informato", che viene proposto in sala parto."

Le linee guida nazionali per il Taglio Cesareo che alla pagina 82 riportano una affermazione di livello di evidenza IA : *"Le donne in gravidanza devono essere informate che un sostegno emotivo continuo durante il travaglio di parto, effettuato da persone con o senza una formazione specifica, riduce la probabilità di un taglio cesareo e di parto operativo. Tale sostegno riduce inoltre la probabilità di alcuni interventi medici durante il travaglio di parto*





*(analgesia/anestesia, CTG) e migliora la soddisfazione percepita dalle donne rispetto all'esperienza del parto".*

L'emanazione del Decreto Del Presidente Del Consiglio Dei Ministri 12 gennaio 2017 ad oggetto "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", ha riproposto il tema della partoanalgesia. In particolare, all'art. 38 comma 3 recita: *"Il Servizio sanitario nazionale garantisce le procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale, inclusa l'analgesia epidurale, nelle strutture individuate dalle regioni e dalle province autonome tra quelle che garantiscono le soglie di attività fissate dall'Accordo sancito in sede di Conferenza tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano il 16 dicembre 2010 e confermate dal decreto 2 aprile 2015, n. 70, «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera», all'interno di appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo delle procedure stesse"*; inoltre, al comma 4 recita: *"Le regioni e le province autonome adottano adeguate misure per incentivare l'esecuzione del parto fisiologico in una percentuale, sul totale dei parti, fissata sulla base di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale in coerenza con gli standard indicati dagli organismi sanitari internazionali, nonché per disincentivare i parti cesarei inappropriati"*.

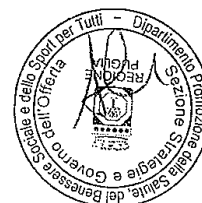
Il Piano Operativo 2016-2018 della Regione Puglia, proposto ai Ministeri affiancanti, prevede l'implementazione della partoanalgesia nei punti nascita con un numero di parti > 1000/anno.

Si intende favorire il parto fisiologico promuovendo l'appropriatezza degli interventi, nel rispetto del diritto di libera scelta della donna sulle modalità e sullo svolgimento del parto, e del diritto di usufruire gratuitamente di tecniche sicure ed efficaci di controllo/contenimento del dolore durante il travaglio ed il parto.

Pertanto, tutti i professionisti coinvolti nell'evento nascita devono essere formati per supportare la donna nelle sue scelte.

E' indispensabile dare corrette, specifiche e complete informazioni su questo tema, possibilmente con l'ausilio di opuscoli. Le informazioni vanno date in due momenti: nel primo/secondo trimestre di gravidanza, in cui si affronta anche la tematica della partoanalgesia, e al termine della gravidanza, in prossimità dell'espletamento del parto. Le attività informative/formative dovranno essere realizzate da tutti i professionisti coinvolti, con la collaborazione dei consultori familiari.

Gli strumenti di controllo del dolore nel parto (quale l'analgesia peridurale) devono essere ben conosciuti e praticati da tutta l'équipe presente in sala



parto, e devono essere dichiarati nella carta dei servizi dei punti nascita come offerta assistenziale gratuita a richiesta della partoriente.

L'effettuazione dell'anestesia peridurale, determinando modificazioni significative nelle modalità assistenziali del travaglio-parto, rende necessaria una formazione specifica, oltre che dell'anestesista, anche del ginecologo, dell'ostetrica e del neonatologo/pediatra. Tale formazione dovrà essere articolata così da consentire una condivisione di conoscenze, informazioni, modalità di lavoro comuni tra i vari professionisti coinvolti, sia ospedalieri che territoriali.

La richiesta di accesso all'anestesia peridurale da parte della donna deve essere garantita fatte salve le opportune valutazioni professionali specialistiche.

Alla luce di quanto sopra esposto:

1. Nel rispetto del diritto di libera scelta della donna sulle modalità di svolgimento del parto, la Regione Puglia, nel promuovere l'appropriatezza degli interventi assistenziali con conseguente riduzione dei parti cesarei, riconosce ad ogni donna in stato di gravidanza il diritto ad un parto fisiologico con la possibilità di usufruire gratuitamente di tecniche antalgiche efficaci e sicure, in particolare della partoanalgesia epidurale.

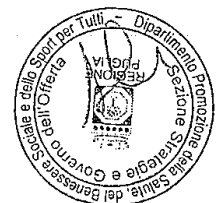
2. L'effettuazione delle tecniche antalgiche di cui al comma 1 avviene, in assenza di accertate controindicazioni cliniche, su espressa richiesta della donna, che può in ogni momento chiederne la sospensione, essendo il consenso alla partoanalgesia libero, consapevole e sempre revocabile.

3. Le Strutture Sanitarie Ospedaliere e Territoriali assicurano una corretta e completa informazione sulla possibilità, sui limiti e sui rischi delle tecniche antalgiche durante il parto; inoltre, danno indicazioni sulle strutture dove tali tecniche sono praticate.

Negli ultimi decenni, si è sempre più diffusa la cultura dell'analgesia, da attuarsi sia con metodi farmacologici che non farmacologici.

In particolare, è andata aumentando la richiesta delle donne di affrontare il parto controllando e/o contenendo il dolore, in linea con lo sviluppo delle conoscenze e delle esperienze nazionali e internazionali.

Diverse normative regionali prevedono, per il diritto di libera scelta della donna, che debbano essere riservate particolari attenzioni alle eventuali richieste di parto indolore mediante tecniche di analgesia. L'introduzione dei nuovi LEA a livello nazionale confermano la garanzia delle procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale.



***Qualora non sia tollerato e la donna lo richieda, il dolore deve essere trattato; la tecnica analgesica più efficace secondo le valutazioni EBM (Cochrane 2005) per il sollievo dal dolore durante il travaglio e il parto è l'analgia epidurale.***

Il presente documento, elaborato dal Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR), affronta il tema del trattamento farmacologico del dolore durante il travaglio e il parto, integrando così il percorso nascita nella sua totalità.

A tal fine, individua le indicazioni clinico-organizzative-gestionali dei punti nascita basate sulle evidenze scientifiche, così da garantire l'offerta dell'analgia in risposta alla libera scelta delle partorienti.

La gestante, informata nei modi e nei tempi necessari per comprendere ed accettare i reali benefici e rischi connessi alle tecniche offerte, deve avere garanzia di partorire in analgesia, previa verifica delle condizioni cliniche e dell'assenza di controindicazioni.

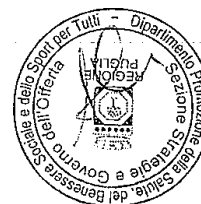
**Le presenti linee guida hanno lo scopo di:**

1. Individuare i criteri clinico-organizzativi per rendere operativo il parto in analgesia epidurale, presso i punti nascita previsti dalla Regione in condizioni di sicurezza, in linea con le raccomandazioni/indicazioni e con livelli di competenza professionale secondo EBM, EBN.
2. Definire e condividere raccomandazioni/indicazioni e percorsi per un'analgia epidurale e per le tecniche farmacologiche in alternativa qualora indicate, sicure per la gestante, per il nascituro e, in definitiva, per tutto il team sanitario.

Al fine di effettuare l'analgia peridurale in corso di travaglio di parto, i punti nascita in strutture di ricovero debbono soddisfare i requisiti generali e specifici previsti dalla normativa nazionale (DPR 14.1.1997, Accordo Stato-Regioni del 2010) e regionale (Regolamento regionale n. 3/2005).

Per la garanzia del parto indolore, devono essere previsti i seguenti requisiti organizzativi, oltre a quelli di cui alla normativa sopra enunciata:

- Percorsi/protocolli codificati per il tempestivo accesso h 24 alla Sala Operatoria ad eventuali trattamenti subintensivi e intensivi nell'ambito della rete ospedaliera aziendale o interaziendale, secondo intese preliminari e procedure condivise di trasporto assistito materno e neonatale.



- Protocolli aziendali validati e condivisi per la gestione delle urgenze/emergenze ostetriche e neonatali, in coerenza con le indicazioni regionali e le linee guida.
- Standard di sicurezza secondo linee guida/raccomandazioni
- Team esperto multispecialistico in guardia attiva h 24 (anestesista, ginecologo-ostetrico, ostetrica, neonatologo/pediatra), non impegnato in attività che non possano essere rapidamente interrotte
- Competenza in tema di partoanalgesia per numero adeguato di procedure/anno (clinical competence)

#### **Sviluppo regionale**

Alla luce di quanto previsto dal DPCM del 12.1.2017, è necessario individuare sul territorio i punti nascita dove poter effettuare l'analgesia epidurale. Come da Piano Operativo 2016-2018 proposto, la partoanalgesia dovrà essere garantita prioritariamente nei Punti Nascita con un numero di parti >1000 parti/anno.

Alle gestanti e alle partorienti devono essere fornite informazioni specifiche, adeguate e complete sulle tecniche di parto analgesia uniformi su tutto il territorio regionale.

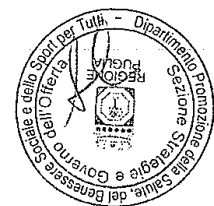
Le informazioni devono riguardare le modalità di accesso, le indicazioni, i benefici materno-fetali, le controindicazioni, le complicanze, i tipi di analgesia disponibili con il dettaglio dell'efficacia secondo EBM. Le informazioni, fornite sia dalle strutture ospedaliere che territoriali, devono far parte integrante dei corsi di accompagnamento alla nascita.

#### **Requisiti organizzativi per l'analgesia epidurale**

I requisiti organizzativi sono quelli previsti dalle norme vigenti e su richiamate, compreso l'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16/12/2010. "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", al quale si rimanda per le specifiche tecniche.

L'analgesia epidurale nel parto è una procedura di équipe che richiede professionalità esperte, operanti in maniera integrata, sinergica nel rispetto dei ruoli, e delle competenze delle diverse figure professionali (ostetrica/ ginecologo/ anestesista).

Preliminarmente, per estendere l'offerta di partoanalgesia, in ogni azienda devono essere introdotte specifiche iniziative volte alla formazione, seguite eventualmente da differenti modalità organizzative del lavoro.



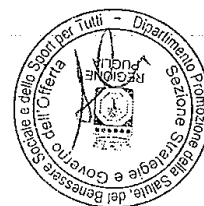
A tal proposito, AAROI-EMAC, SIAARTI, SIARED il Comitato Punti Nascita Regionale e gli esperti inviati considerano presupposto organizzativo irrinunciabile la istituzione di una Guardia Anestesiologica H24 dedicata esclusivamente al Punto Nascita, distinta rispetto sia alla Guardia anestesiologica H24 per le emergenze-urgenze, sia alla Guardia H24 dedicata alla Rianimazione. In tal modo, si potrà garantire la parto analgesia peridurale senza che vi siano interferenze con gli interventi di emergenza, che ovviamente sono prioritari.

La presenza in Guardia attiva H24, secondo l'AAROI EMAC e SIAARTI, deve riguardare anche tutta l'equipe coinvolta nelle attività del Punto Nascita. Come requisito di sicurezza, oltre che di qualità, il Blocco Parto deve essere provvisto di un Blocco Operatorio Ostetrico adiacente alla zona travaglio-parto, o funzionalmente collegata ad essa (ISPESL, Linee Guida per gli interventi di prevenzione relativi alla sicurezza e all'igiene del lavoro nel "Blocco Parto", D.P.R. 14.1.1997; l'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16/12/2010).

Pertanto il modello organizzativo su esposto considera presupposto indispensabile alla sua applicazione, dal punto di vista logistico, l'allocazione delle Sale Parto e delle Sale Operatorie di emergenza-urgenza ostetrica del Presidio interessato nello stesso Quartiere Operatorio e in stretta contiguità e vicinanza.

Per garantire un percorso efficace e sicuro, ciascun centro dovrà:

- A) Fornire informazioni complete relative alla partoanalgesia durante tutto il percorso nascita sia in maniera diretta che tramite materiale cartaceo /informatico;
- B) Identificare criteri di inclusione/esclusione della gestante dal percorso relativo alla parto analgesia; tali criteri devono essere verificati e validati dall'Ostetrico e dall'Anestesista di norma prima del travaglio o successivamente;
- C) Acquisire il consenso informato della partoriente
- D) Disporre di protocolli applicativi redatti secondo le norme di buona pratica clinica, linee guida;
- E) Disporre di protocolli formali per la gestione del neonato
- F) Disporre di percorsi per identificare e trattare i possibili eventi avversi
- G) Disporre di aree di cure intensive per la madre e il neonato (anche con trasporto interno)
- H) Disporre di indicatori per la verifica di efficacia e soddisfazione
- I) Implementare la Raccomandazione Ministeriale n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto. Contestualmente,



disporre di sistemi per la rilevazione e la raccolta degli eventi avversi con la relativa analisi.

L) Pianificare e mantenere nel tempo attività di formazione, incontri per aggiornamenti, discussione di casi clinici con tutti i professionisti coinvolti nel percorso

M) Rendere evidenti i risultati della attività propria

In caso di controindicazioni all'analgesia epidurale, dovranno essere disponibili protocolli per trattamenti farmacologici alternativi per il sollievo dal dolore da travaglio-parto

### **Formazione del team e mantenimento della professionalità esperta**

#### **Formazione del team**

La conduzione dell'analgesia epidurale per il travaglio e il parto richiede che il team dei professionisti oltre che sinergico sia qualitativamente preparato, ovvero a conoscenza delle peculiarità del travaglio in analgesia (necessità di un monitoraggio continuo della FCF, aumentato ricorso all'uso dell'ossitocina, aumento della durata del secondo stadio del travaglio, diversificato ricorso al parto operativo).

In particolare va ribadito il ruolo dell'ostetrica nel sostenere e stimolare la donna per mantenere il suo ruolo di protagonista attiva del travaglio pur nell'ambito di un parto medicalizzato.

Anche il ginecologo dovrà essere formato all'assistenza del travaglio parto con indicatori e tempi diversi rispetto al parto naturale e con l'eventuale esigenza di effettuare parti operativi.

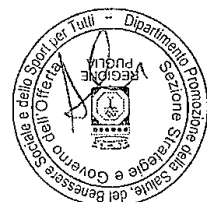
Il medico anestesista che si occupa di analgesia epidurale nel travaglio e nel parto deve essere esperto:

- a) in anestesia e rianimazione ostetrica;
- b) nelle tecniche di anestesia locoregionale epidurale.

Il posizionamento di catetere epidurale rientra nella formazione di un'anestesista, anche se va posta una attenzione particolare per le caratteristiche anatomico-tessutali della gravida, mentre l'elemento critico su cui fare una specifica formazione è la conduzione della analgesia peripartum.

I programmi di formazione specifici, propedeutici all'attivazione della partoanalgesia, omogenei in tutta la regione, devono essere condotti nell'ambito dell'ECM, secondo le indicazioni delle Società Scientifiche e con coordinamento della regione stessa, per garantire uniformità.

I corsi di formazione (teorici e pratici) devono essere rivolti anche a tutto il personale coinvolto nell'evento nascita. Deve essere prevista la formazione sul campo in centri di riferimento, definiti a livello regionale e periodicamente aggiornati, o in sede, ad opera di personale esperto.



Devono essere elaborati i programmi di formazione specifica, organizzati anche a livello aziendale, con le caratteristiche descritte sopra, che coinvolgano tutto il personale del team dedicato devono avere l'obiettivo di per:

- acquisire capacità clinico diagnostiche terapeutiche, nell'ambito dell'analgesia in ostetricia
- prevenire le situazioni di rischio materno-fetale
- migliorare l'organizzazione per costruire percorsi diagnostico terapeutici sicuri, per facilitare l'integrazione dell'équipe, nel rispetto del governo clinico
- gestire il rischio clinico.

#### **Mantenimento della professionalità esperta**

Per mantenere le competenze e l'integrazione, è necessario che il team esegua a regime almeno 200-250 analgesie epidurali/anno.

Ciascun Anestesista deve eseguire almeno 40 procedure/anno, necessarie per mantenere competenze di livello 3.

E' inoltre opportuno che l'anestesia ostetrica non sia eseguita saltuariamente. Nel caso in cui il numero di prestazioni previsto non sia soddisfatto e l'unità di anestesia ostetrica non giustifichi la presenza di anestesisti dedicati, è comunque opportuno che siano previsti periodi di attività prevalente in anestesia ostetrica.

E' di importanza fondamentale che siano mantenute revisioni periodiche dell'attività con gli altri componenti del team (ostetriche , ginecologi, neonatologi/pediatri).

#### **Indicatori**

1. Numero di travagli vaginali assistiti con analgesia epidurale/numero totale di travagli effettuati (SDO e CEDAP)
2. Numero di parti vaginali assistiti con assistenza farmacologica antalgica /numero totale di parti vaginali effettuati (SDO e CEDAP)
3. Numero di donne con peridurale che effettuano TC in urgenza / totale numero di donne che effettuano analgesia peridurale in travaglio (CEDAP)
4. Numero di parti vaginali assistiti con analgesia epidurale/totale delle visite ambulatoriali anestesilogiche effettuate
5. Numero di complicanze verificatesi con analgesia epidurale /numero di epidurale eseguite (vedi elenco complicanze)
6. Numero di donne assistite soddisfatte/totale donne assistite per tipologia di tecnica utilizzata

