



AZIENDA  
SANITARIA  
REGIONE  
MOLISE  
ASREM

**REV. 1**

**07.10.2024**

**REV. 2**

**REV. 3**

REGIONE MOLISE GIUNTA REGIONALE  
Protocollo Arrivo N. 27174/2025 del 24-02-2025  
Allegato 2 - Class. 0 - Copia Documento

**PDTA – PROTOCOLLO OPERATIVO ANALGESIA PER  
TRAVAGLIO DI PARTO – REVISIONE ED  
AGGIORNAMENTO**

# PERCORSO ASSISTENZIALE DI PARTOANALGESIA: OSPEDALE PILOTA “A. CARDARELLI” DI CAMPOBASSO

## REFERENTI:

- **Dr Vincenzo CUZZONE**, Responsabile UOSVD di Anestesia e Recovery Room, Ospedale Cardarelli di Campobasso;
- **Dr. Franco DOGANIERO**, Direttore UOC di Ginecologia ed Ostetricia, Ospedale Cardarelli di Campobasso;
- **Dr.ssa Debora SIMONETTI**, Direttore f.f. UOC Pediatria e Neonatologia, Ospedale “A. Cardarelli” di Campobasso;

## DESTINATARI:

- ~ Dirigenti Medici della U.O.C. di Ginecologia ed Ostetricia
- ~ Dirigenti Medici della U.O.C. di Anestesia e Rianimazione
- ~ Dirigenti Medici della U.O.C. di Pediatria e Neonatologia
- ~ Infermieri ed Ostetriche della U.O.C. di Ginecologia ed Ostetricia

## TABELLA DELLE RESPONSABILITA'

<b>ATTIVITA' ORGANIZZATIVE ED ATTUATIVE</b>	<b>ANESTESISTI</b>	<b>GINECOLOGI</b>	<b>NEONATOLOGI</b>	<b>OSTETRICHE</b>	<b>DIREZIONE SANITARIA OSPEDALIERA</b>	<b>DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE</b>	<b>GOVERNANCE E QUALITA'</b>	<b>RISK MANAGEMENT</b>
produzione PDTA	R	R	R	R*	R*	C	C	C
revisione PDTA	R	R	R	R*	R	C	C	C
condivisione PDTA	R	R	R	R*	R*	R*	R*	R*
controllo attinenza ai PDTA	C	C	C	C	C	R	R	R
audit trimestrali	R	R	R	R	C	C	C	C
registro eventi avversi/indesiderabili	R	R	R	R	R*	R*	C	C
formazione/aggiornamento	R	R	R	C	R	R	C	C

R: responsabile

R\*: responsabile per le specifiche competenze

C: coinvolto



## PREMESSA

Ad oggi le procedure di parto-analgesia sono diffuse con modalità non omogenee ed insufficienti nelle varie parti del Paese, soprattutto a causa della carenza di personale anestesiológico. Si stima che le donne che possono usufruire di un'analgésia in travaglio di parto, Istituzionalmente garantita h24 e 365 giorni/anno non superi il 20% dei centri a livello nazionale. I dati di una recente Survey della SIAARTI fanno emergere che in Italia, il 41% dei punti nascita pratica la peridurale per il travaglio di parto indolore, ma non in modalità h 24 e 365 giorni/anno.

La procedura, dal 2017, è compresa nei livelli essenziali di assistenza, viene effettuata secondo principi di EBM (*evidence based medicine*), appropriatezza, sicurezza, efficacia, efficienza, economicità e fa parte di un percorso definito di accompagnamento alla gravidanza ed al parto. All'atto tecnico si affianca un'informazione adeguata sulle indicazioni, controindicazioni e possibili rischi per la madre e per il nascituro e sulle possibili modifiche temporali del travaglio di parto. L'informativa comprende l'illustrazione della metodica anestesiológica e delle altre tecniche di supporto per il controllo del dolore, anche di quelle non farmacologiche. Le gestanti che scelgono di essere sottoposte a parto-analgésia devono effettuare, entro l'ultimo mese (linee guida SIAARTI), una visita anestesiológica nel corso della quale viene compilata la relativa cartella clinica anestesiológica e, dopo un'accurata informazione alla paziente, viene acquisito il consenso informato, da aggiornare al momento della procedura.

Qualora la gestante non abbia effettuato la visita in corso della gravidanza, può chiedere, in condizioni particolari e da valutare caso per caso, il ricorso all'analgésia di parto durante il travaglio. Sull'effettuabilità della parto-analgésia si dovrà esprimere favorevolmente il ginecologo ostetrico e l'anestesista rianimatore dedicato. Affinché la parto-analgésia possa essere offerta per l'intero arco della giornata è necessaria la presenza h24 di un'equipe multidisciplinare che comprenda un anestesista rianimatore dedicato alla sala parto o un anestesista rianimatorie in guardia attiva o in pronta disponibilità specificatamente formato nel settore ostetrico secondo i principi della EBM e della buona pratica clinica, con alto livello di esperienza.

Inoltre, la presenza e la disponibilità, in sala parto, di un anestesista-rianimatore determinano un incremento della sicurezza nella gestione di eventuali emergenze-urgenze ostetrico-ginecologiche. In linea con i servizi di parto-analgésia attivati nei vari centri a livello nazionale, come descritto in precedenza, non è possibile, ad oggi, a Campobasso, garantire un servizio di parto-analgésia h24 e 365 giorni/anno, pertanto, si vuole avviare un percorso assistenziale pilota, programmabile in base alle disponibilità dei singoli Dirigenti Medici anestesisti ed in forma del tutto volontaria, fornendo ore lavorative extra rispetto all'orario contrattuale previsto dal CCNL.

Le competenze dell'anestesista-rianimatore, quelle dei ginecologi-ostetrici, dei neonatologi e/o pediatri e delle ostetriche sono necessarie per l'acquisizione di protocolli diagnostico terapeutici assistenziali (pdta) da condividere in tutti i servizi ed i dipartimenti coinvolti nel percorso nascita. Tali protocolli, approvati dagli organi istituzionali e società scientifiche di riferimento, saranno adeguati alle caratteristiche della struttura, facilmente consultabili e periodicamente aggiornati, oltre che continuamente verificati per quanto riguarda la loro adozione ed i risultati ottenuti.

Per ridurre al minimo gli effetti avversi ed ottimizzarne la resa della parto-analgésia, è fondamentale implementare la formazione specifica che interessi tutte le figure professionali coinvolte (anestesisti, ginecologi, pediatri/neonatologi, ostetriche ed infermieri) e che si ponga come obiettivi, in particolare, l'acquisizione di capacità clinico-diagnostiche nell'ambito dell'anestesia in ostetricia, il riconoscimento dei possibili effetti collaterali e delle complicanze legati alla parto-analgésia, la prevenzione del rischio materno e neonatale, il miglioramento dell'integrazione multidisciplinare in

un'ottica dipartimentale secondo le metodologie del governo clinico, la gestione del rischio clinico e la prevenzione degli eventi avversi. Parte della formazione specifica deve essere attuata in centri di riferimento individuati in base all'eccellenza nella pratica e alla casistica delle procedure effettuate.

L'anestesista dedicato, una volta eseguita l'analgisia, rimarrà disponibile sia per l'assistenza anestesiológica della paziente sia per modulare la somministrazione dell'analgisia in rapporto alle esigenze del parto, della partoriente e dell'ostetrica.

## **NORMATIVA ATTUALE E SITUAZIONE ITALIANA**

*L'analgisia epidurale ostetrica*, dal 2017 è entrata nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e la richiesta sta aumentando negli anni, grazie alla possibilità di maggiore informazione sulle tecniche per il parto indolore. Le Istituzioni coinvolte in ambito sanitario sono risultate sensibili a questa esigenza delle donne di scegliere di vivere l'esperienza parto nella sua completezza, scevra dal dolore. Il Piano Sanitario Nazionale auspica, pertanto, una maggiore sicurezza ed umanizzazione del parto e sollecita un maggior ricorso alla parto-analgisia. Attualmente le procedure di parto-analgisia sono diffuse "con modalità non omogenee ed insufficienti nelle varie parti del Paese anche per la carenza di personale anestesiológico" (Conferenza Unificata Stato-Regioni 2010). Nonostante già da oltre 25 anni in alcuni ospedali italiani si siano introdotte metodiche anestesiológicas durante il travaglio di parto, prima in via sperimentale, poi in modo routinario, ad oggi non si dispone di dati sicuri sul suo effettivo utilizzo; spesso il ricorso alla parto-analgisia non viene registrato perché, nella maggior parte delle regioni, non vi è una sua trascrizione nei DRG (raggruppamenti omogenei di diagnosi). L'erogazione della procedura di parto indolore non è, pertanto, realmente quantificabile e, di fatto, non si traduce nella garanzia di un diritto sancito dai LEA.

## REQUISITI OPERATIVI E STANDARD ORGANIZZATIVI DEI PUNTI NASCITA

L'accordo Stato-Regioni pubblicato come documento nel 2011 definisce gli standard operativi e di sicurezza per la riorganizzazione dei punti nascita nel modo seguente:

- punti nascita di I livello (500-1000 parti/anno) in cui vengono garantite: assistenza ostetrica-ginecologia h24 con pronta disponibilità integrativa notturna e festiva, assistenza neonatologica h24 in sala parto con collaborazione dell'anestesista-rianimatore del presidio qualora necessario, assistenza anestesiologicala h24 all'interno della struttura ospedaliera, almeno due ostetriche per turno fino a 1000 parti/anno, disponibilità di terapia sub-intensiva alla gravida e alla puerpera, disponibilità di terapia intensiva o di un collegamento formalizzato con essa, servizio di trasporto assistito materno (STAM) e servizio di trasporto in emergenza del neonato (STEN) con invio presso un punto nascita di II livello, disponibilità di una sala operatoria h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto, possibilità di emotrasfusione h24, un'adeguata assistenza all'evento nascita anche mediante tecniche di controllo del dolore, farmacologiche e non, una zona dedicata all'osservazione post-partum.
- punti nascita di II livello (>1000 parti/anno, presenza di Terapia Intensiva Neonatale-TIN) oltre a garantire i livelli assistenziali ed organizzativi del I livello devono essere soddisfatti ulteriori requisiti: risorse umane adeguate tenendo conto del volume di attività ginecologica, si raccomanda fino a 1500 parti/anno almeno 3 ostetriche per turno, 4 fino a 2000 parti/anno, 5 ostetriche oltre i 2000 parti/anno, tre sale travaglio-parto che devono essere 4 oltre i 2000 parti/anno, per un numero >1200 parti/anno deve essere garantita una seconda sala operatoria d'emergenza nella struttura ospedaliera, disponibilità di ricovero in terapia intensiva per la gravida e per la puerpera, coordinamento STAM regionale, possibilità di usufruire anche attraverso una pronta disponibilità integrativa di competenze specialistiche per la gravida (psicologica, cardiologica, neurologica, nefrologica...), si raccomanda ambulatorio anestesiologicalo ai fini della visita ed adeguata informazione alla paziente per parto-analgesia/TC programmato, ogni sala travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento, attrezzatura, dotazione impiantistica tali da poter consentire l'espletamento di almeno tre parti in contemporanea, nonché consentire accesso a persona indicata dalla partoriente, garantire l'assistenza neonatale (isola neonatale- rooming in), garantire TIN e terapia sub-intensiva neonatale, coordinamento dello STEN, garantire elevati livelli di integrazione funzionale tra anestesisti, neonatologi ed ostetrici-ginecologi.

Tra i requisiti comuni ai punti nascita di I e di II livello si aggiungono i collegamenti funzionali tra le aree di assistenza ostetrica e neonatale, la presenza di un blocco travaglio-parto, aree di degenza puerperale, nido e rooming-in, degenza neonatale sullo stesso piano dello stesso edificio o quanto meno allocate nel medesimo. Tali requisiti devono essere soddisfatti ogni qualvolta si proceda ad interventi di ristrutturazione o di nuova progettazione di servizi ospedalieri per l'assistenza perinatale.

## DATI SCIENTIFICI

Il dolore nel travaglio di parto è un fenomeno soggettivo che dipende da molteplici fattori.

La reazione al dolore può essere influenzata dall'ambiente ed è dimostrato che la presenza durante il travaglio di una persona di sostegno (familiare, amica o anche operatore sanitario) che fornisca ascolto, rassicurazioni o aiuto, può ridurre le richieste di trattamento antidolorifico.

Il dolore durante il travaglio di parto può essere alleviato con diversi metodi, sia naturali che farmacologici. La tecnica più efficace e completa nel ridurre il dolore del travaglio di parto è l'analgesia peridurale. Può essere richiesta in qualsiasi momento del travaglio attivo (2-3 contrazioni in 10 minuti), indipendentemente dalla dilatazione cervicale e consiste nel posizionamento di un catetere molto sottile nello spazio peridurale a livello lombare, attraverso cui si somministra una miscela di farmaci (anestetici locali, oppioidi con o senza ulteriori adiuvanti) che hanno la funzione di ridurre la nocicezione della contrazione uterina, preservando tuttavia la percezione della contrazione stessa in funzione della concentrazione di anestetico utilizzata. Il posizionamento del catetere epidurale permette alla donna di assumere qualsiasi posizione a lei gradita durante il travaglio, rispettando il monitoraggio del BCF e dei propri parametri vitali.

Dopo 5 minuti dalla somministrazione dei farmaci si inizia a sentire meno dolore, ma è in circa 15-20 minuti che l'effetto analgesico raggiunge la sua massima efficacia. Il catetere viene rimosso generalmente due ore dopo il parto.

Le indicazioni all'analgesia epidurale sono:

- richiesta della paziente
- travaglio prematuro e postmaturo
- travaglio prolungato
- parti gemellari
- parto podalico
- parto indotto (molto spesso è più doloroso)
- situazioni cliniche in cui siano necessari il rilasciamento dei muscoli pelvici e la dilatazione della cervice uterina per favorire la discesa del feto e le manovre di estrazione
- previsione di un possibile taglio cesareo o parto vaginale strumentale in corso di travaglio in pazienti in cui siano prevedibili difficoltà di gestione in anestesia generale (obesità, nota difficoltà d'intubazione, etc...)
- selezionate patologie materne cardiache, polmonari e della gravidanza (pre-eclampsia, ipertensione) per ridurre lo stress della madre
- Diabete (macrosomia fetale)
- Pregresso distacco di retina

Le controindicazioni sono:

Assolute:

- coagulopatie acquisite o congenite
- infezione nel sito di inserzione dell'ago
- stato febbrile refrattario a terapia medica o sepsi materna
- ipovolemia marcata o emorragia materna
- mancata sospensione di farmaci anticoagulanti o antiaggreganti

### Relative:

in tali situazioni la decisione va ponderata caso per caso

- preesistente disturbo neurologico midollare o a carico dei nervi periferici

### Gli effetti collaterali sono:

Si tratta di una pratica sicura ed usata in tutto il mondo. Sono tuttavia possibili alcuni effetti collaterali quali:

- la comparsa di nausea e/o di un lieve prurito generalizzato, che solitamente passa da solo dopo breve tempo (legata alla somministrazione dell'oppioide)
- una lateralizzazione dell'analgesia (meno dolore da un lato del corpo rispetto all'altro) che si può risolvere ritirando leggermente il catetere peridurale
- difficoltà momentanea ad urinare che, sporadicamente, può comportare la necessità di posizionare temporaneamente un catetere vescicale nell'immediato periodo post partum (trattasi di eventualità possibile anche nelle pazienti che non usufruiscono della parto-analgesia epidurale)
- temporanea riduzione della pressione arteriosa materna, facilmente reversibile mediante somministrazione endovenosa di cristallodi e/o colloidi e vasopressori a breve durata d'azione (Efedrina, Etilefrina, Fenilefrina).

Inoltre, in letteratura sono descritti:

- una durata maggiore della fase espulsiva (di circa 15-20 minuti)
- un maggiore utilizzo di ossitocina endovenosa (per aumentare e regolarizzare la frequenza delle contrazioni)
- lombalgia attribuibile all'epidurale (1% delle donne sottoposte a puntura peridurale, consistente in dolore di tipo puntorio nella sede di esecuzione della peridurale, da non confondere con la lombalgia aspecifica che, nel post partum, colpisce il 49% delle donne indipendentemente dal ricorso o meno alla tecnica della parto-analgesia)

### Le complicanze sono:

- possibili reazioni allergiche ai farmaci usati per la parto-analgesia.
- puntura durale accidentale (0,1 – 3% dei casi) che può comparire, 24–48 ore dopo il parto, caratterizzata da cefalea occipitale intensa di tipo posturale che si manifesta in ortostatismo e scompare o si attenua in clinostatismo. Essa si risolve completamente e senza conseguenze nel giro di 2–4 giorni con terapia (riposo, antidolorifici e idratazione, ecc...), in rari casi può durare anche 15 giorni e in questo caso su indicazione del medico anestesista potranno essere richieste indagini radiologiche. Tale cefalea non è da confondere con la cefalea aspecifica che colpisce il 12-39% delle donne gravide.
- lesioni nervose periferiche secondarie a contatto della punta dell'ago da peridurale con radici nervose periferiche (0,04%), tali lesioni, raramente permanenti (0-7,6: 10.000) guariscono generalmente in un periodo di tempo compreso tra due settimane e tre mesi circa.

## PUNTO NASCITA OSPEDALE “A. CARDARELLI” DI CAMPOBASSO:

### PROPOSTA OPERATIVA AGGIORNATA

Nel 2020, a livello Nazionale, si è registrato un nuovo minimo storico di nascite dall’Unità d’Italia, pari ad un calo del 3,8% delle nascite, quasi 16.000 rispetto al 2019. Tale riduzione è riconducibile in modo significativo alla pandemia da Sars-CoV2 (dati ISTAT).

Il P.O. “A. Cardarelli” di Campobasso, dotato di un Punto Nascita di II livello per la presenza di U.O.C. di Neonatologia con Terapia Intensiva Neonatale, nell’anno 2020 ha registrato 737 parti in totale (di cui 307 tagli cesarei), mentre per l’anno 2021 la proiezione è di circa 600 parti in totale.

L’attivazione di tale percorso assistenziale si pone l’obiettivo di ridurre sia la mobilità passiva sia la mobilità attiva delle partorienti, incrementando quindi il numero totale dei parti. Tale servizio, verrà attivato in un ambiente “raccolto e familiare” in grado di garantire un elevato livello di umanizzazione delle cure, quale è la nostra realtà ospedaliera che rappresenta, indubbiamente, un fattore altamente attrattivo per le partorienti corregionali e delle regioni limitrofe. L’attuazione del percorso assistenziale di parto-analgesia, oltre ad offrire maggiori standard di sicurezza e comfort per la partoriente ed il neonato, rappresenta il presupposto fondamentale per un’intera riorganizzazione, aggiornamento e rivalorizzazione del percorso nascita, a tutela delle ormai preziose gravidanze e l’occasione di maggiori e più proficui livelli di integrazione professionale tra i sanitari coinvolti.

**LA PROPOSTA OPERATIVA**, suddivisa per i luoghi di espletamento delle varie fasi del percorso, è riassunta nei seguenti punti:

1. **CONSULTORIO TERRITORIALE, AMBULATORIO OSPEDALIERO E STUDI GINECOLOGICI PRIVATI**
  - Selezione, reclutamento ed invio delle pazienti entro la 35esima settimana, all’ambulatorio anestesiologicalo (punto 2)
  - Relazione medica corredata da esami effettuati nel corso della gravidanza (esami ematochimici necessari: emocromo con formula, funzionalità renale ed epatica, elettroliti, coagulazione completa + fibrinogeno ed elettrocardiogramma) ed impegnativa del medico curante per visita ambulatoriale anestesiologicala
2. **AMBULATORIO ANESTESIOLOGICO DI PARTOANALGESIA IN SALA PARTO, I PIANO, ADIACENTE ALLE SALE OPERATORIE ED AL REPARTO DI OST. - GIN.**
  - Ostetrica Case Manager (professionista che provvede all’assegnazione e al coordinamento dei servizi sociosanitari destinati alla gestione clinica di un determinato target di utenti) deputata alla prenotazione delle visite ed a disposizione dell’utenza al recapito telefonico 0874409366,
  - Visita anestesiologicala:  
**TUTTI I VENERDI’ DALLE ORE 14 ALLE ORE 20 – 0874-409360**  
**(BLOCCO OPERATORIO – AMBULATORIO VISITE ANESTESIOLOGICHE)**
    - ~ Anamnesi ed esame obiettivo
    - ~ Controllo della documentazione clinica
    - ~ Eventuale richiesta di indagini diagnostiche e laboratoristiche supplementari
    - ~ Informazione riguardo alla procedura di parto-analgesia e rilascio dell’informativa cartacea (ALLEGATO 1)
    - ~ Esposizione e raccolta del consenso informato (ALLEGATO 2), specificando alla paziente l’impossibilità di garantire con assoluta certezza la procedura di parto-analgesia, in atto non h24.
    - ~ Costituzione di CARTELLA ANESTESIOLOGICA (ALLEGATO 3)

3. REPARTO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA P.O. A. CARDARELLI CAMPOBASSO:

- Raccolta e custodia delle cartelle anestesiolgiche ad opera di un referente ostetrico
- Esecuzione esami ed indagini supplementari prescritte al momento della visita anestesiolgica
- Ricovero della paziente (programmato per induzione e/o travaglio spontaneo)
- Recupero cartella anestesiolgica

4. SALA TRAVAGLIO-PARTO:

- Accettazione della paziente in travaglio assieme alla cartella anestesiolgica
- Attivazione telefonica dell'anestesista dedicato da parte del personale ostetrico dopo valutazione ostetrica
- Rivalutazione anestesiolgica della paziente all'arrivo dell'anestesista
- Conferma da parte delle ostetriche di travaglio attivo
- Conferma dell'eleggibilit  alla procedura e del consenso informato
- Check-list materiale e farmaci per procedura (ALLEGATO 4)
- Posizionamento del catetere peridurale, induzione e mantenimento dell'analgesia con monitoraggio ed assistenza ostetrico-anestesiolgica fino all'espletamento del parto (ALLEGATO 5)

5. REPARTO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA post-partum:

- Rimozione del catetere peridurale a circa due ore dal parto in assenza di controindicazioni
- Eventuale richiesta, in accordo tra Ginecologo ed Anestesista, di esami o indagini di controllo
- Visita anestesiolgica di controllo a 24 ore
- Somministrazione di questionario di gradimento alla paziente da riconsegnare al reparto, compilato prima della dimissione (ALLEGATO 6)

## FABBISOGNO

### A. Dotazione organica:

- ~ Anestesista dedicato per l'avvio del percorso assistenziale che garantisce ore di lavoro extra su pronta disponibilità e/o di guardia attiva; ogni anestesista disponibile si impegna a coprire almeno 24 ore settimanali per fornire il servizio alle donne che lo richiedono, in attesa di reclutamento da parte dell'Azienda di ulteriori dirigenti medici anestesisti e/o adesione al progetto da parte di altri dirigenti anestesisti in organico, per un servizio garantito h 24 e 365 giorni/anno.
- ~ Ostetrica Case manager per organizzazione dell'ambulatorio anestesiológico
- ~ Ostetriche, due per turno
- ~ Ginecologi h24 come previsto negli standard organizzativi del punto nascita di II livello
- ~ Neonatologi h24

### B. Ambienti di lavoro e monitoraggi:

- ~ Riqualificazione delle Sale travaglio esistenti e presenti in sala parto, immediatamente adiacenti al blocco operatorio ed all'isola neonatale, dotate di attacchi per ossigeno ed aria compressa, prese elettriche e spazio sufficiente per il letto della paziente ed il monitoraggio NIBP, SpO2 e FC (già in dotazione alla U.O.C. di Anestesia e Rianimazione).
- ~ Monitoraggio cardio - tocografico continuo in telemetria con il reparto (predisposto, in fase di attivazione e collaudo)
- ~ Materiali di consumo (set peridurali, siringhe, farmaci, medicazioni e disinfettanti...), già in dotazione alla U.O.C. di Anestesia e Rianimazione
- ~ Allestimento del carrello di emergenza dedicato alla sala travaglio-parto corredato di farmaci di emergenza-urgenza, circuiti di ventilazione, maschere facciali per ventilazione manuale ed assistenza respiratoria, laringoscopio e tubi endotracheali, materiale per posizionamento di accesso venoso, defibrillatore. Il controllo della validità dei farmaci e della completezza del carrello sono responsabilità dell'anestesista dedicato che eseguirà un controllo dell'attrezzatura prima di procedere alla parto-analgesia.
- ~ Area per il monitoraggio neonatale, dotata di due termoculle, dei farmaci e del materiale di emergenza/urgenza per l'assistenza neonatale (già presente)
- ~ Stanza per le cure igieniche neonatali dotata di bilancia e metro neonatali (già presente)

### C. Formazione e aggiornamento:

- ~ Programmazione di eventi formativi e incontri sul tema, sia in sede che fuorisede (alcuni già in corso ed altri da programmare (ALLEGATO 7)
- ~ Organizzazione di seminari interni condivisi tra le figure professionali coinvolte
- ~ Briefing mensile sui casi trattati e sull'esperienza acquisita sul campo

## INDICATORI

- Numero di donne che ricevono il controllo del dolore durante il travaglio di parto sul totale delle donne che partoriscono per via naturale/mese
- Numero di donne che accedono alla procedura sul totale delle donne visitate in ambulatorio anestesiológico e che hanno chiesto di essere sottoposte alla procedura / mese
- Numero di complicanze legate alle tecniche usate sul totale delle procedure eseguite/ mese

## ALLEGATI

### 1) INFORMATIVA PER LA PAZIENTE:

#### **ANALGESIA EPIDURALE NEL PARTO**

L'analgisia epidurale prevede **l'iniezione di anestetico locale nella schiena** attraverso un catetere apposito per addormentare i nervi che trasportano lo stimolo doloroso dall'utero, cervice uterina e vagina al cervello. Viene somministrata alle partorienti che ne fanno richiesta per alleviare il dolore del parto o che ne acconsentano all'utilizzo per motivi ostetrici. L'epidurale potrà essere utilizzata unicamente con il consenso della donna.

Alcune volte l'epidurale non è raccomandata per ragioni mediche, per cui può rendersi necessaria una **valutazione anestesiológica** prima di entrare in ospedale per partorire.

Solitamente l'epidurale può essere utilizzata **quando il travaglio è già avviato**, ma in situazioni particolari è possibile iniziare anche nelle fasi precoci del travaglio. Nelle fasi finali del travaglio invece può essere sufficiente un'analgisia **spinale**, che non prevede il posizionamento di un catetere. Per ragioni di sicurezza è possibile garantire in sala parto una sola analgesia alla volta, e in caso di attività urgenti in sala parto può esserci un **ritardo nel posizionamento** del catetere epidurale. Nell'attesa, l'ostetrica potrà proporre tecniche alternative per alleviare il dolore.

Il posizionamento di un catetere epidurale nella schiena e la gestione dell'analgisia possono essere **effettuate unicamente da un anestesista**. Sarà necessario posizionare preventivamente un accesso venoso periferico, solitamente sul braccio, in quanto a volte la somministrazione di farmaci per via epidurale o spinale può far abbassare la pressione sanguigna e rendere necessaria la somministrazione di fluidi o farmaci per via endovenosa. Per questo durante il travaglio verrà misurata la pressione più volte. Verrà monitorata anche l'attività cardiaca del nascituro ad ogni somministrazione di farmaci anestetici per via epidurale o spinale.

La **posizione** che la partorienti deve assumere durante il posizionamento del catetere epidurale è molto importante per la buona riuscita della manovra. Solitamente si utilizza la posizione seduta mentre un'ostetrica aiuterà la donna a rilassare le spalle e la schiena per favorire il più possibile l'apertura dello spazio tra una vertebra e l'altra. Il partner non potrà essere presente in quanto la manovra viene effettuata in sterilità.

**La procedura non è dolorosa** in quanto verrà preceduta dall'iniezione di anestesia locale nel sito di inserzione del catetere. L'ago introdotto nella schiena serve unicamente ad inserire il catetere epidurale, dopodiché verrà rimosso e il catetere verrà fissato alla cute con appositi cerotti, senza che dia fastidio durante il travaglio.

Una volta posizionato il catetere epidurale **saranno necessari circa 20 minuti perché l'anestetico somministrato faccia effetto**. L'analgisia epidurale garantisce un buon controllo del dolore in più del 90% dei casi. Raramente è possibile che l'analgisia sia più efficace da un lato del corpo o che alcune zone siano scoperte dal dolore, oppure che il dolore non sia controllato.

Durante l'analgisia **verrà mantenuta la sensibilità agli arti inferiori** ma nei primi 20 minuti dalla somministrazione di anestetici verrà chiesto alla donna di non alzarsi dal letto perché potrebbe notare pesantezza nelle gambe.

L'anestetico locale attraverso il catetere verrà somministrato ad intervalli in base alle condizioni del travaglio, in modo da garantire la migliore analgesia possibile.

La gestione dell'analgisia epidurale secondo i protocolli utilizzati nel nostro ospedale **non aumenta globalmente la durata media del travaglio** (si assiste ad una riduzione dei tempi della dilatazione della cervice uterina e ad un aumento dei tempi della fase espulsiva, con minime differenze nel tempo totale del parto) né richiede un utilizzo maggiore di parto strumentale (applicazione di ventosa ostetrica).

L'epidurale può essere utilizzata nel **caso in cui si renda necessario un taglio cesareo**. Tuttavia, l'anestesista potrà decidere di rimuovere il catetere epidurale ed effettuare l'anestesia spinale, oppure di dover ricorrere all'anestesia generale in base alle condizioni cliniche materne o fetali.

## RISCHI PREVEDIBILI, COMPLICANZE POSSIBILI, PROBABILITA' STATISTICHE DI ACCADIMENTO

### POSSIBILI COMPLICANZE

La partoanalgesia può avere delle **complicanze**, che possono essere comuni (<1:100), rare (<1:1000) o molto rare (<1:10.000):

#### COMPLICANZE COMUNI

- Analgesia inadeguata
- Prurito o rialzo della temperatura corporea
- Riduzione della pressione sanguigna
- Allergie o reazioni avverse alla somministrazione dei farmaci analgesici
- Riduzione dell'attività contrattile uterina e con prolungamento del periodo espulsivo e necessità di utilizzo più frequente di ossitocina
- Insorgenza di parestesie, formicolii o alterata sensibilità agli arti inferiori ad evoluzione benigna

#### COMPLICANZE RARE

- Puntura accidentale della dura madre (1-2%) quando l'ago introdotto nella schiena oltrepassa lo spazio epidurale determinando insorgenza di cefalea che necessita l'allettamento nelle 72 ore successive al parto e trattamento farmacologico del dolore, fino ad arrivare in casi rari alla necessità di un "blood patch" (iniezione di sangue materno nello spazio epidurale per favorire la riparazione della membrana perforata)
- Lesioni nervose periferiche da trauma

#### COMPLICANZE MOLTO RARE

- Ematoma epidurale con possibili danni neurologici (<1 caso su 100.000 analgesie)
- Ascenso epidurale
- Meningite
- Cefalea protratta

### BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

- Finucane B., "Complications of Regional Anesthesia", Springer 2017
- Capogna G., "Epidural Labor Analgesia", Springer 2015
- NYSORA (New York School of Regional Anesthesia) 2019, "Obstetric Regional Anesthesia"
- NHS (National Health Service) UK, "Epidural for Childbirth" 2011
- OAA (Obstetric Anaesthetists' Association), "Pain Relief in Labour", 2012
- Jones L., "Pain Management for women in labour: an overview of systematic reviews". Cochrane 2012, Issue 3
- Moen V., "Neurological complications following central neuraxial blockades in obstetrics". Curr Opin in Anaesth. 2008, 21:275-280

Data | | | | / | | | | / | | | | | |

Io sottoscritta \_\_\_\_\_ (cognome e nome della paziente)  
dichiaro di aver letto e compreso il contenuto della presente informativa sanitaria, già verbalmente spiegata dal medico durante il corso online e relativa all'atto sanitario propostomi.

firma paziente \_\_\_\_\_

## 2) CONSENSO INFORMATO:

### CONSENSO INFORMATO

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_ Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In vista del parto ed a seconda delle modalità di espletamento dello stesso (*Parto Spontaneo, Parto Operativo, TC*), dichiaro di essere stata esaurientemente informata sui tipi di tecniche anestesiolgiche a cui potrei essere sottoposta (generale, spinale, epidurale) e sugli effetti che queste hanno o potrebbero avere su di me e sul feto, sulle tecniche di monitoraggio delle funzioni vitali, sulle possibili complicanze: puntura durale (*l'incidenza è di 10 casi su 1000 peridurali*); ematoma epidurale (*estremamente raro*); dolore transitorio in sede di puntura; lombalgia transitoria; neuropatia transitoria e permanente (*casistica dei paesi occidentali 1 caso su 200.000*); insuccesso della tecnica; mortalità materna (*incidenza statistica correlabile all'analgesia epidurale dello 0,00006%, in relazione ad anestesia generale il rischio è notevolmente aumentato*).

Per quanto riguarda il feto ed il neonato non sono noti significativi effetti negativi. Alternative a questa tecnica antalgica sono: terapie farmacologiche somministrate per via parenterale e non farmacologiche come quelle di rilassamento e altre non di competenza anestesiolgica (anche se la loro efficacia sulla riduzione del dolore non è comparabile con le tecniche di analgesia).

Sono stata informata anche della possibilità che, su indicazione del ginecologo e/o ostetrica presenti al parto, mi venga sospesa l'analgesia peridurale in travaglio.

Come complemento informativo mi è stato consegnato un opuscolo sull'epidurale in travaglio o per il taglio cesareo, che ne illustra la tecnica, le indicazioni, le controindicazioni, gli effetti collaterali.

Avendo ben compreso quanto illustratomi, dichiaro di essere stata informata per quanto riguarda i relativi rischi, complicanze, tecniche alternative e in seguito a mia richiesta ACCONSENTO che mi venga applicata una delle tecniche su esposte.

Accetto l'eventualità che l'anestesista, o su richiesta del ginecologo di guardia o per motivi specialistici, possa modificare la tecnica concordata, se fosse a suo giudizio necessario. Sono consapevole inoltre che, in casi eccezionali, soprattutto di notte e nei festivi, qualora gli anestesisti fossero impegnati in prestazioni con carattere di urgenza, la procedura potrebbe essere ritardata o non eseguibile.

Dichiaro di aver ricevuto esaurienti risposte alle mie richieste di chiarimenti e di essere stata informata che la mia attuale condizione fisica mi colloca nella classe ASA Ostetrica \_\_\_\_\_

#### La mia particolare condizione clinica mi sottopone ai seguenti rischi specifici:

- Maggiore difficoltà nel reperimento dello spazio epidurale
- Incompleta diffusione dei farmaci nello spazio epidurale
- Analgesia/anestesia incompleta o a "macchia di leopardo" o parestesia transitoria
- Conversione ad altro tipo di anestesia
- Ipotensione
- Nausea vomito
- Prurito
- Somministrazione di sangue e/o emoderivati (Plasma, Piastrine, ATIII, etc.)
- Difficoltà intubazione orotracheale (avulsione dentale, tracheostomia, etc.)
- Aumento del rischio di mortalità per Anestesia Generale
- Possibile trasferimento in CRTI
- Consegnato documento informativo

Firma della partoriente \_\_\_\_\_

Firma dell'Anestesista a cui è stato espresso il Consenso \_\_\_\_\_

*\*Classificazione ASA modificata per le partorienti*

*CLASSE1 Partorienti senza alcun disturbo organico, fisiologico, biochimico o psichiatrico al di fuori delle normali modificazioni fisiologiche dovute alla gravidanza.*

*CLASSE 2 Lieve malattia sistemica o modesta patologia della gravidanza.*

*CLASSE 3 Malattia sistemica di grado moderato o grave o grave malattia della gravidanza.*

*CLASSE 4 Partorienti con gravi malattie sistemiche in pericolo di vita.*

*CLASSE 5 Paziente moribonda con poche speranze di sopravvivenza che deve essere sottoposta ad intervento d'urgenza come ultima possibilità.*

*EMERGENZA (E): Tutte le partorienti tranne quelle che devono essere sottoposte ad induzione di travaglio o a taglio cesareo programmato elettivo dovrebbero essere considerate casi di emergenza e classificate con la lettera E.*

### 3) VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA:

## VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA PREOPERATORIA

### ANAGRAFICA

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Età \_\_\_\_\_ PESO *pre-gravidico* \_\_\_\_\_ (Kg) *Peso attuale* \_\_\_\_\_ (Kg) Altezza \_\_\_\_\_ (cm) BSA \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>  
 U.O. \_\_\_\_\_ N° NOSOGRAFICO \_\_\_\_\_ DIAGNOSI \_\_\_\_\_  
 INTERVENTO \_\_\_\_\_  ELEZIONE  URGENZA

### ANAMNESI

Neg.

FISIOLOGICA  Fumo  Alcool  Droghe  
 RESPIRATORIA:  COPD  Asma  Polmonite  Fibrosi  
 CARDIOVASCOLARE:  Cardiopatia ischemica  IMA  Ipert. arteriosa ( *insorta in gravidanza*)  
 Aritmie  Pace-maker.  ICD.  Embolia polmonare  Scompenso cardiaco  Vasculopatie  
 NEUROLOGICA:  Miopatie  Miastenia  Epilessia  M.Parkinson  Neuropatie  M.psichiatriche  
 OSTETRICA:  Gravida \_\_\_\_\_  Para \_\_\_\_\_  Epoca Gestazionale \_\_\_\_\_ W  TC pregressi  
 ALLERGICA:  Asma  Shock anafilattico  Edema glottide  Orticaria  Lattice  
 ALTRI APPARATI:  Insufficienza renale  Epatopatia  Coagulopatie  Ipertiroidismo  
 Ipotiroidismo  Diabete  Altro \_\_\_\_\_  
 ANESTESIOLOGICA  Pregressi interventi \_\_\_\_\_  
 Anestesi generali  A. loco-regionali  Complicanze anestesioologiche  NO  SI \_\_\_\_\_  
 FARMACOLOGICA:  Anticoagulanti  Antiaggreganti  
 Altro \_\_\_\_\_

### ESAME OBIETTIVO CARDIOCIRCOLATORIO

Neg.

TONI:  Puri  Parafonici  Ovattati  Altro \_\_\_\_\_  
 POLSO:  Ritmico  Aritmico  Normosfigmico  Iposfigmico  Piccolo  Filiforme  
 PA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg FC \_\_\_\_\_ bpm  Note \_\_\_\_\_

### ESAME OBIETTIVO GENERALE

Neg.

STATO NURIZIONALE:  Normale  Sottopeso  Sovrappeso  Obesità  BMI \_\_\_\_\_  
 CUTE:  Normale  Pallore  Cianosi  Ittero  Edemi  
 MUCOSE:  Normali  Secche  Umide  
 DECUBITO:  Normale  Obbligato

### ESAME OBIETTIVO TESTA-COLLO

Neg.

DENTI:  Mobili  Edentulia  Protesi mobili  Incisivi sporgenti  
 APERTURA BOCCA  > 3 cm  < 3cm  Ipoplasia mandibolare  
 Mallampati  1  2  3  4  
 COLLO:  Mobile  Ipomobile.  Fisso  Distanza tiro-mentoniera  <6cm  >6 cm  
 Note \_\_\_\_\_

A. S. REL. IN A. H.C.C. COMESAN2 02/02/2025/149 data 19/11/2025  
 Protocollo Arrivo N. 27174/2025 del 24-02-2025  
 Doc. Copia Documento

REGIONE MOLISE GIUNTA REGIONALE  
 Protocollo Arrivo N. 27174/2025 del 24-02-2025  
 Allegato 2 - Class. 0 - Copia Documento

**ESAME OBIETTIVO TORACE**  Neg.

ISPEZIONE:  Normoespansibile  Ipoespansibile  Malformazioni  Lesioni  
 PALPAZIONE:  Cedimenti  Enfisema sottocutaneo  Dolorabilità  
 ASCOLTAZIONE:  MV fisiologico  MV aspro  MV ridotto  Sibili  
 Ronchi  Rantoli  Gorgoglii  
 RESPIRO:  Eupnea  Ortopnea  Dispnea da sforzo  Dispnea a riposo  FR \_\_\_/m'  
 Note \_\_\_\_\_

**ESAME OBIETTIVO ADDOME**  Neg.

ISPEZIONE  Globoso  Pannicolo adiposo esuberante  
 PALPAZIONE  Trattabile  Teso  Dolente  
 Note \_\_\_\_\_

**ESAME OBIETTIVO NEUROLOGICO**  Neg.

COSCIENZA  Integra  Agitazione  Sedazione farmacologica  
 ALTRO  Deficit sensitivi  Deficit motori Note \_\_\_\_\_

**ESAME OBIETTIVO OSTEO ARTICOLARE**  Neg.

Malformazioni osteo articolari  Cifosi  Lordosi  Scoliosi  Rachialgie  
 Note \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICA** (data / / )  Neg.

<p style="text-align: center;"><b>SIERO</b></p> <input type="checkbox"/> Glicemia _____ <input type="checkbox"/> Azotemia _____ <input type="checkbox"/> Creatininemia _____ <input type="checkbox"/> Elettroliti _____ <input type="checkbox"/> AST/ALT _____ <input type="checkbox"/> CK _____ <input type="checkbox"/> CHE _____ <input type="checkbox"/> Prot.tot/album. _____ <input type="checkbox"/> LDH _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<p style="text-align: center;"><b>EMOCROMO</b></p> <input type="checkbox"/> GB _____ <input type="checkbox"/> GR _____ <input type="checkbox"/> Hb _____ <input type="checkbox"/> Hct _____ <input type="checkbox"/> PLT _____	<p style="text-align: center;"><b>COAGULAZIONE</b></p> <input type="checkbox"/> PT _____ <input type="checkbox"/> PTT _____ <input type="checkbox"/> Fibrinogeno _____ <input type="checkbox"/> INR _____ <input type="checkbox"/> _____	<p style="text-align: center;"><b>MARKERS</b></p> <input type="checkbox"/> HBsAg _____ <input type="checkbox"/> HCVab _____ <input type="checkbox"/> HIV _____ <p style="text-align: center;"><b>EMOGRUPPO</b></p>
<p><b>DIAGNOSTICA STRUMENTALE</b></p>			
ECG _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nei limiti</span>		RX TORACE _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nei limiti</span>	
ALTRO _____			

**CONCLUSIONI**

**TECNICA ANESTESIOLOGICA PROPOSTA**  
 Anestesia Generale (TC)  Epidurale  Subaracnoidea  Combinata  
**IDONEITA' ALLA PROCEDURA:**  SI  NO CLASSE ASA  1  2  3  4  5  
 Note \_\_\_\_\_

/ / L' anestesista (matr \_\_\_\_\_ )

## VALUTAZIONE DEL RISCHIO ANESTESIOLOGICO

### CARDIOVASCOLARE

- Ipertensione:
  - Non associata a gravidanza
  - Associata alla gravidanza
  - Associata ad una gravidanza

precedente

- Malattie cardiache:
  - Valvolari \_\_\_\_\_
  - Disturbi del ritmo \_\_\_\_\_
- Compressione aorto-cavale sintomatica

### TROMBOEMBOLICO ED EMORRAGICO

- Precedente episodio di flebo-trombosi
- Precedente episodio di embolia polmonare
- Varici degli arti inferiori:
  - Insorte in gravidanza
  - Già presenti prima della gravidanza
- Emorroidi:
  - Insorte in gravidanza
  - Già presenti prima della gravidanza
- Epistassi frequenti
- Precedente emorragia postoperatoria/post-parto
- Storia familiare di malattie emorragiche
- Anomalie della coagulazione:
  - deficit di AT III, Proteina C, Proteina S
  - trombocitopenia
  - aPTT
  - PT
  - Trombofilie \_\_\_\_\_
- Assunzione di anticoagulanti
- Assunzione di FANS < 10giorni
- Precedenti trasfusioni sangue

### INTUBAZIONE DIFFICILE

- Mai intubata precedentemente
- Obesità BMI >30
- Problemi alla colonna cervicale
- Difficoltà apertura della bocca (< 5 cm)
- Estensione del collo limitata

### NEUROLOGICO

- Malattie neurologiche \_\_\_\_\_
- Eemicrania
- Epilessia
- Meralgia parestetica

- S. Tunnel carpale
- Malattie neuromuscolari
- Ernia discale
- Problemi di colonna vertebrale
- Scoliosi
- Lombo/sciatalgia prima della gravidanza
- Lombo/sciatalgia durante la gravidanza
- Fratture vertebrali
- Esami strumentali
- Terapia \_\_\_\_\_
- Problemi tecnici durante una precedente anestesia loco-regionale

### OSTETRICO

- Cicatrice uterina per:
  - Pregresso parto cesareo
  - Miomectomia
- Gravidanza multipla
- Rischio di distocia:
  - Pregresso parto operativo vaginale
  - Altezza materna < 150 cm
- Presentazione fetale anomala \_\_\_\_\_
- Malformazioni fetali \_\_\_\_\_
- Ritardo crescita
- Rischio di ritenzione placentare (pregressa RCU o rimozione placentare manuale)
- Rischio di emorragia peri-partum
  - placenta previa
  - Pregressa emorragia postparto
- Alterazioni flussimetriche

### ALTRI FATTORI DI RISCHIO

- Problemi respiratori:
  - fumo di sigaretta
  - Altro \_\_\_\_\_
- Problemi renali \_\_\_\_\_
- Problemi epatici \_\_\_\_\_
- Problemi digestivi:
  - pirosi
  - reflusso gastroesofageo
- Diabete:
  - precedente alla gravidanza
  - insorto in gravidanza
- Distiroitismo
- Herpes labiale / genitale
- Altro

4) **CARTELLA DI PARTOANALGESIA:**

SCHEDE INTRAOPERATORIA		
NOME _____		COGNOME _____
DATA DI NASCITA / / _____		
DIAGNOSI _____		INTERVENTO. _____
<input type="checkbox"/> ELEZIONE <input type="checkbox"/> URGENZA - EQUIPE CHIR.		ANESTESISTA _____
<input type="checkbox"/> A. GENERALE	<input type="checkbox"/> IOT <input checked="" type="checkbox"/> N°	VENTILAZIONE
<input type="checkbox"/> SEDAZIONE	<input type="checkbox"/> LMA <input type="checkbox"/> MASCHERA	<input type="checkbox"/> Spontanea. <input type="checkbox"/> Assistita <input type="checkbox"/> Controllata
<input type="checkbox"/> SUBARACNOIDEA	<input type="checkbox"/> Whitacre <input type="checkbox"/> 25G <input type="checkbox"/> 27G	ANEST. LOCALE: _____ %
<input type="checkbox"/> EPIDURALE	<input type="checkbox"/> Tuohy <input type="checkbox"/> 16G <input type="checkbox"/> 17G <input type="checkbox"/> 18G	DOSAGGIO _____
<input type="checkbox"/> COMBINATA	LIVELLO _____	Descrizione tecnica: _____
<input type="checkbox"/> PLESSICA	AGO G mm	<input type="checkbox"/> Agocannula G. <input type="checkbox"/> CVC
<input type="checkbox"/> LOCALE	Blocco _____	<input type="checkbox"/> Cat. Art. <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Cat. Vescicale

	30	30	30	30	30	30			
PREMEDICAZIONE ore									
<input type="checkbox"/> Midazolam mg									
<input type="checkbox"/> Fentanyl mcg									
<input type="checkbox"/> Antibiotico									
PA <sup>v</sup> / <sub>^</sub>									
FC *									
EtCO <sub>2</sub> (mmHg)									
SpO <sub>2</sub> (%)									
Temperatura (C°)									
NOTE	EMOGASANALISI			VENTILAZIONE			BILANCIO IDRICO		
	ore	ore	ore	<input type="checkbox"/> IPPV <input type="checkbox"/> PCV			ENTRATE	Infusioni	
pH				<input type="checkbox"/> PSV/CPAP				Emazie/PFC/PLT	
pCO <sub>2</sub>				ore	ore	ore	USCITE	Altro	
pO <sub>2</sub>				TV				Perspirazio	
HCO <sub>3</sub>				FR				Diuresi	
Lattati				PEEP				Perdite ematiche	
K <sup>+</sup>				I:E				SNG	
Hb				Pinsp				TOTALE	
Glu				FiO <sub>2</sub>					

REGIONE MOLISE GIUNTA REGIONALE  
 Protocollo Arrivo N. 27174/2025 del 24-02-2025  
 Allegato 2 - Class. 0 - Copia Documento

A. S. REL. IN: A.H.K.C. COMSAN2 0210/52/469 data: 191-003-20025  
 Protocollo Arrivo N. 27174/2025 del 24-02-2025  
 Doc. Copia Documento

## CARTELLA DI PARTOANALGESIA

ANESTESISTA:	DATA:
NOME E COGNOME:	DATA DI NASCITA
PARITÀ:	CLASSIFICAZIONE ASA:
TRAVAGLIO: <input type="checkbox"/> Spontaneo <input type="checkbox"/> Indotto con _____ <input type="checkbox"/> data _____ ora: _____	Punteggio Bishop Score: _____ Dilatazione: _____ cm Posizione testa fetale: _____

### ANALGESIA

<input type="checkbox"/> EPIDURALE <input type="checkbox"/> CSE <input type="checkbox"/> SPINALE RESCUE <input type="checkbox"/> MANTENIMENTO BOLI <input type="checkbox"/> PIEB	
Spazio: _____ LOR: _____ cm Catetere a: _____ cm	PROTOCOLLO: <input type="checkbox"/> Ropivacaina + Sufentanil <input type="checkbox"/> Levobupivacaina + Sufentanil

### COMPLICANZE

<input type="checkbox"/> Puntura accidentale dura madre a cm _____ <input type="checkbox"/> Numero tentativi eseguiti: _____ <input type="checkbox"/> Difficoltà nell'esecuzione della procedura: _____ <input type="checkbox"/> Altro _____
---

		Ore	Ore	Ore	Ore	Ore	Ore
VALUTAZIONE DOLORE (NRS)							
DILATAZIONE CERVICALE							
COLLO							
TESTA							
SUBARACNOIDEA	<input type="checkbox"/> ROPIVACAINA						
	<input type="checkbox"/> LEVOBUPIVACAINA						
	<input type="checkbox"/> SUFENTANIL						
EPIDURALE	<input type="checkbox"/> ROPIVACAINA						
	<input type="checkbox"/> LEVOBUPIVACAINA						
	<input type="checkbox"/> SUFENTANIL						
	<input type="checkbox"/> LIDOCAINA						
PRESSIONE ART.							
FREQUENZA CARD							
FIRMA ANESTESISTA							

### PARTO

INIZIO PERIODO ESPULSIVO ORE:	DATA ED ORA DELLA NASCITA:
SESSO: <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂   PESO: _____ kg   APGAR: 5' _____ 10' _____	
MODALITÀ DEL PARTO: <input type="checkbox"/> Spontaneo <input type="checkbox"/> Forcipe <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Manovra di Kristeller <input type="checkbox"/> Ventosa <i>Indicazione al parto operativo:</i>	
Note:	Firma Anestesista

SALA RISVEGLIO											Ingresso ore : _____
PARAMETRI		10	20	30	40	50	10	20	30	40	50
Ventilazione ( <i>S spontanea - A assistita - C controllata</i> )											
Frequenza respiratoria ( <i>atti/min</i> )											
Pressione arteriosa ( <i>mmHg</i> )											
Frequenza cardiaca ( <i>bpm</i> )											
SpO <sub>2</sub> (%)											
Diuresi ( <i>ml</i> )											
VAS											
<b>Aldrete Score</b>		Coscienza ( <i>0 non risvegliabile - 1 risvegliabile - 2 Sveglio</i> )									
		Respiratorio ( <i>0 apnea - 1 Dispnea - 2 respira e tossisce</i> )									
		Colorito ( <i>0 cianotico - 1 pallido - 2 normale</i> )									
		PAS ( <i>0 = ± 50% - 1 = ±20-50% - 2 = ±20%</i> )									
		Attività motoria ( <i>0 assente - 1 ai 2 arti - 2 ai 4 arti</i> )									
		<b>TOTALE</b>									
TERAPIA PRATICATA						NOTE					
_____ _____ _____						_____ _____ _____					
TRASFERIMENTO:      Reparto di provenienza <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> _____ DATA ____/____/____      ORE ____:____      L' ANESTESISTA _____											
DISPOSIZIONI PER IL REPARTO											
MONITORAGGIO											
<i>Controllare i seguenti parametri</i>											
P.A. <input type="checkbox"/>		Diuresi <input type="checkbox"/>		F.C. <input type="checkbox"/>		Temperatura <input type="checkbox"/>		F.R. <input type="checkbox"/>		SpO <sub>2</sub> <input type="checkbox"/>	
<i>Ogni</i>											
30 m' <input type="checkbox"/>		60 m' <input type="checkbox"/>		90 m' <input type="checkbox"/>		2 ore <input type="checkbox"/>		3 ore <input type="checkbox"/>		6 ore <input type="checkbox"/>	
TERAPIA						TERAPIA ANTALGICA POSTOPERATORIA					
_____ _____ _____						_____ _____ _____					
NOTE						FIRMA DELL' IP DEL REPARTO PER PRESA VISIONE					
_____ _____ _____						_____ _____ _____					
RIMOZIONE CATETERE EPIDURALE											
Data: ____/____/____      Ore ____:____      L' Anestesista _____											
CONTROLLO ANESTESIOLOGICO POSTOPERATORIO											
DATA				DIARIO CLINICO							
_____				_____							
_____				_____							
_____				_____							
_____				_____							

 REGIONE MOLISE GIUNTA REGIONALE  
 Protocollo Arrivo N. 27174/2025 del 24-02-2025  
 Allegato 2 - Class. 0 - Copia Documento

 A. S. REL. IN: A.H.K.C. COMSAN2025/52/469 data: 191-003-20225  
 Protocollo Arrivo N. 27174/2025 del 24-02-2025  
 Doc. Copia Documento

## 5) CHECK LIST MATERIALI E FARMACI PER PROCEDURA

### PERIDURALE

∇ Carrello di anestesia loco-regionale

∇ Carrello monitoraggio materno

∇ 1 Minipak Portex (Ago di Tuohy 18 G)

Campetto sterile (BASIC SET) composto da:

- 1 vassoio
- 1 siringa da 2,5 ml
- 2 siringhe da 5 ml
- 1 ago ipodermico 22 G (per anestesia topica)
- 1 telo 150x60cm
- 1 telo 70 x 45 cm fenestrato con striscia adesiva sul lato lungo
- 1 vaschetta
- 1 pinza tipo Kocher
- 4 compresse di garza piccole
- 2 compresse di garza grandi
- 1 ago con filtro da 5 micron
- 1 telo da tavolo 75x70cm
- 1 flacone di Ropivacaina 2mg/ml (10 ml) o Levobupivacaina 5mg/ml (5ml)
- 3 fiale di soluzione fisiologica 0,9%
- 1 fiala di Sufentanil 50mcg/ml, 1 ml
- 1 fiala di Mepivacaina 2%
- 1 siringa da 20 ml (per Ropivacaina o Levobupivacaina)
- 2 siringhe da 5 ml (per le soluzioni di Sufentanil)
- 1 cerotto sterile Soffix Med 10 x 10 cm
- 1 flacone di disinfettante iodato

### COMBINATA (SPINALE-EPIDURALE)

∇ Carrello di anestesia loco-regionale

∇ Carrello monitoraggio materno

∇ 1 Minipak Portex CSE: Ago di Tuohy 16 G/Spinal needle pencil point 26G

Campetto sterile (BASIC SET) composto da:

- 1 vassoio
- 1 siringa da 2,5 ml
- 2 siringhe da 5 ml
- 1 ago ipodermico 22 G
- 1 telo 150x60cm
- 1 telo 70 x 45 cm fenestrato con striscia adesiva sul lato lungo
- 1 vaschetta
- 1 pinza tipo Kocher

- 4 compresse di garza piccole
- 2 compresse di garza grandi
- 1 ago con filtro da 5 micron
- 1 telodavolo 75x70 cm
- 1 flacone di Ropivacaina 2mg/ml (10 ml) o Levobupivacaina 2,5mg/ml (10 ml)
- 3 fiale di soluzione fisiologica 0,9%
- 1 fiala di Sufentanil
- 1 fiala di Mepivacaina 2%
- 1 siringa da 5 ml (per la soluzione di Fentatienil)
- 1 siringa da insulina
- 1 cerotto sterile Soffix Med 10 x 10 cm
- un flacone di disinfettante iodato

## 6) DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' E MODALITA' OPERATIVE

### Schema Farmacologico ed Esecuzione della Partoanalgesia

#### Tecnica

Le tecniche a disposizione sono 3:

- Analgesia tramite catetere peridurale,
- Combinata Spino-Epidurale (CSE),
- Spinale antalgica (nelle dilatazioni avanzate come spinale rescue nelle pluripare; in caso di necessità; qualora sia impossibile posizionare il catetere peridurale, in tutte le gravide).

#### Precauzioni:

- se in corso, sospendere ossitocina e riprendere infusione dopo circa 30 minuti dal blocco;
- non mantenere la donna supina, ma sul fianco sinistro.

#### L'anestesista deve:

- Indossare mascherina chirurgica, cappellino e guanti sterili;
- Previa disinfezione cutanea ed anestesia locale a livello L3-L4 o L4-L5 (non indicato andare oltre lo spazio L2-L3), reperire mediante la tecnica del mandrino liquido lo spazio peridurale. Questo anche nella tecnica CSE;
- Inserire catetere peridurale per non più di 3-4 cm;
- In caso di CSE, effettuare prima analgesia spinale e poi inserire catetere peridurale;
- Iniziare con un bolo di carico e poi proseguire secondo il protocollo;

Qualora il travaglio fosse avanzato e la dilatazione fosse oltre 7-8 cm, soprattutto nelle pluripare, valutare la possibilità di effettuare spinale antalgica (vedi schema allegato);

L'ANESTESISTA DEVE COMPILARE IL MODULO "CARTELLA ANESTESIOLOGICA DI PARTOANALGESIA" e, qualora si presentassero complicanze, anche il modulo "Rilevazione complicanze post analgesia del parto".

## Schema Farmacologico Standard

### 1. Analgesia Peridurale Convenzionale A Boli

Bolo iniziale post posizionamento e boli successivi sono da riferirsi principalmente alla dilatazione secondo lo schema allegato.

**N.B Si raccomanda di NON somministrare DOSE TEST con lidocaina oppure carbocaina + adrenalina, ma di utilizzare la stessa miscela del bolo:**

N.B. L'oppiaceo, tranne nel caso dei prodromi, può essere somministrato solamente in un volume di 1 ml da diluizione standard (10 mcg/ml: 1 mL (50 mcg) a 5 ml SF 0,9%)

### 2. Tecnica Combinata Spino-Epidurale (CSE)

Schema relativo alla somministrazione nello spazio subaracnoideo, da utilizzare anche nella spinale rescue:

#### CSE – Nullipara (*Ropivacaina*)

Dilatazione cervicale	Livello della parte presentata	Dose iniziale		Dose successiva	
Centimetri	Posizione	Farmaco e dose intratecale	Volume intratecale	Farmaco e dose epidurale	Volume epidurale
2-3	-2/-1	Sufentanil 2,5 mcg	5 mL	Ropivacaina 0,05 - 0,1%	15-20 mL
3-5	-1	Ropivacaina 0,04% + Sufentanil 2,5 mcg	5 mL	Ropivacaina 0,05 - 0,1%	15-20 mL
>6	-1	Ropivacaina 0,05 - 0,06% + Sufentanil 2,5 mcg	5 mL	Ropivacaina 0,1%	20 mL
Dilatazione Completa	-1/0	Ropivacaina 0,06%	5 mL		

*A dilatazione completa, dopo che è avvenuta la rotazione della testa fetale, si possono somministrare 5-7 mL di lidocaina 1-1,5% per l'analgesia perineale o per episiotomia o episiorrafia.*

### CSE -Pluripara (Ropivacaina)

Dilatazione cervicale	Livello della parte presentata	Dose iniziale		Dose successiva	
Centimetri	Posizione	Farmaco e dose intratecale	Volume intratecale	Farmaco e dose epidurale	Volume epidurale
3-5	-2/-1	Ropivacaina 0,04% + Sufentanil 2,5 mcg	5 mL	Ropivacaina 0,1 %	15-20 mL
6-7	-1	Ropivacaina 0,06% + Sufentanil 2,5 mcg	5 mL	Ropivacaina 0,15%	10-15 mL
Dilatazione Completa	-1/0	Ropivacaina 0,06% + Sufentanil 2,5 mcg	5 mL		

*A dilatazione completa, dopo che è avvenuta la rotazione della testa fetale, si possono somministrare 5-7 mL di lidocaina 1-1,5% per l'analgesia perineale o per episiotomia o episiorrafia.*

### CSE – Nullipara (Levobupivacaina)

Dilatazione cervicale	Livello della parte presentata	Dose iniziale		Dose successiva	
Centimetri	Posizione	Farmaco e dose intratecale	Volume intratecale	Farmaco e dose epidurale	Volume epidurale
2-3	-2/-1	Sufentanil 2,5 mcg	5 mL	Levobupivacaina 0,05-0,0625%	15-20 mL
3-5	-1	Levobupivacaina 0,025% + Sufentanil 2,5 mcg	5 mL	Levobupivacaina - 0,0625%	15-20 mL
>6	-1	Levobupivacaina 0,03 – 0,04% + Sufentanil 2,5 mcg	5 mL	Levobupivacaina 0.0625%	20 mL
Dilatazione Completa	-1/0	Levobupivacaina 0,05%	5 mL		

*A dilatazione completa, dopo che è avvenuta la rotazione della testa fetale, si possono somministrare 5-7 mL di lidocaina 1-1,5% per l'analgesia perineale o per episiotomia o episiorrafia.*

**CSE -Pluripara (Levobupivacaina)**

Dilatazione cervicale	Livello della parte presentata	Dose iniziale		Dose successiva	
Centimetri	Posizione	Farmaco e dose intratecale	Volume intratecale	Farmaco e dose epidurale	Volume epidurale
3-5	-2/-1	Levobupivacaina 0,04% + Sufentanil 2,5 mcg	5 mL	Levobupivacaina 0,0625 %	15-20 mL
6-7	-1	Levobupivacaina 0,05% + Sufentanil 2,5 mcg	5 mL	Levobupivacaina 0,125%	10-15 mL
Dil. Completa	-1/0	Levobupivacaina 0,05% + Sufentanil 2,5 mcg	5 mL		

*A dilatazione completa, dopo che è avvenuta la rotazione della testa fetale, si possono somministrare 5-7 mL di lidocaina 1-1,5% per l'analgesia perineale o per episiotomia o episiorrafia.*

**3. Tecnica Epidurale**

**Epidurale – Nullipara (Ropivacaina)**

Dilatazione cervicale	Livello della parte presentata	Dose iniziale		Dose successiva	
Centimetri	Posizione	Farmaco e dose Epidurale	Volume Totale	Farmaco e dose epidurale	Volume epidurale
2-3	-2/-1	Sufentanil 10 mcg	5-10 mL	Ropivacaina 0,1%	20 mL
3-5	-1	Ropivacaina 0,1% + Sufentanil 10 mcg	15-20 mL	Ropivacaina 0,1%	20 mL
>6	-1	Ropivacaina 0,1% + Sufentanil 10 mcg	20 mL	Ropivacaina 0,15-0,2%	10 mL
Dil. Completa	-1/0	Ropivacaina 0,15%	20 mL		

*A dilatazione completa, dopo che è avvenuta la rotazione della testa fetale, si possono somministrare 5 mL di lidocaina 2% per l'analgesia perineale o per episiotomia o episiorrafia*

### Epidurale – Pluripara (*Ropivacaina*)

Dilatazione cervicale	Livello della parte presentata	Dose iniziale		Dose successiva		
		Centimetri	Posizione	Farmaco e dose Epidurale	Volume Totale	Farmaco e dose epidurale
3-5	-2/-1	Ropivacaina 0,1% +	Sufentanil 10 mcg	20 mL	Ropivacaina 0,15%	15-20 mL
6-7	-1	Ropivacaina 0,15%		10-15 mL	Ropivacaina 0,2%	10 mL
Dil. Completa	-1-0	Ropivacaina 0,2%		10-15 mL		

*A dilatazione completa, dopo che è avvenuta la rotazione della testa fetale, si possono somministrare 5 mL di lidocaina 2% per l'analgesia perineale o per episiotomia o episiorrafia.*

### Epidurale – Nullipara (*Levobupivacaina*)

Dilatazione cervicale	Livello della parte presentata	Dose iniziale		Dose successiva		
		Centimetri	Posizione	Farmaco e dose Epidurale	Volume Totale	Farmaco e dose epidurale
2-3	-2/-1	Sufentanil 10 mcg		5-10 mL		
3-5	-1	Levobupivacaina 0,0625% +	Sufentanil 10 mcg	15-20 mL	Levobupivacaina 0,0625%	20 mL
>6	-1	Levobupivacaina 0,0625% +	Sufentanil 10 mcg	20 mL	Levobupivacaina 0,125%	10 mL
Dil. Completa	-1/0	Levobupivacaina 0,125%		20 mL		

*A dilatazione completa, dopo che è avvenuta la rotazione della testa fetale, si possono somministrare 5 mL di lidocaina 2% per l'analgesia perineale o per episiotomia o episiorrafia.*

## Epidurale – Pluripara (*Levobupivacaina*)

Dilatazione cervicale	Livello della parte presentata	Dose iniziale		Dose successiva	
Centimetri	Posizione	Farmaco e dose Epidurale	Volume Totale	Farmaco e dose epidurale	Volume epidurale
3-5	-2/-1	Levobupivacaina 0,0625% + Sufentanil 10 mcg	20 mL	Levobupivacaina 0,125%	15-20 mL
6-7	-1	Levobupivacaina 0,125%	10-15 mL	Levobupivacaina 0,125%	10 mL
Dil. Completa	-1-0	Levobupivacaina 0,125%	10-15 mL		

*A dilatazione completa, dopo che è avvenuta la rotazione della testa fetale, si possono somministrare 5 mL di lidocaina 2% per l'analgesia perineale o per episiotomia o episiorrafia.*

### 4. Spinale Rescue

In caso di travagli avanzati, qualora non sia più indicato il posizionamento del catetere peridurale, è possibile eseguire una spinale di salvataggio, la cui durata è di circa 90-120 minuti.

Dopo la somministrazione dei farmaci analgesici, sono possibili delle modificazioni del tracciato cardiocografico, da considerarsi transitorie ed a risoluzione rapida dovute all'adattamento del feto.

Considerare come limite all'esecuzione i seguenti parametri:

- 1) PRIMIPARA: dilatazione ~ 7-8 cm
- 2) MULTIPARA: dilatazione ~ 5-6 cm

Seguire lo schema al punto n.2 (farmaci in spinale in caso di CSE).

## 5. Protocollo Di Comportamento Nella Puntura Accidentale Della Dura Madre

### **CONSENSO INFORMATO:**

all'atto della visita anestesiológica, deve essere spiegato e richiesto anche il consenso per l'eventuale trattamento della cefalea post puntura durale, con tutte le metodiche disponibili.

### **DIAGNOSI:**

- puntura accidentale con ago di Tuohy 16-18 G;
- confermata dalla fuoriuscita di liquor dal cono dell'ago;
- test di aspirazione del cateterino positivo per liquor;

### **AZIONI:**

- 1) Non rimuovere l'ago, occludendo il cono per evitare eccessiva deliquorazione;
- 2) Somministrare lentamente 10 ml di soluzione fisiologica, sempre pronta sul carrello, nello spazio Subaracnoideo;
- 3) Introdurre il cateterino epidurale in sede subaracnoidea;
- 4) Confermare prima del fissaggio, il corretto posizionamento del cateterino;
- 5) Fissare il cateterino attentamente onde evitare uno posizionamento accidentale;
- 6) Somministrare terapia antibiotica profilattica;

#### **Se analgesia in travaglio:**

Somministrare Ropivacaina 3 mg (Levobupivacaina 2-2.5 mg), Sufentanil 2.5 mcg e soluzione fisiologica in un volume totale di 5 ml (primo stadio);

Alla comparsa del dolore, in base alla situazione ostetrica, successive dosi di Ropivacaina 3 mg (Levobupivacaina 2-2.5 mg) in 5ml di soluzione fisiologica;

#### **In caso di anestesia per TC:**

Somministrare Ropivacaina 10 mg, Sufentanil 3mcg e Morfina 100 mcg in un volume di 5 ml;

Al termine della procedura chirurgica o del parto spontaneo procedere come segue:

- Connettere pompa CADD (contenente soluzione fisiologica) al cateterino subaracnoideo in modalità infusione continua alla velocità di 2.5 ml/h per 36 ore;
- Prima della rimozione del cateterino somministrare 10 ml di soluzione fisiologica;
- Dopo 6-12-24 ore ed alla rimozione del cateterino, effettuare esame obiettivo neurologico e valutare l'eventuale presenza di cefalea posturale, rachialgia, tensione meningea, sintomi associati (vertigini, ipoacusia, diplopia), invitare la partoriente all'assunzione di liquidi (in particolare sostanze contenenti caffeina);







8) **MODELLO CORSO FORMAZIONE (Dipartimento della qualità e Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema)**

**TEORICO**



**Azienda Sanitaria  
Regionale del Molise**

La gravidanza fisiologica
Modificazioni fisiologiche materne in gravidanza.
Farmacocinetica e farmacodinamica in gravidanza
Effetti sistemici materno-fetali degli anestetici locali e dei farmaci di comune uso in ostetricia
<i>Coffee break</i>
Opioidi in ostetricia
Il dolore del parto
<i>Discussione</i>
Anatomia e tecniche dell'Anestesia Loco Regionale (ALR) in ostetricia
Complicanze dell'ALR in ostetricia
Linee guida e protocolli per la sicurezza dei blocchi centrali
Analgesia per il travaglio di parto
<b><i>Fisiologia del travaglio e del parto</i></b>
<b><i>Il controllo del dolore e la gestione ostetrico-giencologica anestesiological dell'analgesia in travaglio.</i></b>
<b><i>Monitoraggio materno-fetale</i></b>
Il controllo del dolore e <b>la gestione ostetrico-giencologica anestesiological dell'analgesia nel travaglio distocico</b>
Assistenza ostetrica nell'analgesia in travaglio
Visita anestesiological e consenso
<b><i>Anestesia per il Taglio Cesareo(TC)</i></b>
Triage ostetrico di sala parto
La gestione anestesiological del TC nell'emergenza-urgenza
La gestione anestesiological dl TC in elezione
La gestione anestesiological nelle patologie materne
Anestesia generale per il parto cesareo e per la chirurgia nella paziente ostetrica. Il dolore in gravidanza.
Analgesia post-operatoria nel TC
<b><i>Terapia intensiva della paziente gravida</i></b>
Rischio emorragico in ostetricia
Fisiopatologia dell'emostasi e terapia dell'emergenza emorragica

Gestione intensiva dell'emergenza emorragica
Il ruolo del laboratorio
Pre-eclampsia ed HELLP: l'anestesista
Terapia Intensiva
Tecniche anestesilogiche e riflessi neonatali
Rianimazione primaria del neonato in sala parto
Influenze sull'adattamento del neonato alla nascita
<b><i>Organizzazione in anestesia ostetrica</i></b>
Organizzazione
Processi
Qualità e risultati

**PRATICO**

Da effettuarsi presso uno dei centri di riferimento: 30 ore pratiche in sala parto con la certificazione di aver partecipato/assistito A minimo 20 analgesie in travaglio.

**Campobasso, li \_\_\_\_\_**

**Dott. Vincenzo Cuzzone**

.....

**Dott. Franco Doganiero**

.....

**Dott.ssa Debora Simonetti**

.....

## BIBLIOGRAFIA

ASA Task- force on Obstetrical	Practice Guidelines for Obstetrical Anaesthesia	2007
CIAO	Protocolli relativi all'Ospedale Fatebenefratelli-Isola Tiberina Roma www.ciao.it	2007
Celleno D. Frigo MG	Analgesia, Anestesia e Terapia Intensiva in Ostetricia CISU Ed	2008
The Royal College of Anaesthetists	Obstetrics services: raising the standard	2005
ACOG Practice Bulletin	Clinical Management guidelines for Obstetricians and Gynecologists	2009
Reproductive Care Program of Nova Scotia- Canada	Labor Analgesia Guidelines for Obstetrical Practice Reproductive Care Program	2005
NICE	Caesarean section Clinical Guideline	2004
OAA/AAGBI	Guidelines for Obstetric Anaesthetics Services	2005
SOAP	Guidelines for Regional Anesthesia in Obstetrics	2006
Cochrane Database Syst Rev 2005; 19;(4):CD000331	Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour.	2005
Marucci M, Cinnella G, Perchiazzi G, Brienza N, Fiore	Patient-requested neuraxial analgesia for labor: impact on rates of cesarean and instrumental vaginal delivery. Anesthesiology 2007; 106:1035-45.	2007

REGIONE MOLISE GIUNTA REGIONALE  
 Protocollo Arrivo N. 27174/2025 del 24-02-2025  
 Allegato 2 - Class. 0 - Copia Documento

Halpern SH, Muir H, Breen TW, Campbell DC, Barrett J, Liston R, Blanchard W.	A multicenter randomized controlled trial comparing patient-controlled epidural with intravenous analgesia for pain relief in labor. <i>Anesth Analg</i> 2004; 99(5):1532-8.	2004
Wang F, Shen X, Guo X, Peng Y, Gu X;	Labor Analgesia Examining Group. Epidural analgesia in the latent phase of labor and the risk of cesarean delivery: a five-year randomized controlled trial. <i>Anesthesiology</i> 2009; 111:871-80.	2009
Abenhaim HA, Fraser WD.	Impact of pain level on second-stage delivery outcomes among women with epidural analgesia: results from the PEOPLE study. <i>Am J Obstet Gynecol</i> 2008 Nov; 199:500.e1-6	2008
Accordo Stato-Regioni Rep. Atti 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 dei tagli cesarei”.	2010
Calderini E., Salvo I., Merlini C., Celleno D., Capogna G., Gruppo Studio SIAARTI in Anestesia Analgesia Ostetrica	Indicazioni per le unità di anestesia ostetrica del Gruppo di studio “Anestesia ed Analgesia in Ostetricia” della SIAARTI	2015
Documento SIAARTI- ONDA	Relazione sull’analgesia epidurale per il travaglio ed il parto in Italia	2012
Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri	Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza	2017

REGIONE MOLISE GIUNTA REGIONALE  
 Protocollo Arrivo N. 27174/2025 del 24-02-2025  
 Allegato 2 - Class. 0 - Copia Documento

Istituto superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro.	Linee Guida per gli interventi di prevenzione relativi alla sicurezza e all'igiene del lavoro nel blocco parto	2007
Ban Leong Sng, Wan Ling Leong, Yanzhi Zeng, Fahad Javaid Siddiqui, Pryseley N Assam, Yvonne Lim, Edwin SY Chan, Alex T Sia	Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. Cochrane Database Syst Rev.	2014