

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 1 di 59

ASL VITERBO
Procedura Operativa DSD-MI P.O. 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA

ELENCO EDIZIONI/REVISIONI			
Revisione 0	Data 05/08/2026	Edizione 1	Data 05/08/2026
Revisione 1	Data	Edizione	
Revisione	Data	Edizione	

☒ Copia controllata (soggetta ad aggiornamento)

Razionale e descrizione revisioni successive

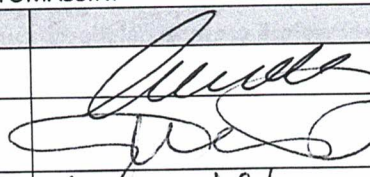
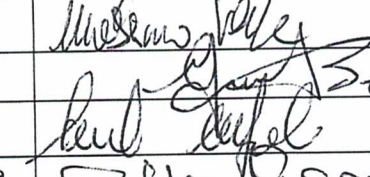
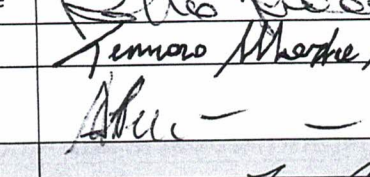
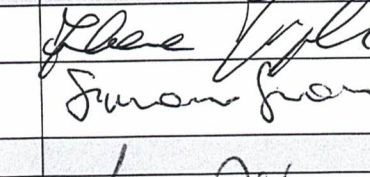
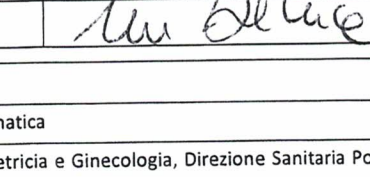
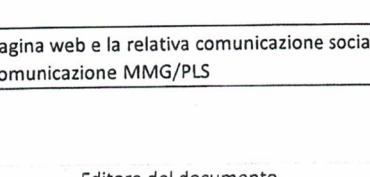
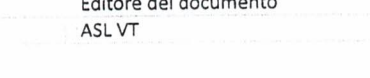
Revisione 1	
-------------	--

ELENCO EMISSIONE/APPROVAZIONE

REDATTO

Dott. Andrea AGOSTINI	Dott.ssa Rosa Maria MALERBA
Dott.ssa Antonella AMBROSINI	Dott.ssa Paola MARENZONI
Dott. Marco CUBONI	Dott.ssa Alessandra MASCETTI
Dott.ssa Maria Cristina D'ANGELO	Dott. Luigi Ottavio MECHELLI
Dott. Stefano DONATO	Dott.ssa Irene NOBILE
Dott.ssa Laura FONTANA	Dott.ssa Cristina PELO
Dott.ssa Caterina FRONTONI	Dott. Luca POLEGGI
Dott.ssa Gabriella GENTILE	Dott.ssa Erika RAFFIO
Dott.ssa Alessandra GIORGI	Dott.ssa Marina SALVADORE
Dott.ssa Elisa GOLETTI	Dott.ssa Elena TOMASSINI

Valutata da

Dott. Giuseppe CIMARELLO Direttore Dipartimento Funzione Territoriale	
Dott. Giorgio NICOLANTI Direttore di Dipartimento della Salute della Donna e Materno Infantile	
Dott. Massimo VOLPE Direttore UOC Direzione Sanitaria PO Santa Rosa	
Dott. Giorgio BRACAGLIA Direttore UOC Pediatria PO Santa Rosa	
Dott.ssa Annunziata MINOPOLI Direttore UOC Affari Generali	
Dott. Roberto RICCARDI Direttore UOC Governo delle Professioni Sanitarie	
Dott. Gennaro AMORUSO DPO Asl Viterbo	
Dott. Aristide PELLEGRINI Direttore ff UOC Anestesia e Rianimazione PO Santa Rosa	

Verificata da

Dott.ssa Flavia VERGINELLI Risk Manager Asl Viterbo	
Dott.ssa Simona GIACOMINI – Supporto Metodologico e Coaching dei percorsi aziendali	

Approvata

Dott.ssa Assunta DE LUCA Direttore Sanitario Asl Viterbo	
--	--

DISTRIBUZIONE

Distribuito in forma	☒ cartacea ☒ informatica
Distribuzione interna	A cura dei Direttori UUOCC Anestesia e Rianimazione, Ostetricia e Ginecologia, Direzione Sanitaria Polo, GoPS, Pediatria, Consultori, Dipartimento Funzione territoriale
Distribuzione esterna	Area della comunicazione per aggiornamento sezione della pagina web e la relativa comunicazione social e diffusione brochure. Dipartimento funzione territoriale per comunicazione MMG/PLS

INDICE

1. Oggetto	3
2. Razionale	3
3. Scopo e Obiettivi	3
4. Campo di applicazione	3
5. Target	4
6. Revisione della procedura operativa	4
7. Modalità di diffusione	4
8. Definizione e Glossario	4
9. Normativa bibliografia di riferimento	5
10. Percorso multidisciplinare per l'accesso al servizio di partoanalgesia	6
10.1 Modalità di informazione e divulgazione del percorso di accesso alla partoanalgesia	6
10.2 Epoca gestazionale per effettuare visita anestesiology per partoanalgesia	6
10.3 Modalità di accesso alla visita anestesiology per partoanalgesia	6
11. Schema delle fasi del percorso di partoanalgesia e anestesia ostetrica	7
12. Indicatori e monitoraggio	18
13. Matrice di responsabilità	19
13.1 Matrice di responsabilità dal pre-ricovero alla dimissione – follow up	19
13.2 Matrice di responsabilità in Taglio cesareo in sala emergenza/urgenza Blocco parto	20
14. Risk assesment	21
I.O. n.01 Indicazioni operative per la partoanalgesia	22
I.O. n.02 Gestione complicanze	27
I.O. n.03 Indicazioni sull' accesso, sanificazione, gestione rifiuti e decontaminazione ferri chirurgici nei locali presenti nel Blocco parto	32
I.O. n.04 Indicazioni sulla gestione dei carrelli di partoanalgesia, anestesia ostetrica, dispositivi elettromedicali presenti nel Blocco parto	33
ALLEGATI	43
ALLEGATO 1 - CARTELLA PARTOANALGESIA	43
ALLEGATO 2 - INFORMATIVA SPECIFICA SULLA PROCEDURA DI PARTOANALGESIA	46
ALLEGATO 3 - CONSENSI INFORMATI/DELEGA	48
3.1 CONSENSO INFORMATO ALLA PROCEDURA DI PARTOANALGESIA DI PERSONA CAPACE – SOTTOSCRIZIONE E REVOCA	48
3.2 NOMINA DI UN FIDUCIARIO PER L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO SANITARIO DI PARTOANALGESIA (DELEGA)	50
3.3 SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO ESPRESSO DAL DELEGATO – PERSONA CAPACE	51
3.4 CONSENSO INFORMATO ALLA PROCEDURA DI PARTOANALGESIA DI PERSONA INCAPACE – SOTTOSCRIZIONE E REVOCA	52
3.5 CONSENSO INFORMATO ALLA PROCEDURA DI PERSONA MINORE – SOTTOSCRIZIONE E REVOCA	55

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 3 di 59

1. OGGETTO

Il presente documento definisce la procedura aziendale sulla partoanalgesia, esplicitando i criteri di accesso, le responsabilità professionali, le modalità operative per l'erogazione delle prestazioni, la gestione delle urgenze ed emergenze e il monitoraggio degli esiti.

2. RAZIONALE

Il parto rappresenta un momento irripetibile nella vita di ogni donna, caratterizzato da emozioni profonde ma talvolta anche da paure legate al dolore. La percezione del dolore associato al travaglio, può variare a seconda del contesto culturale, vissuto personale, condizione fisica, mentale e dalle modalità di assistenza al parto, rendendolo più o meno tollerabile.

Oggi, grazie ai progressi della medicina e delle tecniche anestesologiche, è possibile gestire in maniera efficace il dolore durante il travaglio e il parto, contribuendo a rendere più positiva l'esperienza della nascita. L'analgesia, come parte di un programma di assistenza alla gravidanza non si pone come alternativa al parto naturale, ma come mezzo aggiuntivo che la medicina offre alle madri per potere, in alcuni casi, partecipare con maggior consapevolezza e collaborazione all'evento parto. La moderna anestesologia offre alla donna la possibilità di controllare il proprio dolore durante il travaglio e il parto mediante l'analgesia epidurale, migliorando il benessere della gestante e riducendo i possibili effetti sfavorevoli che il dolore può provocare su madre e feto.

Offrire questa possibilità significa riconoscere e valorizzare il ruolo centrale della donna nel proprio percorso nascita, nel pieno rispetto dei suoi diritti e delle sue scelte personali. In coerenza con i principi di umanizzazione dell'assistenza, la ASL di Viterbo si impegna a garantire un accesso equo e consapevole a queste tecniche analgesiche, ponendo al centro la salute, il benessere e la dignità della donna.

3. SCOPO E OBIETTIVI

Il documento ha la finalità di strutturare il percorso clinico assistenziale della donna in gravidanza che richiede la partoanalgesia, affinché ci sia

- uniformità da parte dei professionisti nei comportamenti da tenere,
- trasparenza e chiarezza nelle informazioni necessarie per far sì che la donna prenda decisioni consapevoli,
- equità di accesso al servizio per chi ne fa richiesta,
- modalità operative che assicurino la sicurezza della donna, del bambino e dei professionisti, garantendo elevati standard qualitativi nell'erogazione dell'intervento.

La partoanalgesia ha lo scopo di ottenere una riduzione del dolore fisiologicamente presente durante il travaglio, percepito e riferito in modo diverso da donna a donna, essendo influenzato da molte variabili soggettive.

Gli obiettivi:

- controllo del dolore al fine di migliorare il comfort della gestante e il benessere materno- infantile
- riduzione dello stress e dell'ansia prima e durante il travaglio per consentire alla donna di vivere serenamente il parto.
- gestione tempestiva delle complicanze.

4. CAMPO DI APPLICAZIONE e attori

La presente procedura si applica nell'ambito delle attività clinico-assistenziali svolte presso il Blocco parto dell'Ospedale Santa Rosa della ASL di Viterbo e coinvolge: i Consultori Familiari e gli ambulatori del Dipartimento della Salute della Donna e Materno Infantile, i ginecologi non dipendenti del SSN presenti su tutto il territorio della provincia di Viterbo e i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta e il servizio di anestesia. Gli attori coinvolti sono: ginecologi, ostetriche, pediatri, infermieri, infermieri pediatrici, OSS e ASS del Dipartimento di Salute della Donna e Materno Infantile nonché il personale medico dedicato afferente all'UOC Anestesia e Rianimazione e al Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero Santa Rosa.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 4 di 59

5. TARGET

Trova applicazione in tutti i casi in cui la donna in gravidanza, ricoverata per travaglio di parto, abbia richiesto o necessiti di intervento anestesiológico, nel rispetto delle indicazioni cliniche e delle condizioni di sicurezza previste.

6. REVISIONE DELLA PROCEDURA OPERATIVA

A 6 mesi dall'inizio dell'attività per il primo anno e ogni volta se ne ravvisi la necessità organizzativa o vengano emanate nuove linee guida di riferimento o nuovi atti normativi.

7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE

L'Area della comunicazione provvede all'aggiornamento nella sezione della pagina web e alla relativa comunicazione social. La Direzione Medica Presidio Ospedaliero, i Dipartimenti, i Direttori e i Dirigenti delle Professioni Sanitarie divulgano la procedura mediante incontri con gli operatori coinvolti e presa visione mediante lista di distribuzione come indicato in prima pagina.

8. DEFINIZIONI E GLOSSARIO

AG	Anestesia generale
AL	Anestetico locale
ASS	Assistente Socio-Sanitario
BCF	Battito Cardiaco Fetale
BMI	Body Mass Index (Indice di Massa Corporea)
B.O.C.	Blocco Operatorio Centrale
Bromage modificato	Indice di blocco motorio
BS	Bishop Score
CE	Catetere Epidurale
CTG	Cardiotocografia
CVP	Catetere venoso periferico
EV	Endovenosa
FC	Frequenza cardiaca
FR	Frequenza respiratoria
G	Gauge
IMC	Indice di Massa Corporea
INR	International Normalised Ratio
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MEF	Morte Endouterina Fetale
MMG	Medico di Medicina Generale
NIBP	Misurazione della pressione arteriosa non invasiva
NRS	Numerical Rating Scale (0-10)
OSS	Operatore Socio Sanitario
PA	Pressione Arteriosa
PIEB / PCEA	Programmed Intermittent Epidural Boluses / Patient Controlled Epidural Analgesia
PLS	Pediatri Libera Scelta
PN 4.0	Percorso Nascita 4.0
PO	Presidio Ospedaliero
PT	Tempo di Protrombina
PTT	Tempo di tromboplastina parziale
PV	Parametri Vitali (Frequenza Cardiaca, Frequenza respiratoria, Pressione arteriosa, Saturazione e Dolore)
Romberg	Test dell'equilibrio
SIN	Società Italiana Ginecologia
SpO2	Saturazione periferica Ossigeno
TC	Taglio cesareo
Top up	Bolo di rabbocco

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 5 di 59

9. NORMATIVA BIBLOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 *Linee di indirizzo per la qualità e la sicurezza degli interventi nel percorso nascita*.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Practice Bulletin No. 209: *Obstetric analgesia and anesthesia*. *Obstetrics & Gynecology*, 133(3), e208–e225.
- American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. (2016). *Practice guidelines for obstetric anesthesia: An updated report*. *Anesthesiology*, 124(2), 270–300
- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M. D., Cyna, A. M., & Cuthbert, A. (2018). *Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(5), Article CD000331. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 *Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro*.
- FNOMCeO – Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. (2014). *Codice di Deontologia Medica* (con modifiche 2016, 2017, 2020). <https://portale.fnomceo.it/codice-deontologico/>
- FNOPI - Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche. (2025). *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche*. Approvato il 21 febbraio 2025, in vigore dal 22 marzo 2025. https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/03/FNOPI_CodiceDeontol2025_web.pdf
- FNOPO - Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (2017). *Codice deontologico dell'ostetrica/o* (versione aggiornata con le integrazioni 2014 e 2017). <https://www.fnopo.it/notizie/codice-deontologico/codice-deontologico-dell-ostetrica-o>
- ISS – Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA. (2001). *Controllo del dolore durante il travaglio ed il parto vaginale tramite procedure analgesiche* DPCM 12 gennaio 2017 *Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)* - incluso il diritto alla partoanalgesia come prestazione assistenziale essenziale.
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Gelli-Bianco) *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e responsabilità professionale*.
- Ministero della Sanità. (1994). *Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 740 – Profilo professionale dell'ostetrica/o*. Gazzetta Ufficiale.
- Ministero della Sanità. (1994). *Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739 – Profilo professionale dell'infermiere*. Gazzetta Ufficiale.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2025). *Caesarean birth* (NICE Guideline NG192). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192>
- NICE. (2017). *Intrapartum care for healthy women and babies* (NG190). (ultimo aggiornamento disponibile del documento linee guida intrapartum).
- Regione Lazio. (2022). Determinazione n. G01328 del 10/02/2022: Riorganizzazione della Rete Perinatale. <https://www.regione.lazio.it/enti/salute/salute-materno-infantile/rete-perinatale>
- SIAARTI. (2014). *Indicazioni per le Unità di Anestesia Ostetrica. Linee guida e raccomandazioni per l'analgesia nel travaglio di parto*
- World Health Organization (2018) *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 6 di 59

10. PERCORSO MULTIDISCIPLINARE PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI PARTOANALGESIA

Il percorso assistenziale della partoanalgesia si fonda sul modello organizzativo integrato e multidisciplinare. L'informazione precoce ed uniforme sul territorio aziendale consente alla donna una scelta consapevole e libera, favorendo l'equità di accesso alla prestazione e l'appropriatezza della presa in carico.

Il percorso si sviluppa in fasi progressive e coordinate che comprendono:

- informazione e counseling;
- richiesta della prestazione;
- valutazione anestesiológica;
- acquisizione del consenso informato;
- pianificazione assistenziale in vista del travaglio e del parto.

10.1 MODALITÀ DI INFORMAZIONE E DIVULGAZIONE DEL PERCORSO DI ACCESSO ALLA PARTOANALGESIA

La ASL di Viterbo garantisce la diffusione capillare ed uniforme delle informazioni relative al servizio di partoanalgesia attraverso un sistema integrato di informazioni e counseling, attuato dai medici e dalle ostetriche dei Consultori Familiari e degli ambulatori del Dipartimento della salute della Donna e Materno Infantile oltre ai ginecologi non dipendenti del SSN presenti su tutto il territorio della provincia di Viterbo e i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.

La divulgazione avviene mediante:

- colloqui informativi individuali durante i controlli in gravidanza;
- incontri di accompagnamento alla nascita;
- incontro Open Day mensile al 7° piano UOC Ostetricia e Ginecologia Blocco B (salottino) il primo sabato di ogni mese dalle 10:00 alle 11:00;
- materiale informativo cartaceo e digitale aziendale (attualmente in fase di realizzazione che verrà successivamente distribuito anche ai ginecologi NON dipendenti del SSN presenti su tutto il territorio della provincia di Viterbo e i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta).

10.2 EPOCA GESTAZIONALE PER EFFETTUARE VISITA ANESTESIOLOGICA PER PARTOANALGESIA

La donna che sceglierà di accedere al percorso per la partoanalgesia dovrà programmare la visita anestesiológica secondo le seguenti indicazioni:

- **Gravidanza fisiologica:** la valutazione anestesiológica è consigliata preferibilmente tra la 34ª e la 38ª settimana
- **Gravidanza con patologia o rischio di parto prematuro** (esempi: pregresso cesareo, gravidanza gemellare, placenta previa, IMC >30): la valutazione anestesiológica è indicata dopo la 32ª settimana gestazionale.

10.3 MODALITÀ DI ACCESSO ALLA VISITA ANESTESIOLOGICA PER PARTOANALGESIA

La visita anestesiológica, viene effettuata presso l'UOC Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero Santa Rosa (piano 7- Blocco B) previa prenotazione presso la rete consultoriale della ASL di Viterbo, secondo le seguenti modalità:

- il lunedì e il giovedì dalle h. 11.00 alle h. 13.00 recandosi personalmente presso il Consultorio Familiare di riferimento o telefonando ai numeri di telefono di seguito riportati:

DISTRETTO B

Consultorio Familiare Viterbo: 0761237062

DISTRETTO A

Consultorio familiare di Montefiascone: 07611860370

Consultorio familiare di Acquapendente: 0763735215

Consultorio Familiare di Tuscania: 0761338811

Consultorio Familiare di Tarquinia: 0766846214

Consultorio Familiare di Bagnoregio: 0761860435

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 7 di 59

DISTRETTO C

Consultorio Familiare di Civita castellana:0761592326

Consultorio familiare di Ronciglione: 0761651297

Consultorio familiare di Vetralla: 0761477655.

Le visite anestesilogiche per partoanalgesia si effettuano dal lunedì al giovedì, con 2 appuntamenti rispettivamente, alle ore 15.00 e alle ore 15.30 e un appuntamento alle ore 16.00 in overbooking secondo necessità, presso l'UOC Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero Santa Rosa situata al piano 7 Blocco B. In caso di modifica del giorno e orario delle visite la dirigente ostetrica provvederà ad attivare i sistemi informatici e avvisare le coordinatrice dei servizi consultoriali e ospedalieri per l'eventuale spostamento di appuntamenti già fissati.

Alla visita anestesilogica la donna deve portare:

- esami ematici del 3° trimestre con prove coagulative.

Su indicazione, lo specialista anestesista provvederà a prescrivere ulteriori accertamenti se necessario.

11. SCHEMA DELLE FASI DEL PERCORSO DI PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA

Il percorso si articola in 5 fasi e la eventuale attivazione emergenza/urgenza per Taglio cesareo

- Pre-ricovero
- Ricovero
- Intrapartum
- Gestione dell'analgesia in travaglio di parto
- Postpartum, dimissione e follow-up
- Attivazione dell'emergenza/urgenza per Taglio cesareo in Blocco parto
- Post partum successivo a espletamento Taglio cesareo urgente o emergente

a) PRE-RICOVERO	
ATTORE	AZIONE
MMG / Ginecologo	- Presa in carico - informazione e counseling
Ostetriche Consultori Familiari-Ambulatori Dipartimentali	- Presa in carico - informazione e counseling - prenotazione attraverso il PN 4.0
Ginecologi Consultori Familiari-Ambulatori Dipartimentali	- Presa in carico - Informazione e counseling
MMG -PLS	- Presa in carico - Informazione e counseling
NB Si richiederà la collaborazione anche dei Ginecologi non dipendenti SSN per favorire la presa in carico Informazione e counseling a seguito della diffusione a carico dell'Area Comunicazione della ASL di Viterbo	
Gestante	- Riceve le informazioni sul percorso di partoanalgesia - prenota la visita anestesilogica presso la rete consultoriale ASL Viterbo: • prima della 34ª settimana solo su indicazione dello specialista • tra la 34ª e la 38ª settimane nelle gravidanze fisiologiche - si presenta alla visita con gli esami eseguiti - durante la visita firma l'informativa sulla procedura di partoanalgesia (All.2) e il consenso/dissenso informato (All.3)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 8 di 59

Anestesista	- Effettua la prima visita per partoanalgesia - valuta l'idoneità/ non idoneità clinica della donna all'esecuzione della tecnica analgesica - fornisce alla donna informazioni chiare complete e comprensibili - verifica la comprensione delle informazioni - acquisisce il consenso/dissenso informato scritto mediante la sottoscrizione dell'apposito modulo (All.3) e l'informativa sulla procedura di partoanalgesia firmata (All.2)
Infermiere UOC Ostetricia e Ginecologia e/o Ostetrica UOC Ostetricia e Ginecologia sulla base dell'organizzazione dei turni e del servizio	- Collabora con l'anestesista nella visita anestesilogica - riceve la documentazione inerente la visita anestesilogica - inserisce la documentazione nella cartella dedicata alla partoanalgesia
Coordinatore infermieristico/ostetrico UOC	- Redige il turno del personale individuando la figura dedicata all'ambulatorio per le visite anestesilogiche - riceve la documentazione inerente la visita anestesilogica - inserisce la documentazione nella cartella dedicata alla partoanalgesia

INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI ALLA PARTOANALGESIA

Indicazioni mediche ed ostetriche al posizionamento del catetere peridurale in fase precoce (prodromica)

- obesità materna (BMI > 30)
- vie aeree difficili
- pre-eclampsia /ipertensione cronica e/o gestazionale
- malattie cardiovascolari e respiratorie
- travaglio indotto o stimolato
- macrosomia fetale o presentazioni anomale
- rischio elevato di Taglio cesareo urgente in corso di travaglio in paziente con vie aeree difficili

Controindicazioni all'esecuzione della partoanalgesia con tecniche perimidollari

- rifiuto materno
- coagulopatia: INR >1,5, PTT>50 sec, PLT < 70-80.000
- somministrazione di eparina a basso peso molecolare: nelle 12 ore precedenti se basse dosi, 24 ore se alte dosi (maggiore in presenza di insufficienza renale)
- dicumarolici non interrotti almeno 5 giorni prima con INR > 1,5 (se non correggibile con concentrato protrombinico)
- infezione della cute e/o dei tessuti circostanti il sito di puntura
- stato settico
- ipovolemia non corretta

Controindicazioni relative

- interventi sulla colonna vertebrale
- cifoscoliosi
- aumento della pressione intracranica

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 9 di 59

Esami ematochimici necessari prima dell'esecuzione di partoanalgesia

- in caso di decorso fisiologico della gravidanza, in assenza di patologie concomitanti e/o diatesi emorragica: emocromo con conta piastrinica non superiore ai 30 giorni, assetto della coagulazione;
- in presenza di patologie gravidiche o croniche che possano implicare modifiche dell'assetto coagulativo: emocromo, INR, aPTT ratio, fibrinogeno prima della procedura.
- **Per la rimozione del catetere peridurale nelle pazienti sottoposte a trattamento con eparina a basso peso molecolare (LMWH):** la somministrazione di LMWH riprende dopo almeno 4 ore dalla rimozione del catetere peridurale se posizionamento non difficoltoso, 24 ore in caso di sanguinamento o posizionamento ripetuto.

NEL BLOCCO PARTO È PREVISTO L' USO DI DISPOSITIVI LATEX-FREE

La guardia di anestesia ostetrica è presente presso il reparto di Ostetricia e Ginecologia h 24, 7/7 e raggiungibile al seguente recapito telefonico 335-8439538

Le procedure operative relative alla gestione della partoanalgesia e delle eventuali complicanze ostetriche sono dettagliate nelle rispettive istruzioni operative IO n.01 e IO n.02, alle quali si rimanda per una descrizione completa dei protocolli assistenziali e delle modalità di intervento.

Le indicazioni sull' accesso, sanificazione, gestione rifiuti e decontaminazione ferri chirurgici nei locali presenti nel Blocco parto sono descritte nella IO n.03

Le indicazioni sulla gestione dei carrelli di partoanalgesia, anestesia ostetrica, dispositivi elettromedicali presenti nel Blocco parto sono descritte nella IO n.04

b) RICOVERO	
ATTORE	AZIONE
Ginecologo – UOC Ostetricia e Ginecologia	- Valuta clinicamente la gestante - verifica che il consenso informato sia debitamente compilato e firmato - informa l'anestesista del ricovero di una gestante inserita nel percorso di partoanalgesia A seguito di una richiesta tardiva di partoanalgesia (senza visita anestesiológica preliminare): - collabora con l'equipe multidisciplinare nella valutazione della fattibilità della procedura - documenta tutto in cartella clinica.
Anestesista	- Viene informato dal ginecologo del ricovero della donna candidata alla partoanalgesia - verifica la presenza della documentazione (idoneità + consenso). - viene informato qualora una donna non inserita nel percorso, richiedesse di effettuare la partoanalgesia: Vincolo clinico: - La mancata idoneità espressa in fase ambulatoriale è vincolante all'esecuzione della procedura. Vedi a seguire la casistica
Caso 1	Visita NON effettuata con donna NON in travaglio: - può effettuare la valutazione anestesiológica prima dell'inizio della fase attiva del travaglio - valuta l'appropriatezza della partoanalgesia - fornisce alla donna le informazioni sulla procedura - acquisisce il consenso/dissenso informato scritto e firmato - documenta in cartella clinica.
Caso 2	Visita NON effettuata con donna IN travaglio: - valuta congiuntamente al ginecologo di guardia e all'ostetrica l'appropriatezza della partoanalgesia - fornisce alla donna le informazioni sulla procedura - acquisisce il consenso/dissenso informato scritto e firmato - opera nel miglior interesse della salute psicofisica della madre e del feto.

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 10 di 59

Ostetrica	- Collabora nel processo assistenziale (midwifery) per tutta la fase di ricovero ed è individuata come professionista di riferimento per la gestante - supporta la donna nel percorso assistenziale - attribuisce al personale di supporto OSS/ASS le attività di competenza, previa valutazione del contesto clinico-assistenziale - collabora con l'equipe multidisciplinare - documenta l'attività di competenza in cartella clinica
Infermiere UOC	- Valuta bisogni assistenziali - pianifica interventi infermieristici - attua interventi infermieristici - attribuisce al personale di supporto (OSS/ASS) le attività di competenza, previa valutazione - collabora con l'equipe multidisciplinare - documenta l'attività di competenza in cartella clinica
Personale di Supporto OSS/ASS	- Collabora con l'infermiere/ostetrica nella cura dei bisogni primari e nella gestione dell'ambiente di cura su attribuzione e supervisione.

c) INTRAPARTUM	
ATTORE	AZIONE
Ginecologo	La gestione clinica è una responsabilità del ginecologo e la conduzione del travaglio è condivisa con l'ostetrica. Sempre in collaborazione con il personale ostetrico: - monitora l'andamento del travaglio di parto e mantiene in costante aggiornamento l'anestesista sulle condizioni materno-fetali - visita la donna prima dell'inizio della procedura anestesiologica e valuta le condizioni ostetriche. A seguito di valutazione annota l'orario della richiesta in cartella clinica relativa alla chiamata dell'anestesista per l'effettuazione della partoanalgesia: - valuta il monitoraggio cardiocotografico (CTG) continuo (almeno 20 minuti prima del posizionamento del CE). - viene aggiornato dall'ostetrica riguardo il monitoraggio dei parametri vitali materni ogni 60 minuti e ogni 5 minuti nei primi 20 minuti successivi a ogni bolo analgesico e relativi scostamenti rispetto alla fisiologia.
Anestesista	- Riceve la richiesta di partoanalgesia dal ginecologo di guardia riportandola in cartella di partoanalgesia (Allegato 1) - provvede a contattare il personale ostetrico per collaborare alla procedura - avvia la procedura nel più breve tempo possibile (se non impegnato in urgenze o altre procedure idealmente entro 30 minuti). <i>Durante la procedura</i>, si avvale della collaborazione dell'ostetrica per: - preparazione della donna; - posizionamento accesso venoso periferico - posizionamento del catetere epidurale; - monitoraggio materno-fetale. Qualora emergessero controindicazioni alla partoanalgesia, queste dovranno essere: - condivise con il ginecologo e ostetrica - spiegate in modo chiaro alla donna - documentate in cartella clinica - attiva il secondo anestesista di guardia in caso di necessità. <i>Dopo il posizionamento del catetere e la somministrazione dei farmaci la donna viene posizionata in decubito laterale sinistro:</i> - valuta il monitoraggio dei PV ogni 5 minuti per 20 minuti (SpO₂, FC, pressione arteriosa non invasiva) - comunica all'ostetrica la possibilità di deambulazione della paziente dopo 20 min, se assenza di controindicazioni (Romberg, Bromage) <i>Il monitoraggio dei PV deve essere ripetuto:</i> - ogni 5 minuti nei primi 20 minuti dopo ogni bolo di reintegrazione

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 11 di 59

	- ogni ora, durante il travaglio <u>Valuta dopo ogni bolo la presenza di eventuale blocco motorio</u> • La gestione dei farmaci infusi tramite catetere epidurale è di esclusiva competenza dell'anestesista responsabile della partoanalgesia, anche in presenza di pompe infusionali elettroniche. • La tecnica deve essere modulata in base alle fasi del travaglio secondo linee guida.
Ostetrica	- Garantisce sempre l'assistenza <i>one to one</i> - collabora attivamente al corretto posizionamento della donna, che può assumere la posizione seduta o in decubito laterale sinistro, secondo indicazione anestesilogica - collabora all'allestimento del carrello servitore e dei farmaci e presidi funzionali al posizionamento del catetere peridurale - rileva i parametri vitali - dopo circa 20 minuti dall'inizio della procedura, in assenza di controindicazioni poste dall'anestesista (blocchi motori, ipotensione ortostatica, alterazioni dell'equilibrio) la donna può deambulare o sedersi, sempre accompagnata - valuta, ogni ora, il livello del dolore mediante scala NRS (obiettivo $\leq 3/10$) <u>Se la paziente riferisce ripresa del dolore (NRS > 3):</u> - valuta la progressione del travaglio - informa tempestivamente ginecologo e anestesista. Per garantire un'analgesia efficace, è fondamentale intervenire prima che il dolore superi NRS 3, comunicando la richiesta del bolo successivo. - Cura la compilazione della cartella clinica riportando l'orario sia della richiesta che dell'avvio della partoanalgesia.
Ginecologo/ Anestesista /Ostetrica	Una volta iniziata, l'analgesia non deve essere sospesa, salvo situazioni eccezionali e su decisione motivata e condivisa dall'équipe (ginecologo, anestesista e ostetrica). Tale decisione deve essere comunicata alla donna e documentata in cartella.
Infermiera Pediatria	- Viene attivata dal ginecologo o dall'ostetrica - garantisce le attività assistenziali al neonato
Pediatra	- Viene attivato dal ginecologo o dall'ostetrica o dall'infermiera pediatrica - garantisce le attività clinico assistenziali al neonato
Gestante	- Può essere accompagnata nel suo percorso assistenziale da una persona di sua libera scelta.

d) GESTIONE DELL'ANALGESIA IN TRAVAGLIO E PARTO A CURA DELL'ANESTESISTA

L'avvio dell'analgesia epidurale non richiede il raggiungimento di una specifica dilatazione cervicale, ma è sufficiente che il travaglio sia in corso e che la donna ne faccia richiesta.

Secondo le evidenze scientifiche, l'inizio precoce dell'analgesia consente di ottenere un migliore controllo del dolore con un minor fabbisogno di farmaci.

La scelta dei farmaci da impiegare è indicata nell'IO n.1 ed ogni modifica andrà motivata e riportata nella cartella di partoanalgesia.

Nelle tecniche locoregionali viene utilizzata l'associazione di un oppiaceo con un anestetico locale, al fine di garantire un'analgesia efficace raggiungendo la minima concentrazione terapeutica necessaria.

Tali dosaggi consentono alla gestante di mantenere la mobilità, di assumere liberamente le posizioni desiderate e non compromettono la capacità né l'efficacia delle spinte nella fase espulsiva.

Tecniche loco regionali

Le tecniche locoregionali disponibili, la cui scelta è affidata alla valutazione dell'anestesista, comprendono:

- analgesia peridurale
- tecnica combinata spino-peridurale
- analgesia subaracnoidea.

La selezione della metodica più appropriata è correlata allo stadio del travaglio e al giudizio dell'anestesista.

Tecniche di somministrazione dei farmaci

Le modalità di infusione peridurale riconosciute per la partoanalgesia includono:

- boli intermittenti su richiesta (top-up manuale);
- infusione continua;
- PCEA (Patient Controlled Epidural Analgesia);
- PIEB (Programmed Intermittent Epidural Bolus).

Tecniche alternative all'analgesia neurassiale: non garantiscono il livello qualitativo di analgesia dei blocchi perimidollari, ma consentono di ridurre il dolore nei casi in cui tali metodiche siano controindicate o sono fallite. Le alternative possibili sono:

- miscela di ossigeno e protossido di azoto 50/50 (ancora non disponibile in ospedale),
- PCA endovenosa con Remifentanyl
- Ketamina a bassissime dosi
- Trattamenti non farmacologici

Idratazione della donna

È consigliabile da parte della gestante l'assunzione di liquidi chiari zuccherati (acqua, tè, caffè, succhi di frutta senza polpa, bevande a base di sali minerali) durante il travaglio. Se a causa della comparsa di nausea e/o vomito, la gestante non potesse assumere liquidi per bocca, verrà utilizzata l'idratazione per via endovenosa, anche in caso di condizioni di disidratazione (es. eccessiva sudorazione).

In travaglio la gestante può assumere piccoli snack come cibi leggeri o secchi. Se il ginecologo o l'ostetrica sospettano qualunque condizione a rischio sospendere immediatamente l'introito sia di liquidi che di solidi.

Prodromi dolorosi

In caso di partoriente particolarmente sofferente, su richiesta della donna e in seguito a consulto con il ginecologo e l'ostetrica, l'anestesista può decidere di posizionare una peridurale in fase prodromica.

È da preferire a tutte le altre tecniche specialmente nei casi in cui la visita ostetrica mostri una fase finale del periodo prodromico verso la fase del travaglio attivo. Nei casi in cui il travaglio non proceda come desiderato, sarà necessaria una valutazione di equipe prima della somministrazione di ulteriori boli analgesici. La richiesta di analgesia per un dolore intenso in uno stadio precoce di travaglio può suggerire una possibile distocia iniziale che andrà verificata successivamente.

e) POST-PARTUM	
ATTORE	AZIONE
Ginecologo	- Garantisce le attività clinico – assistenziali alla partoriente
Ostetrica	<u>Nelle prime 2 ore:</u> - Rileva i parametri vitali (PV) ogni 15 minuti, salvo diverse indicazioni cliniche - sorveglia lo stato generale della donna - cura e favorisce la procedura del contatto pelle a pelle e accompagna la donna nel primo attacco al seno per l'avvio allattamento compatibilmente con le condizioni cliniche materne e neonatali - compila l'apposita scheda.
Anestesista	<u>Gestione del catetere epidurale:</u> - Valuta il momento opportuno per la rimozione. Tempistiche di rimozione: - dopo il secondamento, <i>oppure</i> - entro 24–48 ore dal parto: • se utilizzato per analgesia post-episiotomia/raffia • se utilizzato per analgesia dopo Taglio cesareo. - rimuove il catetere epidurale personalmente o, in caso di necessità o urgenza in corso, può darne indicazione all'ostetrica o all'infermiera appositamente istruite, previa prescrizione in cartella clinica - documenta l'avvenuta rimozione in cartella partoanalgesia.
Pediatra	- Garantisce le attività clinico assistenziali al neonato
Infermiera Pediatrica	- Garantisce l'assistenza al neonato

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 13 di 59

DIMISSIONE E FOLLOW UP	
Ginecologo	- Effettua visita di dimissione con eco-office - redige la lettera di dimissione e la SDO (inserisce il codice 03.91-iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia)
Ostetrica	- È presente durante la fase di dimissione garantendo il counseling per il sostegno all'allattamento - informa la donna riguardo i servizi offerti presso la rete consultoriale - favorisce la presa in carico presso il consultorio di riferimento - Inserisce i dati del parto nella piattaforma informatica Percorso Nascita 4.0.
Infermiera	- Effettua la valutazione assistenziale prima della dimissione - redige la lettera di dimissione infermieristica - effettua educazione sanitaria alla puerpera
Pediatra	- Effettua la visita al neonato - programma i controlli neonatali successivi - redige la lettera di dimissione
Infermiera Pediatrica	- Effettua valutazione del neonato prima della dimissione - effettua interventi di supporto all' allattamento - effettua educazione alla cura del neonato - redige la lettera di dimissione infermieristica
Ostetrica Consultoriale	- Prende in carico la donna dopo la dimissione - sostiene l'allattamento materno con consulenze individuali e gruppi di auto – aiuto - effettua la valutazione perineale

ESPLETAMENTO TAGLIO CESAREO IN SALA PARTO PIANO 7 BLOCCO B EMERGENZA/URGENZA

Il Taglio cesareo in emergenza/urgenza viene effettuato presso la stanza 70 del Blocco parto.

Il Taglio cesareo in elezione viene effettuato presso il Blocco Operatorio Centrale.

f) ATTIVAZIONE DELL'EMERGENZA/URGENZA PER TAGLIO CESAREO IN BLOCCO PARTO	
ATTORE	AZIONE
1°Ginecologo di guardia	- Rileva problematica ostetrica - informa prontamente guardia di anestesia ostetrica - attiva collega 2° ginecologo di guardia, ostetrica e team neonatale - si prepara per TC
Ginecologo 2	- Si prepara per TC - verifica disponibilità del sangue
Anestesista di guardia	- Attiva personale infermieristico dell'OUC di Anestesia e Rianimazione - valuta la paziente e acquisisce il consenso informato scritto, in condizioni di emergenza, ove non sia possibile formalizzarlo, il consenso viene acquisito verbalmente in relazione allo stato di necessità - predispone per anestesia coadiuvato da personale infermieristico dell'UOC Anestesia e Rianimazione. <i>In caso di due urgenze in contemporanea, o per necessità urgenti la guardia di Anestesia Ostetrica chiamerà in supporto:</i> - Guardia Anestesiológica B.O. (H24): - Se occupato il precedente l'Anestesista Guardia Risveglio (H12 giorno). - Se occupati i precedenti la Guardia Rianimazione (H24). Qualora, nel periodo di transizione iniziale, fosse necessario espletare il T.C. nella Sala 8 del B.O., la Guardia di Anestesia Ostetrica informerà immediatamente il collega del Blocco Operatorio. Attiva il personale UOC Ostetrica e Ginecologia, in caso di emergenza, in attesa dell'arrivo dell'infermiere dell'UOC Anestesia e Rianimazione
Infermiere UOC Anestesia e Rianimazione	Nella fase di attivazione del Taglio cesareo in emergenza/urgenza, l'anestesista contatta l'infermiere afferente all'UOC Anestesia e Rianimazione al NUMERO 334-6632719 (oppure il numero interno diretto da rete ospedaliera 703000 o 0761/338000) che collabora con

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 14 di 59

	l'anestesista nelle attività di preparazione dell'anestesia e al corretto posizionamento della paziente sul tavolo operatorio. Quotidianamente e dopo ogni utilizzo, provvede al controllo e ripristino dei farmaci, presidi, carrello anestesia e compila le specifiche checklist (IO n. 04)
Pediatra	- Assiste il neonato
Le figure professionali e le attività connesse al ruolo nelle fasi di allestimento/preparazione, intraoperatoria e post operatoria per l'intervento di Taglio cesareo nella sala emergenza/urgenza del Blocco parto sono le seguenti: ➤ Strumentista: OSTETRICA 1 ➤ Fuoricampo: OSTETRICA (QUALORA IN TURNO FOSSERO PRESENTI 4 OSTETRICHE E NON CI FOSSERO CONDIZIONI DI CONCOMITANTE GESTIONE DI TRAVAGLI DI PARTO IN ALTRE SALE) ➤ Fuoricampo: INFERMIERA di UOC Ostetricia e Ginecologia (QUALORA FOSSERO IN SERVIZIO 3 OSTETRICHE O CI FOSSERO CONDIZIONI DI CONCOMITANTE GESTIONE DI TRAVAGLI DI PARTO IN ALTRE SALE) ➤ INFERMIERA PEDIATRICA ➤ PERSONALE DI SUPPORTO Nella situazione in cui, all'attivazione della procedura di intervento per Taglio cesareo in regime di emergenza/urgenza, un'infermiera in servizio presso l'UOC Ostetricia e Ginecologia si sposta al Blocco parto, il restante personale, ostetrico ed infermieristico, assicura la continuità assistenziale alle degenti avvalendosi della collaborazione del personale di supporto. Di seguito si riportano, in forma sintetica, le azioni e le responsabilità delle diverse figure professionali (ostetriche, infermiere, infermiere pediatriche, personale di supporto) in relazione alla attività che debbono essere svolte per la preparazione, durante e subito dopo l'intervento di Taglio cesareo nell'ambito della sala emergenza/urgenza all'interno del Blocco parto.	
ATTORE	AZIONE
OSTETRICA 1 (STRUMENTISTA)	FASE DI PREPARAZIONE • Effettua il lavaggio delle mani • Indossa copricapo e mascherina chirurgica • Reperisce tutto il materiale sterile occorrente per l'esecuzione dell'intervento: ➤ kit in tnt per allestimento campo sterile ➤ container strumentario chirurgico per Taglio cesareo ➤ guanti sterili di diverse misure (per sé e per gli operatori) ➤ guanti di filo sterili (per sé e per gli operatori) ➤ pezze laparotomiche ➤ fili di sutura ➤ 2 lame per bisturi e/o 2 bisturi monouso ➤ Tamponi sterili per disinfezione e delimitazione del campo operatorio ➤ suturatrice a punti metallici ➤ manipolo per bisturi elettrico monouso sterile ➤ tubo di aspirazione sterile ➤ contenitore sterile per i taglienti • Effettua il lavaggio preoperatorio delle mani • Con l'aiuto dell'ostetrica/infermiera fuoricampo indossa il camice sterile (la parte posteriore interna viene allacciata dal fuoricampo) • Indossa i guanti sterili e termina la chiusura del camice sterile • Si muove nel rispetto e mantenimento della sterilità • Copre il tavolo servitore con la federa di Mayo sterile • Posiziona lo strumentario chirurgico sul tavolo servitore • Conta ad alta voce tutti gli strumenti chirurgici posizionati sul tavolo servitore distinguendoli per tipologia • Si fa aprire le pezze laparotomiche e, previa conta ad alta voce, le posiziona sul tavolo servitore • Si fa aprire i tamponi sterili per disinfettare e delimitare il campo operatorio • Si fa versare, nell'apposita ciotola, il disinfettante • Si fa aprire 2 lame per il bisturi (1 per l'incisione della cute, 1 per l'incisione dell'utero) • Si fa aprire i fili di sutura e li posiziona sul servitore secondo l'ordine di utilizzo • Si fa aprire il manipolo del bisturi elettrico (una volta allestito il campo operatorio lo fisserà con appositi fissa fili e porgerà la parte distale all'ostetrica fuoricampo)

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 15 di 59

	• Si fa aprire il tubo per l'aspiratore elettrico (una volta allestito il campo operatorio lo fisserà con appositi fissi fili e porgerà la parte distale all'ostetrica fuoricampo) • Si fa aprire le manopole sterili per le lampade scialitiche • Si fa aprire i camici sterili ed i guanti sterili per i ginecologi operatori • Aiuta i ginecologi nella vestizione sterile • Aiuta i ginecologi ad indossare i guanti sterili • Si fa aprire il kit per Taglio cesareo in TNT FASE INTRAOPERATORIA • Durante l'esecuzione dell'intervento chirurgico porge agli operatori lo strumentario chirurgico e ne controlla l'integrità ad ogni passaggio e restituzione • Porge e si fa restituire le pezze laparotomiche, i fili di sutura, il bisturi elettrico, l'aspiratore e tutto il materiale sterile occorrente • Effettua la conta di tutto il materiale chirurgico e delle pezze laparotomiche nei tempi indicati dalla Raccomandazione Ministeriale n. 2 /2008 "Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico" • Al termine dell'intervento, disinfetta la ferita chirurgica • Si fa passare dal fuoricampo la medicazione sterile che appone a copertura della ferita chirurgica • Pulisce eventuali residui di disinfettante e sangue dalla cute della donna • Collabora con gli altri membri dell'equipe al trasferimento della donna dal tavolo operatorio alla barella, con l'utilizzo di teli ad alto scorrimento FASE POST OPERATORIA • Rimuove la lama dal manico del bisturi con la massima attenzione • Smaltisce i taglienti e pungenti nell'apposito contenitore • Rimuove la teleria in TNT e la getta negli appositi contenitori per i rifiuti speciali • Rimuove i manipoli delle scialitiche • Introduce lo strumentario chirurgico utilizzato in apposita vasca per la decontaminazione (gli strumenti ad impugnatura e/o con cremagliera vanno lasciati aperti) • Rimuove i dispositivi di protezione individuale • Provvede al lavaggio delle mani • Provvede alla compilazione della scheda di sala emergenza urgenza per i propri ambiti di competenza e la firma • Provvede alla compilazione e alla firma della piking list annessa al container dello strumentario chirurgico • Al termine della sanificazione provvede, in collaborazione con il fuoricampo, al reintegro dei presidi utilizzati
OSTETRICA / INFERMIERA (FUORICAMPO)	FASE DI PREPARAZIONE Il fuoricampo, prima di entrare nella sala emergenza/urgenza, dovrà indossare i copri calzari, effettuare il lavaggio antisettico delle mani ed indossare dispositivi di protezione individuale: copricapo, mascherina, camice monouso, guanti non sterili monouso. • Non essendo vestito in modo sterile, si muove all'interno della sala nel rispetto delle distanze di sicurezza per il mantenimento della sterilità • Si occupa, in collaborazione con l'ostetrica strumentista, dell'allestimento della sala • Attiva l'apparecchio dei flussi laminari • Apre le confezioni del materiale sterile (kit per allestimento servitore e di copertura del campo chirurgico, camici sterili, guanti sterili, pezze laparotomiche, tamponi per il campo operatorio sterili, manipoli sterili per le scialitiche, fili di sutura, lame da bisturi o bisturi monouso, tubo di aspirazione, manipolo per bisturi elettrico, suturatrice a punti metallici, contenitore sterile per i taglienti, medicazione, container dello strumentario chirurgico) • Versa il disinfettante nell'apposita ciotola presente sul servitore • Aiuta l'ostetrica strumentista al completamento della vestizione • Apre e porge alla strumentista i guanti sterili • Aiuta l'anestesia e l'infermiere di anestesia al posizionamento della donna sul lettino operatorio • Immobilizza le gambe della donna sul lettino operatorio

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 16 di 59

OSTETRICA (CHE SI OCCUPA DELLA DONNA MA NON PARTECIPA ALL'ALLESTIMENTO DELLA SALA)	• Collega la piastra dell'elettrobisturi su cute integra e asciutta evitando prominenze ossee, cicatrici, protesi metalliche, a completamento del circuito di sicurezza (con l'apposizione della piastra si riduce la densità di corrente, si prevengono eventuali ustioni, si garantisce che la corrente segua un percorso controllato e sicuro) <u>NOTA <i>più sequenziale associare posizionamento paziente ad applicazione piastra elettrobisturi</i></u> • Posiziona le lampade scialitiche • Connette ed accende l'aspiratore e ne verifica il funzionamento • Collega la porzione distale del tubo di aspirazione all'aspiratore che gli viene passato dalla strumentista • Accende ed effettua il test di funzionamento del bisturi elettrico • Allestisce il contenitore dedicato alla raccolta delle pezze laparotomiche utilizzate • Collega la parte distale del cavo del manipolo per la coagulazione all'elettrobisturi • Reperisce tutto il materiale occorrente per il prelievo di sangue per emogasanalisi • Compila e firma la documentazione per i propri ambiti di competenza FASE INTRAOPERATORIA • Apre, in maniera sterile l'eventuale materiale aggiuntivo durante l'intervento • Effettua la conta delle pezze laparotomiche utilizzate ad alta voce e la confronta con la strumentista • Apre la medicazione sterile • Reperisce un sistema di drenaggio qualora ci fosse la necessità di posizionarlo FASE POST OPERATORIA • Al termine dell'intervento: ➢ Disconnette il bisturi elettrico e smaltisce il manipolo nel contenitore per i rifiuti speciali, rimuove la piastra dalla paziente. ➢ Disconnette il tubo di aspirazione dall'aspiratore e verifica la quantità di liquido aspirato e ne riporta la quantità nella voce specifica della scheda di sala ➢ Collabora con gli altri membri dell'équipe al trasferimento della donna dal tavolo operatorio alla barella, con l'utilizzo di teli ad alto scorrimento ➢ Compila la documentazione per le voci inerenti le attività svolte (orari nel registro elettronico sul sistema operativo di sala operatoria, apposizione delle etichette del materiale sterile e del codice a barre del container dello strumentario chirurgico per la tracciabilità dei dispositivi sterili utilizzati) ➢ Trasferisce la paziente nella stanza di osservazione (st. 2 della degenza ostetrica) in collaborazione con l'OSS/ASS.
INFERMIERA PEDIATRICA	• Prepara isoletta neonatale • Accoglie il neonato all'ingresso della sala emergenza/urgenza e lo trasferisce nell'isoletta neonatale utilizzando la culla presente nel Blocco parto • Collabora con il pediatra per le prime cure • Garantisce il contatto pelle a pelle nella sala emergenza/urgenza, se le condizioni del neonato lo consentono

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 17 di 59

PERSONALE DI SUPPORTO	FASE DI PREPARAZIONE • Predispone i contenitori per i rifiuti speciali all'interno della sala emergenza/urgenza • Controlla la presenza dei contenitori per i taglienti, li predispone qualora non fossero presenti • Predispone la vasca con il liquido decontaminante per lo strumentario chirurgico utilizzato per l'intervento FASE INTRAOPERATORIA • Reperisce il materiale richiesto se mancante (es pezze laparotomiche, set aggiuntivi di teleria o strumentario) • Trasporta attrezzature urgenti se richiesto (pompe, monitor ecc) • Si reca al SIMT qualora, durante l'intervento, ci fosse la necessità di sangue e/o emocomponenti • Si rende disponibile per eventuali necessità FASE POST OPERATORIA • Al termine dell'intervento rimuove i contenitori dei rifiuti, li chiude, li identifica e li allontana dalla sala • Allontana la vasca di decontaminazione dello strumentario chirurgico • Se l'intervento si svolge nella fascia oraria compresa dalle ore 22:00 alle ore 7:00 provvede alla pulizia e sanificazione di tutte le superfici della sala, degli arredi, delle apparecchiature elettromedicali, dei cavi e delle lampade scialitiche • Al termine della procedura di pulizia e sanificazione, provvede al riposizionamento di tutte le apparecchiature e dei contenitori per i rifiuti. • Trasferisce la paziente nella stanza di osservazione (st. 2 della degenza ostetrica) in collaborazione con il fuoricampo.
----------------------------------	--

g) POST PARTUM SUCCESSIVO A ESPLETAMENTO TAGLIO CESAREO URGENTE O EMERGENTE	
ATTORE	AZIONE
Ostetrica	Nelle prime 2 ore in corso successive al TC: - trasferisce in collaborazione con l'OSS/ASS di UOC la paziente nella stanza di osservazione (st. 2 della degenza ostetrica) - rileva i parametri vitali (PV) ogni 15 minuti, salvo diverse indicazioni cliniche. - sorveglia lo stato generale della donna. - cura e favorisce il contatto pelle a pelle, e accompagna la donna nel primo attacco al seno, in presenza dell'accompagnatore e compatibilmente con le condizioni cliniche materne e neonatali: - attiva ginecologo di guardia se necessario - attiva pediatra di guardia se necessario - attiva anestesista di guardia se necessario - compila la scheda del contatto pelle a pelle.
Anestesista	- Valuta la paziente - è responsabile dell'analgesia postoperatoria più adeguata - valuta quando rimuovere catetere peridurale (se presente).

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 18 di 59

12. INDICATORI E MONITORAGGIO

Gli indicatori, presenti nella tabella sottostante, misurano l'efficacia, la sicurezza e l'omogeneità dell'applicazione della procedura, con monitoraggio trimestrale da parte dell'UOC Anestesia e Rianimazione e della UOC Ostetricia e Ginecologia.

- Percentuale di donne che ricevono partoanalgesia sul totale dei parti vaginali;
- Percentuale di donne che ricevono partoanalgesia sul totale delle richiedenti;
- Tempo medio dalla richiesta della paziente o dalla richiesta del clinico alla somministrazione della partoanalgesia (target <30 minuti);
- Tasso di PDPH (Cefalea post puntura durale);
- Livello di soddisfazione utente registrato tramite questionari aziendali (target >90%).

Tali indicatori saranno di volta in volta integrati contestualmente alla revisione della procedura.

INDICATORE	DESCRIZIONE E FORMULA	TARGET	FONTE	FREQUENZA MONITORAGGIO	RESPONSABILE
Accesso al servizio	Donne che ricevono partoanalgesia / totale parti vaginali (%)	>20%	Cartella clinica	Trimestrale	Responsabili UOC Ostetricia e Ginecologia / Anestesia
Appropriatezza risposta alla richiesta	Donne che ricevono partoanalgesia / totale donne richiedenti (%)	>70%	Cartella clinica	Trimestrale	Responsabili UOC Ostetricia e Ginecologia / Anestesia
Tempo di risposta	Tempo medio da richiesta a posizionamento catetere epidurale	<30min	Cartella clinica	Trimestrale	Responsabili UOC Ostetricia e Ginecologia / Anestesia
Complicanze materne minori	PDPH (cefalea da puntura meningea) (%)	<0,5 1,5%	Diario clinico	Trimestrale	Responsabili UOC Ostetricia e Ginecologia / Anestesia
Soddisfazione utente	% questionari con gradimento 4/5	>90%	Questionari post-parto	Trimestrale	Direzione Sanitaria

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 19 di 59

13. MATRICE DI RESPONSABILITÀ

13.1 MATRICE DI RESPONSABILITÀ DAL PRE-RICOVERO ALLA DIMISSIONE- FOLLOW UP

AZIONE	RUOLO								GINECOLOGO COONSULTORIALE
	GINECOLOGO	ANESTESISTA	OSTETRICA	INFERMIERE	PEDIATRA	INF. PEDIATRICO	OSS/ASS	OSTERICA RETE CONSULTORIALE	
Reclutamento della donna per la partoanalgesia	R	I	R	I	I	I	I	R	R
Attività ambulatoriale di visita e idoneità	I	R	C	C	I	I	I	-	-
Attività di ricovero	R	I	C	C	I	I	I	-	-
Valutazione stato travaglio (eco-tracciato)	R	I	R	I	I	I	I	-	-
Attività di preparazione donna propedeutica al blocco sensitivo	I	R	R	I	I	I	I	-	-
Posizionamento catetere peridurale	I	R	C	I	I	I	I	-	-
Sorveglianza travaglio	C	I	R	I	I	I	I	-	-
Parto	R	C	R	I	C	C	I	-	-
Sorveglianza post-partum	C	C	R	I	C	C	I	-	-
Rimozione Catetere Peridurale	I	R	C	C	I	I	I	-	-
Eventuale Taglio cesareo	R	R	C	C	C	C	C	-	-
Assistenza Neonato post partum e ricovero	I	I	R	I	R	R	I	-	-
Dimissione Donna	R	I	C	C	I	I	I	-	-
Dimissione Neonato	I	I	I	I	R	R	I	-	-
Orientamento per la fase di transitional care sul territorio	R	-	R	I	I	I	-	I	I
Presa in carico Rete Consultoriale	I	-	I	I	I	I	I	R	R

13.2 MATRICE DI RESPONSABILITÀ IN TC SALA EMERGENZA/URGENZA BLOCCO PARTO

AZIONE	RUOLO								
	1°GIN	2°GIN	ANESTESIST A	OSTETRICA 1	OSTETRICA/INFERMIER A	INF. PED.	OSS/ASS	PEDIATRA	INF. UOC ANESTESI A/RIAN
Indicazione al TC in travaglio	R	C	C	C	C	I	I	I	-
Attribuzione codice urgenza/emergenza	R	C	C	C	I	I	I	I	-
Informazione alla paziente e acquisizione consenso al TC	R	C	C	C	I	I	I	I	-
Attivazione percorso chirurgico	R	C	C	C	C	I	C	I	-
Valutazione anestesiológica e consenso informato	I	I	R	I	I	I	I	I	-
Verifica disponibilità sangue quando necessario	C	R	C	C	C	I	C	I	-
Ritira il sangue al trasfusionale quando indicato	I	I	I	I	I	I	C	I	-
Allestimento sala emergenza/urgenza a pre-TC	I	I	I	R	R	I	C	I	-
Gestione farmaci, presidi e carrelli anestesia	I	I	R	I	I	I	C	I	R
Allestimento isola neonatale	I	I	I	C	I	R	I	C	-
Esecuzione Taglio cesareo	R	R	C	C	C	I	I	I	-
Assistenza anestesiológica intraoperatoria	I	I	R	I	I	I	I	I	C
Assistenza neonatologica alla nascita	I	I	I	C	I	R	I	R	-
Documentazione clinica e tracciabilità	R	R	R	R	R	R	C	R	-
Trasferimento in degenza post-TC	R	I	R	R	C	I	C	I	-

- R-RESPONSABILE
- C-COINVOLTO
- I-INFORMATO

N.B. Gli operatori sanitari in formazione (tirocinanti, infermieri, ostetriche ed OSS) possono effettuare le attività previste, ognuno per il proprio ambito di competenza, ma sempre e solo sotto la supervisione diretta del tutore designato.

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 22 di 59

MSD-MI Istruzione Operativa n.01/26 P.O. 01/26
INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PARTOANALGESIA

TECNICA

- Prima dell'inizio della procedura dovrà essere inserito un catetere venoso periferico;
- con il supporto dell'ostetrica, la donna deve essere posizionata seduta oppure in decubito laterale, secondo le indicazioni dell'anestesista, per facilitare un corretto accesso allo spazio peridurale;
- tutto il personale coinvolto deve indossare i DPI, eseguire accurata igiene delle mani e rispettare rigorosa asepsi durante il posizionamento e la medicazione del catetere;
- il catetere epidurale deve essere inserito nello spazio peridurale per circa 3-5 cm;
- il catetere viene fissato sul dorso della paziente secondo protocollo di reparto: medicazione trasparente che consenta di visualizzare il punto di ingresso.
- la rimozione del catetere avviene dopo il secondamento o in un secondo tempo (24-48h) se utilizzato per analgesia dopo episiotomia/episiotomia o cesareo;
- l'ora della rimozione ed il buon esito della procedura vengono riportati in cartella partoanalgesia;
- la paziente deve essere osservata nelle 48 ore successive per riconoscere i segni di eventuali complicanze tardive (PDPH, deficit sensitivo motori, globo vescicale...).

PROTOCOLLO ANALGESIA PERIDURALE CON ROPIVACAINA

Nullipara

Dilatazione cervicale	Posizione della testa	Dose iniziale		Dose successiva	
		Farmaco e dose	Volume totale (ml)	Farmaco e dose	Volume totale (ml)
2-3	-2/-1	Sufentanil 5-10 mcg	5	Ropivacaina 0,10% +/- Sufentanil 5-10 mcg	15-20
3-5	-2/-1	Ropivacaina 0,10% +/- Sufentanil 5-10 mcg	15-20	Ropivacaina 0,10% +/- Sufentanil 5-10 mcg	10-15
>6		Ropivacaina 0,15%-0,20% +/- Sufentanil 5-10 mcg	15-20	Ropivacaina 0,15-0,20 % +/- Sufentanil 5-10 mcg	10
Dilatazione completa	-1/0	Ropivacaina 0,15%-0,20%	10-15		

A dilatazione completa, dopo che è avvenuta la rotazione della testa fetale ed è prossima al piano perineale, si possono somministrare 5 ml di lidocaina 1-1,5% per l'analgesia perineale o per l'episiotomia/raffia.

Pluripara

Dilatazione cervicale	Posizione della testa	Dose iniziale		Dose successiva	
		Farmaco e dose	Volume totale (ml)	Farmaco e dose	Volume totale (ml)
4-5	-1	Ropivacaina 0,10% - 0,15% +/- Sufentanil 5-10 mcg	15 - 20	Ropivacaina 0,15% +/- Sufentanil 5-10 mcg	10-15
6-7	-1	Ropivacaina 0,15 - 0,20% +/- Sufentanil 5-10 mcg	10-15	Ropivacaina 0,15 - 0,20% +/- Sufentanil 5-10 mcg	10-15
Dilatazione completa		Ropivacaina 0.15% - 0.20%	10-15		

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 23 di 59

PROTOCOLLO ANALGESIA CSE *Nullipara*

Dilatazione cervicale	Posizione della testa	Dose iniziale		Dose successiva	
		Farmaco e dose <u>intratecale</u>	Volume totale (ml)	Farmaco e dose <u>epidurale</u>	Volume totale (ml)
2-3	-2/-1	Sufentanil 2,5 mcg	5	Ropivacaina 0.10% +/- Sufentanil 5-10 mcg	15-20
3-5	-1	Sufentanil 2,5 mcg + Ropivacaina 0,04% (2 mg)	5	Ropivacaina 0.10% +/- Sufentanil 5-10 mcg	10-15
>6		Sufentanil 2,5 mcg + Ropivacaina 0,05-0,06% (2,5-3 mg)	5	Ropivacaina 0.10% - 0,15% +/- Sufentanil 5-10 mcg	10 -15
Dilatazione completa	-1/0	Ropivacaina 0,06% (3 mg)	5	Ropivacaina 0,15 -0,20%	10 -15

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

PROTOCOLLO ANALGESIA CSE *Pluripara*

Dilatazione cervicale	Posizione della testa	Dose iniziale		Dose successiva	
		Farmaco e dose <u>intratecale</u>	Volume totale (ml)	Farmaco e dose <u>epidurale</u>	Volume totale (ml)
3-4	-2/-1	Sufentanil 2,5 mcg + Ropivacaina 0,04% (2 mg)	5	Ropivacaina 0.10% +/- Sufentanil 5-10 mcg	15-20
6-7	-1	Sufentanil 2,5 mcg + Ropivacaina 0,06% (3 mg)	5	Ropivacaina 0,15% +/- Sufentanil 5-10 mcg	10-15
Dilatazione completa	-1/0	Sufentanil 2,5 mcg + Ropivacaina 0,06% (3 mg)	5	Ropivacaina 0,15 – 0,20%	10 - 15

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

PROTOCOLLO ANALGESIA SPINALE PRE PARTO IMMINENTE

Dilatazione cervice uterina	Farmaci	Dose	Volume
10 cm	Sufentanil Ropivacaina	2,5 mcg 2,5 mg	5 ml

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 24 di 59

Nelle gravide (pluripare e primipare), giunte in Sala Travaglio a dilatazione completa, può essere eseguita la sola Analgesia Spinale con Ropivacaina 2 mg/ml:

1 ml = 2 mg

1,25 ml = 2,5 mg

1,5 ml = 3 mg

Da diluire con SF a 5 ml complessivi

CONVERSIONE PER CESAREO IN URGENZA/EMERGENZA
SPINALE- Bupivacaina iperbarica 0.5% 10/12.5 mg + Morfina 100 mcg +/- suf 2.5 mcg
PERIDURALE- LIDOCAINA 2% 20 ml + BICARBONATO 1.5-2 meq + Adrenalina 50-100 mcg Titolare 15 - 20 ml per blocco sensitivo fino a T4

TABELLE DILUIZIONE FARMACI

<u>Sufentanil</u>	mcg	Soluzione fisiol da aggiungere	Volume finale	Concentrazione finale
1 ml	50 mcg	19 ml	20 ml	2,5 mcg/ml
1 ml	50 mcg	9 ml	10 ml	5 mcg/ml
1 ml	50 mcg	4 ml	5 ml	10 mcg/ml

<u>Ropivacaina fiale 2 mg/ml (ml da aspirare)</u>	mg contenuti nel volume aspirato	Soluzione fisiologica (ml da aggiungere)	Volume finale (ml)	% Finale	Concentrazione mg/ml
1 ml	2 mg	4 ml	5 ml	0,04 %	0,4 mg/ml
1,25 ml	2,5 mg	3,75 ml	5 ml	0,05 %	0,5 mg/ml
1,5 ml	3 mg	3,5 ml	5 ml	0,06 %	0,6 mg/ml
5 ml	10 mg	15 ml	20 ml	0,05 %	0,5 mg/ml
6 ml	12 mg	14 ml	20 ml	0,06 %	0,6 mg/ml
7 ml	14 mg	13 ml	20 ml	0,07 %	0,7 mg/ml
8 ml	16 mg	12 ml	20 ml	0,08 %	0,8 mg/ml
9 ml	18 mg	11 ml	20 ml	0,09 %	0,9 mg/ml
10 ml	20 mg	10 ml	20 ml	0,10 %	1 mg/ml
15 ml	30 mg	5 ml	20 ml	0,15 %	1,5 mg/ml
20 ml	40 mg	0	20 ml	0,20 %	2 mg/ml

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 25 di 59

MONITORAGGIO

- Monitoraggio dei parametri vitali secondo intervalli programmati:
 - ogni 5 minuti per i primi 20 minuti dall'inizio della procedura e dopo ogni bolo analgesico, successivamente ogni 60 minuti;
 - i parametri da rilevare includono: pressione arteriosa non invasiva (NIBP), FC, FR, saturazione emoglobina (SpO₂);
- valutazione oraria del livello di analgesia mediante scala NRS;
- valutazione del blocco motorio attraverso la scala di Bromage modificata;
- controllo della temperatura corporea materna secondo condizione clinica;
- monitoraggio fetale continuo durante il posizionamento del catetere e per i primi 20 minuti successivi all'avvio dell'analgesia loco-regionale. La cardiocografia va tenuta in continuo.
- dopo circa 20 minuti dall'inizio della partoanalgesia, la donna può deambulare o sedersi, purché accompagnata è a condizione che siano rispettati i seguenti criteri:
 - assenza di controindicazioni ostetriche;
 - assenza di blocco motorio (valutazione con scala di Bromage);
 - assenza di ipotensione ortostatica (si raccomanda di rimanere seduta sul letto per almeno 10 minuti prima di alzarsi);
 - assenza di deficit dell'equilibrio (test di Romberg negativo).

BROMAGE SCORE	NRS
Valuta il blocco motorio della donna. Valutazione a muovere gli arti inferiori con punteggio da 0 a 3. 0: assenza di blocco motorio 1: incapacità a sollevare l'arto esteso, muove solo il ginocchio 2: incapacità di flettere il ginocchio, muove solo il piede 3: assenza di movimento	Scala numerica del dolore (Numerical Rating Scale) 0-10, dove 0 rappresenta l'assenza e 10 il massimo dolore possibile. Obiettivo: NRS <4

			
BROMAGE 3	BROMAGE 2	BROMAGE 1	BROMAGE 0
Blocco completo di anca ginocchio e piede	Incapacità di flettere anca e ginocchio. Capacità di flettere soltanto il piede.	Incapacità di flettere anca. Capacità di muovere il ginocchio ed il piede	Blocco motorio assente. Completa flessione di anca ginocchio e piede.

IDRATAZIONE

Prima dell'inizio della procedura deve essere posizionato un catetere venoso periferico (20G o superiore). Durante il travaglio la donna può assumere piccole quantità di liquidi chiari zuccherati, salvo controindicazioni cliniche. In caso di nausea o vomito deve essere garantita un'adeguata idratazione per via

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 26 di 59

endovenosa. È necessario controllare periodicamente la diuresi per prevenire la ritenzione urinaria e l'insorgenza di globo vescicale.

PRECAUZIONI

- **Ossitocina:** l'infusione deve essere sospesa 30 minuti prima del posizionamento del catetere peridurale e può essere ripresa circa 30 minuti dopo il primo bolo analgesico, secondo indicazione medica, al fine di ridurre il rischio di ipertono uterino.
- La donna non deve mai essere mantenuta in posizione completamente supina, per prevenire l'ipotensione materna da compressione aorta cavale e possibili ripercussioni sul benessere fetale.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 27 di 59

MSD-MI Istruzione Operativa n.02/26 P.O. 01/26
GESTIONI COMPLICANZE

GESTIONE DELLA PUNTURA ACCIDENTALE DELLA DURA MADRE

Lo sviluppo di cefalea da puntura della Dura Madre è una complicanza frequente dei blocchi neuroassiali (posizionamento del catetere epidurale e anestesia/analgesia subaracnoidea).

L'incidenza di puntura accidentale durale (ADP), in seguito al posizionamento di catetere peridurale, è 0.15 – 1.5%; di queste circa il 50% circa svilupperà anche cefalea post puntura durale (PDPH) e il fattore di rischio principale è rappresentato dalla inesperienza dell'operatore.

Nel caso di anestesia/analgesia subaracnoidea lo sviluppo di cefalea è 0.8% quando vengono usati aghi a punta atraumatica indifferentemente dal calibro.

L'incidenza di PDPH (*Post Dural Puncture Headache*) in ostetricia è molto variabile (dal 15 fino anche all'80% dei casi) e compare generalmente (il 90% dei casi) entro le prime 24-48 ore ma sono descritte anche cefalee tardive ad insorgenza superiore alle 72 ore fino anche a 6 giorni post breccia durale. I fattori di rischio sono giovane età, BMI elevati, precedenti PDPH, spinte prolungate e intense durante il secondo stadio di travaglio, multipli tentativi di esecuzione di peridurale, utilizzo del mandrino gassoso.

I sintomi tipici connessi alla cefalea post puntura durale (PDPH), quando presenti, sono legati all'ipotensione intracranica secondaria alla perdita di liquor cefalo rachidiano (LCR) che determina trazione a livello meningeo, dei nervi cranici (il IV in particolare) e delle radici cervicali; regrediscono nel 50% dei casi dopo alcuni giorni fino anche ad alcune settimane determinando così un aumento della ospedalizzazione e dei costi e degli accessi al pronto soccorso nel post partum e un aumentato rischio di TVP per allettamento.

La sintomatologia può cronicizzare fino al 28% dei casi.

Complicanze maggiori:

- ematoma subdurale;
- meningite batterica;
- trombosi venosa profonda.

Non esistono raccomandazioni riguardo al management immediato (ovvero inserimento catetere in spazio subaracnoideo o rimozione dell'ago); mai sono stati eseguiti test randomizzati per difficoltà logistiche e limiti etici.

Meglio comunque inserire il catetere intratecale per:

- efficacia di analgesia
- diagnosi e trattamento della cefalea
- strategie preventive.

Rimuovere l'ago infatti espone la paziente ad un rischio maggiore di seconda puntura dovendo ripetere la tecnica e non garantisce una analgesia immediata che si potrebbe avviare eseguendo una spinale antalgica attraverso il catetere.

È opportuno contrassegnare in modo chiaro ed inequivocabile il catetere intratecale per evitare somministrazioni incongrue di farmaci ed informare tutti i membri dell'equipe che assistono al parto.

TERAPIA CONSERVATIVA

- Riposo a letto e mantenimento della posizione supina per 24 ore;
- mantenimento di una adeguata idratazione (non iperidratazione);
- Paracetamolo, FANS, oppioidi deboli (tramadolo e codeina) al bisogno;
- somministrazione di oppioidi quali morfina e ossicodone nelle forme più severe (trattamento limitato a 72 ore).

EPIDURAL BLOOD-PATCH

Trattamento invasivo, più efficace nella risoluzione della cefalea post puntura durale rispetto alle terapie conservative. Consiste nell'iniettare sangue autologo prelevato sterilmente da una vena periferica del paziente nello spazio peridurale in prossimità della puntura accidentale della dura (nello stesso spazio o in quello inferiore). È indicato se la terapia conservativa risulta essere inefficace e se la sintomatologia

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 28 di 59

cefalalgia è particolarmente invalidante. La risoluzione completa o parziale della sintomatologia è stata osservata in percentuale variabile dal 50% all' 80%. L'esecuzione entro le 48 ore dopo la puntura accidentale della dura madre è associata a riduzione della sintomatologia; tuttavia, nelle pazienti che presentino una sintomatologia severa va considerata l'esecuzione entro tale intervallo di tempo.

Complicanze del blood patch:

- rischio di ulteriore puntura accidentale durale
- dolore lombare (risoluzione completa solitamente entro le 4 settimane)
- dolore cervicale
- bradicardia
- aumento della temperatura
- paralisi del nervo faciale
- aracnoiditi
- infezioni
- ematoma spinale
- trombosi venosa cerebrale

BLOCCO DEL GANGLIO SFENOPALATINO TRANSNASALE

Il ganglio sfeno-palatino è un ganglio nervoso del sistema parasimpatico situato nella zona posteriore della fossa pterigo-palatina.

Il blocco del ganglio sfenopalatino (bGSP) per via transnasale è una metodica alternativa efficace utilizzata per il trattamento di vari tipi di cefalee, nel dolore cronico facciale e nella nevralgia del trigemino.

La tecnica classica prevede, a paziente supino con la testa iperestesa, l'inserimento bilaterale di un batuffolo di cotone imbevuto con 1,5 ml di Lidocaina 2% fra il turbinato medio e il superiore fino a toccare la parete ossea; il tempo di posa del batuffolo di cotone è di circa 10 minuti. La difficoltà riscontrata nel corretto posizionamento del batuffolo imbevuto, soprattutto in presenza di importanti deviazioni del setto nasale, trova nell'uso di un rinoscopio con sonda sottile e maneggevole una più agevole esecuzione ed un maggior successo del blocco analgesico.

SCHEMA OPERATIVO PER CEFALIA IN CASO DI PUNTURA ACCIDENTALE DELLA DURA MADRE

In caso di puntura accidentale della Dura Madre con ago di Thuoy si consiglia:

- occludere il cono per evitare eccessiva deliquorazione
- somministrare lentamente 10 ml di SF nello spazio subaracnoideo
- inserire il catetere nello spazio subaracnoideo, confermando il corretto posizionamento e fissare il cateterino
- considerare antibioticoprofilassi nei pazienti a rischio
- tromboticoprofilassi con Enoxaparina basse dosi

Farmaci utilizzati: Ropivacaina e Sufentanil Rescue

dose: Ropivacaina 2 mg in 5ml di soluzione fisiologica.

BOLO INIZIALE		BOLI SUCCESSIVI	
Farmaco	Volume	Farmaco	Volume
Ropivacaina 0.2.% 2 mg	5 ml	Ropivacaina 2-3 mg	5 ml
Sufentanil 2,5 mcg			

Al termine:

- connettere pompa CADD contenente NaCl 0,9% al cateterino subaracnoideo in modalità i.c. alla velocità di 2.5 ml/h per 36 h
- prima della rimozione del cateterino somministrare 10 ml di SF e controllare ultima somministrazione

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 29 di 59

LMWH

- dopo la rimozione del cateterino, esame obiettivo neurologico (EON) a 6-12-24 h e valutare eventuale presenza di cefalea posturale, rachialgia, tensione meningea, sintomi associati (vertigini, diplopia, ipoacusia)
- invitare la paziente ad assumere liquidi e bevande contenenti caffeina
- se dovesse insorgere cefalea con le caratteristiche tipiche della PDPH, mettere in atto terapia specifica ed EON ogni 12 h
- se dovesse persistere cefalea dopo i 7-8 giorni può essere utile effettuare blood patch con 10-20 ml di sangue omologo prelevato in maniera sterile.

CONVERSIONE A TAGLIO CESAREO IN CORSO DI PARTOANALGESIA

Controlli pre-intervento:

- compilazione del cartellino di anestesia, verifica dell'avvenuta firma del consenso ad anestesia e del consenso a trasfusione;
- controllo del funzionamento della via periferica (18-G) e rubinetto a 3 vie, meglio posizionare secondo accesso venoso periferico

Farmaci:

- Ropivacaina 0.5- 0,75% (10-15 ml) a boli successivi, fino a blocco anestetico adeguato (t4-t6);
- **Se emergenza:** lidocaina 2% 20 ml+ sodio bicarbonato (1-2 meq) + Adrenalina 50 – 100 mcg somministrata per via peridurale a boli refratti da 5 ml fino a raggiungimento di un livello anestetico T4 (mediamente 15 -20 ml)
- eventuale aggiunta di sufentanil 2,5-10 gamma in 5 ml di soluzione fisiologica.

Monitoraggio materno:

- controllo di sensibilità e motilità all'ingresso in sala emergenza/urgenza;
- NIBP, ECG, SpO2.

Posizione sul letto operatorio:

- posizionamento supino della paziente con cuneo sotto il fianco destro e dislocamento dell'utero a sinistra e sollevamento arti inferiori di 30° circa e testa 20° circa se il letto lo consente.

Correzione dell'ipotensione:

- Infusione di efedrina ev se ipotensione e bradicardia; fenilefrina 50 mcg ev ripetibili se ipotensione e tachicardia se fenilefrina non disponibile Noradrenalina a boli 5-10 mcg e.v ;
- Infusione di colloidali e cristalloidi.

Inizio intervento: a blocco stabilizzato

GESTIONE PRURITO INDOTTO DA OPIOIDI

Per evitare che insorga il prurito, gli oppioidi andrebbero usati alla dose minima efficace, uniti ad un approccio multimodale.

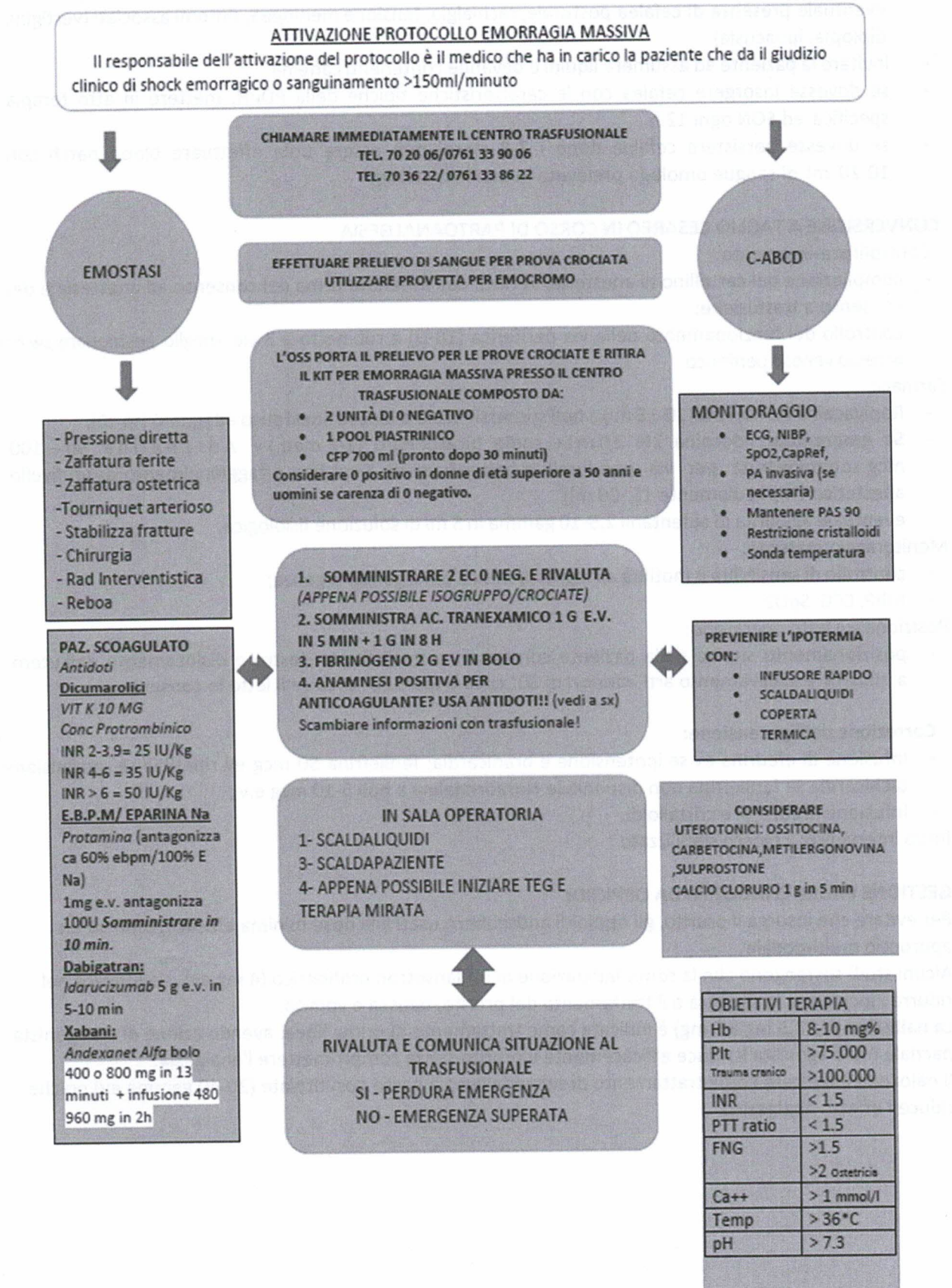
Alcuni studi sostengono che la somministrazione di ondansetron profilattico (4 mg ev), sia efficace nel ridurre l'incidenza, la severità e il trattamento del prurito, nausea e vomito.

La nalbufina (da 2,5 mg a 5 mg) è indicata come trattamento di prima linea: avendo azione di antagonista parziale mu e agonista k riduce efficacemente il prurito senza compromettere l'analgesia.

Il naloxone è indicato come trattamento di seconda linea a basse dosi titolate (20-40 gamma ev) poiché riduce l'effetto analgesico



EMORRAGIA MASSIVA



 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 31 di 59

RICHIESTA KIT EMORRAGIA MASSIVA

U.O. _____

2 Sacche Emazie Concentrate 0 NEGATIVO
1 Pool Piastrinico
1 Sacca 700 ml PFC

Paziente Ignoto _____

(indicare generalità se conosciute)

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____

“Il sottoscritto medico richiedente dichiara che la gravità clinica è tale da non consentire il completamento delle prove di compatibilità trasfusionali prima della trasfusione considerando prevalente la necessità di effettuare la trasfusione rispetto al rischio di possibili reazioni trasfusionali immunologiche connesse alla mancata effettuazione di test immunoematologici. Il richiedente dichiara inoltre di essere a conoscenza della normativa sul consenso informato.”

Verrà inviata nel più breve tempo possibile al SIMT regolare richiesta e relative provette se saranno necessarie ulteriori unità da trasfondere.

Saranno comunque inviate al SIMT, nel più breve tempo possibile, le generalità complete del Paziente e relativi campioni di sangue per l'assegnazione definitiva dell'unità trasfusa in emergenza, per ottemperare alla disposizione di legge relativa alla tracciabilità delle unità di Emocomponenti assegnate.

Il Dirigente Medico Richiedente

Parte Riservata al SIMT

Data/ora di arrivo _____

Data/ora di consegna _____

Firma Operatore che ritira _____

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 32 di 59

MSD-MI Istruzione Operativa n.03/26 P.O. 01/26		
INDICAZIONI SULL' ACCESSO, SANIFICAZIONE, GESTIONE RIFIUTI E DECONTAMINAZIONE FERRI CHIRURGICI NEI LOCALI PRESENTI NEL BLOCCO PARTO		

L'organizzazione e l'accesso al Blocco parto devono garantire elevati livelli igienico sanitari finalizzati alla tutela della partoriente, del neonato e degli operatori sanitari.

ACCESSO AL BLOCCO PARTO

Durante lo svolgimento delle attività assistenziali, l'accesso al Blocco parto è regolamentato in modo da limitare al minimo indispensabile la presenza e la movimentazione di persone, materiali e attrezzature.

- Il personale sanitario accede esclusivamente con divisa a norma attenendosi rigorosamente alle procedure di igiene delle mani. L'igiene delle mani deve essere eseguita prima e dopo ogni contatto con la paziente, con il neonato e con le superfici o dispositivi.

L'accesso al Blocco parto è consentito ad un solo accompagnatore per ogni gestante.

- L'accompagnatore è tenuto ad effettuare l'igiene delle mani all'ingresso ed indossare dispositivi di protezione individuale (camice, calzari, cuffia e mascherina) per tutta la durata della permanenza nel Blocco parto.

ACCESSO ALLA SALA EMERGENZA/URGENZA E LOCALE LAVAGGIO MANI

L'accesso alla sala emergenza/urgenza e locale adibito al lavaggio mani è consentito unicamente al personale sanitario coinvolto nell'attività assistenziale.

L'accesso è subordinato all'utilizzo di abbigliamento dedicato (divisa pulita, copricapo che contenga i capelli, mascherina chirurgica, calzature dedicate o calzari, camice e guanti sterili obbligatori durante le procedure invasive o chirurgiche).

SANIFICAZIONE DEL BLOCCO PARTO

Le attività di sanificazione ordinaria del Blocco parto sono effettuate quotidianamente, secondo i protocolli aziendali vigenti, dalla ditta di pulizie e sanificazione.

La sanificazione delle sale travaglio-parto, al termine di ogni utilizzo, viene effettuata dal personale di supporto afferente alla UOC Ostetricia e Ginecologia.

La sanificazione della sala di emergenza e del locale adibito al lavaggio mani, successivamente a ciascun utilizzo, è garantita secondo le seguenti modalità organizzative:

- durante la fascia diurna compresa tra le ore 7:00 e le ore 22:00, previa attivazione telefonica, l'intervento viene effettuato dalla ditta di pulizie e sanificazione,
- durante la fascia notturna compresa tra le ore 22:00 e le ore 7:00, l'attività viene assicurata dal personale di supporto afferente alla UOC Ostetricia e Ginecologia.

All'interno del Blocco parto, inoltre, è inoltre garantita periodicamente la pulizia a fondo da parte della ditta di pulizie secondo quanto previsto dalle procedure aziendali vigenti.

GESTIONE DEI RIFIUTI E DELLA BIANCHERIA

I rifiuti sanitari e la biancheria utilizzata devono essere gestiti secondo le procedure aziendali, con immediata rimozione e conferimento nei contenitori dedicati, al fine di ridurre il rischio di contaminazione ambientale.

DECONTAMINAZIONE DELLO STRUMENTARIO CHIRURGICO

La decontaminazione dello strumentario chirurgico viene effettuata dal personale di supporto dell'Unità Operativa mediante l'utilizzo di appositi contenitori.

Il ritiro dello strumentario è garantito nei giorni feriali, dal personale addetto alla Centrale di Sterilizzazione, nei giorni festivi, previa attivazione, dal personale reperibile afferente alla stessa Centrale di Sterilizzazione.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 33 di 59

MSD-MI Istruzione Operativa n.04/26 P.O. 01/26

**INDICAZIONI SULLA GESTIONE DEI CARRELLI DI PARTOANALGESIA, ANESTESIA OSTETRICA,
DISPOSITIVI ELETTROMEDICALI PRESENTI NEL BLOCCO PARTO**

Per la gestione dei carrelli di partoanalgesia, dell'anestesia ostetrica e dei dispositivi elettromedicali presenti nel Blocco parto, si rimanda alle specifiche indicazioni operative riportate negli allegati e dedicati alla presente procedura. In tale sezione sono descritte in dettaglio le modalità di controllo, manutenzione, verifica della dotazione e responsabilità del personale, nel rispetto delle disposizioni aziendali vigenti.

CONTROLLO CARRELLI IN DOTAZIONE AL BLOCCO PARTO

CARRELLO PARTOANALGESIA (SALA PARTO)

Attore	Azione	Tempistiche di controllo
Ostetrica di turno	Verifica presenza materiale/farmaci Compilazione della checklist	Quotidiano
Ostetriche referenti attività	Controllo scadenze farmaci/dispositivi reintegro entro 1 mese dalla data di scadenza	Mensile programmato
Ostetrica utilizzatrice	Reintegro materiale post-utilizzo controllo integrità/pulizia	Dopo ogni procedura
OSS/ASS	Pulizia	Dopo ogni utilizzo Settimanale
Direttore Anestesia + Ostetricia	Revisione dotazione elenco farmaci/presidi	Annuale

CARRELLO ANESTESIA (SALA EMERGENZA DEL BLOCCO PARTO)

Attore	Azione	Tempistiche di controllo
Infermiere UOC Anestesia e Rianimazione	Controllo presenza farmaci anestetici Compilazione checklist	Inizio turno giornaliero
	Verifica presidi (maschere, tubi, circuiti, ecc) Compilazione checklist	Giornalmente prima di ogni utilizzo dopo ogni utilizzo
	Controllo apparecchiature (ventilatore, gas, monitor)	Giornalmente prima di ogni utilizzo dopo ogni utilizzo
	Reintegro materiali post-intervento	Dopo ogni intervento
	Controllo scadenze farmaci reintegro/sostituzione	Mensile programmato

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 34 di 59

CARRELLO ANESTESIA (SALA EMERGENZA DEL BLOCCO PARTO)		
Attore	Azione	Tempistiche di controllo
	Compilazione checklist	
OSS/ASS	Pulizia/disinfezione superfici/ripiani/maniglie	Giornalmente Dopo ogni intervento
Direttore Anestesia	Revisione dotazione carrello	Annuale

CARRELLO EMERGENZA BLOCCO PARTO (OSTETRICA)		
Attore	Azione	Tempistiche di controllo
Ostetriche referenti	Controllo dettagliato farmaci/scadenze/defibrillatore Apposizione nuovo sigillo Compilazione checklist	Settimanale programmato + dopo ogni utilizzo
Ostetriche In turno	Verifica funzionamento defibrillatore/aspiratore/ossigeno Compilazione checklist	Quotidiano
Ostetrica utilizzatrice	Reintegro completo farmaci/presidi Apposizione nuovo sigillo Compilazione checklist	Dopo ogni utilizzo
OSS/ASS	Pulizia/disinfezione completa	Settimanale + dopo ogni utilizzo

CARRELLO EMERGENZA DEGENZA (INFERMIERE)		
Attore	Azione	Tempistiche di controllo
Infermiere referente	Controllo dettagliato farmaci/scadenze/defibrillatore Apposizione nuovo sigillo Compilazione checklist	Settimanale programmato + dopo ogni utilizzo
Infermiere In turno	Verifica funzionamento defibrillatore/aspiratore/ossigeno Compilazione checklist	Quotidiano
Infermiere utilizzatore	Reintegro completo farmaci/presidi Apposizione nuovo sigillo Compilazione checklist	Dopo ogni utilizzo

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 35 di 59

CARRELLO EMERGENZA DEGENZA (INFERMIERE)

Attore	Azione	Tempistiche di controllo
OSS/ASS	Pulizia/disinfezione completa	Settimanale + dopo ogni utilizzo

PROGRAMMAZIONE PULIZIE CARRELLI

Attore	Azione	Tempistiche di controllo
OSS/ASS	Pulizia carrello partoanalgesia (superfici/cassetti) compilazione checklist	Settimanalmente+ dopo ogni utilizzo
	Pulizia carrello anestesia compilazione checklist	Settimanalmente+ dopo ogni utilizzo
	Pulizia carrello emergenza compilazione checklist	Settimanalmente+ dopo ogni utilizzo

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 36 di 59

CHECKLIST CARRELLO PARTOANALGESIA

DISPENSER FRONTALI				
SIRINGHE 2.5 ml pieno	SIRINGHE 5 ml pieno	SIRINGHE 10 ml pieno	SIRINGHE 20 ml pieno	NaCL 0,9% Fiale pieno
AGHI FILTRO 18G	AGHI 20 G ASPIRAZIONE	RUBINETTI E TAPPI LUER	AGHI SPINALE 25 G	AGHI SPINALE 25/27 G 90 MM
Reniforme		Secchiello taglienti	Intralipid 20g/100ml 1000ml	
RIPIANO CARRELLO				
MATERIALE			QUANTITA'	
GEL IDROALCOLICO IGIENE MANI			1	
CLOREXIDINA ALCOLICA 2%			1	
CLOREXIDINA ALCOLICA 2% SPRAY			1	
CEROTTI SETA			4	
CARTELLE PARTOANALGESIA			10	
CASSETTO	MATERIALE		QUANTITA'	
1	Ropivacaina 2mg/ml		6 scatole	
	Lidocaina 20mg/ml		2 scatole	
	Bicarbonato di Na 10meq/10ml		1 scatola 10 fiale	
2	Medicazione 5x7		1 scatola	
	Medicazione trasparente Tegaderm CHG 10x12 per uscita peridurale		1 scatola	
	Medicazione 8x15		1 scatola	
	Cerotto TNT 5cmx10m		1 scatola	
	Telino adesivo 90x75		10	
	Cholraprep		10	
	Cerotto adesivo 2.5		2	
	Garze sterili 10x10		1 scatola	
	Medicazioni trasparenti tipo tegaderm 10 x 10			
3	Set peridurali 18 G		15	
	Set peridurali 16 G		10	
	Set CSE 18 G x 90mm + 27 G		5	
4	Camici sterili		6	
	Pompe PCA/PCEA		4	
	Kit ricarica pompe		8	
MENSOLE LATERALI SX				
KIT PRONTI PERIDURALE (teli,siringhe,set peri...)			4	

DATA _____ FIRMA OPERATORE (leggibile) _____ Matr. Operatore _____

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 37 di 59

CHECKLIST ANESTESIA: VENTILATORE E CARRELLO

VENTILATORE		
NB - Bombola 10 L Ossigeno e Aria supplementare dietro ventilatore, con attacchi AFNOR		
A lato ventilatore 1 Scatola tubi aspirazione con Yankauer		
TOP VENTILATORE		
Videolaringoscopio + Lame	2 Lame N3 2 Lame N4 1 Mandrino Glide 1 Tubo OT ID 6.5 e 7 2 Maschere Faciali M-L 1 Mandrino Glidescope	
Cannule orofaringee	1 media 1 grande 1 molto grande	
MENSOLINE VENTILATORE		
	Raccordi va e vieni 3 tubetti Luan 2 Tubetti Pensulvit 1 Bottiglia Sevoflurane com scritta N2	NB Quando finisce la bottiglia numero 2 il SEDACONDA deve essere sostituito (500 ml usati)
RIPIANO VENTILATORE		
Laringoscopio	1 Lama N3 1 Lama N4 1 siringa 20 ml per cuffiare 1 Catheter Mount+Filtro+Maschera pronti all'uso	
	Occhialini collegati a fonte O2	(Lato sx)
LATO DX VENTILATORE		
	Tubo aspiratore con Yankauer montato	
	10 Sondini Aspirazione	
	5 Yankauer sfusi	
	2 Bougie 15Fr	
	<u>Canestro Sedaconda collegato a scarico gas ventilatore</u>	
	<u>Busta con checklist materiale su ventilatore</u>	
PRIMO CASSETTO VENTILATORE		
Materiale	Quantità	NOTE
Tubi OT	2 ID 6 2 ID 6,5 2 ID 7 2 ID 7 Armati 1 MANDRINO GLIDESCOPE	
iGEL	1 N3 + 1 LMA N3	

 ASL VITERBO SISTEMA SANITARIO REGIONALE	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 38 di 59

	1 N4 + 1 LMA N4 1 N5 + 1 LMA N5	
SECONDO CASSETTO VENTILATORE		
	Catether mount 3	
	3 Filtri HME	
	Cannule oro faringee	
	2 piccole	
	2 medie	
	2 grandi	
	2 Occhialini O2	
	2 Maschere Venturi	
CARRELLO ANESTESIA		
VASSOIO RIALZATO		
Farmaci	QUANTITÀ	NOTE
Intralipid 20 g/100ml	1 sacca 1000 ml	
Marcaina Iperbarica 0.5%	1 scatola	
Lidocaina 2%	1 scatola	
Ropivacaina 0,5%	1 scatola	
Sodio Bicarbonato 8,4%	1 Scatola	
Aghi spinale 25 G	1 scatola	
RIPIANO CENTRALE		
Dispenser Etichette	11 Rotoli Etichette farmaci	
Contentitore taglienti	1	
Garze non sterili 10x10	Una pila	
Siringhe urgenza pronte	Atropina 1mg/10ml, Propofol 1% 20 ml, Rocuronio 100 mg/10ml Fentanyl siringa 5 ml Ketamina siringa 10 ml Ossitocina 5UI in 5 ml SF Fenilefrina 500 mcg/10 ml (Siringa preriempita)	Fentanyl e Ketamina da aspirare solo se cesareo <i>I farmaci urgenza vanno preparati ogni 24h e tenuti in cassetina o bustina in frigo sala parto.</i>
NaCl 0,9 % fiale 10 ml	2 Scatole	
RIPIANO SINISTRO		
Materiale	Quantità	NOTE
Scatole Guanti Nitrile	1 S 1 M 1 L	Meglio portaguanti a muro
Rotoli Cerotti seta	1 scatola	
Clorexidina alcolica 2%	1 Bottiglia normale 1 Bottiglia con atomizzatore	
Gel idroalcolico	1 dispenser	
PALO PORTAFLEBO		
Materiale	Quantità	NOTE
Frova/cambiatubi	2	
Fibroscopio Ambu verde	2	
Schermo AMBU per fibroscopio	1	NB Sempre in carica
Lato sx Cestello		

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 39 di 59

Sondini nasogastrici	4	
Kit Spinale (teli/ago/siringhe/cloraprep ecc)	3	
Lato Dx		
Maschere facciali	5 Grandi 5 Medie 5 Piccole	
Cestello	1 Telo scaldapaziente	
CASSETTI		
1° CASSETTO		
Farmaci	Quantità	Note
Acido Tranexamico 500mg/5ml	1 scatola	
Adenosina 6 mg/1ml	1 scatola	
Adrenalina 1mg/1ml	1 scatola	
Amiodarone 150mg/3ml	1 scatola	
Ampicillina 1g	2 fiale	
Atropina 1mg/1ml	1 scatola	
Clindamicina 600 mg/4ml	1 scatola	
Clonidina 150 mcg/1ml	1 scatola	
Clorfenamina 10 mg/2ml	1 scatola	
Desametasone 4mg/1ml	1 scatola	
Dopamina 200mg/5ml	1 scatola	
Droperidolo 2,5mg/2ml	1 scatola	
Efedrina 25mg/1ml	1 scatola	
Fenilefrina siringa preriempita 500 mcg/10ml	2 siringhe	
Flumazenil 0,5mg/5ml	1 scatola	
Furosemide 20 mg/2ml	1 scatola	
Gentamicina 80 mg/2ml	1 scatola	
Idrocortisone 1g	1 scatola	
Ketorolac 30mg/1ml	2 scatole	
Labetalolo 100mg/20ml	1 scatola	
Metilergometrina* 0,2mg	1 scatola	In frigo sala 80
Metoclopramide 10mg/2ml	1 scatola	
Metoprololo 5mg/5ml	1 scatola	
Midazolam 5mg/5ml o 15mg/3ml	1 scatola	
Naloxone 0,4mg/1ml	1 scatola	
Nitroglicerina 5mg/1,5ml	1 scatola	
Noradrenalina 2mg/ml	1 scatola	
Ondansetron 8 mg/4ml	1 scatola	
Ossitocina* 5UI/1ml	1s scatola	In frigo sala 80
Pantoprazolo 40 mg	4 fl	
Paracetamolo 1 g/100ml	4 fl	
Propofol 1% 10ml	5 fl	
Propofol 2% 50 ml	2 fl	
Protamina 50mg/5ml	1 scatola	
Sugammadex 200mg/2ml	6 fiale	Sempre ripristinare dopo uso. Dose CICO 16 mg/kg (6 fiale /70kg)
Urapidil 50mg/10ml	1 scatola	

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 40 di 59

2° CASSETTO

Materiale	Quantità	Note
Siringhe 20 ml	10	
Siringhe 10 ml	15	
Siringhe 5 ml	15	
Siringhe 2,5 ml	10	
Siringhe 1 ml	5	
Siringhe 50 ml	4	
Tappi maschio/femmina	20	
Rubineti tre vie	10	
Elettrodi	1 busta	
Aghi intradermici 25 g	5	
Aghi aspirazione rosa	20	

3° CASSETTO

Materiale	Quantità	Note
Cannule arteriose	5	
Aghicannula 16 G	10	
Aghicannula 18 G	10	
Aghicannula 20G	10	
Aghicannula 22G	5	
Aghi Spinale 25G 90 e 120mm/ 27G	5+5+5	
Prolunghe deflussori	5	
Deflussori per sangue	2	
Siringhe EGA	5	
Deflussori	6	
Prolunghe pompa siringa	5	

4° CASSETTO

Kit Cricotiroidotomia Cook	1	
Kit Cook Staged Extubation Set	1	
Tubo OT ID 6	1	
Tubo OT Armato ID 6	1	
Bisturi Lama 11	1	
Catetere venoso centrale a tre vie	2	
Medicazione CVC	2	

5° CASSETTO

Materiale	Quantità	Note
Ringer Lattato 500 ml	5	
NaCl 0,9% 500 ml	2	
NaCl 0,9% 100 ml	5	
G5% 100ml	1	
G5% 500 ml	1	
Trasduttori PA Cruenta	2	
Spremisacca per PA cruenta	1	
Catetere Arterioso Femorale 20G	2	
Calcio Cloruro Fiale 1 g/10 ml	1 scatola	
Magnesio Solfato Fiale 1 g/10 mL	1 scatola	
Glucosio 33% fiale 10 ml	1 scatola	

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 41 di 59

FRIGORIFERO STANZA 80		
FIBRINOGENO LIOFILIZZATO 1G	2 FLACONI	
CONCENTRATO PROTROMBINICO 5 FATTORI	5 FLACONI	
ROCURONIO BROMURO 50MG/5ML	1 SCATOLA	

2 PALI PORTAFLEBO CON ROTELLE		
Pompe siringa TIVA/TCI	2	<i>NB Sempre in carica</i>

DATA _____

FIRMA OPERATORE (leggibile) _____

Matr. Operatore _____

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 43 di 59

ALLEGATI

ALLEGATO 1 - CARTELLA PARTOANALGESIA

U.O.C. Anestesia e Rianimazione P.O. Santa Rosa

Direttore f.f. Dott. Aristide Pellegrini

STRADA SAMMARTINESE, SNC – 01100 VITERBO

TEL. E FAX 0761 339437 – aristide.pellegrini@asl.vt.it

CARTELLA PARTOANALGESIA

Data / /

Gestante Sig.ra

Analgesia richiesta	Dr	Ora	/
Inizio procedura	Dr	Ora	/
Tecnica antalgica:	Subaracnoidea	Epidurale	Combinata Ago spinale 25G 27G
Posizione Paziente	Seduta	Fianco	
Interspazio Lombare	L1-L2 / L2-L3 / L3-L4 / L4-L5.	Tuohy	18G 16G
Perdita di resistenza a cm	Catetere alla cute cm		
☐ Test di aspirazione effettuato ☐ Dose test Si/No ☐ Farmaco test			
Note			

	h.	h.	h.	h.	h.
Sigla Anestesista					
Dilatazione cm					
Livello Testa*					
Posizione Testa**					
NIBP					
FC					
BCF					
Bolo Ropi % e Vol					
Sufentanil mcg					
NRS pre/post 20'					
BROMAGE					

 ASL VITERBO SISTEMA SANITARIO REGIONALE	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 44 di 59

Ossitocina	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Note										

Legenda: *Livello Testa -3,-2,-1, 0,+1,+2. Posizione Testa: Posteriore, Anteriore dx/sx

	h.	h.	h.	h.	h.
Sigla Anestesista					
Dilatazione cm					
Livello Testa*					
Posizione Testa**					
NIBP					
FC					
BCF					
Bolo Ropi % e Vol					
Sufentanil mcg					
NRS pre/post 20'					
BROMAGE					
Ossitocina	Si	No	Si	No	Si
Note					

PARTO

Data del parto:			Fisiologico	SI	NO	Operativo:	VENTOSA	TC
Ora del Parto:								
Episiotomia. Si								
Complicanze Materne:								
Complicanze Neonatali:			APGAR	1 min		5 min		
Secondamento	Data	Ora	Spontaneo			Manuale		
Rimozione catetere peridurale			Data	Ora		Firma Anestesista		

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 45 di 59

Note _____

 ASL VITERBO SISTEMA SANITARIO REGIONALE	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 46 di 59

ALLEGATO 2 - INFORMATIVA SPECIFICA SULLA PROCEDURA DI PARTOANALGESIA

Io sottoscritta (Nome e Cognome)			
Nata a		Il (GG/MM/AAAA)	____/____/____
Con riferimento al colloquio con il\la Dott.\Dott.ssa: (Nome e Cognome)			
Effettuato il	Data ____/____/____; Ora ____:____		

DICHIARO DI ESSERE STATA INFORMATA CHE PER IL MIO STATO DI:

GESTANTE IN STATO DI GRAVIDANZA

È POSSIBILE PREVEDERE L'ESECUZIONE DEL SEGUENTE ATTO MEDICO:
PARTOANALGESIA

La procedura di Partoanalgesia ha lo scopo di ridurre il dolore del travaglio e del parto. Questo ha molteplici effetti benefici per la madre e per il feto. La riduzione del dolore consente alla donna di partecipare in modo più sereno al parto; la riduzione dello stress con diminuzione della secrezione di catecolamine e cortisolo, previene l'iperventilazione e stabilizza la pressione arteriosa. Nelle donne con gravidanza patologica (preeclampsia), obesità, diabete o patologie cardiovascolari è indicata per la riduzione del rischio clinico e l'incidenza di parto cesareo. Nel feto gli effetti positivi materni migliorano la perfusione uteroplacentare, con miglioramento dell'equilibrio acido base del feto.

Verrà praticata mediante la somministrazione di farmaci (oppioidi e/o anestetici locali) attraverso un catetere peridurale oppure con una puntura subaracnoidea o entrambe.

Il sollievo dal dolore avviene grazie alla somministrazione di farmaci nello spazio peridurale (o epidurale) che si trova esternamente agli involucri protettivi del midollo spinale. Tale spazio si raggiunge tramite un particolare ago, che viene subito rimosso, attraverso il quale si posiziona un sottile tubicino di plastica morbida (cateterino peridurale) a livello lombare. Durante questa procedura Lei sarà posizionata seduta o di fianco, con la schiena incurvata a formare un arco, di modo da permettere la corretta introduzione del catetere da parte del medico Anestesista. Il catetere rimarrà in sede durante tutto il tempo del travaglio senza limitare i movimenti. Tali metodiche possono risultare inefficaci nel 3% dei casi.

In caso di controindicazioni (coagulopatia, mancata sospensione anticoagulanti, infezione sito di puntura...) alle tecniche neurassiali appena citate, si potrà optare per la somministrazione di analgesici in vena o per via respiratoria (per esempio morfinosimili e/o protossido di azoto) anche se tali metodiche, pur consentendo di espletare il parto con ridotto dolore, non sono efficaci come la tecnica peridurale o subaracnoidea.

L'inizio della Partoanalgesia avviene quando la donna sente dolore ed il travaglio è attivo o sta per iniziare (prodromi dolorosi), ma sempre in accordo con il ginecologo di guardia. La procedura proseguirà, per tutta la durata del parto fino alla nascita.

L'analgesia per il parto è una tecnica sicura e ben sperimentata; tuttavia, come per tutte le discipline mediche, non è esente da complicanze anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza e che le eventuali complicanze, possono essere:

- *Frequenti (1:10-1:100) – analgesia incompleta, febbre di natura ignota, cefalea, ipotensione transitoria, nausea, radicolopatie (formicolii) transitorie, bradicardia fetale transitoria.*
- *Poco frequenti (1:100-1:1000) – cefalea severa*
- *Rare (1:1000-1:10.000) – danno nervoso temporaneo (zone di anestesia cutanea, debolezza agli arti inferiori), depressione respiratoria*
- *Molto rare (1:10.000-1:1.000.000) – danno nervoso permanente, meningite, ascesso peridurale, ematoma peridurale.*

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 47 di 59

In alcuni casi, indipendentemente dalla procedura di Partoanalgesia, potrebbe rendersi necessario ricorrere a tecniche strumentali per l'estrazione del bambino, procedure che peraltro, saranno agevolate dall'analgesia in corso.

Nel caso in cui durante il parto si rendesse necessario, come del resto in qualsiasi parto, il ricorso al Taglio cesareo, per l'anestesia potrà essere utilizzato il catetere peridurale già in sede.

Accetto che il medico Anestesista e/o il medico Ginecologo responsabile della Sala Parto decidano, in qualsiasi momento se lo riterranno opportuno, sulla base di considerazioni cliniche e/o organizzative, la sospensione dell'analgesia o la modifica della tecnica concordata e mi venga data adeguata informazione in merito.

Potrò in ogni momento chiedere l'interruzione dell'analgesia, per quanto tecnicamente possibile, senza pregiudicare il buon rapporto con i medici curanti.

Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure necessarie e dichiaro di aver avuto informazioni e risposte esaurienti alle mie eventuali domande.

PERSONALIZZAZIONE DEL RISCHIO (specificare solo in caso di patologie)

La sua condizione clinica la espone ad aumentato rischio:

- ☐ Respiratorio ☐ Cardiologico ☐ Neurologico ☐ Infettivo ☐ Altro

Note: (Riportare la patologia di base che espone la paziente ad un aumentato rischio e quali complicanze per ogni rischio individuato)

- ☐ *Io sottoscritt* dichiaro di avere ricevuto le informazioni complete, chiare e comprensibili sull'atto sanitario di partoanalgesia, di aver avuto tempo sufficiente per leggerle e porre domande ottenendo risposte chiare ed esaurienti.*

Acconsento, di sottopormi all'atto sanitario di Partoanalgesia in piena libertà e consapevolezza.

- ☐ *Io sottoscritt*, con consapevolezza e nel pieno della mia autonomia decisionale, dichiaro di non voler ricevere alcuna informazione riguardante l'atto sanitario di Partoanalgesia nonostante mi sia stato proposto dal Medico.*

Acconsento, in ogni caso, di sottopormi all'atto sanitario di Partoanalgesia in piena libertà e consapevolezza.

Firma della paziente: _____

Firma della persona delegata: _____

Firma del Tutore/ Curatore/ Amministratore di sostegno in ambito sanitario: _____

Per il paziente minore:	GENITORE 1	GENITORE 2

Medico che ha informato la paziente:

Nome _____ **Cognome** _____

Firma del Medico Anestesista

ALLEGATO 3 - CONSENSI INFORMATI/DELEGA

3.1 CONSENSO INFORMATO ALLA PROCEDURA DI PARTOANALGESIA DI PERSONA CAPACE SOTTOSCRIZIONE E REVOCA

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
Nata a		Il (GG/MM/AAAA)	___/___/___
Documento d'identità		n.	del ___/___/___
A seguito del colloquio con:	Dott./Dott.ssa Cognome _____ Nome _____		
Svolto Alla presenza di:	(Nome e Cognome di eventuali operatori che partecipano al colloquio)		
Effettuato in data: (GG/MM/AAAA)		Atto sanitario: Partoanalgesia	
DICHIARO CHE:			
- ho ricevuto informazioni chiare e complete sulle mie condizioni cliniche, sull'atto sanitario della Partoanalgesia, sui suoi potenziali benefici, eventuali rischi e complicanze, nonché sulle alternative terapeutiche; - ho avuto la possibilità di riflettere sull'atto sanitario anche con l'ausilio dell'informativa cartacea specifica dal titolo: "Informativa specifica sulla procedura di Partoanalgesia", che mi è stata consegnata e illustrata con debito anticipo; - sono stata informata sulle possibili complicanze, anche tardive, anche di natura infettiva, connesse all'atto sanitario, alla loro incidenza anche in rapporto alle condizioni specifiche della mia persona; - sono stata informata che ho la facoltà di revocare il consenso alla procedura di Partoanalgesia o sospenderla in qualsiasi momento.			
DICHIARO INOLTRE CHE:			
Ho un medico di famiglia/di fiducia:		☐ NO ☐ Sì, è il/la Dott./Dott.ssa: _____	
Il mio medico di famiglia/fiducia è al corrente del motivo del ricovero con procedura di Partoanalgesia:		☐ NO ☐ Sì	
DICHIARO CHE QUALSIASI INFORMAZIONE SUL MIO STATO CLINICO VENGA COMUNICATA A:			
☐ ME STESSO ☐ ALLE PERSONE DI SEGUITO RIPORTATE			
Nome e Cognome		Documento	
Nome e Cognome		Documento	
☐ NESSUNO. Non voglio ricevere informazioni e non voglio che nessun altro le riceva al posto mio.			
SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO		Data:	Ora:
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
☐ ACCETTO quindi, liberamente e spontaneamente, preso atto della situazione illustrata, l'atto sanitario di Partoanalgesia e i cui dettagli sono stati illustrati nel colloquio informativo e nel foglio informativo specifico dal titolo: "Informativa specifica sulla procedura di Partoanalgesia" fornito;			
☐ ACCETTO quindi, liberamente e spontaneamente, di sottopormi all'atto sanitario, del quale non intendo prendere visione né essere informato (cosiddetto ASSENSO DIMIDIATO);			
☐ DELEGO quale familiare o persona di mia fiducia incaricata di esprimere il consenso in mia vece (tale delega vale solo per paziente cosciente e fintanto duri la condizione di piena coscienza) il/la sig./sig.ra _____			
(in caso di delega far compilare gli allegati: Allegato 3.2 "Nomina di un fiduciario per l'espressione del consenso"			

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 49 di 59

informato all'atto sanitario di Partoanalgesia" (se non già in possesso nelle modalità previste dalla legge) e Allegato 3.3 "Sottoscrizione del consenso espresso da Delegato - persona capace").

☐ **NON ACCETTO**, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto dell'atto sanitario di Partoanalgesia che può comportare anche (specificare): _____

☐ **DICHIARO** inoltre di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento.

Firma della gestante	
Firma del medico anestesista	
Firma degli operatori presenti	

NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA ABBIA DELEGATO TERZI ALLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO

Firma della persona delegata ed estremi del documento	
--	--

NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	

RICORSO AL SERVIZIO DI INTERPRETARIATO TELEFONICO E/O DEL MEDIATORE CULTURALE IN PRESENZA ☐ SI' ☐ NO

Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.

Nome/Cognome ed estremi documento mediatore culturale		Firma	
--	--	--------------	--

REVOCA DEL CONSENSO	Data:	ora:
----------------------------	--------------	-------------

- Revoca relativa al seguente atto sanitario: Partoanalgesia

Firma della gestante	
Firma del medico anestesista	
Firma degli operatori presenti	

NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Nome Cognome, estremi documento testimone 1, firma	
Nome Cognome, estremi documento testimone 2, firma	

NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA ABBIA DELEGATO TERZI ALLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO

Firma della persona delegata ed estremi del documento	
--	--

RICORSO AL SERVIZIO DI INTERPRETARIATO TELEFONICO E/O DEL MEDIATORE CULTURALE IN PRESENZA ☐ SI' ☐ NO

Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.

Nome/Cognome ed estremi documento mediatore culturale		Firma	
--	--	--------------	--

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 50 di 59

3.2 NOMINA DI UN FIDUCIARIO PER L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO SANITARIO DI PARTOANALGESIA (DELEGA)

Io sottoscritto:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, alla presenza del Dirigente Medico dott./dott.ssa:

Cognome _____ Nome _____

in data _____, alle ore _____

DICHIARO

☐ A far fede dalla firma della presente delega

di DELEGARE a ricevere le informazioni e ad esprimere il consenso informato in mia vece il/la sig./ra

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ (Prov. _____) il _____

Eventuale grado di parentela: _____, di seguito nominato Fiduciario.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza della possibilità di revocare tale nomina in qualunque momento

Si allega fotocopia del documento d'identità del fiduciario.

Firma del paziente

Firma del Medico che acquisisce la delega

Firma del fiduciario

REVOCA DELLA NOMINA DEL FIDUCIARIO

Da compilarsi in caso di revoca della nomina precedentemente espressa

In data / / , alle ore _____ :

Liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, alla presenza del Dirigente Medico dott./dott.ssa:

Cognome _____ Nome _____

Dichiaro di revocare la nomina del fiduciario a ricevere le informazioni e ad esprimere il consenso informato precedentemente espressa.

Firma del paziente

Firma del medico che acquisisce la revoca della delega

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 51 di 59

3.3 SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO ESPRESSO DAL DELEGATO – PERSONA CAPACE

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Nato/a a:		Il (GG/MM/AAAA)		____/____/____	
Documento d'identità		n.		del	____/____/____
In qualità di DELEGATO del sig./sig.ra					
☐ ACCETTO liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata, l'atto sanitario di Partoanalgesia e i cui dettagli sono stati illustrati nel colloquio informativo e nel foglio informativo specifico dal titolo: "Informativa specifica alla procedura di Partoanalgesia" fornito;					
☐ NON ACCETTO , ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto che può comportare anche (specificare): _____					
☐ NON ACCETTO , ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto della procedura di Partoanalgesia che può comportare _____ anche _____ (specificare)					
☐ DICHIARO inoltre di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento.					
Firma del delegato					
Firma del medico					
Firma degli operatori presenti					
RICORSO AL SERVIZIO DI INTERPRETARIATO TELEFONICO E/O DEL MEDIATORE CULTURALE IN PRESENZA ☐ SÌ ☐ NO					
Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.					
Nome/Cognome ed estremi documento mediatore culturale				Firma	
Luogo e Ora della sottoscrizione					

 ASL VITERBO SISTEMA SANITARIO REGIONALE	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 52 di 59

3.4 CONSENSO INFORMATO ALLA PROCEDURA DI PARTOANALGESIA DI PERSONA INCAPACE – SOTTOSCRIZIONE E REVOCA

DATI PERSONA ASSISTITA (Nome e Cognome)			
Nata a		Il (GG/MM/AAA)	____/____/____
Documento d'identità		n.	del ____/____/____
Impossibilitata a rispondere?	☐ NO ☐ Sì (specificare il motivo): _____		
E io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)	____/____/____
Documento d'identità		n.	del ____/____/____
Solo se In qualità di:			
☐ Tutore (n. decreto: _____), ☐ Curatore (n. decreto: _____), ☐ Amministratore di Sostegno con poteri di ASSISTENZA in ambito sanitario (n. decreto: _____) ☐ Amministratore di Sostegno con poteri di RAPPRESENTANZA ESCLUSIVA in ambito sanitario (n. decreto: _____)			
A seguito del colloquio con:		Dott./Dott.ssa Cognome _____ Nome _____	
Svolto alla presenza di:		_____ (Nome e Cognome di eventuali operatori che partecipano al colloquio)	
Effettuato in data: (GG/MM/AAAA)	____/____/____	Atto sanitario: Partoanalgesia	
DICHIARO CHE			
- ho ricevuto informazioni chiare e complete sulle condizioni cliniche della persona assistita, sull'atto sanitario della Partoanalgesia sui suoi potenziali benefici, eventuali rischi e complicità, nonché sulle alternative terapeutiche; - ho avuto la possibilità di riflettere sull'atto sanitario anche con l'ausilio dell'informativa cartacea specifica dal titolo: "Informativa specifica sulla procedura di Partoanalgesia", che mi è stata consegnata e illustrata con debito anticipo; - sono stato/a informato/a sulle possibili complicità, anche tardive, anche di natura infettiva, connesse all'atto sanitario, alla loro incidenza anche in rapporto alle condizioni specifiche della persona assistita; - sono stato/a informato/a che ho la facoltà di revocare il consenso alla procedura di Partoanalgesia o sospenderla in qualsiasi momento.			
DICHIARO INOLTRE CHE IL SOGGETTO INCAPACE DI AGIRE:			
Ha un medico di famiglia/di fiducia		☐ No ☐ Sì Dott./Dott.ssa _____	
Il MMG/di fiducia è al corrente del motivo del ricovero con procedura di Partoanalgesia: ☐ No, ☐ Sì			
SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO		Data:	ora:

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 53 di 59

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome del Tutore/Curatore/Amm. di Sostegno)			
Solo in qualità di:			
☐ Tutore ☐ Curatore ☐ Amministratore di sostegno con poteri di ASSISTENZA in ambito sanitario ☐ Amministratore di Sostegno con poteri di RAPPRESENTANZA ESCLUSIVA in ambito sanitario			
☐ ACCETTO quindi, liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata, l'atto sanitario di Partoanalgesia e i cui dettagli sono stati illustrati nel colloquio informativo e nel foglio informativo specifico dal titolo: "Informativa specifica alla procedura di Partoanalgesia" fornito; ☐ ACCETTO quindi, liberamente e spontaneamente, di sottopormi all'atto sanitario, del quale non intendo prendere visione né essere informato (cosiddetto ASSENSO DIMIDIATO); ☐ NON ACCETTO, ben consapevole dei rischi che il rifiuto della procedura di Partoanalgesia può comportare anche (specificare) _____ e della possibilità, in caso di parere contrario, qualora la procedura di Partoanalgesia sia ritenuta dal medico appropriata e necessaria, di ricorrere al giudice tutelare per la decisione. ☐ DICHIARO inoltre di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento.			
Firma della persona assistita (ove previsto)			
Firma dell'Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore			
Firma del medico			
Firma degli operatori presenti			
NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	
RICORSO AL SERVIZIO DI INTERPRETARIATO TELEFONICO E/O DEL MEDIATORE CULTURALE IN PRESENZA ☐ SI' ☐ NO			
Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.			
Nome/Cognome ed estremi documento mediatore culturale e firma			

REVOCA DEL CONSENSO		Data _____	ora: _____
Io sottoscritto/a		Cognome _____ Nome _____ ☐ Tutore, ☐ Curatore, ☐ AdS	

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 54 di 59

Informato/a	☐ Dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto della procedura di Partoanalgesia può condurre fino a _____ (specificare) _____ e della possibilità in caso di parere contrario, qualora la procedura sia ritenuta dal medico appropriata e necessaria, di ricorrere al giudice tutelare per la decisione.	
Dichiaro	☐ Liberamente, spontaneamente e in piena coscienza di voler REVOCARE il consenso relativamente al seguente atto sanitario di Partoanalgesia.	
Firma della persona assistita (ove previsto)		
Firma del dichiarante		
Firma del Medico		
Firma degli operatori presenti		
RICORSO AL SERVIZIO DI INTERPRETARIATO TELEFONICO E/O DEL MEDIATORE CULTURALE IN PRESENZA ☐ SI' ☐ NO		
Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.		
Nome/Cognome ed estremi documento mediatore culturale e firma		

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 55 di 59

3.5 CONSENSO INFORMATO ALLA PROCEDURA DI PARTOANALGESIA DI PERSONA MINORE - SOTTOSCRIZIONE E REVOCA

Minore (Nome e Cognome)					
Nata a		II (GG/MM/AAAA)		____/____/____	
Documento d'identità		N.		Del ____/____/____	
ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE					
Io sottoscritto/a	Cognome			Nome	
Nato/a a		II (GG/MM/AAAA)		____/____/____	
Documento d'identità		N.		del ____/____/____	
Io sottoscritto/a	Cognome			Nome	
Nato/a a		II (GG/MM/AAAA)		____/____/____	
Documento d'identità		N.		del ____/____/____	
TUTORE/CURATORE					
Io sottoscritto/a	Cognome			Nome	
Nato/a a		II (GG/MM/AAAA)		____/____/____	
Documento d'identità		N.		del ____/____/____	
In qualità di TUTORE/CURATORE	n.decreto: _____				
DICHIARAZIONE					
A seguito del colloquio con:		Dott./Dott.ssa Cognome _____ Nome _____			
Svolto alla presenza di:		_____ (Nome e Cognome di eventuali operatori che partecipano al colloquio)			
Effettuato in data: (GG/MM/AAAA)		____/____/____		Atto sanitario di Partoanalgesia	
DICHIARO/DICHIARIAMO CHE					
• Ho/abbiamo ricevuto informazioni chiare e complete sulle condizioni cliniche della minore, sull'atto sanitario di Partoanalgesia, sui suoi potenziali benefici, eventuali rischi e complicanze, nonché sulle alternative terapeutiche; • Ho/abbiamo avuto la possibilità di riflettere sull'atto sanitario anche con l'ausilio del foglio informativo specifico dal titolo: "Informativa specifica sulla procedura di Partoanalgesia", che mi/ci è stato consegnato e illustrato con debito anticipo; • Sono/siamo stat* informat* sulle possibili complicanze, anche tardive, anche di natura infettiva connesse all'atto sanitario, alla loro incidenza anche in rapporto alle condizioni specifiche della singola persona assistita; • Sono/siamo stat* informat* che ho/abbiamo la facoltà di revocare la procedura di Partoanalgesia o sospenderla in qualsiasi momento.					
DICHIARO/DICHIARIAMO INOLTRE CHE IL MINORE:					
Ha un MMG/PLS di fiducia:		☐ NO ☐ Sì è il/la Dott./Dott.ssa: _____			
Il MMG/PLS è al corrente del motivo del ricovero con procedura di Partoanalgesia:				☐ NO ☐ Sì	

SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO		Data:	ora:
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)		In qualità di esercente la responsabilità genitoriale	
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)		In qualità di esercente la responsabilità genitoriale	
Io sottoscritto/a (In qualità di TUTORE/CURATORE)	(Nome e Cognome)		
	n. decreto:		
☐ ACCETTO/ACCETTIAMO quindi, liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata, l'atto sanitario di Partoanalgesia e i cui dettagli sono stati illustrati nel colloquio informativo e nel foglio informativo specifico dal titolo: "Informativa specifica alla procedura di Partoanalgesia" fornito;			
☐ ACCETTO quindi, liberamente e spontaneamente, di sottopormi all'atto sanitario, del quale non intendo prendere visione né essere informato (cosiddetto ASSENSO DIMIDIATO);			
☐ NON ACCETTO/ACCETTIAMO, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto della procedura di Partoanalgesia che _____ può _____ comportare _____ anche _____ (specificare) _____ e della possibilità, in caso di parere contrario, qualora la procedura di Partoanalgesia sia ritenuta dal medico appropriata e necessaria, di ricorrere al giudice tutelare per la decisione, nell'interesse della minore.			
☐ DICHIARO/DICHIARIAMO inoltre di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento.			
NECESSITA' DI COMPILAZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI MOTIVAZIONE DI ASSENZA DI UNO DEI GENITORI ☐ NO, ☐ SÌ			
Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale – Genitore 1			
Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale – Genitore 2			
Firma del Tutore			
Firma del minore (se età > 12 aa)			
Firma del Medico			
Firma degli operatori presenti			
RICORSO AL SERVIZIO DI INTERPRETARIATO TELEFONICO E/O DEL MEDIATORE CULTURALE IN PRESENZA ☐ SÌ ☐ NO			
Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.			
Nome/Cognome ed estremi documento mediatore culturale e firma			
REVOCA DEL CONSENSO	Data:	ora:	

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 57 di 59

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)		In qualità di esercente la responsabilità genitoriale
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)		In qualità di esercente la responsabilità genitoriale
Io sottoscritto minore (se età > 12 aa)		
Io sottoscritto/a (In qualità di TUTORE/CURATORE)		(Nome e Cognome)
		n. decreto:
Informato/i	☐ Dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto della procedura di Partoanalgesia può condurre _____ fino _____ a _____ (specificare) _____ e della possibilità in caso di parere contrario, qualora le cure siano ritenute dal medico appropriate e necessarie, di ricorrere al giudice tutelare per la decisione, nell'interesse della minore.	
Dichiaro/ Dichiariamo	☐ Liberamente, spontaneamente e in piena coscienza di voler REVOCARE il consenso relativamente al seguente atto sanitario: Partoanalgesia	
<u>NECESSITA' DI COMPILAZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI MOTIVAZIONE DI ASSENZA DI UNO DEI GENITORI</u>		
☐ NO, ☐ SÌ		
Firma Esercente la Responsabilità Genitoriale 1		
Firma Esercente la Responsabilità Genitoriale 2		
Firma del Tutore		
Firma del minore (se età > 12 aa)		
Firma del Medico		
Firma degli operatori presenti		
RICORSO AL SERVIZIO DI INTERPRETARIATO TELEFONICO E/O DEL MEDIATORE CULTURALE IN PRESENZA ☐ SÌ ☐ NO Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.		
Nome/Cognome ed estremi documento mediatore culturale e firma		

DICHIARAZIONE MOTIVAZIONE DI ASSENZA DI UNO DEI GENITORI
(da compilarsi nei pazienti minorenni in caso di assenza di uno dei genitori)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (ART. 47 - DPR 18/12/2000, N. 445)

Io/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____),
il _____, residente a _____ (____), via _____,
n. _____, Telefono _____,

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per
attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

DICHIARO

- ☐ di essere genitore del minorenne _____,
nato a _____ (____), il _____;
- ☐ di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i
figli minorenni;
- ☐ che il mio stato civile è il seguente: ☐ coniugato/a, ☐ vedovo/a, ☐ separato/a, ☐ divorziato/a;
- ☐ in situazione di: ☐ affidamento congiunto, ☐ genitore affidatario, ☐ genitore non affidatario;
- ☐ che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice civile, l'altro genitore non può firmare il
consenso perché assente per: ☐ lontananza, ☐ impedimento, ☐ Altro _____
- ☐ di essersi accertata che non vi sia alcuna preclusione al trattamento da parte dell'altro genitore
all'atto sanitario proposto;
- ☐ che, ai fini della applicazione della normativa in materia di esercizio della responsabilità
genitoriale a seguito di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento,
nullità del matrimonio limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione
(art. 337-ter, co. 4), il giudice ha stabilito: ☐ che il sottoscritto esercita la potestà separatamente;
- ☐ ALTRO: _____

Luogo: _____, **Data:** ____/____/____

Firma per esteso e leggibile

Allegare copia fotostatica non autenticata di un documento di identità

 ASL VITERBO	DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE (DSD-MI)	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 05/08/2026	PROCEDURA OPERATIVA 01/26 PARTOANALGESIA E ANESTESIA OSTETRICA	Pag. 59 di 59

INFORMATIVA AI GENITORI

In base alle previsioni del Codice civile la responsabilità genitoriale sui figli è esercitata di comune accordo da entrambi i genitori (art. 316, co. 1) o da un solo genitore in caso di lontananza, incapacità o altro impedimento dell'altro genitore (art. 317, co. 1). Nei casi di comuni trattamenti medici (visite, medicazioni, ecc.) è sufficiente il consenso di uno solo dei genitori in applicazione del principio generale che gli atti di ordinaria amministrazione possono essere compiuti disgiuntamente da ciascun genitore. In caso di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio e nei procedimenti relativi ai figli nati fuori del matrimonio di norma la responsabilità genitoriale è comunque esercitata da entrambi i genitori mentre, per le decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la responsabilità genitoriale separatamente (art. 337-ter, co. 3).

CODICE CIVILE:

Art. 316 (Responsabilità genitoriale) - Entrambi i genitori hanno la responsabilità genitoriale che è esercitata di comune accordo tenendo conto delle capacità, delle inclinazioni naturali e delle aspirazioni del figlio. I genitori di comune accordo stabiliscono la residenza abituale del minore. In caso di contrasto su questioni di particolare importanza ciascuno dei genitori può ricorrere senza formalità al giudice indicando i provvedimenti che ritiene più idonei. Il giudice, sentiti i genitori e disposto l'ascolto del figlio minore che abbia compiuto gli anni dodici e anche di età inferiore ove capace di discernimento, suggerisce le determinazioni che ritiene più utili nell'interesse del figlio e dell'unità familiare. Se il contrasto permane il giudice attribuisce il potere di decisione a quello dei genitori che, nel singolo caso, ritiene il più idoneo a curare l'interesse del figlio. Il genitore che ha riconosciuto il figlio esercita la responsabilità genitoriale su di lui. Se il riconoscimento del figlio, nato fuori del matrimonio, è fatto dai genitori, l'esercizio della responsabilità genitoriale spetta ad entrambi. Il genitore che non esercita la responsabilità genitoriale vigila sull'istruzione, sull'educazione e sulle condizioni di vita del figlio.

Art. 317 (Impedimento di uno dei genitori) - Nel caso di lontananza, di incapacità o di altro impedimento che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della responsabilità genitoriale, questa è esercitata in modo esclusivo dall'altro. La responsabilità genitoriale di entrambi i genitori non cessa a seguito di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio [omissis]. In materia di esercizio della responsabilità genitoriale in caso di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio e nei procedimenti relativi ai figli nati fuori del matrimonio si applicano i seguenti articoli del Codice Civile: Art. 337-ter (Provvedimenti riguardo ai figli) Il figlio minore ha il diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno dei genitori, di ricevere cura, educazione, istruzione e assistenza morale da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun ramo genitoriale. [omissis] La responsabilità genitoriale è esercitata da entrambi i genitori. Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione, alla salute e alla scelta della residenza abituale del minore sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli. In caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice. Limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la responsabilità genitoriale separatamente. [omissis] Art. 337-quater (Affidamento a un solo genitore e opposizione all'affidamento condiviso) [omissis] Il genitore cui sono affidati i figli in via esclusiva, salva diversa disposizione del giudice, ha l'esercizio esclusivo della responsabilità genitoriale su di essi; egli deve attenersi alle condizioni determinate dal giudice. Salvo che non sia diversamente stabilito, le decisioni di maggiore interesse per i figli sono adottate da entrambi i genitori. Il genitore cui i figli non sono affidati ha il diritto ed il dovere di vigilare sulla loro istruzione ed educazione e può ricorrere al giudice quando ritenga che siano state assunte decisioni pregiudizievoli al loro interesse.