



Regione Calabria
Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari

**LINEE D'INDIRIZZO SULLA PARTOANALGESIA EPIDURALE E SUL
CONTENIMENTO DEL DOLORE NEL PARTO**

Indice

Premessa	pag. 3
Il Contesto Normativo	pag. 4
Erogazione della Partoanalgesia: la situazione attuale	pag. 6
Erogazione della Partoanalgesia: indicazioni operative	pag. 6
Requisiti organizzativi	pag. 7
Implementazione regionale	pag. 10
Organizzazione e formazione del personale	pag. 10
Formazione del team	pag. 11
Mantenimento della professionalità esperta	pag. 12
Indicatori	pag. 13
<i>Riferimenti Normativi e bibliografici</i>	pag. 14

PREMESSA

Il controllo del dolore nel parto è una tematica complessa inerente la nascita, evento quest'ultimo socialmente e culturalmente influenzato da diversi fattori che, quindi, non può essere affrontato con le sole conoscenze di tipo sanitario.

Nel luogo del parto e nel percorso nascita, i professionisti devono essere consapevoli che si interviene su una scena dove è indispensabile conoscere e utilizzare al meglio i fattori che possono incidere sugli esiti di salute della mamma e del bambino, attori principali del percorso.

Il dolore del parto ed il suo significato fanno parte integrante del percorso nascita; tutti i professionisti devono essere formati per accompagnare adeguatamente la donna nell'individuazione dei suoi bisogni e, quindi, nelle scelte rispetto alla gestione del proprio parto. Gli strumenti di controllo del dolore (analgesia neuroassiale o perimidollare e le metodiche di contenimento del dolore nel parto) devono essere ben conosciuti e praticati da tutta l'équipe della sala parto e devono essere esplicitati, nella carta dei servizi dei Punti Nascita, come offerta assistenziale garantita; solo così si può consentire alla donna una scelta reale e consapevole.

In tutti i casi, l'informazione alle donne deve essere completa ed effettuata in due momenti: uno nei primi trimestri di gravidanza, dove viene affrontata la tematica del contenimento del dolore nel parto in maniera globale e uno in prossimità del termine della gravidanza, quando la scelta è "necessaria". Gli incontri informativi/formativi devono essere coordinati con le attività dei Consultori Familiari.

L'utilizzo dell'anestesia neuroassiale o perimidollare comporta una medicalizzazione del parto con l'esigenza di un'assistenza più intensa, da parte dell'anestesista, ma anche dell'ostetrica e del ginecologo, nonché il monitoraggio continuo del Battito Cardiaco Fetale (BCF). L'introduzione dell'anestesia neuroassiale o perimidollare determina, quindi, modificazioni significative nelle modalità assistenziali del travaglio di parto, per cui è necessaria una formazione specifica oltre che dell'anestesista anche del ginecologo, dell'ostetrica e del neonatologo/pediatra. Tale formazione deve essere programmata in modo da consentire una condivisione di conoscenze, informazioni, modalità di lavoro comuni tra i vari professionisti coinvolti (compresi quelli dei Consultori Familiari) e deve inoltre prevedere momenti specifici, compresa la formazione sul campo, per le singole professionalità.

La definizione di procedure di informazione/accesso all'anestesia neuroassiale o perimidollare in travaglio di parto rappresenta un'occasione importante per i Punti Nascita,

per ridefinire anche le informazioni e le procedure d'accesso alle altre metodiche di controllo del dolore nel parto. La valutazione di efficacia degli interventi di controllo del dolore nel parto deve considerare la soddisfazione/il benessere della donna, gli esiti perinatali, oltre che le scale specifiche del dolore acuto. L'accesso all'anestesia neuroassiale o perimidollare su scelta della donna deve essere garantito, dopo aver valutato le condizioni di sicurezza, in un ambito territoriale compatibile con la mobilità della donna. Qualora in un Punto Nascita non sia consentito l'accesso all'anestesia neuroassiale o perimidollare, devono essere garantite altre tecniche di controllo del dolore nel parto, comprese quelle farmacologiche.

IL CONTESTO NORMATIVO –

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006/2008 ha previsto il potenziamento della lotta al dolore anche nei settori nei quali, a causa di limiti culturali non ancora superati, esso è spesso misconosciuto e sottotrattato, come avviene durante il travaglio di parto per via vaginale. Infatti, uno degli obiettivi del PSN è rappresentato dal *“miglioramento dell'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica nel periodo perinatale”*, anche nel quadro di una umanizzazione dell'evento nascita, che deve prevedere il parto indolore.

D'altronde, già la proposta di legge *“Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato”* approvata dal Consiglio dei Ministri prevedeva, tra le finalità, la promozione della più ampia conoscenza delle modalità di assistenza e delle pratiche sanitarie in uso, compresa la tecnica del parto indolore, la verifica dei livelli di assistenza assicurati e l'armonizzazione delle modalità di assistenza alla gravidanza, al parto ed al puerperio, per la salvaguardia della salute della madre e del nascituro e nello specifico:

- Favorire il parto fisiologico e ridurre il ricorso al taglio cesareo.
- Promuovere il parto senza dolore inserendo l'anestesia epidurale tra i livelli essenziali di assistenza.
- Attivare nell'ambito del “118” il trasporto del neonato in emergenza.
- Incrementare l'attività dei Consultori e promuovere l'allattamento al seno.
- Superare le disequità territoriali e sociali per l'accesso ai servizi di tutela materno infantile, con attenzione particolare alla popolazione immigrata.

L'emanazione del Decreto Del Presidente Del Consiglio Dei Ministri 12 gennaio 2017 ad oggetto *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*, ha riproposto il tema della

partoanalgesia. In particolare tale Decreto, all'art. 38 comma 3 recita: *“Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce le procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale, inclusa l'analgesia neuroassiale o perimidollare, nelle strutture individuate dalle Regioni e dalle Province Autonome tra quelle che garantiscono le soglie di attività fissate dall'Accordo sancito in sede di Conferenza tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano il 16 dicembre 2010 e confermate dal decreto 2 aprile 2015, n. 70, «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera», all'interno di appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo delle procedure stesse”*.

Al comma 4 recita: *“Le Regioni e le Province Autonome adottano adeguate misure per incentivare l'esecuzione del parto fisiologico in una percentuale, sul totale dei parti, fissata sulla base di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale in coerenza con gli standard indicati dagli organismi sanitari internazionali, nonché per disincentivare i parti cesarei inappropriati”*.

In Italia, negli ultimi decenni, la natalità è drasticamente diminuita ed è aumentata l'età media delle donne alla prima gravidanza (fonte Eurostat “età media primo figlio in Europa”) Sono notevolmente cresciute le gravidanze di donne al di sopra dei 35 anni, che sono alla base di un eccessivo ricorso alle prestazioni sanitarie superflue.

L' Italia è uno dei paesi europei con il più alto numero di tagli cesarei annui, che sono passati dall'11% nel 1980 (Istat, 1980) al 35.7% nel 2016 (Piano Nazionale Esiti) dato nettamente superiore a quanto raccomandato dall'OMS, pari al 15%.

Da ciò l'esigenza di fornire un modello organizzativo assistenziale che soddisfi i bisogni di benessere psico-fisico della donna e del bambino durante la gravidanza e l'evento nascita, migliorando la qualità dell'assistenza, che favorisca il parto fisiologico, pur tutelando la libera scelta della gestante.

Un notevole contributo all'umanizzazione del parto vaginale è dato dall'introduzione di una metodica tradizionalmente poco diffusa in Italia, la “Partoanalgesia” o meglio il ricorso a tecniche e procedure loco-regionali; queste, favorendo l'umanizzazione del rapporto ospedale/utente consente di recuperare una concezione del parto intesa come tappa naturale della vita delle donne e delle coppie e non come “malattia” e, pertanto, potrebbe rappresentare una potenziale alternativa al tendente aumento dei cesarei su richiesta materna.

Erogazione della partoanalgesia: la situazione attuale

Attualmente in Calabria, il servizio attivo H24 con personale dedicato, viene offerto dall'Azienda Ospedaliera di Cosenza da quella di Reggio Calabria, quindi in due Punti Nascita su tredici, e da qualche mese la procedura viene garantita anche nell'ospedale di Catanzaro con priorità data ad eventuale urgenza. Si rende, pertanto, necessaria una distribuzione adeguata sul territorio dei Punti Nascita che offrono l'analgesia neuroassiale o perimidollare nel parto, al fine di garantire una reale possibilità di scelta delle donne. Alle gestanti e alle partorienti devono essere fornite informazioni omogenee adeguate e complete sulla procedura e sulle tecniche di supporto al parto, di qualsiasi tipo esse siano. Pertanto, tutti i professionisti coinvolti nell'evento nascita devono essere formati per supportare la donna nelle sue scelte.

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

L'effettuazione delle tecniche antalgiche avviene, in assenza di accertate controindicazioni cliniche, su espressa richiesta della donna, che può in ogni momento chiederne la sospensione, essendo il consenso alla partoanalgesia libero, consapevole e sempre revocabile. Le Strutture Sanitarie Ospedaliere e Territoriali assicurano una corretta e completa informazione sulla possibilità, sui limiti e sui rischi delle tecniche antalgiche durante il parto; inoltre, danno indicazioni sulle strutture dove tali tecniche sono praticate. La gestante, informata nei modi e nei tempi necessari per comprendere ed accettare i reali benefici e rischi connessi alle tecniche offerte, deve avere garanzia di partorire in analgesia, previa verifica delle condizioni cliniche e dell'assenza di controindicazioni.

Erogazione della Partoanalgesia: indicazioni operative

Il presente documento, elaborato dal Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR), affronta il tema del trattamento farmacologico e non, del dolore durante il travaglio e il parto, integrando così il percorso nascita nella sua totalità, e si pone le seguenti finalità generali:

- perseguire la tutela della salute materna, del benessere del nascituro e della famiglia nell'esperienza della genitorialità;

- promuovere un'appropriate assistenza alla nascita divulgando a livello territoriale (consultori ecc.) la conoscenza delle modalità di assistenza, compreso il controllo del dolore nel travaglio;
- sviluppare nei cittadini la consapevolezza dell'offerta sanitaria relativa alla possibilità del controllo del dolore durante il travaglio ed il parto, con lo scopo di promuovere una gestione libera e sicura dell'evento parto;
- garantire a tutte le donne la possibilità di ricevere la prestazione nei Punti Nascita con numero parti > 1.000/anno in condizione di parità, di sicurezza, di piena e completa informazione;
- costruire appositi percorsi per facilitare l'accesso e consentire un utilizzo informato ed appropriato della partoanalgesia (depliant esplicativi, corsi di preparazione al parto con incontro programmato con tutte le figure professionali: ginecologo, ostetrica, anestesista e neonatologo);
- ridurre la percentuale dei tagli cesarei su richiesta materna o non dettati da particolari condizioni patologiche.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Per garantire un percorso efficace e sicuro, ciascun centro dovrà attivarsi secondo indicazioni clinico-organizzative-gestionali basate sulle evidenze scientifiche, così da garantire l'offerta dell'analgesia in risposta alla libera scelta delle partorienti.

Le presenti linee d'indirizzo hanno lo scopo di:

1. Individuare i criteri clinico-organizzativi per rendere operativo il parto in analgesia , neuroassiale o perimidollare presso i punti nascita previsti dalla Regione, in condizioni di sicurezza, in linea con le raccomandazioni/indicazioni e con livelli di competenza professionale secondo EBM, EBN;
2. Definire e condividere raccomandazioni/indicazioni e percorsi per un'analgesia neuroassiale o perimidollare e per tecniche farmacologiche alternative, qualora indicate, sicure per la gestante, per il nascituro e, in definitiva, per tutto il team sanitario;
3. Identificare metodiche e tecniche non farmacologiche per il contenimento del dolore;

Al fine di effettuare l'analgesia neuroassiale o perimidollare in corso di travaglio di parto, i punti nascita in strutture di ricovero debbono soddisfare i requisiti generali e specifici previsti

dalla normativa nazionale (DPR 14.1.1997, Accordo Stato–Regioni del 2010).

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

1. Percorsi/protocolli codificati per il tempestivo accesso H24 alla Sala Operatoria ed eventuali trattamenti subintensivi e intensivi nell’ambito della rete ospedaliera aziendale o interaziendale, secondo intese preliminari e procedure condivise di trasporto assistito materno e neonatale;
2. Protocolli aziendali validati e condivisi per la gestione delle urgenze/emergenze ostetriche e neonatali, in coerenza con le indicazioni regionali e le linee guida;
3. Team esperto multispecialistico;
4. Competenza in tema di partoanalgesia per numero adeguato di procedure/anno (*clinical competence*).

I requisiti organizzativi sono quelli previsti dalle norme vigenti e su richiamate, compreso l’Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16/12/2010 “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”, al quale si rimanda per le specifiche tecniche.

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

Preliminarmente, per estendere l’offerta di partoanalgesia, in ogni Azienda Sanitaria e Ospedaliera, devono essere introdotte specifiche iniziative volte alla formazione, seguite eventualmente da differenti modalità organizzative del lavoro.

Come requisito di sicurezza, oltre che di qualità, il Blocco Parto deve essere provvisto di un Blocco Operatorio Ostetrico adiacente alla zona travaglio-parto, o funzionalmente collegata ad essa (ISPESL, Linee Guida per gli interventi di prevenzione relativi alla sicurezza e all’igiene del lavoro nel “Blocco Parto”, D.P.R. 14.1.1997; l’Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16/12/2010).

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

- a) fornire informazioni complete relative alla partoanalgesia durante tutto il percorso nascita, sia in maniera diretta sia tramite materiale cartaceo/informatico;
- b) identificare criteri di inclusione/esclusione della gestante dal percorso relativo alla partoanalgesia; tali criteri devono essere verificati e validati dall’Ostetrica e dall’Aneste-

- sista, di norma prima del travaglio o successivamente;
- c) acquisire il consenso informato della partoriente;
 - d) disporre di protocolli applicativi redatti secondo le norme di buona pratica clinica e linee guida;
 - e) disporre di protocolli formali per la gestione del neonato;
 - f) disporre di percorsi per identificare e trattare i possibili eventi avversi;
 - g) disporre di aree di cure intensive per la madre e il neonato (anche con trasporto interno);
 - h) disporre di indicatori per la verifica di efficacia e soddisfazione;
 - i) implementare la Raccomandazione Ministeriale n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto. Contestualmente, disporre di sistemi per la rilevazione e la raccolta degli eventi avversi con la relativa analisi;
 - j) pianificare e mantenere nel tempo attività di formazione, incontri per aggiornamenti, discussione di casi clinici con tutti i professionisti coinvolti nel percorso;
 - k) rendere evidenti i risultati della propria attività.

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

Implementazione regionale

Alla luce di quanto previsto dal DPCM del 12.1.2017, è necessario individuare sul territorio i punti nascita dove poter effettuare l'analgisia neuroassiale o perimidollare. La partoanalgisia dovrà essere garantita prioritariamente nei Punti Nascita con un numero di parti >1.000 parti/anno.

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

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

Organizzazione e formazione del personale

La conduzione dell'analgia neuroassiale o perimidollare per il travaglio e il parto richiede che il team dei professionisti, oltre che sinergico, sia qualitativamente preparato, ovvero a conoscenza delle peculiarità del travaglio in analgesia (necessità di un monitoraggio continuo della FCF, aumentato ricorso all'uso dell'ossitocina, aumento della durata del secondo stadio del travaglio, diversificato ricorso al parto operativo). In particolare va ribadito il ruolo dell'ostetrica nel sostenere e stimolare la donna affinché sia protagonista attiva del travaglio, pur nell'ambito di un parto medicalizzato. Anche il ginecologo dovrà essere formato all'assistenza del travaglio parto con indicatori e tempi diversi rispetto al parto naturale e con l'eventuale esigenza di effettuare parti operativi.

È importante che il piano di formazione aziendale preveda un training specifico per il personale coinvolto in attività assistenziali in corso di gravidanza, travaglio, parto e puerperio con riferimento all'importanza dei fattori di rischio e alla qualità della documentazione clinica per la prevenzione della morbilità-mortalità materna.

Devono essere previsti lo studio e la valutazione di casi e il confronto tra diverse figure professionali.

Le Aziende ed il personale sanitario coinvolto, devono potersi avvalere di strumenti di indirizzo quali linee-guida, protocolli, percorsi clinico-assistenziali per migliorare lo standard delle cure erogate e garantire l'appropriatezza nei percorsi clinico-organizzativi. Tali strumenti devono essere concordati e condivisi con gli operatori sanitari della struttura.

Si ritiene necessario che tutto il team partecipi a periodiche esercitazioni di simulazione di emergenze ostetriche, dalle prime cure alle tecniche di rianimazione vera e propria, per verificare l'appropriatezza delle procedure messe in atto dalle diverse figure professionali coinvolte.

Devono essere organizzati audit sistematici mediante metodologie che permettano di confrontare le procedure assistenziali al fine di valutarne l'appropriatezza e di migliorarne l'assistenza.

Le finalità del programma di formazione specifica devono essere:

1. acquisizione di capacità clinico-diagnostiche nell'ambito dell'anestesia e terapia intensiva in Ostetricia;
2. prevenzione delle situazioni di rischio materno e neonatali;
3. miglioramento dell'organizzazione dipartimentale in funzione della costruzione

di percorsi diagnostico-terapeutici che favoriscano l'integrazione e la collaborazione multidisciplinare (governo clinico);

4. gestione del rischio clinico a salvaguardia e tutela della sicurezza dei pazienti e del personale.

Detti programmi, da considerarsi propedeutici all'attivazione del progetto, devono essere condotti nell'ambito dei programmi ECM, privilegiando, oltre ai sistemi tradizionali, la formazione sul campo in centri specifici di riferimento, moltiplicando esperienze multiprofessionali ed interdisciplinari, con la previsione di personale esperto che, per fini didattici, presti per un periodo definito, la propria attività presso l'ospedale dove opera il personale da formare.

La formazione dell'anestesista e delle altre figure professionali coinvolte dovrà essere finalizzata:

- conoscenza della gestione ostetrica del travaglio fisiologico;
- acquisizione e dimestichezza con le metodiche loco-regionali e centrali nella paziente gravida;
- risk management e governo clinico (DGR del 19/01/2007 n° 34).

Inoltre l'attività di partoanalgesia potrà essere implementata solo e soltanto dopo un adeguato periodo di formazione e di tutoraggio che sarà svolto dagli specialisti con maggiore esperienza in partoanalgesia applicata già da diversi anni in alcuni ospedali della Regione Calabria e certificata a livello scientifico.

Formazione del team

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

- a) in anestesia e rianimazione ostetrica;
- b) nelle tecniche di anestesia loco-regionale neuroassiale o perimidollare .

Il posizionamento di catetere epidurale rientra nella formazione di un'anestesista, anche se va posta una attenzione particolare alle caratteristiche anatomo-tissutali della gravida, donna al termine della gravidanza mentre l'elemento critico su cui fare una specifica formazione è la conduzione della analgesia peri-partum.

I programmi di formazione specifici, propedeutici all'attivazione della partoanalgesia, omogenei in tutta la Regione, devono essere condotti nell'ambito dell'ECM, secondo le

indicazioni delle Società Scientifiche e con il coordinamento della Regione stessa, per garantire uniformità.

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

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

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

Mantenimento della professionalità esperta

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

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

È inoltre opportuno che l'anestesia ostetrica non sia eseguita saltuariamente.

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

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

INDICATORI

1. numero di travagli vaginali assistiti con analgesia epidurale/numero totale di travagli effettuati (SDO e CEDAP);
2. numero di parti vaginali assistiti con assistenza farmacologica antalgica/numero totale di

- parti vaginali effettuati (SDO e CEDAP);
3. numero di donne con peridurale che effettuano TC in urgenza / totale numero di donne che effettuano analgesia peridurale in travaglio (CEDAP);
 4. numero di parti vaginali assistiti con analgesia epidurale/totale delle visite ambulatoriali anestesiolgiche effettuate;
 5. numero di complicanze verificatesi con analgesia epidurale /numero di epidurali eseguite (vedi elenco complicanze);
 6. numero di donne assistite soddisfatte/totale donne assistite per tipologia di tecnica utilizzata.

Riferimenti normativi e bibliografici

- DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992, n. 502: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e successive modifiche e integrazioni
- D.P.R. 14 gennaio 1997 “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”
- DECRETO 2 aprile 2015, n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (GU n.127 del 4-6-2015)

- National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Final draft for consultation 23 June 2006 – 29 August 2006. In press
- Bestetti G, Regalia AL. Dolore fisiologico, dolore patologico, dolore iatrogeno: qualità del dolore ed esperienza delle donne. In: La Sala GB, Iori V, Monti F, Fagandini P.
- WHO recommendation Intrapartum care for a positive childbirth experience
World Health Organisation