

LA GESTIONE DEL DOLORE NEL PARTO

LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Codice di deontologia medica 2018

TITOLO II DOVERI E COMPETENZE DEL MEDICO

Art. 3 Doveri generali e competenze del medico

Doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, **il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza**, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera

Codice deontologico dell'ostetrica/o 2017

3. RAPPORTI CON LA PERSONA ASSISTITA

3.5

Con il consenso della persona interessata, **l'ostetrica promuove le tecniche di contenimento del dolore** nella donna e nel neonato per quanto di sua competenza attraverso una scelta clinicamente ed eticamente appropriata

Accordo Stato-Regioni del 24/05/2001

- Premessa: il dolore continua ad essere una dimensione cui non viene riservata la dovuta attenzione
- Costituzione a livello aziendale di un comitato ospedale senza dolore
- Formazione
- Monitoraggio
- Elaborazione e distribuzione di materiale informativo per l'utenza
- Scegliere gli strumenti di rilevazione del dolore
- Elaborare protocolli di trattamento del dolore
- Strumenti di monitoraggio del dolore
- Rendere disponibili i farmaci oppioidi

Consumo di farmaci oppioidi in Italia

Farmaco	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012	2013
Codeina più paracetamolo			0,1	0,1	0,2	0,3	0,6	0,8	0,9	1,3	1,5	1,6
Fentanil	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,8	0,8	0,8
Tramadol			0,1	0,4	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8
Morfina	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	0,5	0,5
Buprenorfina				0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,8	0,6	0,5
Ossicodone combinazioni				<0,1	<0,1	<0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4	0,5
Ossicodone				<0,1	<0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Tapentadol											0,1	0,2
Idromorfone						<0,1	<0,1	<0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Totale	0,2	0,3	0,6	1,1	1,3	1,7	2,2	2,5	2,8	4,8	5,0	5,2

*A partire dal 2011 i dati aggregano l'erogazione in regime di assistenza convenzionata con l'acquisto dei medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche, mentre in precedenza i dati sono relativi solo all'assistenza convenzionata (territoriale fascia A SSN).

DDD: Defined Daily Dose (dose giornaliera definita)

Accordo Stato-Regioni del 24/05/2001

- È **auspicabile** che nella cartella clinica del paziente siano riportate le caratteristiche del dolore e la sua evoluzione durante il ricovero
- La rilevazione costante del dolore deve essere inserita tra le competenze dell'infermiere

Legge 15 marzo 2010, n. 38

“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”

ART. 7 (Obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica).

All'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito.

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

Art. 1

.....La **formazione** iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione **in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore** e di cure palliative.

Art. 2

Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, e' sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38.

Rete cure sicure FVG (D.G.R. 1970/2016)

I programmi riguardano:

- uso sicuro dei farmaci;
- incident reporting e applicazione di strumenti di analisi degli eventi avversi più gravi;
- corretta identificazione del paziente;
- sicurezza del percorso chirurgico;
- qualità e sicurezza della documentazione sanitaria;
- informazione e consenso informato;
- prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza;
- uso corretto degli antibiotici (antibiotic stewardship);
- prevenzione delle lesioni da pressione;
- prevenzione delle cadute accidentali;
- **controllo del dolore;**
- promozione delle buone pratiche e del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti/cittadini.

Strumenti di monitoraggio del dolore

Indicatori regionali rischio clinico

- Presenza della valutazione iniziale del dolore (entro 24 ore dall'ingresso del paziente)
- Monitoraggio quotidiano del dolore nei pazienti
- Rivalutazione del dolore dopo episodio algico

D.G.R. 1436/2011

Requisiti di Accreditamento delle strutture sanitarie

D24 (REQUISITO ESSENZIALE)

Nella cartella clinica è documentata la valutazione del dolore, la terapia antalgica e il risultato antalgico

Libro della Genesi, cap. 3

Alla donna

«Moltiplicherai i tuoi figli e le tue
gravidanze saranno partorirai
figli.»

Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010

«Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo».

(G.U. Serie Generale , n. 13 del 18 gennaio 2011)

STANDARD PER LA RIORGANIZZAZIONE DELL'UO DI OSTETRICIA E DELLE UO DI PEDIATRIA, NEONATOLOGIA E TIN

- Garantire un'adeguata assistenza all'evento nascita anche mediante tecniche di controllo del dolore farmacologiche e non

ALLEGATO 7

PROCEDURE PER IL CONTROLLO DEL DOLORE NEL CORSO DEL TRAVAGLIO E DEL PARTO

- La tecnica deve essere effettuata secondo principi di EBM, appropriatezza, sicurezza, efficacia, efficienza, economicità e deve far parte di un **percorso** definito di accompagnamento alla gravidanza e al parto.
- Deve essere preceduta da una **informazione** adeguata sulle indicazioni, le controindicazioni e i possibili rischi per la madre e per bambino e sulle possibili modifiche temporali del travaglio di parto. L'informazione **deve comprendere l'illustrazione della metodica anestesiológica e delle altre tecniche di supporto per il controllo del dolore, anche di quelle non farmacologiche**
- Devono essere elaborati **protocolli diagnostico terapeutici condivisi**.
- E' fondamentale una **formazione specifica** che interessi tutte le figure professionali coinvolte (anestesisti, ginecologi, ostetriche, pediatri/neonatology)

D.G.R. 1083/2012 - Partoanalgesia

Ai fini di salvaguardare il diritto della donna di scegliere di partorire senza dolore, le gravide devono essere informate, nell'ambito di un percorso definito di accompagnamento alla gravidanza e al parto, sulle metodiche farmacologiche e non per il controllo del dolore in travaglio e parto, sulle relative indicazioni, i possibili benefici, le controindicazioni, nonché gli eventuali rischi per madre e bambino. L'informazione andrà curata anche nella lingua appartenente alla quota di popolazione immigrata maggiormente rappresentata in ogni area territoriale aziendale.

Attualmente le procedure di partoanalgesia trovano in Regione modalità di offerta disomogenee. Tutti i Punti nascita della Rete adotteranno protocolli omogenei e condivisi a livello multidisciplinare ed evidence-based ed offriranno, su richiesta della donna, le procedure per il controllo del dolore in travaglio e parto nel rispetto dei principi di appropriatezza, sicurezza, efficacia ed efficienza.

L'analgesia epidurale potrà venir offerta, su richiesta della donna, nei Punti nascita che adotteranno opportune modalità organizzative, previa formazione specifica di tutte le figure professionali coinvolte. **L'operatività h 24 dovrà essere garantita nei centri di II livello.**

Ogni struttura della Rete rende visibile la tipologia e le modalità di offerta delle diverse metodiche, farmacologiche e non, di controllo del dolore in travaglio e parto attraverso la Carta dei servizi di cui al punto 4.

Verrà predisposto un sistema per il monitoraggio delle richieste, delle prestazioni effettuate e delle eventuali complicanze.

Percorso nascita FVG (D.G.R. 723/2018)

- La donna è informata sulle modalità farmacologiche e non farmacologiche di contenimento/gestione del dolore nel travaglio e nel parto (ad esempio supporto relazionale, assunzione di posizioni libere, immersione in acqua, analgesia epidurale ecc.).
- In tutti i Punti nascita vengono garantite procedure per il controllo del dolore in travaglio non farmacologiche o, nel caso, farmacologiche, secondo procedure scritte codificate a livello aziendale.

Linee di gestione SSR 2019 (DGR 2514/2018)

Parto analgesia

Una rilevazione effettuata nel 2018 sulla parto-analgesia nei Punti nascita regionali ha evidenziato aree di miglioramento nell'ambito dell'offerta farmacologica e non del controllo del dolore in travaglio e parto. Nel corso del 2019 le Aziende in cui è operativo uno o più Punti nascita:

- ➔ sviluppano/aggiornano una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita con le informazioni previste dalla DGR 1083/2012 relative ad ogni Punto nascita aziendale, ivi compresa l'offerta di parto-analgesia;
- ➔ rendono visibile nei siti aziendali l'offerta relativa al percorso nascita nel territorio di competenza, ivi comprese le tecniche di controllo del dolore in travaglio/parto;
- ➔ definiscono procedure formalizzate e condivise a livello multiprofessionale, facilmente consultabili e periodicamente aggiornate, per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia, dalla visita anestesiologicala in gravidanza, all'erogazione della prestazione in travaglio, alle richieste estemporanee e al monitoraggio post-partum;
- ➔ promuovono corsi aziendali di formazione specifica sulla parto-analgesia farmacologica e non, rivolti a tutte le figure professionali coinvolte e le Aziende con Ostetricie di II livello promuovono programmi formativi, anche sul campo, rivolti al territorio regionale;
- ➔ monitorano l'attività e le eventuali complicanze.

Violenza ostetrica

Il termine si riferisce all'abuso che avviene nell'ambito generale delle cure ostetrico-ginecologiche e che può essere realizzato da tutti gli operatori sanitari che prestano assistenza alla donna e al neonato (ginecologo, ostetrica o altre figure professionali di supporto).

- l'abuso fisico diretto,
- la profonda umiliazione e l'abuso verbale,
- le procedure mediche coercitive o non acconsentite (inclusa la sterilizzazione),
- la mancanza di riservatezza,
- la carenza di un consenso realmente informato,
- **il rifiuto di offrire un' adeguata terapia per il dolore,**
- gravi violazioni della privacy,
- il rifiuto di ricezione nelle strutture ospedaliere,
- la trascuratezza nell'assistenza al parto con complicazioni altrimenti evitabili che mettono in pericolo la vita della donna,
- la detenzione delle donne e dei loro bambini nelle strutture dopo la nascita connessa all'impossibilità di pagare
- adolescenti, donne non sposate, donne in condizioni socio-economiche sfavorevoli , donne appartenenti a minoranze etniche, o donne migranti e donne affette da l'HIV sono particolarmente esposte al rischio di subire trattamenti irrispettosi e abusi.



La Prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere

Dichiarazione dell'Organizzazione
Mondiale della Sanità (OMS)

Ogni donna ha il diritto al più elevato livello di salute raggiungibile, che include il diritto ad una assistenza sanitaria rispettosa e dignitosa



photo: UNICEF

In tutto il mondo molte donne durante il parto in ospedale fanno esperienza di trattamenti irrispettosi e abusanti. Tale trattamento non solo viola il diritto delle donne ad un'assistenza sanitaria rispettosa, ma può anche minacciare il loro diritto alla vita, alla salute, all'integrità fisica e alla libertà da ogni forma di discriminazione. La presente dichiarazione invita a maggiori atti concreti, al dialogo, alla ricerca, e all'advocacy su questo importante tema che coinvolge la salute pubblica e i diritti umani.



Le donne e il parto #bastatacere



Indagine Doxa-OVOItalia sulla violenza ostetrica*

Campione rappresentativo di 5 milioni di utenti negli ultimi 14 anni (2003-2017)



99%

Partorisce in ospedale

Per una seconda gravidanza:

14% non ci tornerebbe/non lo sceglierebbe più

14% indeciso se tornare o meno nella stessa struttura



32%

Parti cesarei

15% d'urgenza

14% programmato per indicazione medica

3% scelta personale

Episiotomia 54%



Episiotomia "a tradimento" per 1,6 milioni di partorienti

61% dichiara di non aver dato il consenso informato

15% la considera una menomazione degli organi genitali

13% l'ha vissuta come un tradimento



21% di madri in Italia \approx **1 milione** di donne in 14 anni dichiara di aver subito violenza ostetrica durante il parto

41%



4 donne su 10 dichiarano di aver subito pratiche lesive della propria dignità o integrità psicofisica

33%

delle madri non si sono sentite adeguatamente assistite



6% di donne non ha voluto altri figli
20.000 bambini non nati ogni anno

*Indagine demoscopica realizzata dalla Doxa in collaborazione con l'Osservatorio sulla Violenza Ostetrica Italia (OVOItalia), finanziata da La Goccia Magica e CiaoLapo Onlus. Coordinatrici del progetto Alessandra Battisti e Elena Skoko.



Sostieni l'iniziativa con il tuo contributo!
www.lagocciamagica.it



Osservatorio sulla Violenza Ostetrica Italia



#bastatacere
le madri hanno voce

13% DELLE DONNE RIFERISCE DI NON AVER AVUTO UN'ADEGUATA TERAPIA PER IL DOLORE

Mercoledì 13 MARZO 2019

Maxi indagine su 14mila neo mamme: il 95% promuove i ginecologi e il 90% consiglierebbe lo stesso reparto ad un'amica. Smentiti gli allarmi di una precedente inchiesta che aveva parlato di "violenza ostetrica" e assistenza inadeguata

Modalità di controllo del dolore**		
Nessun metodo	2533	22.4
Blocco neurassiale	1860	16.4
Farmaci endovenosi	323	2.9
Vasca o doccia	3165	27.9
Posizione libera durante il travaglio ed il parto	4638	40.9
Massaggio	1154	10.2
Altro (inclusa l'assistenza one-to-one)	1645	14.5
Non riportato	795	7.0

Indagine
condotta da
AGOI
SIGO
AGUI

Tab. 4 - Risposta alla domanda "Come valuta le modalità di controllo del dolore a cui è stata sottoposta?"

	N*	Inadeguate/molto inadeguate %(N)	Non riportato/non so %(N)
Tutti i parti vaginali e TC urgenti	11333	8.9(840/9457)	16.6(1876)
Parto vaginale	8833	8.5(626/7353)	16.7(1480)
Parto con ventosa	749	13.0(88/675)	9.9(74)
TC urgente	1751	8.8(126/1429)	18.1(317)

ANNO 2016

10 ORE DI TRAVAGLIO DA SOLA
IN UNA STANZA. CHIESTA

C'EPIDURALE, LA RISPOSTA È STATA:

"SIGNORA NON SA CHE PARTORIRE
SIGNIFICA SOFFRIRE e PORTARE
PAZIENZA? "

#BASTATACERE