

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

OGGETTO: Adozione del documento tecnico inerente "Protocollo assistenziale per il parto a domicilio in Centro Nascita ed in Casa Maternità", redatto ed approvato dal Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico Parti a Domicilio ed in Casa di Maternità, istituito con Det. n. G09667 del 4/8/2015 e Det. n. G11586 del 28/9/2015.

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTO la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modifiche ed integrazioni concernente la "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale";

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 concernente il "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale" e successive modifiche e integrazioni;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Giunta della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad Acta* per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti dal Piano di Rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario;

DATO ATTO che con delibera del Consiglio dei Ministri del 1.12.2014 l'Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato Sub Commissario nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21.3.2013;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 723 del 14 dicembre 2015 con la quale è stato conferito al dott. Vincenzo Panella l'incarico di Direttore della Direzione Regionale "Salute e Politiche Sociali";

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente il "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni";

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

VISTA l'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016;

IL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;

VISTA la DGR n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente “Approvazione del “Piano di Rientro” per la sottoscrizione dell’Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell’art. 1, comma 180 della Legge 311/2004”;

VISTA la DGR n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: “Presenza d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell’art. 1, comma 180 della Legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro”;

VISTO il D.M. 10 settembre 1998 “Aggiornamento del D.M. 6 marzo 1995 concernente “Aggiornamento del D.M. 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità”;

VISTO il Decreto del *Commissario ad acta* n.U00056/2010 concernente il riordino della rete di specialità: “Rete dell’Assistenza perinatale”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0029 del 01/04/2011 avente ad oggetto “Parto a domicilio e in Case di Maternità – Approvazione di “Profilo Assistenziale per l’assistenza al travaglio e parto fisiologico extraospedaliero in case di maternità e a domicilio “ (All.1), “Protocollo per il parto a domicilio “ (All. 2), “Protocollo per le Case di Maternità” (All. 3), “Requisiti minimi per l’autorizzazione CMI” (All. 4), “Requisiti minimi per l’autorizzazione CME” (All. 5), “Modulistica” (All. 6)”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U000152/2014 relativo alla “Rete per la Salute della Donna, della Coppia e del Bambino: ridefinizione e riordino delle funzioni e delle attività dei Consulenti Familiari regionali. Tariffa per il rimborso del Parto a domicilio, ad integrazione del Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0029 del 01/04/2011”;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. U00412 del 26 novembre 2014 “Attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 di cui al Decreto del Commissario ad acta n. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente: Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”;

VISTA la Determinazione n. G09667 del 4/07/2015 “Istituzione del Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico Parto a Domicilio ed in Casa di Maternità di supporto alla Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria con l’obiettivo di aggiornare i requisiti contenuti nel DCA n. U0029/2011”;

CONSIDERATO che in data 8/07/2016 il documento tecnico “Protocollo assistenziale per il parto a domicilio in Centro Nascita ed in Casa Maternità” elaborato dal Gruppo di Lavoro Regionale, è stato presentato alle principali Associazioni, che promuovono l’umanizzazione del parto ed il parto extra-ospedaliero;

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

VISTO l'Allegato 10B "Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo" del documento "Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)" approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 7 settembre 2016, (rep. Atti n. 157);

VISTO il documento tecnico, parte integrante e sostanziale, del presente provvedimento inerente "Protocollo assistenziale per il parto a domicilio in Centro Nascita ed in Casa Maternità", approvato dal Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico istituito con Det. n. G09667 del 4/8/2015 e s.m.i.;

CONSIDERATO che il percorso "Parto a domicilio o in Casa Maternità privata", contenuto nel documento tecnico, si intende applicabile esclusivamente alle donne che richiedono il rimborso a carico del SSR;

ATTESA la necessità di adottare il documento tecnico allegato denominato "Protocollo assistenziale per il parto a domicilio in Centro Nascita ed in Casa Maternità", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che si intendono integralmente richiamate:

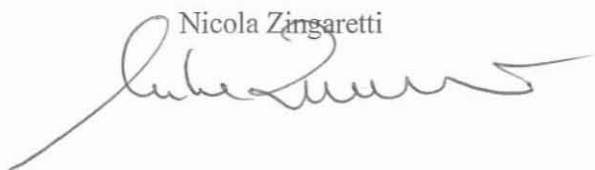
- di adottare il documento tecnico allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, denominato "Protocollo assistenziale per il parto a domicilio in Centro Nascita ed in Casa Maternità", approvato dal Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico istituito con Det. n. G09667 del 4/8/2015 e Det. n. G1 1586 del 28/9/2015;

- di intendere che il percorso "Parto a domicilio o in Casa Maternità privata", contenuto nel documento tecnico, è applicabile esclusivamente alle donne che richiedono il rimborso a carico del SSR.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla sua pubblicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) dalla sua pubblicazione.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L.

AM

Nicola Zingaretti


Roma, li 23 DIC. 2016

W9

**PROTOCOLLO ASSISTENZIALE PER IL
PARTO A DOMICILIO, IN CENTRO NASCITA
ED IN CASA MATERNITÀ**

Documento redatto ed approvato* dal Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico Parti a Domicilio ed in Casa di Maternità

Componenti del Gruppo di Lavoro istituito con Det. n. G09667 del 4/8/2015 e Det. n. G11586 del 28/9/2015

Domenico Di Lallo - Dirigente Area Programmazione rete ospedaliera e risk management, Regione Lazio

Valentino Mantini - Dirigente Area Cure primarie, Regione Lazio

Eleonora Macci - Area Programmazione rete ospedaliera e risk management, Regione Lazio

Simona Asole - Area Programmazione rete ospedaliera e risk management, Regione Lazio

Iolanda Rinaldi - Presidente Collegio Provinciale delle Ostetriche di Roma

Patrizia Proietti - Vice Presidente Collegio Provinciale delle Ostetriche di Roma

Ivana Arena - Ostetrica libero-professionista Collegio Provinciale delle Ostetriche di Roma

Stefania Nichinonni - Dipartimento Professioni Sanitarie, ASL RM 3

Pierluigi Palazzetti - UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. G.B. Grassi, ASL RM 3

Enrico Vizza - Segretario della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO)

Elsa Buffone - Presidente della Società Italiana di Neonatologia (SIN) del Lazio

* ad esclusione della Dott.ssa Ivana Arena

PROTOCOLLO ASSISTENZIALE PER IL PARTO A DOMICILIO	
CRITERI DI ELEGGIBILITÀ.....	1
PRESA IN CARICO DELLA DONNA CHE SCEGLIE IL PARTO A DOMICILIO	1
REQUISITI PROFESSIONALI DELL'OSTETRICA.....	2
ITER PROCEDURALE PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO	3
FLUSSO INFORMATIVO DEI CedAP E SISTEMA DI MONITORAGGIO.....	4
PROTOCOLLO ASSISTENZIALE PER IL PARTO IN CENTRO NASCITA E IN CASA MATERNITÀ	
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DEL CENTRO NASCITA E DELLA CASA MATERNITÀ	5
REQUISITI ORGANIZZATIVI DEL CENTRO NASCITA.....	6
REQUISITI ORGANIZZATIVI DELLA CASA MATERNITÀ.....	6
ALLEGATO 1 PROTOCOLLO CLINICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLA GRAVIDANZA, TRAVAGLIO, PARTO A BASSO RISCHIO E PUERPERIO	7
ALLEGATO 2 DOTAZIONE MATERIALI/STRUMENTAZIONE E FARMACI PER L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO	11
ALLEGATO 3 INDICAZIONI PER IL TRASFERIMENTO DELLA DONNA E/O DEL NEONATO IN OSPEDALE	12
ALLEGATO 4 MODULISTICA	14

PREMESSA

Nel pieno rispetto dei diritti della partoriente e del neonato, la Regione Lazio, già impegnata in politiche di sostegno all'umanizzazione del travaglio e parto attraverso la promozione, anche in ambito ospedaliero, dell'applicazione degli standard UNICEF Cure Amiche della madre (Unicef, Standard per le Buone Pratiche per gli Ospedali, Edizione 2015), intende ulteriormente promuovere percorsi favorevoli, una libera e consapevole scelta delle diverse modalità di assistenza.

Tale offerta può essere indirizzata a donne con gravidanza a basso rischio che intendono privilegiare il bisogno primario di intimità, individualità, condivisione familiare, pur beneficiando di adeguati livelli di sicurezza per l'espletamento del parto.

Con questa finalità la gestante, in assenza di fattori di rischio e debitamente informata, può essere libera di scegliere per l'espletamento del parto fra setting ospedaliero o extra-ospedaliero.

PROTOCOLLO ASSISTENZIALE PER IL PARTO A DOMICILIO

CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

- Età gestazionale compresa fra le 37 settimane+1 giorno e le 41 settimane+6 giorni
- Feto singolo in presentazione cefalica di vertice e con battito cardiaco regolare
- Peso fetale presunto compreso fra il 10° e 90° percentile
- Assenza di patologia fetale nota e di rischi neonatali prevedibili
- Placenta normalmente inserita
- Assenza di patologia materna e/o di anamnesi ostetrica che rappresenti una controindicazione al travaglio di parto e che richieda una sorveglianza intensiva
- Insorgenza spontanea del travaglio
- Liquido amniotico limpido, in caso di rottura di membrane
- Rottura prematura delle membrane da meno di 24 ore
- Esame batteriologico vaginale e rettale negativo per colonizzazione da Streptococco gruppo B.

PRESA IN CARICO DELLA DONNA CHE SCEGLIE IL PARTO A DOMICILIO

Preferibilmente entro 32 settimane+0 gg di età gestazionale, primo incontro informativo tra l'ostetrica e la donna/coppia finalizzato a fornire informazioni sul tipo di assistenza che sarà fornita a domicilio; contestualmente l'ostetrica verifica l'idoneità dell'abitazione dove la donna intende programmare il parto, sia per quanto riguarda le condizioni igienico-ambientali che per quanto riguarda la distanza da un presidio ospedaliero con UO ostetrica/neonatologica accreditata SSR che non dovrà essere superiore ai 30 minuti.

Come previsto dal D.M. 10/09/1998 e dall'allegato 10B-Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 157/CSR, 7/9/2016- Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza):

- a partire da 32 settimane+0 giorni di età gestazionale, l'ostetrica che assisterà il parto raccoglie un'accurata anamnesi con la valutazione della storia ostetrica pregressa e del decorso clinico dell'attuale gravidanza, acquisendo agli atti tutti i referti clinici e di diagnostica, effettua un controllo clinico e compila la cartella ostetrica, successivamente integrata da partogramma, cartella neonatale e diario del puerperio;
- da 33 settimane+0 gg a 37 settimane+6 gg di età gestazionale, la gestante effettua un controllo ematochimico con emocromo completo, HbsAg, toxotest se la donna è recettiva, esame delle urine completo, esame colturale dell'urina-se positivo incluso identificazione e antibiogramma-, Treponema Pallidum, test di Coombs indiretto, tampone vagino rettale per ricerca Streptococco beta – emolitico gruppo B, HCV consigliato in presenza di fattori di rischio-se non già effettuato entro le 13 settimane di età gestazionale-, gruppo e fattore Rh qualora non siano stati già eseguiti, e test HIV se non già effettuato. È raccomandata l'effettuazione di PT, PTT, Fibrinogeno. Sulla base dei controlli ematochimici e della valutazione anamnestica e clinica viene valutata l'idoneità al parto a domicilio.

A 37 settimane+0 gg di età gestazionale inizia la reperibilità delle ostetriche per l'assistenza al parto domiciliare.

REQUISITI PROFESSIONALI DELL'OSTETRICA

L'assistenza al travaglio e parto a domicilio deve essere fornita da due ostetriche regolarmente iscritte all'Albo. È necessaria la presenza di due ostetriche per consentire un costruttivo scambio di opinioni e brevi periodi di riposo a turno, al fine di garantire alla donna la migliore assistenza possibile.

La "prima" ostetrica, negli ultimi 5 anni: deve avere effettuato almeno 20 parti in ambito extra-ospedaliero e/o deve aver maturato una esperienza di assistenza al parto in autonomia presso una Sala parto di struttura ospedaliera pubblica/privata. Ove richiesto, la professionista fornisce, ai sensi del DPR 445/00, artt. 46, 47 e 76, autocertificazione dei requisiti. Deve disporre, inoltre, della strumentazione e dei farmaci indicati in Allegato 2.

La "seconda" ostetrica deve possedere una esperienza di affiancamento di assistenza al parto extraospedaliero e/o di volontariato o stage di addestramento post-laurea triennale acquisito presso sale parto di struttura ospedaliera accreditata SSR. Ove richiesto, la professionista fornisce, ai sensi del DPR 445/00, artt. 46, 47 e 76, autocertificazione dei requisiti.

Entrambe le ostetriche devono essere in possesso di certificazione su:

- corso di PBLIS-D (rianimazione neonatale e pediatrica) e BLS-D (adulto)
- training formativo obbligatorio sulla rianimazione (ogni due anni)
- assistenza al travaglio e parto a basso rischio attraverso la frequenza a percorsi formativi, sulla base dei criteri stabiliti dalla componente commissione ECM, nell'ambito degli obiettivi nazionali e regionali specifici
- corso ECM sulle emergenze/urgenze ostetriche in travaglio e parto a domicilio o in sala parto negli ultimi 5 anni anche frequentato all'estero.

Al fine di incrementare la competenza ostetrica sull'assistenza al parto a domicilio è possibile, previo consenso della gestante/coppia, prevedere la presenza di una terza ostetrica laureata e regolarmente iscritta all'Albo a cui va consegnata una certificazione di presenza e/o assistenza al parto.

ITER PROCEDURALE PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

La donna, o suo delegato entro e non oltre la 36+0 settimana di gravidanza, presenta alla ASL di residenza la modulistica prevista in Allegato 4.

Per seguire l'iter procedurale del rimborso, la ASL individua una Ostetrica, preferibilmente afferente all'area consultoriale, quale Referente Aziendale per il parto a domicilio. La ASL è tenuta a pubblicare sul sito aziendale l'iter procedurale per la richiesta di rimborso, la modulistica necessaria ed i riferimenti della professionista individuata (mail, telefono, orari di ricevimento, indirizzo).

Di seguito viene indicato l'iter procedurale con le rispettive responsabilità.
La donna deve consegnare al Referente Aziendale per il parto a domicilio:

prima del parto:

- richiesta informata, a cura della donna (modulo 1)
- dichiarazione di idoneità al parto domiciliare, a cura dell'ostetrica (modulo 2)
- certificazione sulle condizioni di sicurezza, a cura dell'ostetrica e della donna (modulo 3)
- prescrizione ossitocina flacone - 1 scatola
- prescrizione profilassi anti D (se madre Rh negativa)

entro 15 giorni dal parto:

- CedAP compilato dall'ostetrica
- richiesta di rimborso con ricevuta fiscale relativa al compenso della prestazione effettuata (modulo 6).

La referente ostetrica aziendale:

- verifica la modulistica consegnata dalla donna
- verifica la consegna all'ostetrica che assiste il parto dei farmaci per la profilassi anti D, se madre Rh negativa, secondo la procedura aziendale e dell'ossitocina in flaconi - 1 scatola, secondo la procedura aziendale
- inserisce il CedAP nel fascicolo dell'utente che ha effettuato la richiesta di rimborso di parto a domicilio
- inoltra la modulistica alla direzione amministrativa aziendale per il rimborso dell'assistenza al parto a domicilio
- verifica i tempi e le modalità di rimborso, dandone comunicazione all'utente interessata.

Per il rimborso si fa riferimento alla tariffa stabilita dal DCA 152/2014 a carico del SSR. La ASL, ove richiesto, richiede all'atto della presentazione della domanda del rimborso del parto a domicilio, l'autocertificazione ai sensi del DPR 445/00, artt. 46, 47 e 76 dei requisiti delle due ostetriche che assistono il parto, su cui la ASL di riferimento può effettuare verifiche a campione.

FLUSSO INFORMATIVO DEI CedAP E SISTEMA DI MONITORAGGIO

La registrazione dell'evento nascita avviene tramite il CedAP, documento obbligatoriamente compilato da chi assiste il parto, sia in ospedale che a domicilio (DM 16 luglio 2001, n.349). Nel caso in cui il parto a domicilio non preveda la richiesta di rimborso, l'ostetrica che ha assistito il parto ha comunque il compito di consegnare il CedAP alla referente ostetrica aziendale della ASL di residenza della donna.

Nelle more dell'attivazione di un sistema informativo regionale dedicato al monitoraggio dei parti extra-ospedalieri, la Referente Ostetrica Aziendale per il parto a domicilio invia semestralmente alla Direzione Salute e Politiche Sociali (indirizzo email partixtraospedalieri@regione.lazio.it) una copia anonimizzata (priva di dati personali che possano far risalire all'identità della donna) di tutti i CedAP riferiti ai parti extra-ospedalieri, specificando se avvenuti con o senza rimborso.

Al fine di monitorare i parti in ambito extra-ospedaliero viene istituito presso la Direzione Salute e Politiche Sociali un Tavolo Tecnico con la finalità di: valutare i CedAP pervenuti; valutare eventuali osservazioni su criticità rilevate da utenza e professionisti sanitari; verificare la piena applicazione da parte delle AA.SS.LL del presente protocollo; mantenere rapporti con i Collegi provinciali delle ostetriche, le

associazioni delle ostetriche libere-professioniste, le associazioni delle donne e le società scientifiche.

PROTOCOLLO ASSISTENZIALE PER IL PARTO IN CENTRO NASCITA ED IN CASA MATERNITA'

Il Centro Nascita è collocato in una struttura ospedaliera con o senza UO perinatale, la cui direzione e gestione è affidata alle ostetriche.

La Casa Maternità è una struttura extra-ospedaliera a gestione privata o a diretta conduzione della Azienda Sanitaria Locale.

Per i criteri di eleggibilità, la presa in carico della donna, i requisiti professionali dell'ostetrica e l'iter procedurale per la richiesta di rimborso per le donne che afferiscono alla CM privata, si applica il protocollo assistenziale per il parto a domicilio.

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DEL CENTRO NASCITA E DELLA CASA MATERNITÀ

Per il Centro Nascita, i seguenti requisiti strutturali riferiti ai locali, vanno intesi come dedicati.

- ambienti per l'accoglienza ed il soggiorno
- bagno
- ambulatorio ostetrico, dotato di lavamani con spazio per il colloquio e consulenze ostetriche
- stanza per travaglio-parto e post partum con possibilità di letto matrimoniale con bagno
- dispensa/cucina con spazio relax e tisaneria
- spazio/magazzino per deposito materiali necessari (biancheria, farmaci, altro)
- locale adibito al lavaggio ed alla sterilizzazione dei ferri da procedura ospedaliera
- smaltimento rifiuti secondo la normativa vigente
- sistema antincendio secondo la normativa vigente
- illuminazione e ventilazione naturali e/o artificiali assicurata in tutti i locali
- materiali, strumentazione e farmaci come da allegato 2 - Dotazione materiali/strumentazione e farmaci per l'assistenza al travaglio e parto

- il CN senza UO perinatale e la CM devono essere ad una distanza non superiore ai 30 minuti da una UO perinatale accreditata SSR
- per la CM valgono le norme di sicurezza e gli standard igienico-sanitari previsti per l'abitazione.

REQUISITI ORGANIZZATIVI DEL CENTRO NASCITA

- la direzione del Centro Nascita è affidata a una ostetrica in possesso dei requisiti per accedere alla dirigenza
- al momento del parto devono essere presenti almeno due ostetriche
- una delle due ostetriche deve essere reperibile a partire dalle 37 settimana di EG
- può essere prevista la presenza di personale di supporto
- deve essere presente una procedura operativa scritta per il trasporto materno e neonatale.

L'Azienda sanitaria può avvalersi di personale ostetrico di ruolo e/o di ostetriche libere professioniste, prevedendo, eventualmente, per le prime strumenti di incentivazione economica e per le seconde il riconoscimento di una tariffa di rimborso ridotta del 10-20% rispetto a quella del parto a domicilio, in considerazione dei costi sostenuti dalla struttura ospedaliera.

REQUISITI ORGANIZZATIVI DELLA CASA MATERNITÀ

- al momento del parto devono essere presenti almeno due ostetriche
- una delle due ostetriche deve essere reperibile a partire dalle 37 settimana di EG
- può essere prevista la presenza di personale di supporto
- deve essere presente una procedura operativa scritta per il trasporto materno e neonatale
- per la CM a gestione diretta ASL, la direzione della CM è affidata a una ostetrica in possesso dei requisiti per accedere alla dirigenza.

Per la CM a gestione diretta ASL, l'azienda sanitaria può avvalersi o di personale ostetrico di ruolo e/o di ostetriche libere professioniste, prevedendo, eventualmente, per le prime strumenti di incentivazione economica e per le seconde il riconoscimento di una tariffa di rimborso delle prestazioni effettuate ridotta del 10-20% rispetto a quella del parto a domicilio, in considerazione dei costi sostenuti dalla struttura ospedaliera.

ALLEGATO 1

PROTOCOLLO CLINICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLA GRAVIDANZA, TRAVAGLIO, PARTO A BASSO RISCHIO E PUERPERIO

L'ostetrica verifica le condizioni di eleggibilità; si avvale sempre delle linee guida più aggiornate in merito alla gestione della gravidanza, travaglio e parto a basso rischio; compila la cartella ostetrica della gestante dal momento della presa in carico per la valutazione di idoneità al parto a domicilio.

La cartella ostetrica, oltre alla parte anamnestica, è integrata dal partogramma, dalla cartella neonatale e dal diario del puerperio.

CONTROLLI PRIMA DEL PARTO

Calendario incontri tra 37+0 e 41 settimane:

- un incontro settimanale fino a 41 settimane+0 giorni di età gestazionale

Gravidanza >41 settimane:

- monitoraggio biofisico fetale da 41 settimane a 41 settimane+6 giorni
- fra le 41+0 e 41+ 6 giorni valutare l'opportunità di un ricovero in relazione a:
 1. eventuali protocolli del punto nascita di riferimento
 2. situazione clinica
 3. scelta informata della gestante.

TRAVAGLIO E PARTO

Il travaglio inizia con la diagnosi di fase attiva e coincide con la compilazione del partogramma.

Fase prodromica

La fase prodromica è antecedente all'inizio della fase attiva del travaglio.

Condotta assistenziale durante la fase prodromica:

- constatazione della validità dell'attività contrattile uterina
- rilevazione BCF e MAF
- rilevazione PAO
- esplorazione vaginale se necessaria.

Rottura prematura delle membrane (PROM ovvero rottura delle membrane in assenza di travaglio)

Condotta assistenziale in caso di PROM:

- valutazione delle caratteristiche del liquido amniotico
- rilevazione BCF e MAF
- rilevazione temperatura corporea materna ogni 4 ore
- esplorazione vaginale se necessaria

- se non insorge spontaneamente il travaglio, entro 24 ore dalla rottura delle membrane, ricovero presso struttura ospedaliera accreditata con il SSR con UO ostetrico/ginecologica e neonatologica
- la struttura ospedaliera garantisce la possibilità all'ostetrica di riferimento della donna la continuità relazionale con l'accompagnamento e la sua presenza dal ricovero alla dimissione.

Diagnosi di Travaglio attivo

Condotta assistenziale:

- rispetto dei tempi e dei ritmi del travaglio di parto fisiologico e del bisogno d'intimità attraverso la tutela ambientale
- auscultazione intermittente del BCF
- rilevazione parametri vitali
- valutazione delle caratteristiche del liquido amniotico, se vi è rottura delle membrane
- prevedere esplorazione vaginale per la valutazione della progressione del primo e secondo stadio
- supporto fisico ed emotivo alla donna/coppia nelle varie fasi del travaglio in relazione ai tempi e a ritmi dell'evoluzione spontanea.

Accoglienza e prime cure del neonato

Il neonato e la mamma non vengono mai separati se non su espressa richiesta materna o su indicazioni clinico-assistenziali.

Condotta assistenziale dopo l'espletamento del parto:

- tutela dei bisogni sensoriali del neonato nel passaggio dalla vita intrauterina alla vita extrauterina
- mantenimento della temperatura corporea
- punteggio di Apgar al 1°- 5°- 10° minuto di vita
- recisione, a pulsazioni cessate, del cordone ombelicale
- rispetto dei tempi e modi dell'instaurarsi della relazione precoce tra mamma e neonato
- promozione dell'allattamento al seno favorendo il riflesso attivo di ricerca del capezzolo
- attenta osservazione della presenza del riflesso di suzione e della qualità dell'attaccamento al seno
- profilassi neonatali
- prima valutazione dell'adattamento postnatale del neonato
- visita di un Medico Neonatologo o Pediatra entro 24 ore dalla nascita.

Secondamento

Condotta assistenziale per il secondamento fisiologico:

- promozione del secondamento fisiologico
- controllo della quantità delle perdite ematiche
- prelievo di sangue dal funicolo per la determinazione del gruppo del neonato e Test di *Coombs* diretto se donna Rh negativo
- controllo della placenta e relative caratteristiche al momento dell'espulsione.

Post-parto

Condotta assistenziale nelle due ore successive al parto:

- controllo pareti vaginali e del perineo a secondamento avvenuto
- controllo perdite ematiche
- sutura di eventuali lacerazioni
- controllo stato di contrattura dell'utero
- rilevazione parametri vitali.

PUERPERIO

Nel delicato periodo di strutturazione delle nuove relazioni familiari, l'ostetrica favorisce il legame primario, valorizzando le capacità genitoriali ed evidenziando le competenze neonatali.

Calendario incontri

- 1 o 2 visite al giorno, in relazione ai bisogni di assistenza, nei primi quattro o cinque giorni dopo il parto
- 1^a visita fra il 6° e il 10° giorno dopo il parto
- reperibilità telefonica
- incontro nel primo trimestre di vita del bambino.

Assistenza ostetrica alla madre

- controllo parametri vitali
- verifica del processo di involuzione uterina e dei lochi
- verifica della funzionalità vescicale e intestinale
- valutazione della poppata
- informazione e sostegno sulla modalità di allattamento a domanda
- valutazione dello stato generale in relazione all'alimentazione, ritmo sonno-veglia
- somministrazione di immunoglobuline anti D entro 72 ore dal parto alle donne RH negative in cui sia necessario eseguire la profilassi.

Assistenza al neonato

- controllo parametri vitali
- stato di idratazione della cute e delle mucose
- colorazione della cute e delle sclere

- controllo diuresi e meconio
- controllo ritmo sonno veglia
- valutazione delle poppate e della fisiologica progressione dell'allattamento al seno
- valutazione della crescita
- consolabilità e reazione agli stimoli
- controllo dello stato del cordone ombelicale
- effettuazione screening metabolici tra il 3° e il 5° giorno di vita
- Invito alla scelta del Pediatra di Famiglia.

Certificazioni a cura dell'ostetrica

- cartella ostetrica dal momento della presa in carico al puerperio
- attestato di nascita
- CedAP.

ALLEGATO 2

DOTAZIONE MATERIALI/STRUMENTAZIONE E FARMACI PER L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO

Materiali e strumenti per l'assistenza al parto

- Termometro
- stetoscopio e/o *sonicaid* (con batterie di ricambio)
- fonendoscopio e sfigmomanometro
- laccio emostatico
- 2 kocher
- 1 paio forbici rette a punte smusse
- 1 ciotola per disinfettante
- pinze ad anelli
- 1 portaghi
- 1 pinza anatomica
- guanti di lattice sterili di misure diverse
- guanti non sterili
- garze sterili
- telini sterili
- sacchetti graduati o bacinella per la valutazione della perdita ematica
- aghi cannula n 16G - 18G - 21G
- butterfly n 18G - 21G
- siringhe da 5 e 10 cc.
- cateteri monouso
- cerotto
- deflussori per infusione
- fili per sutura.

Farmaci

- 1000/1500 ml soluzione fisiologica
- Ossitocina (Sintocynon 1 scatola) (prescritta dall'ostetrica di fiducia o dal medico curante o dal ginecologo)
- Metergolina (Methergin 1 scatola)
- Flebocortid fiale
- anestetici locali: Carbocaina o Xilocaina o lidocaina 2% in fiale
- disinfettante
- IMMUNOGLOBULINE anti-RH (se necessarie)
- Collirio antibiotico
- Vitamina K in gocce.

Materiali e strumenti per l'assistenza al neonato

- Cannula di Taccani o aspiramuco monouso
- provette per prelievo funicolare
- cord-clamp o elasticini sterili
- foglio termostatico per trasferimento
- ambu pediatrico (n 1), con reservoir (preferibilmente)
- sondino morbido (6-8-10 CH)
- cartine per test di screening neonatali
- lancette.

ALLEGATO 3

INDICAZIONI PER IL TRASFERIMENTO DELLA DONNA E/O DEL NEONATO IN OSPEDALE

In caso di necessità, la donna e/o il neonato devono essere trasferiti presso la struttura accreditata con il SSR precedentemente individuata e l'ostetrica preavvisa telefonicamente la struttura di riferimento dell'arrivo in ospedale. L'assistenza è affidata al personale della UO ostetrica e/o neonatologica che garantisce all'ostetrica la possibilità di restare accanto alla donna dal ricovero alla dimissione. L'ostetrica deve fornire alla struttura ospedaliera la documentazione scritta relativa al motivo del trasferimento e agli antecedenti clinici, ivi compresa la descrizione degli atti assistenziali eseguiti ed allega l'apposito modulo di trasferimento compilato (Moduli 4 e 5 in Allegato 4).

TRAVAGLIO E PARTO

- presentazione anomala
- perdite ematiche con sospetto di patologia placentare
- anomalie del BCF
- rialzo della PAO
- rialzo della temperatura corporea
- liquido amniotico tinto
- distocia dinamica
- arresto della progressione della parte presentata
- prolasso o procidenza di funicolo.

POSTPARTO E PUERPERIO

Puerpera perdita ematica superiore a 500cc

- mancato secondamento a un'ora e mezza circa dal parto in assenza di perdite ematiche
- ogni condizione della donna che necessita, a giudizio dell'Ostetrica di una sorveglianza continua per almeno 12 ore.

Neonato

- difficoltà respiratorie
- tremori
- malformazioni
- letargia e iporefflessia
- vomito frequente
- cianosi o pallore
- pianto con tonalità elevata poco consolabile
- ipertermia o ipotermia
- calo ponderale superiore al 15% del peso corporeo alla nascita

- ittero precoce o elevato nei giorni successivi alla nascita
- ematemesi, melena
- ogni altra condizione che, a giudizio dell'ostetrica, richieda una sorveglianza continua delle condizioni neonatali.

PROCEDURE PER ATTIVARE IL TRASPORTO IN URGENZA/EMERGENZA

Condotta assistenziale:

- attuare le procedure di rianimazione secondo le modalità BLS per la mamma e rianimazione neonatale per il neonato, fino all'arrivo dell'*équipe* di emergenza
- avvisare il 112 e/o STEN per invio di ambulanza con medico a-bordo.

Nell'evenienza di una emorragia materna:

- identificare, se possibile, la causa: lacerazione vagino-perineale, lacerazione collo dell'utero, emorragia uterina
- attuare manovre di tamponamento per arrestare o limitare le perdite se opportuno in base alla causa individuata
- incanulare una vena
- verificare che la vescica sia vuota
- massaggiare l'utero qualora non sia contratto con modesta trazione sul funicolo se secondamento non ancora avvenuto e perdita ematica superiore a 500 cc
- somministrare ossitocina fino ad un massimo di 30 unità se perdita ematica superiore a 500 cc e secondamento avvenuto.

Nell'evenienza di alterazione dei parametri vitali neonatali (ipotonia e/o cianosi/pallida e/o iporeattività e/o frequenza cardiaca inferiore a 100) mentre un'ostetrica chiama il Centro di Coordinamento dello STEN l'altra ostetrica esegue le manovre di rianimazione secondo le linee guida della Società Italiana di Neonatologia e dell'European Resuscitation Council.

ALLEGATO 4 - MODULISTICA

MODULO 1 (a cura della donna)

**RICHIESTA INFORMATATA ASSISTENZA AL PARTO A DOMICILIO O IN CASA
MATERNITA**

La sottoscritta

Residente in

ASL

Domiciliata in

Richiede di essere assistita per il parto a domicilio o in Casa Maternità

Dichiara di essere stata esaurientemente informata dall'ostetrica sulla:

- necessità che durante travaglio, parto e postpartum siano presenti due ostetriche;
- necessità di una verifica di idoneità al parto extra-ospedaliero da effettuarsi a 37 settimane di età gestazionale;
- possibile e non prevedibile comparsa, nel corso del travaglio, parto, postparto e puerperio, di condizioni cliniche che richiedano il trasferimento in ospedale.

DATA

Firma

MODULO 2 (a cura dell'ostetrica)

DICHIARAZIONE DI IDONEITA' AL PARTO A DOMICILIO

L'ostetrica (indicare nome cognome e recapito telefonico, numero di posizione Albo)

.....
.....

attesta che la Sig.ra.....

residente in

risulta attualmente gravida allasettimana con EPP

Sulla base delle valutazioni clinico – laboratoristiche, da cui emerge che la gravidanza è decorsa fisiologicamente, dichiara che attualmente la Signora è **idonea al parto a domicilio** e che l'abitazione dove verrà assistita al parto presenta condizioni generali igieniche e ambientali idonee e una distanza non superiore ai 30 minuti da un Presidio ospedaliero accreditato SSR con UO ostetrica/neonatologia.

Si dichiara inoltre che in caso di emergenza il domicilio è sito ad un tempo massimo per il raggiungimento di 30 minuti dall'ospedale..... e che il domicilio è in possesso dei requisiti minimi complessivi atti a garantire le necessarie condizioni di salubrità e di assistenza all'evento del parto.

DATA

Firma

MODULO 3 (a cura dell'ostetrica e della donna)

AUTOCERTIFICAZIONE – MODALITA' ASSISTENZIALI

- L'ostetrica..... dichiara di pianificare l'assistenza applicando le indicazioni del **PROTOCOLLO CLINICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLA GRAVIDANZA, TRAVAGLIO, PARTO A BASSO RISCHIO E PUERPERIO E DEL PROTOCOLLO ASSISTENZIALE PER IL PARTO A DOMICILIO**
- In accordo con la Signora per un eventuale trasferimento in urgenza, ha individuato l'ospedale
- Per eventuali urgenze/emergenze, il trasferimento avverrà con mezzo proprio, o tramite 112 o lo STEN, che individuerà l'ospedale del trasferimento secondo le proprie procedure.
- Il pediatra che si è reso disponibile ad effettuare a domicilio, la prima visita al neonato entro le prime 24 ore di vita è il Dott
- L'ostetrica ha individuato la seconda Ostetrica che sarà presente al momento del parto..... (numero di posizione Albo)
- L'Ostetrica propone una terza ostetrica in addestramento..... (numero di posizione Albo)
- La Signoraprovvederà ad effettuare la prima scelta del pediatra di famiglia presso la propria ASL di residenza.....

DATA

Firma Ostetrica

Firma Signora

1000

MODULO 4 (a cura dell'ostetrica)

SCHEDA DI TRASFERIMENTO DELLA DONNA IN OSPEDALE

In caso di trasferimento in Ospedale della gestante e/o puerpera allegare:

- Cartella ostetrica¹
- Partogramma.

Cognome.....Nome.....

Nata ila.....

Residente

in.....

MOTIVO DEL TRASFERIMENTO

.....
.....
.....
.....

DATA..... ORA

Firma

¹ Si può fare riferimento alla Cartella ostetrica del Collegio delle Ostetriche di Roma e Provincia, presente sul sito internet

MODULO 5 (a cura dell'ostetrica e del pediatra)

SCHEDA DI TRASFERIMENTO DEL NEONATO IN OSPEDALE

In caso di trasferimento in Ospedale del neonato allegare:

- Cartella ostetrica
- Partogramma

Nome e cognome neonato

.....

Nato da

.....

e da.....

Residenti in

.....

Nato il

.....

alle ore.....

sesso.....

peso.....

MOTIVO DEL TRASFERIMENTO

.....
.....
.....
.....

DATA.....

ORA

Firma Ostetrica

Firma Pediatra

MODULO 6 (a cura della donna e della ostetrica)

DOMANDA DI RIMBORSO

La sottoscritta presenta numero fatture relative alle prestazioni ricevute dai seguenti professionisti

.....

.....

DATA

Firma

A cura dell'Ostetrica

Dichiaro:

- di aver assistito al parto, insieme alla seconda ostetrica

.....

la Sig.rain data

presso il suo domicilio/Casa Maternità sito/a in

.....

- di aver visitato la puerpera ed il neonato nelle seguenti date:

.....

- che il neonato ha effettuato visita pediatrica

dopo la nascita in data

da parte del/della Dr./Dr.ssa

Firma