

PARTE I

ATTI DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO

DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA 1° aprile 2011, n. 29.

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).

LA PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Regolamento Regionale n.1 del 6 settembre 2002, concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e successive integrazioni e modificazioni;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, con la quale la Presidente della Regione Lazio è stata nominata Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

PRESO ATTO che con Delibera del Consiglio dei Ministri del 03 marzo 2011 il dr. Giuseppe Antonio Spata è stato nominato sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla summenzionata Delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010;

VISTO il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23.10.92, n. 421";

VISTO il Decreto Ministeriale 24 aprile 2000 del Ministero della Sanità, avente ad oggetto: Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000";

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale 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 Deliberazione di Giunta Regionale n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "Preso 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", ed in particolare i seguenti obiettivi:

- 1.1.2 Definizione dei requisiti per l'autorizzazione
- 1.1.3 Modalità e termini per l'adeguamento ai requisiti autorizzativi
- 1.1.4 Ulteriori requisiti per l'accreditamento
- 1.2.4 Riorganizzazione delle rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l'emergenza urgenza e l'elezione

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito dalla Conferenza Stato – Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009;

VISTO l'art. 1, co. 796, lett. b) legge 27 dicembre 2006, n. 296, secondo cui "...gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, oggetto degli accordi di cui all'art. 1, commi 278 e 281, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria";

ATTESO, che tra gli obiettivi specifici del piano di rientro e nei Programmi Operativi per il 2010, risultano individuate anche le misure e le iniziative da assumere ai fini della riduzione della spesa sanitaria e del raggiungimento di una maggiore appropriatezza delle prestazioni attraverso accordi di erogazione delle prestazioni medesime;

VISTA la Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3 "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio" Art. 1, commi da 18 a 26 – "Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private";

VISTA la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali" e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 424 del 14 luglio 2006, concernente: "Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4. Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie";

VISTO il Regolamento Regionale n. 2 del 26 gennaio 2007 e successive modificazioni, recante: "Disposizioni relative alla verifica di compatibilità e al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, in attuazione dell'articolo 5, comma 1, lett. b), della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4, (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modificazioni";

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 160 del 13 marzo 2007, concernente: "Stato di attuazione dei procedimenti amministrativi in materia di edilizia sanitaria e modalità e termini per l'adeguamento delle strutture e delle attività sanitarie e socio sanitarie ai requisiti autorizzativi di cui all'art. 5, comma 1, lett. a), legge regionale n. 4/03 e successive modificazioni ed integrazioni";

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 636 del 3 agosto 2007 "Attuazione Piano di rientro ex DGR n.149/07 (intervento 1.1.4) - "Approvazione dei principi per la stesura del regolamento di accreditamento istituzionale nella Regione Lazio"; e "Requisiti ulteriori - parte generale per l'accreditamento istituzionale nella Regione Lazio".

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n.325 dell'8 maggio 2008, avente ad oggetto: "Approvazione dei requisiti ulteriori per il Servizio di Assistenza Domiciliare";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0048 del 7 luglio 2009, avente ad oggetto la "Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla DGR 424/2006" (ALL. 1);

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0087 del 18 dicembre 2009 recante "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 – 2012";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0017 del 9 marzo 2010, avente ad oggetto: "Atto ricognitivo di cui al Decreto Commissariale 96/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003";

VISTO il decreto Commissariale n. U0049 del 31 maggio 2010 che approva i programmi operativi per l'anno 2010 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il decreto Commissariale n. U0056 del 12 luglio 2010 "Rete dell'Assistenza Perinatale";

VISTO il decreto Commissariale n. U0073 del 29 settembre 2010 "Rete Assistenziale dell'Emergenza";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0080 del 30 settembre 2010 con cui è stata prevista la "Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n U0081 del 30 settembre 2010 avente ad oggetto: "Modifica Allegato "E" Decreto del Commissario ad Acta n. U0080 del 30 settembre 2010: "Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0082 del 30 settembre 2010 relativo a "Chiarimenti, integrazioni e modifiche al Piano Sanitario Regionale 2010 – 2012 di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0090 del 10 novembre 2010 "Approvazione di: "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" (All. 1), "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" (All. 2), "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accredimenti delle Strutture Sanitarie (SAAS) - Manuale d'uso" (All. 3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento

di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3." e s.m.i.;

CONSIDERATA la nota prot. n.60 del 29 luglio 2010 con la quale il Commissario ad Acta "*intende istituire un gruppo di lavoro che, in analogia con quanto già effettuato in altre Regioni, individui i requisiti di autorizzazione e accreditamento per il parto in ambiente*", e che lo stesso gruppo "*rediga linee guida clinico assistenziali per il parto in ambiente extraospedaliero da sottoporre all'approvazione del Governo Regionale*" avvalendosi dell'esperienza e della collaborazione della sperimentazione in corso presso il comprensorio dell'Ospedale G.B. Grassi di Ostia;

VISTA la Determinazione Regionale B0445 del 26 Gennaio 2011 con la quale viene istituito il "*Gruppo di Lavoro per la definizione di requisiti di autorizzazione ed accreditamento di strutture per il parto in ambito territoriale e domiciliare*";

CONSIDERATA la nota prot. 1 del 28 Gennaio 2011 con la quale il Commissario ad Acta "*al fine di concedere al gruppo di lavoro incaricato di assolvere ai compiti di cui alla Determinazione B0445/2011*" si rende "*necessario prorogare il proseguimento della sperimentazione dell'assistenza al parto in ambito territoriale presso il comprensorio dell'Ospedale G.B. Grassi di Ostia*;

CONSIDERATA la nota 50017/DB/08/06 del 8 Marzo 2011 con la quale la Regione Lazio richiedeva a Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica il supporto tecnico per la redazione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento;

CONSIDERATA la nota 3300/ASP/DG del 09 Marzo 2011 con la quale Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica comunicava i nominativi, ad integrazione del gruppo di cui alla Determinazione Regionale B0445/2011 per il richiesto supporto tecnico al gruppo di lavoro;

VISTO il documento conclusivo elaborato dal gruppo di lavoro nella seduta del 29 Marzo 2011, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, costituito dai seguenti elaborati:

- Allegato 1: "Profilo Assistenziale per l'assistenza al travaglio e parto fisiologico extraospedaliero in case di maternità e a domicilio";
- Allegato 2: "Protocollo per il parto a domicilio";
- Allegato 3: "Protocollo per le Case di Maternità";
- Allegato 4: "Requisiti minimi per l'autorizzazione CMI";
- Allegato 5: "Requisiti minimi per l'autorizzazione CME";
- Allegato 6: "Modulistica";

CONSIDERATO che i nuovi requisiti minimi autorizzativi introducono innovazioni nelle strutture interessate sia in relazione ai requisiti strutturali-tecnologici che organizzativi;

RILEVATA quindi l'opportunità, in merito all'attività dell'assistenza al parto in ambito territoriale in corso presso il comprensorio dell'Ospedale G.B. Grassi di Ostia, di prorogare la sperimentazione, così come già espresso nella nota del Commissario ad Acta n.60/2010, per un periodo massimo di 6 mesi dalla firma del presente decreto al fine di consentire l'adeguamento ai protocolli e requisiti di cui al presente decreto;

RITENUTO di rinviare a successivi provvedimenti a cura delle Direzioni Regionali competenti la disciplina dei flussi informativi dedicati e dell'analisi dei costi per definire le modalità di remunerazione ed eventuali ipotesi di tariffe e di precisare che le Direzioni stesse dovranno predisporre i provvedimenti attuativi per la realizzazione di quanto contenuto nell'allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa che si intendono integralmente riportate:

- 1) di approvare i seguenti documenti:
 - Allegato 1: "Profilo Assistenziale per l'assistenza al travaglio e parto fisiologico extraospedaliero in case di maternità e a domicilio";
 - Allegato 2: "Protocollo per il parto a domicilio";
 - Allegato 3: "Protocollo per le Case di Maternità";
 - Allegato 4: "Requisiti minimi per l'autorizzazione CMI";
 - Allegato 5: "Requisiti minimi per l'autorizzazione CME";
 - Allegato 6: "Modulistica";
- 2) di rinviare a successivi provvedimenti a cura delle Direzioni Regionali competenti la disciplina dei flussi informativi dedicati e dell'analisi dei costi per definire le modalità di remunerazione ed eventuali ipotesi di tariffe e di precisare che le Direzioni stesse dovranno predisporre i provvedimenti attuativi per la realizzazione di quanto contenuto nell'allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 3) di autorizzare il proseguimento dell'attività di sperimentazione dell'assistenza al parto in corso presso il comprensorio dell'Ospedale G.B. Grassi di Ostia, per un periodo massimo di 6 mesi dalla firma del presente decreto;
- 4) di demandare all'Azienda USL territorialmente competente la verifica dell'adeguamento ai protocolli e requisiti di cui al presente decreto per l'attività in corso presso il comprensorio dell'Ospedale G.B. Grassi di Ostia;

La Presidente
RENATA POLVERINI

Allegato 1

REQUISITI MINIMI PER IL RILASCIO DELLE AUTORIZZAZIONI PER L'ACCREDITAMENTO ALL'ESERCIZIO DELLE CASE DI MATERNITA' E PER LE PROCEDURE DEL PARTO EXTRAOSPEDALIERO

INDICE

PROFILO ASSISTENZIALE PER L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO FISIOLÓGICO EXTRAOSPEDALIERO IN CASE DI MATERNITA' E A DOMICILIO

- Premessa
- Generalità

1. PROTOCOLLO PER GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO A TERMINE

1.1. Calendario incontri tra 37 e 41 settimane:

1.2. Gravidanza fino a 41 settimane +6 giorni:

1.3. ROTTURA PREMATURA DELLE MEMBRANE

1.4. FASE PRODROMICA

1.5. TRAVAGLIO E PARTO

1.6. ACCOGLIENZA E PRIME CURE AL NEONATO

1.7. SECONDAMENTO

1.8. POST-PARTO

1.9. PUERPERIO

1.9.1. Calendario incontri

1.9.2. Assistenza ostetrica alla madre

1.9.3. Assistenza ostetrica al neonato

1.9.4. Certificazioni dell'ostetrica

2. PROFILO ASSISTENZIALE IN CIRCOSTANZE A RISCHIO

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

- 2.1.1. Travaglio e parto
- 2.1.2. Post - parto e giorni successivi
- 2.1.3. Neonato (post - parto e giorni successivi)

2.2. PROCEDURE PER ATTIVARE IL TRASPORTO IN URGENZA

- 2.2.1. Trattamento dell'urgenza/emergenza e del trasporto della donna
- 2.2.2. Trattamento dell'emergenza e del trasporto del neonato

ALLEGATO 2

PROTOCOLLO PER IL PARTO A DOMICILIO

A. CRITERI E MODALITÀ PER IL PARTO A DOMICILIO

B. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

B.1. Caratteristiche dell'abitazione:

B.2. Requisiti dell'ostetrica che assiste al travaglio e al parto

B.3. Dotazione Materiali/Strumentazione e farmaci per l'assistenza al travaglio e parto

C. - REQUISITI ORGANIZZATIVI

C.1. Incontro Informativo

C.2. Procedure da seguire per la comunicazione alla ASL di residenza della gestanti

C.3. Percorso assistenziale

ALLEGATO 3

PROTOCOLLO PER LE CASE DI MATERNITÀ

A. LA CASA DI MATERNITÀ INTRAOSPEDALIERA (CMI)

A.1. CRITERI E MODALITÀ

A.2. CRITERI ORGANIZZATIVI CMI

Organizzazione del lavoro
Collegamenti con gli altri servizi dell'Ospedale

B. LA CASA DI MATERNITÀ EXTRAOSPEDALIERA (CME)

B.1. CRITERI E MODALITÀ

B.2. CRITERI ORGANIZZATIVI CME

Comunicazione del rischio
Organizzazione del lavoro
Collegamenti con gli altri servizi

ALLEGATO 4

REQUISITI MINIMI PER L'AUTORIZZAZIONE CMI

REQUISITI PER LE CASE DI MATERNITÀ INTRAOSPEDALIERE

- A. REQUISITI STRUTTURALI CMI**
- B. REQUISITI TECNOLOGICI CMI**
- C. REQUISITI ORGANIZZATIVI CMI**

ALLEGATO 5

REQUISITI MINIMI AUTORIZZAZIONE CME

- A. REQUISITI STRUTTURALI PER LE CASE DI MATERNITÀ EXTRAOSPEDALIERE**
- B. REQUISITI TECNOLOGICI CME**
- C. REQUISITI ORGANIZZATIVI CME**

ALLEGATO 6
MODULISTICA

1. **MODULO 1: modulistica per richiesta informata di assistenza domiciliare al parto**
2. **MODULO 2: modulistica idoneità al parto domiciliare**
3. **MODULO 3: autocertificazione “modalità assistenziali”**
4. **MODULO 4: scheda di trasferimento casa - ospedale per la madre**
5. **MODULO 5: scheda di trasferimento casa - ospedale per il neonato**

ALLEGATO 1

PROFILO ASSISTENZIALE PER L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO FISILOGICO EXTRAOSPEDALIERO IN CASE DI MATERNITA' E A DOMICILIO

Premessa

Nel pieno rispetto dei diritti della partoriente e del neonato la Regione Lazio si impegna nella realizzazione di politiche di sostegno alla umanizzazione del parto.

In quest'ottica, la Regione Lazio accompagna la donna in un percorso di libera e consapevole scelta sulle diverse modalità di assistenza al parto caratterizzate da medesimi livelli di sicurezza.

Generalità

La Regione Lazio individua tre modalità ove partorire tra cui la gestante, debitamente informata sull'evento e sulle tecniche da adottare, può essere libera di scegliere:

- a) in strutture ospedaliere;
- b) a domicilio;
- c) nelle case di maternità.

Le diverse possibilità di scelta devono essere attentamente valutate e discusse con i professionisti sanitari tenendo conto dello stato di salute generale della donna e dell'andamento della gestazione. In caso di gravidanze a basso rischio, definite con criteri scientificamente validati e universalmente condivisi (ad esempio Protocollo di Kloosterman e raccomandazioni OMS), e su richiesta della donna, è possibile prevedere la possibilità di partorire in un ambito non ospedaliero.

I vantaggi possono risiedere nel migliore approccio psicologico all'evento parto, per l'opportunità di essere più vicini ai modi e ai luoghi propri, alle persone care e al contempo al di fuori dell'ospedale e delle *routine* tipiche del ricovero in degenza. La scelta di prevedere l'assistenza al basso rischio sia nelle strutture ospedaliere che in quelle extra o a domicilio, può portare nel medio-lungo periodo, una riduzione dei costi per la sanità pubblica, imputabile al minor numero di ricoveri o alla riduzione delle giornate di degenza e dunque alla possibilità di riduzione di posti letto nelle degenze di ostetricia.

1. PROTOCOLLO PER GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO A TERMINE

1.1. Calendario incontri tra 37 e 41 settimane:

- un incontro settimanale fino alla 41.a settimana + 6 gg di età gestazionale;

1.2. Gravidanza FINO A 41settimane + 6 giorni:

- monitoraggio biofisico fetale da 41 settimane a 41 sett + 6 gg
- fra le 41settimane e 41+ 6 l'opportunità di un ricovero viene gestito in relazione a:
 - 1) situazione clinica
 - 2) scelta informata della gestante
 - 3) eventuali protocolli del reparto di riferimento

1.3. ROTTURA PREMATURA DELLE MEMBRANE

- una esplorazione vaginale;
- caratteristiche del liquido amniotico;
- rilevazione BCF e MAF;
- temperatura corporea materna ogni 4 ore;
- ricovero ospedaliero se non insorge spontaneamente il travaglio, entro 24 ore dalla rottura delle membrane
- in caso di ricovero l'assistenza è affidata al personale dell'Azienda, ma l'ostetrica di riferimento della donna, garantisce la continuità relazionale con l'accompagnamento lungo tutto il percorso nascita.

1.4. FASE PRODROMICA

- constatazione della validità dell'attività contrattile uterina
- rilevazione BCF e MAF
- rilevazione PAO
- esplorazione vaginale
- definizione contatti telefonici con tempi da concordare con la coppia in relazione all'evoluzione della sintomatologia della gestante

1.5. TRAVAGLIO E PARTO

La conduzione dell'assistenza avverrà nel rispetto dei tempi e dei ritmi del travaglio di parto fisiologico e del bisogno d'intimità attraverso la tutela ambientale.

- Effettuare la diagnosi di fase attiva di travaglio, compilazione del partogramma
- informare l'ospedale di riferimento dell'inizio assistenza al travaglio
- auscultare intermittente del BCF
- rilevare PAO e temperatura corporea
- valutare delle caratteristiche del liquido amniotico, se vi è rottura delle membrane
- prevedere visite ostetriche 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

1.6. ACCOGLIENZA E PRIME CURE AL NEONATO

Le manovre di assistenza saranno espletate in modo da non interrompere il legame fisico ed emozionale tra mamma e neonato attraverso:

- 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
- medicazione del moncone ombelicale
- profilassi oculare
- prima valutazione da parte dell'ostetrica dell'adattamento postnatale del neonato
- visita di un Medico Neonatologo entro 12 ore dalla nascita; a quest'ultimo si demandano eventuali prescrizioni al neonato (esempio vitamina K) e la raccomandazione dei successivi controlli da parte del Pediatra di fiducia della coppia (sollecitare iscrizione al Pediatra di Libera Scelta)

1.7. SECONDAMENTO

- controllo della quantità delle perdite ematiche
- promozione del secondamento fisiologico
- prelievo di sangue dal funicolo per la determinazione del gruppo del neonato e Test di *Coombs* diretto;
- controllo della placenta e relative caratteristiche al momento dell'espulsione
- controllo pareti vaginali e del perineo a secondamento avvenuto

1.8. POST-PARTO

- controllo stato di contrattura dell'utero
- controllo perdite ematiche
- controllo dello stato dei genitali esterni e del perineo
- rilevazione parametri vitali

1.9. 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.

1.9.1. Calendario incontri

- 1 o 2 visite al giorno, in relazione ai bisogni di assistenza, nei primi quattro o cinque giorni dopo il parto

- 1 visita fra il 6° e il 10° giorno dopo il parto
- reperibilità telefonica
- incontro nel primo trimestre di vita del bambino

1.9.2. 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

1.9.3. Assistenza ostetrica al neonato

- controllo parametri vitali
- controllo stato di idratazione della cute e delle mucose
- controllo 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
- valutazione consolabilità e reazione agli stimoli;
- controllo processo di mummificazione del cordone ombelicale;
- effettuazione screening metabolici tra il 3° e il 5° giorno di vita.

1.9.4. Certificazioni di competenza ostetrica

- compilazione della cartella ostetrica dal momento della presa in carico al puerperio
- compilazione attestato di nascita
- compilazione CEDAP che viene ritirato dalla gestante alla ASL al momento della richiesta di parto domiciliare e consegnato all'ostetrica di fiducia che avrà premura di inviarlo al distretto ASL di residenza della partorientente

2. PROFILO ASSISTENZIALE IN CIRCOSTANZE A RISCHIO

L'individuazione tempestiva di eventuali fattori di rischio o patologie non previsti rappresentano l'aspetto fondamentale del piano di assistenza ostetrico al fine di garantire la massima corrispondenza tra necessità assistenziali e livello di cure. In caso di necessità di trasferimento della donna o del neonato in ospedale, l'ostetrica preavvisa telefonicamente la struttura di riferimento: dall'arrivo in ospedale l'assistenza è affidata al personale dell'Azienda; sarebbe opportuno che l'ostetrica di riferimento garantisse la continuità relazionale con la donna con l'accompagnamento lungo tutto il percorso intraospedaliero. L'ostetrica deve fornire alla

struttura ospedaliera la documentazione scritta relativa al motivo del trasferimento e agli antecedenti clinici compilando l'apposito modulo di trasferimento (vedi moduli 4 e 5 in allegato 6).

In condizioni critiche l'ostetrica continua le procedure di rianimazione secondo le modalità BLS per la mamma e rianimazione neonatale per il neonato, fino all'arrivo dell'*équipe* di emergenza.

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

2.1.1. 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

2.1.2. Post - parto e giorni successivi

- perdita ematica superiore a 500cc
- mancato secondamento a un'ora 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

2.1.3. Neonato (post - parto e giorni successivi)

- 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

Se il trasporto si verifica attraverso mezzi propri, deve essere condotto salvaguardando il mantenimento della temperatura corporea e garantendo, quando necessaria, la ventilazione continua con pallone AMBU o dispositivo per la ventilazione.

2.2. PROCEDURE PER ATTIVARE IL TRASPORTO IN URGENZA

In caso di trasporto in urgenza:

- avvisare il 118 e/o STEN
- la Centrale 118 e/o lo STEN invia una ambulanza medicalizzata per il trasporto all'Ospedale di riferimento

2.2.1. Trattamento dell'urgenza/emergenza e del trasporto della donna

Nell'evenienza di una emorragia materna:

- identificare, se possibile, la causa: lacerazione vagino-perineale, lacerazione collo dell'utero, emorragia uterina
- attuare le manovre di tamponamento per arrestare o limitare le perdite

Nell'attesa dell'arrivo del 118:

in caso di perdita ematica superiore a 500 cc prima del secondamento:

- incannulare una vena
- verificare che la vescica sia vuota
- massaggiare l'utero qualora non sia contratto

in caso di necessità attuare manovra di Brandt-Andrews e/o spremitura di Credè accompagnata da una modesta trazione sul funicolo

in caso di perdita ematica superiore 500cc a secondamento avvenuto:

- infondere liquidi in proporzione all'entità della perdita;
- somministrare *Syntocinon* fino ad un massimo di 30 unità, *Methergin* 1 fiala i.m
- massaggiare vigorosamente il fondo uterino sospingendo la cervice con un tampone montato su pinza ad anelli

2.2.2. Trattamento dell'emergenza e del trasporto del neonato

Per il trattamento dell'emergenza e del trasporto del neonato sarà attivato lo STEN

- in tutti i casi di alterazione dei parametri vitali neonatali (ipotonia e/o cianosi/pallida e/o iporeattività e/o frequenza cardiaca inferiore a 100), mentre un operatore chiama il Centro di Coordinamento dello STEN l'altro operatore esegue le manovre di rianimazione secondo le linee guida della Società Italiana di Neonatologia.

ALLEGATO 2

PROTOCOLLO PER IL PARTO A DOMICILIO

A. CRITERI E MODALITÀ PER IL PARTO A DOMICILIO

Il parto presso la propria casa è un parto naturale, spontaneo e risponde ai criteri di sicurezza standard in presenza di una gravidanza fisiologica e con previsione di parto eutocico.

L'opportunità di soddisfare la scelta della donna di partorire a domicilio deve tenere conto, in prima istanza, del livello di rischio della gravidanza, ma anche delle caratteristiche della casa dove verranno assistiti il travaglio ed il parto. Difatti, non tutte le donne che desiderano fare questa scelta hanno un domicilio rispondente ai criteri di sicurezza (scale, servizi igienici, separatezza e appropriatezza degli ambienti, distanza idonea da una struttura ospedaliera, etc.).

L'assistenza al travaglio deve essere condotta da personale esperto e con l'ausilio del partogramma. La posizione del travaglio e quella del parto sono libere. La visita pediatrica del neonato deve avvenire entro le 12 ore dalla nascita e deve essere raccomandata la presa in carico da parte del Pediatra di Libera Scelta (vedere allegato 6, modulo 3).

La figura professionale indicata per l'assistenza al parto è l'ostetrica in quanto specialista e garante della fisiologia, con limiti precisi imposti al suo agire e alle sue competenze professionali, che le rendono impossibile lo sconfinamento in situazioni patologiche o in trattamenti medici per i quali né il domicilio, né la casa di maternità sono i luoghi adatti.

E' necessario che le ostetriche coinvolte nell'assistenza al travaglio e al parto siano due, per consentire quello scambio di opinioni indispensabile in caso di dubbio diagnostico, facendo sì che eventuali situazioni che richiedano una intensificazione dell'attenzione, non conducano ad ansie inutili e stressanti sia per l'ostetrica sia per la partoriente.

La presenza di due ostetriche permette, inoltre, brevi periodi di riposo a turno, particolarmente importanti se i tempi si protraggono oltre alcune ore, provocando fisiologicamente una caduta di attenzione da parte di chi assiste. Le ostetriche lasceranno l'abitazione a seguito di debita valutazione, in condizioni di evoluzione normale, due ore dopo l'espulsione della placenta.

L'ostetrica dovrà visitare preventivamente l'abitazione per valutarne l'idoneità ad assistere il parto e due settimane prima della scadenza prevista per il parto lasciare nell'abitazione lo strumentario che sarà necessario per l'assistenza.

Le condizioni fondamentali per l'esito favorevole dell'evento parto e per la sicurezza della donna e del bambino sono:

- età gestazionale compresa fra le 37settimane+ 1giorno - 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, se vi è rottura di membrane
- rottura prematura delle membrane da meno di 24 ore
- batteriologico vaginale e rettale negativo per colonizzazione da Streptococco gruppo B
- luogo del parto distante non più di 20 minuti e 7 chilometri di raggio da un ospedale dotato di reparto di maternità di II/III livello
- predisposizione, da parte dell'ostetrica, di un'adeguata organizzazione per assistenza al parto in condizioni di sicurezza
- fornitura di adeguata assistenza anche nel periodo successivo al parto, per le necessità della puerpera e del bambino
- collegamento funzionale con le strutture ospedaliere e di emergenza individuate quale riferimento operativo, al fine di facilitare l'accessibilità all'ospedale in caso di complicazioni materne o neonatali

B. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

B.1. Caratteristiche dell'abitazione

- presenza di condizioni generali igieniche e ambientali compatibili con il parto e la gestione di eventuali complicanze
- il soddisfacimento dei requisiti termoigrometrici complessivi, con livelli di umidità e di temperatura atti a garantire condizioni di salubrità compatibili con l'evento parto
- un ambiente che nell'insieme sia in grado di garantire la libertà di espressione ed il rispetto dell'intimità della donna e della coppia
- la disponibilità di un autoveicolo per il trasporto della partoriente in caso di emergenza

B.2. Requisiti dell'ostetrica che assiste al travaglio e al parto

- aver acquisito una documentata esperienza in una Sala Parto ospedaliera (almeno 5 anni, con assistenza di parto in autonomia)
- essere dotata di un equipaggiamento per l'assistenza all'evento così come dettagliato nel paragrafo successivo
- aggiornare periodicamente il training formativo sulla rianimazione
- mantenere l'aggiornamento specifico attraverso la frequenza a percorsi formativi, sulla base dei criteri stabiliti dalla competente commissione ECM, nell'ambito degli obiettivi nazionali e regionali specifici

B.3. Dotazione Materiali/Strumentazione e farmaci per l'assistenza al travaglio e 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
- tampone vaginale
- uncino per amniorexi
- fili per sutura

Farmaci

- 1000/1500 ml soluzione fisiologica
- 1000 ml soluzione glucosata al 5%
- necessario per profilassi oculare;
- Ossitocina (Sintocynon 2 scatole);
- Metergolina (Methergin 1 scatola);
- Flebocortid fiale
- Anestetici locali: Carbocaina o Xilocaina o lidocaina 2% in fiale;
- Disinfettante
- Valium fiale

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) corredato di bombola d'ossigeno
- sondino morbido (6-8-10 CH);
- cartine per test di screening neonatali;

- lancette;
- capillari.

C. - REQUISITI ORGANIZZATIVI

C.1. Incontro Informativo

E' da prevedersi un primo incontro tra l'ostetrica e la coppia che intende avvalersi della possibilità di decidere sui diversi modi di affrontare l'evento parto allo scopo di:

- fornire alla donna e alla coppia informazioni sulla tipologia dell'assistenza durante la gravidanza, parto, puerperio;
- fornire alla donna e alla coppia elementi e strumenti per una scelta consapevole e informata.

È opportuno che la donna sia conosciuta dall'ostetrica che assisterà il parto il più precocemente possibile durante la gravidanza e comunque non oltre la 32° settimana di gestazione.

C.2. Procedure da seguire per la comunicazione alla ASL di residenza della gestante

La donna che intende partorire a domicilio, ne dà comunicazione al Distretto di residenza dell'Azienda Sanitaria Locale entro e non oltre la **trentaduesima** settimana di gravidanza, presentando la seguente documentazione:

- modello di richiesta informata al parto domiciliare firmato da parte della partoriente (allegato 6, modulo 1)
- certificato sullo stato di salute della gestante rilasciati dal medico di base e/o ginecologo-ostetrico di fiducia così come definito ai sensi del D. lgs nov 2007 . 206 (VEDERE) VEDI anche Direttiva 36/2005 art. 48 comma C]
- dichiarazione di idoneità al parto domiciliare e di presa in carico, con cui l'ostetrica di fiducia della donna si assume la responsabilità assistenziale (allegato 6, modulo 2)
- modulo di autocertificazione/modalità assistenziali a firma dell'ostetrica in cui si evince il rispetto delle condizioni di sicurezza previste, ivi inclusa l'identificazione del pediatra di riferimento per la prima visita al neonato (allegato 6, modulo 3)
- eventuale richiesta di rimborso nel caso di assistenza da parte di personale operante in regime libero-professionale (da consegnare dopo il parto)

La Direzione del Distretto che riceve la documentazione, ne verifica la completezza e la conformità rilasciando alla gestante una ricevuta di ricezione della documentazione per domanda di parto domiciliare su cui l'azienda USL di riferimento può effettuare verifiche a campione.

Tra la 32° settimana e 35° settimana di gestazione, la Direzione del Distretto comunica alla donna l'avvenuta presa d'atto della richiesta di parto a domicilio dopo valutazione della completezza e conformità della documentazione ricevuta.

C.3. Percorso assistenziale

Le procedure di assistenza alla donna che fa richiesta di assistenza domiciliare si articolano secondo le seguenti fasi:

- Il primo bilancio di salute materno - fetale da parte dell' ostetrica che assisterà il parto, prevede la raccolta dell'anamnesi con una accurata valutazione della storia ostetrica pregressa e del decorso clinico dell'attuale gravidanza; la misurazione sinfisi/fondo, l'esplorazione vaginale, la misurazione della pressione arteriosa, la rilevazione del BCF, con compilazione della cartella ostetrica, che sarà successivamente integrata con i dati del decorso del travaglio, parto e puerperio.
- Sulla base dei bilanci di salute materno-fetale e degli opportuni controlli laboratoristici sarà valutata l' idoneità al parto a domicilio e sarà compilata la modulistica prevista per la rimborsabilità qualora la partoriente decida di avere supporto al parto da personale ostetrico in libera professione.
- Nella 35°-36° settimana è opportuno effettuare un controllo ematochimico che comprenda: emocromo + piastrine, PT, PTT, Fibrinogeno, HbsAg, toxotest (se la donna è recettiva), esame delle urine, tampone per ricerca Streptococco e, qualora non siano stati già eseguiti, HCV, gruppo e fattore Rh, test di Coombs indiretto, tamponi per ricerca Streptococco vagino rettale e proposto il test HIV.
- Alla 37° settimana inizia la reperibilità delle ostetriche per l'assistenza, previo incontro per il *triage* del rischio al travaglio di parto con definizione del calendario degli incontri successivi.

ALLEGATO 3

PROTOCOLLO PER LE CASE DI MATERNITÀ

La Casa di Maternità è un luogo, separato dall'ospedale, ma in stretto contatto con esso, che assista almeno 50 parti l'anno, ove si esplicano attività correlate alla gravidanza ed al parto non solo in senso strettamente sanitario, bensì anche di tipo sociale, culturale, relazionale.

Il collegamento con l'Ospedale va inteso nella logica di un protocollo di procedure concordate con la struttura ospedaliera per fronteggiare l'eventuale emergenza.

Nella Casa di Maternità prestano assistenza operatori che, per formazione ed esperienza, sono in grado di garantire le irrinunciabili condizioni di sicurezza dell'evento ed il rispetto dell'intimità e degli aspetti emozionali della nascita.

La gestione della Casa di Maternità è curata dalle ostetriche ed è presente personale OSS. Sono previsti collegamenti, consulenze e collaborazioni con *équipe* specialistiche e il rapido trasferimento nelle strutture ospedaliere in caso di necessità.

All'interno della Casa di Maternità è fornito un "programma completo d'assistenza" finalizzato alla selezione ed alla presa in carico di gravidanze a basso rischio.

La Casa di Maternità è costituita da spazi individuali collegati tra loro da locali comuni debitamente attrezzati per i controlli di gravidanza e assistenza al parto. Deve essere altresì salvaguardato il rapporto più stretto tra genitori e neonato e l'accesso di persone liberamente scelte dalla partoriente.

La Casa di Maternità è diretta da un'ostetrica dirigente ed opera in stretta integrazione con gli altri servizi socio-sanitari del percorso nascita. All'interno della casa di maternità il personale ostetrico, adeguatamente formato, garantisce alla donna l'assistenza durante la gravidanza fino al puerperio.

L'assistenza al parto in caso di eventi patologici sopravvenuti, per cui è necessario procedere al trasferimento, è assicurata dalla struttura ospedaliera di riferimento.

Possono essere previste due tipologie di case di maternità:

- Casa di maternità intraospedaliera: strutturalmente e funzionalmente collegata all'Ospedale dotato di Punto Perinatale di almeno I livello, è da ritenersi a tutti gli effetti una struttura sanitaria, parte integrante dell'Ospedale stesso per la gestione delle prestazioni erogate.
- Casa di maternità extraospedaliera: strutturalmente separata ma funzionalmente collegata all'Ospedale. Tale struttura non può trovarsi oltre un raggio di 3-5 km dall'Ospedale di riferimento dotato di una Unità Perinatale di II o III livello. Il collegamento con l'Ospedale di riferimento è di tipo funzionale ed è da ritenersi a tutti gli effetti una struttura territoriale che afferisce alla Azienda USL di riferimento per la gestione delle prestazioni erogate.

A. LA CASA DI MATERNITÀ INTRAOSPEDALIERA (CMI)

A.1. CRITERI E MODALITÀ

La struttura deve avere un collegamento strutturale con l'ospedale in condizioni di protezione e sicurezza. L'attivazione di case di maternità presso strutture pubbliche o private è soggetta alle procedure previste dalla L.R. 04/2003 e successive modificazioni.

Per le donne che intendono partorire nella casa di maternità vale il seguente criterio:

- Elegibilità - solo per gestanti “a basso rischio”, senza disturbi particolari e con una gravidanza che procede in modo fisiologico e con previsione di parto eutocico, secondo i medesimi requisiti definiti per il parto a domicilio;

Il collegamento con l’ospedale deve essere definito da una procedura di accesso.

La Casa di Maternità deve essere intesa come *programma completo d’assistenza* finalizzato alla selezione e cura delle gravidanze a basso rischio. Relativamente ai servizi offerti alle donne e alle coppie nel corso della gravidanza, al momento del parto e nel puerperio e deve:

- fornire alle donne ed alla coppia l’accoglienza con colloqui informativi e illustrativi, possibilmente all’inizio della gravidanza e non oltre la 32° settimana di gestazione, l’esecuzione della prima visita ostetrica per valutare l’inserimento o meno dei soggetti come utenti della Casa di Maternità, l’impegno da parte delle donne e delle coppie selezionate a seguire il calendario di monitoraggio della gravidanza per identificare elementi di rischio
- prevedere l’assistenza alla gravidanza a termine, i controlli che precedono il parto, l’assistenza al travaglio e al parto
- coordinare l’assistenza domiciliare in puerperio, in accordo con il servizio consultoriale, nei primi 7 giorni successivi alla nascita

A.2. CRITERI ORGANIZZATIVI CMI

Al momento del travaglio, l’ostetrica che ha in carico la gestante, deve informare l’ospedale, ai fini di un trasferimento della donna in condizioni di urgenza/emergenza.

L’Ospedale deve garantire che la Casa di Maternità abbia sempre due ostetriche dedicate a ciascun travaglio, parto e *post-partum*.

La Casa di Maternità deve essere completamente a gestione ostetrica, supportata eventualmente dal ginecologo per l’elegibilità tra la 32° e la 35° settimana.

Devono essere presenti procedure per:

Comunicazione del rischio

- corretta informazione alla donna/coppia al momento dell’accoglimento sui criteri di assistenza, sulle modalità di un eventuale trasferimento e sui servizi offerti
- consenso informato sottoscritto dalla partoriente

Organizzazione del lavoro

- presa in carico della donna, possibilmente dall'inizio della gravidanza e comunque non oltre la 35° settimana, da parte dell'ostetrica responsabile del caso, previo certificato medico attestante le buone condizioni di salute
- deve essere prevista la permanenza della donna/coppia in Casa di Maternità durante tutta la fase attiva del travaglio e nelle 24 ore successive al parto
- deve essere garantita la continuità assistenziale a livello domiciliare coinvolgendo i servizi territoriali anche per le utenti residenti fuori
- deve essere prevista la visita pediatrica: un pediatra/neonatologo dell'ospedale dovrà recarsi a visitare il neonato, presso la casa di Maternità entro le dodici ore successive alla nascita

Collegamenti con gli altri servizi dell'Ospedale

Devono essere previsti protocolli concordati e procedure tra gli operatori della Casa di Maternità e gli operatori dell'ospedale che prevedano:

- collegamenti con il laboratorio analisi per invio e ritorno dei referti di prelievi ematologici
- collegamenti con la farmacia ospedaliera
- la gestione dell'emergenza e modalità di trasferimento nella struttura ospedaliera

Devono essere previsti inoltre:

- linee guida per una buona pratica clinica
- protocolli per la definizione dei criteri di accesso
- procedure di verifica e valutazione dei risultati

B. LA CASA DI MATERNITÀ EXTRAOSPEDALIERA (CME)

B.1. CRITERI E MODALITÀ

Per le donne che intendono partorire nella casa di maternità extraospedaliera valgono gli stessi criteri di elegibilità previsti per il parto a domicilio e per la Casa di Maternità Intraospedaliera.

La Casa di Maternità extraospedaliera è da ritenersi in tutto e per tutto una struttura territoriale, collegata funzionalmente a un ospedale dotato di una Unità Perinatale di II/III livello. La casa di maternità extraospedaliera può essere a gestione privata o pubblica. L'attivazione di case di maternità presso strutture pubbliche o private è soggetta alle procedure previste dalla L.R. 04/2003 e successive modificazioni. Le Aziende Sanitarie Locali possono garantire il parto in Casa di Maternità, sulla base di specifico progetto aziendale, sottoposto a preventiva approvazione regionale.

La Casa di Maternità deve essere intesa come *programma completo d'assistenza* finalizzato alla selezione e cura delle gravidanze a basso rischio. Relativamente ai servizi offerti alle donne e alle coppie nel corso della gravidanza, al momento del parto e nel puerperio, deve:

- fornire alle donne ed alla coppia l'accoglienza con colloqui informativi e illustrativi, possibilmente all'inizio della gravidanza e non oltre la 32° settimana di gestazione, l'esecuzione della prima visita ostetrica per valutare l'inserimento o meno dei soggetti come utenti della Casa di Maternità, l'impegno da parte delle donne e delle coppie selezionate a seguire il calendario di monitoraggio della gravidanza per identificare elementi di rischio
- prevedere l'assistenza alla gravidanza a termine, i controlli che precedono il parto, l'assistenza al travaglio e al parto e nei primi giorni ad esso successivi identificando le strutture ospedaliere di riferimento alle quali rivolgersi in caso di complicanze
- coordinare l'assistenza domiciliare in puerperio, in accordo con il servizio consultoriale, nei primi 7 giorni successivi alla nascita

B.2. CRITERI ORGANIZZATIVI CME

Al momento del parto, l'ostetrica che ha in carico la gestante, deve informare il reparto di ostetricia-ginecologia dell'ospedale di riferimento dell'inizio del travaglio, ai fini di un eventuale pronto intervento.

La Casa di Maternità deve sempre avere due ostetriche dedicate a ciascun travaglio, per il parto e per il *post-partum*.

La Casa di Maternità deve essere completamente a gestione ostetrica, supportata eventualmente dal ginecologo per l'eleggibilità tra la 32° e la 35° settimana.

Devono essere presenti procedure per:

Comunicazione del rischio

- corretta informazione alla donna/coppia al momento dell'accoglimento sui criteri di assistenza, sulle modalità di un eventuale trasferimento e sui servizi offerti;
- consenso informato sottoscritto dalla partoriente.

Organizzazione del lavoro

- presa in carico della donna, possibilmente dall'inizio della gravidanza e comunque non oltre la 32° settimana, da parte dell'ostetrica responsabile del caso, previo certificato medico attestante le buone condizioni di salute.

- attivazione della reperibilità dell'ostetrica 24/24 ore dalla 37° settimana;
- deve essere prevista la permanenza della donna/coppia in Casa di Maternità durante tutta la fase attiva del travaglio nelle 24 ore successive al parto
- deve essere garantita la continuità assistenziale a livello domiciliare coinvolgendo i servizi territoriali anche per le utenti residenti fuori ASL
- deve essere prevista la visita pediatrica entro le dodici ore successive alla nascita

Collegamenti con gli altri servizi

Devono essere previsti protocolli concordati e procedure tra gli operatori della Casa di Maternità, operatori territoriali e gli operatori degli ospedali che prevedano:

- collegamenti funzionali con i Consultori Familiari
- collaborazione e integrazione con le Unità perinatali di I, II e III livello
- collegamenti con il laboratorio analisi per invio e ritorno dei referti di prelievi ematologici
- collegamenti con la farmacia ospedaliera
- collaborazione e integrazione con i servizi territoriali
- il collegamento con il servizio di emergenza-urgenza (118/ STEN)
- il trasferimento materno fetale (trasporto in utero)
- il trasferimento materno
- il trasferimento neonatale
- la gestione dell'emergenza e modalità di trasferimento in Ospedale

Devono essere previsti inoltre:

- linee guida per una buona pratica clinica;
- protocolli per la definizione dei criteri di accesso;
- procedure di verifica e valutazione dei risultati

ALLEGATO 4

REQUISITI MINIMI PER L'AUTORIZZAZIONE CMI

REQUISITI PER LE CASE DI MATERNITÀ INTRAOSPEDALIERE

La struttura deve essere strutturalmente e funzionalmente collegata all'Ospedale e quindi da ritenersi a tutti gli effetti una struttura sanitaria, parte integrante dell'ospedale stesso sia per la gestione delle prestazioni erogate, sia per l'organizzazione del personale secondo quanto previsto dal DCA U0090/10.

La struttura deve essere in possesso dei requisiti di carattere generale previsti dal DCA n. 8/2011, punti 0.1, 0.2 e 0.3.

All'interno della struttura, al momento dell'evento parto devono essere presenti due ostetriche in servizio presso l'ospedale stesso, che avrà cura di definire disponibilità e turnazione del personale.

Nella casa di Maternità non dovrà comparire alcun elemento di medicalizzazione proprio dei reparti ospedalieri.

A. REQUISITI STRUTTURALI CMI

- locale con spazi per attesa e soggiorno visitatori, giochi e attività bambini;
- locale per accettazione, accoglienza e attività amministrative;
- ambulatorio ostetrico, dotato di lavamani, con spazio per il colloquio;
- due stanze per travaglio-parto/post partum di 20 mq, dotate di letto matrimoniale con culla e vasca per il parto compresi i locali annessi bagni e doccia;
- dispensa/cucina con angolo cottura*
- spogliatoi per il personale, forniti di armadietti e sedie e servizi igienici
- spazio/locale soggiorno per il personale con scaldavivande
- servizi igienici per l'utenza a norma disabili
- locale/spazio per deposito del materiale pulito, con armadi per i materiali d'uso, strumentazione, farmaci e dispositivi medici
- locale/spazio per materiale sporco dotato di vuotatoio
- locale adibito al lavaggio ed alla sterilizzazione dei ferri*
- arredi stanza travaglio-parto

* laddove non vengano utilizzati i servizi e le strutture dell'ospedale.

B. REQUISITI TECNOLOGICI CMI

In tutti i locali, devono essere assicurate illuminazione e ventilazione naturali e/o artificiali, come da normativa vigente.

È presente un impianto di condizionamento ambientale che assicuri la temperatura invernale ed estiva compresa tra 20-26 gradi ed una umidità relativa estiva ed invernale compresa tra 30 e 60%

È presente un'autoclave (a norma UNI EN 285) per sterilizzazione del materiale chirurgico adatta alla sterilizzazione di dispositivi medici cavi e porosi e sottoposta a qualifica fisica e microbiologica annuale (UNI EN 554) laddove non si utilizzi la medesima del presidio ospedaliero;

Ciascuna stanza è dotata di:

- un letto
- una lampada scialitica mobile
- un orologio contasecondi
- rilevatore BCF tenuta d'acqua
- un rilevatore di pressione arteriosa incruenti per adulti

- fasciatoio con vaschetta per lavaggio neonato
- una culla riscaldata per l'eventuale trasporto
- un erogatore di ossigeno
- un erogatore o compressore per aria
- un aspiratore
- il materiale necessario per la rianimazione neonatale

La dotazione minima di apparecchiature e attrezzature, strumentario, ferri chirurgici, materiale monouso e farmaci per l'assistenza alla donna e al neonato è la stessa prevista per il parto a domicilio (vedi allegato 2), in quantità idonea.

C. REQUISITI ORGANIZZATIVI CMI

La Casa di Maternità è gestita da un'ostetrica e fa capo all'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale.

Il personale è composto da:

- ostetriche, di cui una con funzione di coordinatrice. La direzione sanitaria dell'ospedale garantisce nella CMI la presenza di due ostetriche durante ogni evento, di cui una può essere reperibile. La Casa di Maternità, facendo parte integrante dell'offerta del reparto di ginecologia/ostetricia della struttura sanitaria in cui è inserita, è soggetta ai criteri di quantificazione del personale previsti ai sensi del DCA U0090/2010 per l'area travaglio parto
- personale amministrativo
- personale di supporto OSS

È garantita la continuità assistenziale a livello domiciliare, anche attraverso collegamenti con i servizi territoriali per le utenti residenti fuori ASL.

È prevista la visita del pediatra/neonatologo presso la casa di maternità entro le dodici ore successive alla nascita.

Sono previsti protocolli per il collegamento della Casa di Maternità con il laboratorio di analisi e la farmacia ospedaliera e la gestione dell'emergenza.

ALLEGATO 5

REQUISITI MINIMI AUTORIZZAZIONE CME

A. REQUISITI STRUTTURALI PER LE CASE DI MATERNITÀ EXTRAOSPEDALIERE

La Casa di Maternità Extraospedaliera è una struttura territoriale, autonoma, funzionalmente collegata ad una struttura ospedaliera dotata di reparto di maternità di II o III livello.

La struttura deve essere in possesso dei requisiti di carattere generale previsti dal DCA n. 8/2011, punti 0.1, 0.2 e 0.3.

La struttura deve essere autonoma, separata dall'Ospedale, ma funzionalmente ad esso collegata; può essere attigua ad un Consultorio Familiare e deve essere di facile accessibilità con possibilità di parcheggio.

La Casa di Maternità Extraospedaliera non deve trovarsi oltre i 3-5 chilometri di raggio di distanza da un Ospedale dotato di reparto di maternità II/III livello.

La dotazione minima di ambienti della sede operativa è il seguente:

- locale con spazi per attesa e soggiorno visitatori, giochi e attività bambini;
- locale per accettazione, accoglienza e attività amministrative;
- ambulatorio ostetrico, dotato di lavamani, con spazio per il colloquio;
- due stanze per travaglio-parto/post partum di 20 mq, dotate di letto matrimoniale con culla e vasca per il parto compresi i locali annessi bagni e doccia;
- dispensa/cucina con angolo cottura
- spogliatoi per il personale, forniti di armadietti e sedie e servizi igienici
- spazio/locale soggiorno per il personale con spazio/locale soggiorno con scaldavivande per il personale
- servizi igienici per l'utenza a norma disabili
- locale/spazio per deposito del materiale pulito, con armadi per i materiali d'uso, strumentazione, farmaci e dispositivi medici
- locale/spazio per materiale sporco dotato di vuotatoio
- locale adibito al lavaggio ed alla sterilizzazione dei ferri
- arredi stanza travaglio-parto

B. REQUISITI TECNOLOGICI CME

In tutti i locali, devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali e/o artificiali

Un impianto di condizionamento ambientale che assicuri la temperatura invernale ed estiva compresa tra 20-26 gradi ed una umidità relativa estiva ed invernale compresa tra 30 e 60%

È presente un'autoclave (a norma UNI EN 285) per sterilizzazione del materiale chirurgico adatta alla sterilizzazione di dispositivi medici cavi e porosi e sottoposta a qualifica fisica e microbiologica annuale (UNI EN 554);

Ciascuna stanza è dotata di:

- un letto;
- una lampada scialitica mobile;
- 3 set monopaziente completi, pronti, sterili per l'assistenza al parto fisiologico;
- rilevatore BCF tenuta d'acqua
- un orologio contasecondi;
- un rilevatore di pressione arteriosa incruenti per adulti;
- fasciatoio con vaschetta per lavaggio neonato
- una culla riscaldata per l'eventuale trasporto;
- un erogatore di ossigeno;
- un erogatore o compressore per aria;
- un aspiratore;
- il materiale necessario per la rianimazione neonatale.

La dotazione minima di apparecchiature e attrezzature, strumentario, ferri chirurgici, materiale monouso e farmaci per l'assistenza alla donna e al neonato è la stessa prevista per il parto a domicilio (vedi allegato 2), in quantità idonea per ogni turno e per ogni operatore.

C. REQUISITI ORGANIZZATIVI CME:

La Casa di Maternità è diretta da un'ostetrica dirigente.

Il personale è composto da:

- ostetriche, di cui una con funzione di coordinatrice
- personale amministrativo
- personale di supporto OSS

Sono previste le consulenze del ginecologo e del pediatra/neonatologo

All'interno della struttura, al momento dell'evento parto, devono essere presenti due ostetriche.

È garantita la continuità assistenziale a livello domiciliare, anche attraverso collegamenti con i servizi territoriali per le utenti residenti fuori AUSL.

La visita del pediatra/neonatologo presso la casa di maternità deve avvenire entro le dodici ore successive alla nascita.

Sono previsti protocolli per il collegamento della Casa di Maternità con i servizi di supporto e la gestione dell'emergenza.

ALLEGATO 6

MODULISTICA

Indice:

- 1. MODULO 1: modulistica per richiesta informata di assistenza domiciliare al parto**
- 2. MODULO 2: modulistica idoneità al parto domiciliare**
- 3. MODULO 3: autocertificazione "modalità assistenziali"**
- 4. MODULO 4: scheda di trasferimento casa - ospedale per la madre**
- 5. MODULO 5: scheda di trasferimento casa - ospedale per il neonato**

Modulo 1.

**MODELLO DI RICHIESTA INFORMATATA
ASSISTENZA DOMICILIARE AL PARTO¹**

Luogo Data

La sottoscritta

Residente in

Domiciliata in

Richiede in piena autonomia di essere assistita per il parto a domicilio, presso la propria abitazione di:

- residenza
- domicilio

Dichiara pertanto di essere stata esaurientemente informata dall'ostetrica
in data odierna:

- Sulla necessità che durante travaglio, parto e *post-partum* siano presenti due ostetriche ;
- Sulla verifica a 32/35 settimane dell'idoneità al parto a domicilio;
- Sulla possibile comparsa, nel corso del travaglio, *post - partum* e puerperio di fattori di rischio o patologie che necessitino di trasferimento (urgente o non urgente) in ospedale;
- Sull'esistenza di una percentuale di rischio intrapartum, pur in presenza di una gravidanza fisiologica.

Signora

Modulo 2.

OSTETRICA

Lì.....,

DICHIARAZIONE DI IDONEITA' AL
PARTO DOMICILIARE

L'ostetrica (indicare nome cognome e recapito telefonico)

.....

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 domiciliare.**

Si dichiara inoltre che il domicilio è sito ad una distanza in linea d'aria inferiore a 7 km dall'ospedale..... e che il tempo massimo per il raggiungimento in caso di emergenza è inferiore ai 20 min. Il domicilio è in possesso dei requisiti igienici, sanitari complessivi atti a garantire le necessarie condizioni di salubrità e di assistenza all'evento del parto.

Firma

Modulo 3.

OSTETRICA

Li.....,

AUTOCERTIFICAZIONE - MODALITA' ASSISTENZIALI

- L'ostetrica..... dichiara di pianificare l'assistenza applicando le indicazioni del **PROFILO ASSISTENZIALE PER L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO FISIOLÓGICO EXTRAOSPEDALIERO E DEL PROTOCOLLO PER IL PARTO A DOMICILIO**

- In accordo con la Signora
.....
per un eventuale trasferimento in urgenza, ha individuato l'Ospedale
.....
Per eventuali emergenze, il trasferimento avverrà con mezzo proprio, o tramite 118 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 12 di vita è il Dott
.....

- L'ostetrica ha individuato il II operatore sanitario che sarà presente al momento del parto.....

- La Signora..... provvederà ad effettuare la prima scelta del pediatra di famiglia presso la propria ASL di residenza.....

Ostetrica

Signora

Modulo 4:

In caso di trasferimento in Ospedale

- Allegare Cartella ostetrica²
- Allegare partogramma.

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

Nata ila.....

Residente in.....

MOTIVO DEL TRASFERIMENTO

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

Data.....*ora*.....

Ostetrica.....

² Si può fare riferimento alla Cartella ostetrica del Collegio delle Ostetriche di Roma e Provincia, presente sul sito Internet.

Modulo 5

Scheda trasferimento casa - ospedale neonato

Allegare:

- **Cartella clinica ostetrica**
- **Cartogramma**

Nome e cognome neonato

.....

Nato da

.....

e da.....

Residenti in

.....

Nato il

.....

alle ore.....

sexso.....

peso.....

Motivo del trasferimento

.....

.....

.....

.....

Data..... *ora*

Ostetrica

Pediatra.....

Alla stesura del documento hanno collaborato:

Dott. Massimo Vittucci, dirigente dell'Area Autorizzazione, accreditamento e attività ispettive della Regione Lazio, **Ing. Alessandro Currà**, funzionario dell'Area Autorizzazione, accreditamento e attività ispettive della Regione Lazio, **Ing. Ornella Toninello**, funzionario regionale dell'Area Investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, **Dott.ssa Monica Gibellini**, funzionario Assessorato alla Salute della Regione Lazio, **Dott. Domenico Di Lallo**, Direttore Area del Dipartimento Tutela della Salute LazioSanità-Agenzia di Sanità Pubblica, **Dott. Pierluigi Palazzetti**, Direttore Area Tutela della Salute della Donna e del Bambino ASL RMD, **Dott.ssa Rita Gentile**, Responsabile assistenza Ostetrica, ASL RMD, **Dott.ssa Maria Grazia Pellegrini** Presidente del Collegio delle Ostetriche di Roma e provincia, **Dott. Paolo Scirpa** Professore Associato di Ginecologia e Ostetricia UCSC Policlinico Gemelli, **Dott.ssa Daniela Sgroi**, Direttore Area Cure Primarie, ASL RMD e Direttore Distretto Municipio XIII

Dott. Fabrizio Ferri

Dott. Luca Casertano

Dott. Massimo Vittucci

Ing. Ornella Toninello

Ing. Alessandro Currà

Dott.ssa Monica Gibellini

Dott. Domenico Di Lallo

Dott. Pier Luigi Palazzetti

Dott.ssa Rita Gentile

Dott.ssa Maria Grazia Pellegrini

Dott. Paolo Scirpa

Dott.ssa Daniela Sgroi