

PROFILO ASSISTENZIALE PER L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO FISILOGICO EXTRAOSPEDALIERO

In applicazione della DGR n. 80 – 5989 del 7 maggio 2002 “ Modalità di accesso e rimborsi per le prestazioni accessorie a favore degli uremici cronici, per il parto a domicilio e per l’ossigenoterapia iperbarica” vengono definiti il profilo assistenziale per l’assistenza al travaglio e parto fisiologico extraospedaliero ed i modelli, da allegare alla domanda di rimborso, relativi alla richiesta informata della prestazione, al piano di assistenza, alla scheda per l’eventuale trasferimento della donna o del neonato in ospedale.

Alla stesura del documento hanno collaborato:

Ostetrica Gaudenzia Caselli (Torino), Ostetrica Ilaria Ciofi (Ivrea), Dott.ssa Alessandra La Prova (Torino), Ostetrica Marina Lisa (Torino), Ostetrica Piercarla Maccario (Cuneo), Ostetrica Laura Rosati (Biella), Ostetrica Maria Caterina Salvagno (Mondovì); il gruppo è stato coordinato dalla Dott.ssa Paola Ghiotti (Pediatra - Assessorato alla Sanità).

Il documento è stato inviato in visione prima dell’approvazione a:

Responsabili di DMI, Direttore Sanitario OIRM- S.Anna, Collegi Provinciali delle Ostetriche, Servizi territoriali con attività di assistenza al parto a domicilio, Responsabile CRCC (Centro Regionale Coordinamento e Compensazione Piano Sangue), Responsabile 118, ostetrica Franca Fronte del Comitato Scientifico di Lucina- Organo della Federazione Nazionale dei Collegi delle ostetriche; Paola Serafini ostetrica coordinatrice Corso di Laurea Ostetricia Università di Torino.

INDICE

1. PREMESSE

- 1.1 Operatori di assistenza e luogo del parto
- 1.2 Principi guida per l'assistenza
- 1.3 Criteri d'inclusione

2. PROFILO ASSISTENZIALE NELLA FISILOGIA

- 2.1 Gravidanza
- 2.2 Gravidanza a termine
- 2.3 Rottura prematura delle membrane
- 2.4 Fase prodromica
- 2.5 Travaglio e parto
- 2.6 Accoglimento e prime cure al neonato
- 2.7 Secondamento
- 2.8 Post – parto
- 2.9 Puerperio

3. PROFILO ASSISTENZIALE IN CIRCOSTANZE A RISCHIO

- 3.1 Indicazioni al trasferimento in ospedale
- 3.2 Trattamento dell'emergenza e del trasporto della donna
- 3.3 Trattamento dell'emergenza e del trasporto del neonato

BIBLIOGRAFIA

- ALLEGATO 1:** contenuto della borsa ostetrica
- ALLEGATO 2:** auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale
- ALLEGATO 3:** modello richiesta informata di assistenza domiciliare al parto
- ALLEGATO 4:** modello dichiarazione di idoneità al parto domiciliare
- ALLEGATO 5:** modello autocertificazione modalità assistenziali
- ALLEGATO 6:** modello scheda di trasferimento casa-ospedale della madre
- ALLEGATO 7:** modello scheda di trasferimento casa-ospedali del neonato
- ALLEGATO 8:** piano di assistenza al parto a domicilio

1. PREMESSE

Il Profilo Assistenziale proposto è frutto della riesamina, sulla base delle evidenze emerse dalla letteratura, delle procedure applicabili nell'assistenza al travaglio, al parto ed al puerperio, che presentino le caratteristiche del decorso fisiologico, condotta da un gruppo di esperti sotto il coordinamento dell'Assessorato alla Sanità, Direzione Programmazione Sanitaria.

1.1 Operatori di assistenza e luogo del parto

A. *Chi assiste*

B. *Luogo del parto*

A. **L'ostetrica che assiste deve:**

- aver assistito negli ultimi 5 anni almeno 20 parti a domicilio o in Casa di Maternità o aver acquisito una documentata esperienza (almeno 5 anni, con assistenza di parto in autonomia) in una Sala Parto ospedaliera e nel reparto di Neonatologia;
- essere accompagnata da altro operatore sanitario ad ogni parto;
- essere dotati di un equipaggiamento come da Allegato 1
- seguire le linee guida della Società Italiana di Neonatologia per la rianimazione neonatale e il BLS per la rianimazione dell'adulto.
- 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. *Luogo del parto*

Il parto extraospedaliero nasce in risposta alla domanda di donne con gravidanza a basso rischio, che intendono privilegiare il bisogno primario di intimità, individualità, condivisione familiare, con adeguati livelli di sicurezza per l'espletamento del parto. Sono individuabili quali luoghi extraospedalieri il domicilio e la casa di maternità qualora non distinto dal Presidio Ospedaliero dotato di Punto Nascita più di 20-30 minuti.

Il profilo assistenziale è rivolto all'assistenza domiciliare nelle modalità previste dalla DGR n. 80 – 5989.

1.2 Principi guida per l'assistenza

- personalizzazione e continuità dell'assistenza
- relazione ostetrica/donna – coppia improntata sulla scelta informata
- sicurezza clinica, con riferimento alle procedure ostetriche di efficacia dimostrata ed alle evidenze scientifiche aggiornate;
- promozione dell'equilibrio naturale degli eventi fisici ed emozionali nel rispetto della fisiologia;
- rispetto della personalità di madre - bambino con riferimento alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

1.3 Criteri d'inclusione

- età gestazionale compresa fra le 37+0 - 41+6 settimane
- feto singolo in presentazione cefalica 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/rettale negativo per infezione da Streptococco¹.

2. PROFILO ASSISTENZIALE NELL'AMBITO DELLA FISIOLOGIA

2.1 GRAVIDANZA

A. *Incontro informativo*

B. *Le procedure di assistenza alla donna che fa richiesta di assistenza domiciliare al parto*

A. *Incontro Informativo:*

- fornire alla donna/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.

B. *Le procedure di assistenza alla donna che fa richiesta di assistenza domiciliare al parto*

È opportuno che la donna sia conosciuta dall'ostetrica che assisterà al parto almeno dalla 32° settimana di gestazione.

Il primo bilancio di salute materno-fetale da parte dell'ostetrica che assisterà al 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 monitorata la idoneità al parto a domicilio e sarà compilata la modulistica prevista per la rimborsabilità.

- Nella 35°-36° settimana è opportuno effettuare un controllo ematochimico che comprenda: emocromo + piastrine, HbsAg, Test di Coombs, esame delle urine, tampone per ricerca Streptococco, toxotest (se la donna è recettiva).
- in applicazione della Deliberazione della Giunta Regionale del 7 maggio 2002 n 80-5989 (B.U. n 20 del 16/05/02) redazione entro l'ottavo mese (secondo modulistica - allegato 5) di:
 - ❖ dichiarazione dell'ostetrica che prende in carico la gestante, attestante l'idoneità della medesima al parto extraospedaliero nell'ambito della gravidanza fisiologica
 - ❖ certificato sullo stato di salute della gestante, rilasciato dal medico di medicina generale

¹ Possono essere incluse le donne con positività per lo Streptococco con possibilità di trattamento venoso rapido in travaglio, in assenza di PROM.

- ❖ richiesta informata della donna, come da modello predisposto dall'Assessorato alla Sanità
- ❖ identificazione dell'ospedale di riferimento per eventuali trasferimenti dell'assistenza per cause ostetriche e/o neonatologiche non urgenti. I trasferimenti urgenti vengono pianificati dall'attivazione del 118, come specificato nel profilo assistenziale per circostanze a rischio.
- ❖ identificazione del pediatra di riferimento per la prima visita al neonato
- ❖ autocertificazione dell'ostetrica sull'applicazione del profilo assistenziale riferito all'assistenza al travaglio di parto, al parto, alla rianimazione neonatale e all'assistenza al puerperio.

Entro la 37° settimana copia del modello di "autocertificazione- modalità assistenziali" (allegato 5) deve essere inviata o recapitata ai Responsabili Ostetrico e Pediatra del Punto Nascita individuato come riferimento per eventuale trasferimento non urgente; il Punto Nascita metterà a disposizione il modello CEDAP, la cartina per lo screening neonatale e l'Agenda di Salute per il neonato.

A 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.

2.2 GRAVIDANZA A TERMINE:

A. Calendario incontri

B. Gravidanza oltre l'epoca presunta del parto

A. Calendario incontri tra 37 sett e 41 settimane:

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

B. Gravidanza oltre le 41 settimane :

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

2.3 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 a tutto il percorso nascita.

2.4 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

2.5 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 dell'ambiente del parto

- diagnosi di fase attiva di travaglio, compilazione del partogramma;
- informare il 118 dell'inizio assistenza al travaglio;
- auscultazione intermittente del BCF (vedi allegato 2);
- rilevazione PAO e temperatura corporea;
- valutazione delle caratteristiche del liquido amniotico, se vi è rottura delle membrane;
- 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.

2.6 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;
- osservazione 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 Pediatra entro le prime ore dalla nascita; a quest'ultimo si demandano eventuali prescrizioni al neonato (esempio vitamina K) e la programmazione dei successivi controlli pediatrici come previsti dal DPCM 9 luglio 1999.

2.7 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;
- prelievo di sangue venoso materno per la determinazione del gruppo, del test di Coombs indiretto (secondo le indicazioni del centro trasfusionale di riferimento);
- informare il 118 della conclusione dell'assistenza al parto .

2.8 POST-PARTO:

- controllo stato di contrattura dell'utero;
- controllo perdite ematiche ;
- controllo genitali esterni e perineo;
- rilevazione parametri vitali;
- verifica della ripresa della funzione vescicale;

2.9 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

A. Calendario incontri

B. Assistenza ostetrica alla madre

C. Assistenza al neonato

D. Certificazioni

A. 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;

B. 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, su indicazione e distribuzione del presidio ospedaliero di riferimento.

C. Assistenza al neonato:

Valutazione dei seguenti parametri:

- controllo parametri vitali;
- stato di idratazione della cute e delle mucose;
- colorazione della cute e delle sclere;
- diuresi e meconio;
- ritmo sonno veglia;
- valutazione delle poppate e della fisiologica progressione dell'allattamento al seno;
- curva ponderale;
- postura;
- consolabilità e reazione agli stimoli;
- processo di mummificazione del cordone ombelicale;
- effettuazione screening metabolici tra il 3° e il 5° giorno di vita

D. Certificazioni

- compilazione attestato di nascita;
- compilazione CEDAP;
- consegna Agenda della Salute del neonato;
- chiusura della cartella ostetrica.

Osservatorio Regionale

- 1) Sulla base dei CEDAP che l'ostetrica è tenuta a consegnare all'Ospedale di riferimento, per l'inoltro informatico dei dati all'Osservatorio regionale e nazionale sulle nascite, sarà monitorato il livello di assistenza relativo al parto a domicilio;
- 2) attraverso le registrazioni delle Centrali 118 verranno registrati tutti i parti programmati a domicilio e quelli in cui è stato richiesto l'intervento di trasporto

3. PROFILO ASSISTENZIALE IN CIRCOSTANZE A RISCHIO:

L'individuazione precoce di eventuali fattori di rischio che possono sussistere o manifestarsi con complicanze per la madre e/o il bambino durante la gravidanza, parto, puerperio, rappresentano l'aspetto fondamentale del piano di assistenza ostetrico al fine di stabilire garantire la massima corrispondenza tra necessità assistenziali e livello di cure.

In caso di trasferimento dell'assistenza in ospedale, l'ostetrica preavvisa telefonicamente la struttura di riferimento: dall'arrivo in ospedale l'assistenza è affidata al personale del Punto Nascita; l'ostetrica che ha iniziato l'assistenza domiciliare deve garantire la continuità relazionale alla donna con l'accompagnamento lungo tutto il percorso nascita intraospedaliero; deve fornire alla struttura ospedaliera la documentazione scritta relativa al motivo del trasferimento e agli antecedenti clinici compilando l'apposito modulo di trasferimento (allegato 4) e/o il CEDAP in tutte le parti compilabili fino a quel momento.

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

Se un membro della diade mamma-neonato necessita di ricovero ospedaliero garantire sempre anche il ricovero, nella stessa struttura, dell'altro per permettere, nel limite del possibile, la continuità della relazione.

3.1 INDICAZIONI PER IL TRASFERIMENTO DELL'ASSISTENZA ALL' OSPEDALE

A. Travaglio e parto

B. Post – parto e puerperio

C. Neonato (post – parto e giorni successivi)

A. 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.

B. Post – parto e giorni successivi:

- perdita ematica superiore a 500 cc;
- 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.

C. Neonato (post – parto e giorni successivi):

- difficoltà respiratorie;
- tremori;
- malformazioni;
- letargia e iporeflessia;
- 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;

Il trasporto deve essere condotto salvaguardando il mantenimento della temperatura corporea e garantendo, quando necessaria, la ventilazione continua con pallone AMBU o dispositivo per la ventilazione.

3.2 PROCEDURE PER ATTIVARE IL TRASPORTO IN URGENZA

l'ostetrica garantisce la continuità dell'assistenza, informa e rassicura i genitori sulle procedure attivate

- Avvisare il 118
- La Centrale 118 invia una ambulanza medicalizzata per il trasporto al più vicino DEA; in contemporanea allerta il Punto Nascita di 3° livello per l'eventuale successivo trasporto dopo stabilizzazione

A. Trattamento dell'emergenza e del trasporto della donna

B. Trattamento dell'emergenza e del trasporto del neonato

A. 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 la 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, se disponibile Nalador 1 fiala e.v.
 - massaggiare vigorosamente il fondo uterino sospingendo la cervice con un tampone montato su pinza ad anelli.

B. Trattamento dell'emergenza e del trasporto del neonato²

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 pre-allarma il 118 l'altro esegue le manovre di rianimazione secondo le linee guida della Società Italiana di Neonatologia (allegato 2).

² Per il neonato che necessita di trasferimento urgente il riferimento sarà, non appena attivato a livello regionale, lo S.T.E.N.

ALLEGATO 1:

Contenuto della borsa ostetrica

Per la madre

1 Strumentario:

- 1.1 Termometro;
- 1.2 Stetoscopio e sonicaid (con batterie di ricambio);
- 1.3 Fonendoscopio e sfigmomanometro;
- 1.4 Laccio emostatico.

2 Ferri chirurgici:

- 2.1 2 kocher;
- 2.2 1 paio forbici rette a punte smusse e un portabatuffoli;
- 2.3 1 ciotolino
- 2.4 2 pinze ad anelli;
- 2.5 1 portaghi;
- 2.6 1 pinza anatomica.

3 Materiale monouso:

- 3.1 Guanti di lattice sterili di misure diverse;
- 3.2 guanti non sterili;
- 3.3 garze sterili;
- 3.4 telini sterili
- 3.5 sacchetti o bacinella graduati per la valutazione della perdita ematica;
- 3.6 aghi cannula n 16G - 18G - 21G;
- 3.7 butterfly n 18G - 21G;
- 3.8 siringhe da 5 e 10 cc.;
- 3.9 cateteri vescicali monouso;
- 3.10 cerotto;
- 3.11 deflussori per infusione;
- 3.12 tampone vaginale;
- 3.13 uncino per amniorexi.

4 Farmaci:

- 4.1 1000/1500 ml soluzione fisiologica ;
- 4.2 1000 ml soluzione glucosata al 5% ;
- 4.3 necessario per profilassi oculare;
- 4.4 Ossitocina (Sintocynon 2 scatole);
- 4.5 Metergolina (Methergin 1 scatola);
- 4.6 Flebocortid fiale ;
- 4.7 Anestetici locali: Carbocaina o Xilocaina o lidocaina 2% in fiale;
- 4.8 Disinfettante (Betadine, Citrosil o altro);
- 4.9 Valium fiale;
- 4.10 Fili per sutura.

Per il 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;
- modulistica CEDAP e attestato di nascita;
- Agenda di salute.

ALLEGATO 2:

Auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale

L'auscultazione intermittente è definita come sorveglianza intermittente del battito cardiaco fetale durante il travaglio utilizzando lo stetoscopio di Pinard o il rilevatore ad ultrasuoni secondo le seguenti modalità (RCOG, 2001; ACOG, 1995; SOGC, 1995):

- durante il primo stadio del travaglio, ogni 15 minuti per 60 secondi
- durante il secondo stadio, ogni 5 minuti per 60 secondi

La Società Canadese di ostetricia e ginecologia (SOGC) raccomanda in particolare:

- che l'auscultazione intermittente sia effettuata da operatori di consolidata esperienza
- che venga garantito il rapporto uno a uno (ostetrica – donna) durante tutto il travaglio
- che il battito cardiaco fetale venga differenziato dal battito cardiaco materno mediante rilevazione del polso materno.

Necessitano di monitoraggio elettronico fetale (secondo le linee guida del RCOG, elaborate sulla revisione della letteratura), i seguenti rilievi auscultatori:

- linea di base $< 0 = a 110$ bpm oppure $> 0 = a 160$ bpm
- presenza di decelerazioni.

ALLEGATO 6:

Scheda trasferimento casa – ospedale madre

Cognome.....Nome.....
Nata ila.....
Residente in.....

PARAUM.....EPP.....

ANAMNESI

Anamnesi familiare.....
.....
Anamnesi personale.....
.....
.....

DECORSO GRAVIDANZA

.....
.....
.....
peso iniziale peso attuale..... PAO.....
Ecografie..... DPN.....
Crescita fetale.....

Esami:

HIV.....eseguito il..... TOXOeseguito il
VDRL.....eseguito il..... Ricerca Strepto..... eseguito il
HBsAg.....eseguito il.....
HCV.....eseguito il.....
GRUPPO.....Rh.....
Altro.....
.....

TRAVAGLIO DI PARTO

Fase prodromica iniziata alle ore.....
Fase attiva iniziata alla ore.....
Periodo espulsivo iniziato alle ore.....
Sacco amniotico.....
Liquido amniotico.....
BCF in travaglio.....
.....
.....

Reperto ostetrico al momento del trasferimento.....
.....
.....

MOTIVO DEL TRASFERIMENTO

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

Data.....ora..... Ostetrica.....

ALLEGATO 7:

Scheda trasferimento casa – ospedale neonato

Nome e cognome.....
Nato da..... e da.....
Residenti in.....
Nato il..... alle ore..... sesso..... peso.....

TRAVAGLIO DI PARTO

Fase prodromica iniziata alle ore.....
Fase attiva iniziata alla ore.....
Periodo espulsivo iniziato alle ore.....
Sacco amniotico.....
Liquido amniotico.....
BCF in travaglio.....
.....
.....

APGAR	0	1	2	<input type="checkbox"/> GIRI DI FUNICOLO <input type="checkbox"/> MECONIO <input type="checkbox"/> ASPIRAZIONE <input type="checkbox"/> PROFILASSI OFTALMICA <input type="checkbox"/> ALTRI INTERVENTI
Frequenza cardiaca	assente	< 100	> 100	
Respiro	assente	pianto debole	pianto valido	
Tono	atonìa	flessione estremità	movimenti vivaci	
Riflessi	assenti	smorfie al sondino	pianto	
Colorito	cianosi/pallore	estremità cianotiche	roseo	
<i>totale</i>	<i>1' min.</i>	<i>5' min</i>	<i>10' min</i>	

Anamnesi ore/giorni successivi alla nascita:

- alimentazione.....
.....
- ritmo sonno veglia.....
.....
- cute.....
- pianto.....
- evacuazioni.....
.....

Ore/giornate di vita al momento del ricovero.....

Motivo del ricovero.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data..... ora..... Ostetrica.....
Pediatria.....

ALLEGATO 3:

REGIONE PIEMONTE
ASSESSORATO ALLA SANITA'

MODELLO RICHIESTA INFORMATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE AL PARTO (1)

LuogoData

La sottoscritta

Residente in

Richiede in piena autonomia di essere assistita per il parto a domicilio, dichiara pertanto di essere stata esaurientemente informata dall'ostetrica in data odierna:

- Sulla necessità di effettuare test diagnostici, visite e procedure di assistenza che comprovino la fisiologia della gravidanza;
- Sulla verifica a 37 settimane dell'idoneità al parto a domicilio;
- Sulla possibile comparsa, nel corso del travaglio, post-parto 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 con gravidanza fisiologica, che, dalla letteratura scientifica, risulta essere nel parto a domicilio sovrapponibile a quello del parto ospedaliero.

Signora

Sig.....

l'ostetrica.....

ALLEGATO 4:

DICHIARAZIONE DI IDONEITA' AL PARTO DOMICILIARE¹

L' Ostetrica.....
attesta che la Sig. ra
residente in
risulta attualmente gravida alla settimana 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.**

....., il

Ostetrica.....

¹ D.G.R. n° 80 – 5989, 7 maggio 2002

ALLEGATO 5:

.....li,.....

**AUTOCERTIFICAZIONE MODALITA' DI ASSISTENZA PER IL PARTO A
DOMICILIO¹**

- L'ostetricadichiara di pianificare l'assistenza applicando le indicazioni del **PROFILO ASSISTENZIALE PER L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO FISIOLÓGICO EXTRAOSPEDALIERO della Regione Piemonte.**
- In accordo con la signora per un eventuale trasferimento non urgente, ha individuato l'Ospedale per eventuali emergenze, il trasferimento avverrà tramite 118, che individuerà il luogo del trasferimento secondo le proprie procedure
- E' stato individuato il secondo operatore sanitario che sarà presente al momento del parto
- La coppia ha individuato il pediatra disponibile ad effettuare la prima visita pediatrica, a domicilio, entro le prime 24 ore di vita del bambino.

Ostetrica

Signora.....

¹ D.G.R. n° 80 – 5989, 7 maggio 2002

ALLEGATO 8:

PIANO DI ASSISTENZA AL PARTO A DOMICILIO da allegare alla domanda di rimborso ad assistenza avvenuta

OSTETRICA

VISITE OSTETRICHE IN GRAVIDANZA

Dichiaro di aver visitato in gravidanza la Signora.....

UM: EPP:

Nelle seguenti date:
.....

Osservazioni
.....

Firma

SCHEDA PARTO

Parto il ore Sett. E.g.....

Ospedalizzazione: sett. Diagnosi ostetrica

Neonato Sesso Apgar Peso

Ospedalizzazione diagnosi neonatologica:

Firma

VISITE IN PUERPERIO

Dichiaro di aver visitato in puerperio la Signora

e il neonato nelle seguenti date:

.....

Firma

VISITA PEDIATRICA DOMICILIARE effettuata in data

Firma del pediatra

La documentazione è allegata alla cartella clinica archiviata presso il domicilio dell'ostetrica che ha assistito il parto.

BIBLIOGRAFIA

1. Chalmers B. Appropriate technology for birth revisited. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1992;99:709-10.
2. Chalmers I, Enkin M, Kierse MJNC, eds. Effective care in pregnancy and childbirth. *Oxford University Press*; 1989.
3. Continuity of caregivers during pregnancy and childbirth. *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database*, 1995, Issue 1.
4. Cumberlege J. Changing Childbirth. *The report of the Expert Maternity Group*. London: HMSO: 1993.
5. Deliberazione della Giunta della Regione Piemonte 7 maggio 2002 n° 80-5989 (BU n° 20 del 16/05/2002): “*Determinazione di importi e modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria in forma indiretta a favore degli assistiti dal Servizio Sanitario Regionale residenti in Piemonte*”.
6. D.M. del 14 settembre 1994, n. 740. “*Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’ostetrica/o*”.
7. Evidence-based Medicine Working Group. Evidence based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268: 2420-5.
8. Flint C, Poulengeris P, Grant A. The ‘Know Your Midwife’ scheme – a randomised trial of continuity of care by a team of midwives. In Continuity of caregivers during pregnancy and childbirth. *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database*, 1995, Issue 1.
9. Gruppo ostetrico- pediatrico- neonatologico di collaborazione interospedaliera (a cura di A.L. Regalia, N. Saliprandi , B. Zapparoli, E. Terzian, M. Bonati):La sorveglianza in ospedale al travaglio, al parto ed al neonato fisiologico – *linee guida di assistenza*. *Notizie SIGO*, giugno 1994.
10. Raccomandazioni per l’assistenza alla madre in puerperio e al neonato. Documento approvato dalle seguenti Società: ACP, SIN, SIP, FIMP, SIPPS, SIMP, SIGO, AOGOI, SIPPO, SOI, IPASVI, Federazione nazionale Collegi delle Ostetriche, Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio.
11. Harvey S, Jarrell J, Brant R, Stainton C, Rach D: A randomised, controlled trial of nurse-midwifery care. *Birth* 1996; 23:128-35.
12. Hodnett ED: Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4, 1999
13. Regalia A., Terzian E.: Premessa al protocollo di assistenza alla gravidanza fisiologica e Linee guida di assistenza alla gravidanza fisiologica. *Istar* 1994;9:83-93.
14. Rowley MJ, Hensley MJ, Brinsmead MW, Wlodarczyk JH: Continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a randomised trial. *Medical Journal Of Australia* 1995; 163:289-93.

15. Smith R. Where is the wisdom. The poverty of medical evidence. *British Medical Journal* 1991;303:798-9.
16. Tucker JS, Hall MH, Howie PW et al.: Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians. *British Medical Journal* 1996; 312:554-9.
17. Turnbull D, Holmes A, Shields N. et al.: Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. *Lancet* 1996; 348:213-8.
18. Waldeström U, Nilsson CA, Winbladh B. The Stockholm birth centre trial – maternal and infant outcome. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1997; 104: 410-18.
19. Waldeström U, Turnbull D. A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 105: 1160-70, 1998 November.
20. WBK (gruppo di Revisione dell' elenco Kloosterman – Olanda 1987): Programma di assistenza Ostetrica in Olanda – Criteri di valutazione e competenze specifiche dell' ostetrica, del medico di base e del medico specialista. *Il Marsupio, Firenze*.
21. WHO. *Appropriate technology for birth*. *Lancet* 1985; II; 436-7.
22. World Health Organisation (WHO). *Care in normal birth: a Practical Guide*”. *Report of a technical working group* 1996.
23. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. *Fetal Health Surveillance in Labour: Executive Summary*. Ottawa: SOGC; 1995. SOGC Policy Statement no. 41.
24. American college of Obstetrics and Gynecology. Fetal heart rate patterns: monitoring, interpretation and management. *ACOG Technical Bulletin. No. 207*, July 1995 (replaces No. 132, September 1989). *Int j Gynecol Obstet* 1995;51:65 – 74.
25. L'assistenza domiciliare al parto in una Azienda di rilievo nazionale: una risposta ai bisogni della donna (e della famiglia) in gravidanza. M.Lisa, A.La Prova. -*QA, Organo Ufficiale Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria- vol 13 n 3* – Centro Scientifico Editore sett 2002
26. Electronic Fetal Monitoring - RCOG May 2001 (www.rcog.org.uk)

Torino 19 dicembre 2003

