



Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 1 di pag 21
---	-----------------	---------------------	------------------

PROCEDURA PER IL RIMBORSO DEL PARTO A DOMICILIO E IN CASA MATERNITA' PRIVATA			Cod. PO / Pag. 01/
Rev. 0	Data	Edizione 1	Data 20/04/2017
Rev. 1	Data	Edizione 2	Data 06/11/2018
Distribuito in forma		<input checked="" type="checkbox"/> Cartacea	<input checked="" type="checkbox"/> Informatica
A	Direzione Amministrativa, Rete Consultori, U.O. Ostetricia e Ginecologia, Farmacia Aziendale, Direzione Sanitaria Polo ospedaliero, U.O. Pediatria, MMG, PLS.		
<input checked="" type="checkbox"/> Copia controllata (soggetta ad aggiornamento)			N°
• Copia non controllata			
DATA 06/11/2018			
REDATTO DA GOPS Area Ostetrica		FIRMA	
Ostetrica	D.ssa Antonella Ambrosini		
Ostetrica	D.ssa Graziella Ceccarelli		
VERIFICATO DA			
RiskManager AUSL VT	Dr. F. Bifulco		
Direttore DEA e Percorso Nascita	Dr. A. Paoletti		
Direttore Governo Professioni Sanitarie	Dr. R. Riccardi		
Direttore Dipartimento Cure Primarie	Dr. G. Cimarello		
APPROVATO DA			
Direttore Sanitario Aziendale	Dott.ssa A. Proietti		
APPROVATO DA			
Direttore Generale	Dott.ssa D. Donetti		

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica



Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 2 di pag 21
---	-----------------	---------------------	------------------

Indice

Indice.....	2
Premessa.....	3
Scopo Obiettivo.....	3
Campo di Applicazione.....	3
Bibliografia.....	3
Diffusione.....	3
Terminologia e Abbreviazioni.....	3
Diagramma di Flusso prima del parto.....	4
Diagramma di Flusso dopo del parto.....	5
Analisi del Processo.....	6
Istruzione Operativa N 1: attivazione Trasporto in Urgenza/Emergenza.....	7
Iter Procedurale per la richiesta di rimborso.....	8
Allegati.....	10

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica

Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 3 di pag 21
---	-----------------	---------------------	------------------

Premessa

Il **NICE** (National Institute for Health and Care Excellence), prestigioso Istituto inglese che detta le regole per il raggiungimento dell'eccellenza in tema di salute e cure mediche ha pubblicato un documento intitolato *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*, con il quale si sostiene che, **per le donne con una gravidanza fisiologica, il modo più sicuro di partorire è il parto in casa o presso i centri nascita**. Questo importante cambiamento nasce dalla dimostrazione che le donne che partoriscono in ambito extraospedaliero subiscono un numero minore di effetti avversi, un minore numero di interventi medici (episiotomia, taglio cesareo, parti operativi con ventosa) oltre a una minore incidenza di infezioni rispetto alle donne che partoriscono in ospedale. Nel pieno rispetto della partoriente e del neonato, la ASL di VT intende promuovere percorsi favorevoli a una libera e consapevole scelta delle diverse modalità di assistenza alla nascita.

Scopo /Obiettivo

Favorire e sostenere la scelta consapevole fra setting ospedaliero o extraospedaliero beneficiando di adeguati livelli di sicurezza e del rimborso forfettario da parte del SSR.

Campo di applicazione

Donne con gravidanza fisiologica che intendono privilegiare il bisogno primario di intimità, individualità, condivisione familiare, per l'espletamento del parto.

Bibliografia /Sitografia

- Det. N. G09667 del 4/8/2015 e Det. G11586 del 28/9/2015
- Documento tecnico "Protocollo assistenziale per il parto a domicilio in Centro Nascita ed in Casa Maternità" elaborato dal Gruppo di Lavoro Regionale, 2016
- Dicembre 2014, **NICE** (National Institute for Health and Care Excellence), *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*.
- DCA 56/2010 – Rete dell'assistenza perinatale
- DCA 29/2011 – Parto a domicilio e in Casa di Maternità
- DCA 152/2014
- DCA 395 del 23/12/2016
- Linee Guida per l'assistenza a partorienti sane e neonati e per la scelta del setting del parto – Evidence Best Practice - Maggio 2015
- DECRETO 13 ottobre 2016 . Disposizioni per l'avvio dello screening neonatale per la diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie. Gazzetta Ufficiale **Anno 157° - Numero 267**

Diffusione : Rete consultori, U.O. ostetricia e ginecologia, Farmacia, direzione amministrativa direzione sanitaria polo ospedaliero U.O. Pediatria

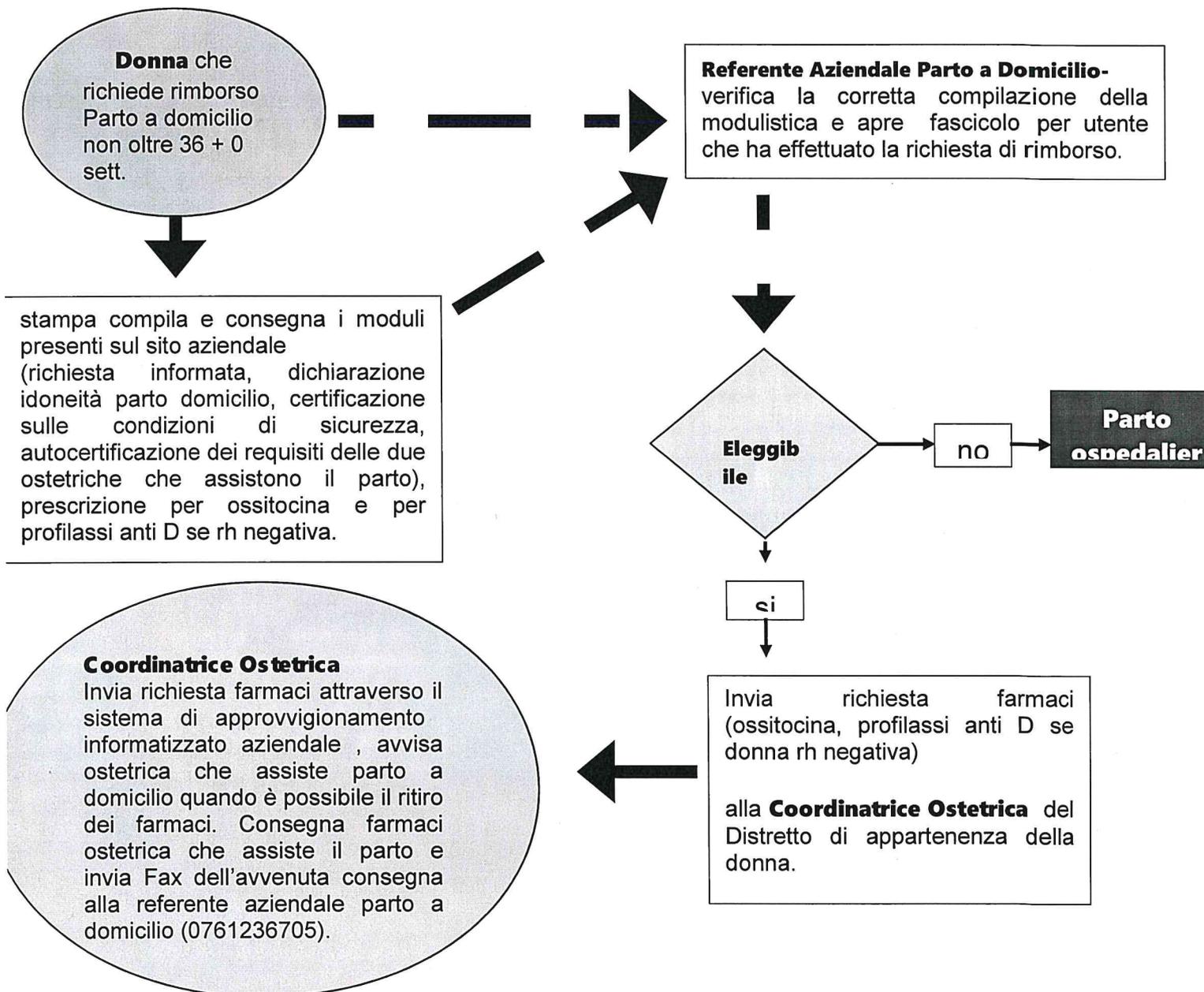
Terminologia e Abbreviazioni : SSR-Servizio Sanitario Regionale STEN: servizio Trasporto Emergenza Neonatale SNE – Screening Neonatale Estesio

La revisione della procedura è a cura della Responsabile Area Ostetrica GOPS Antonella Ambrosini ogni 2 anni

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica

Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 4 di pag 21
---	-----------------	---------------------	------------------

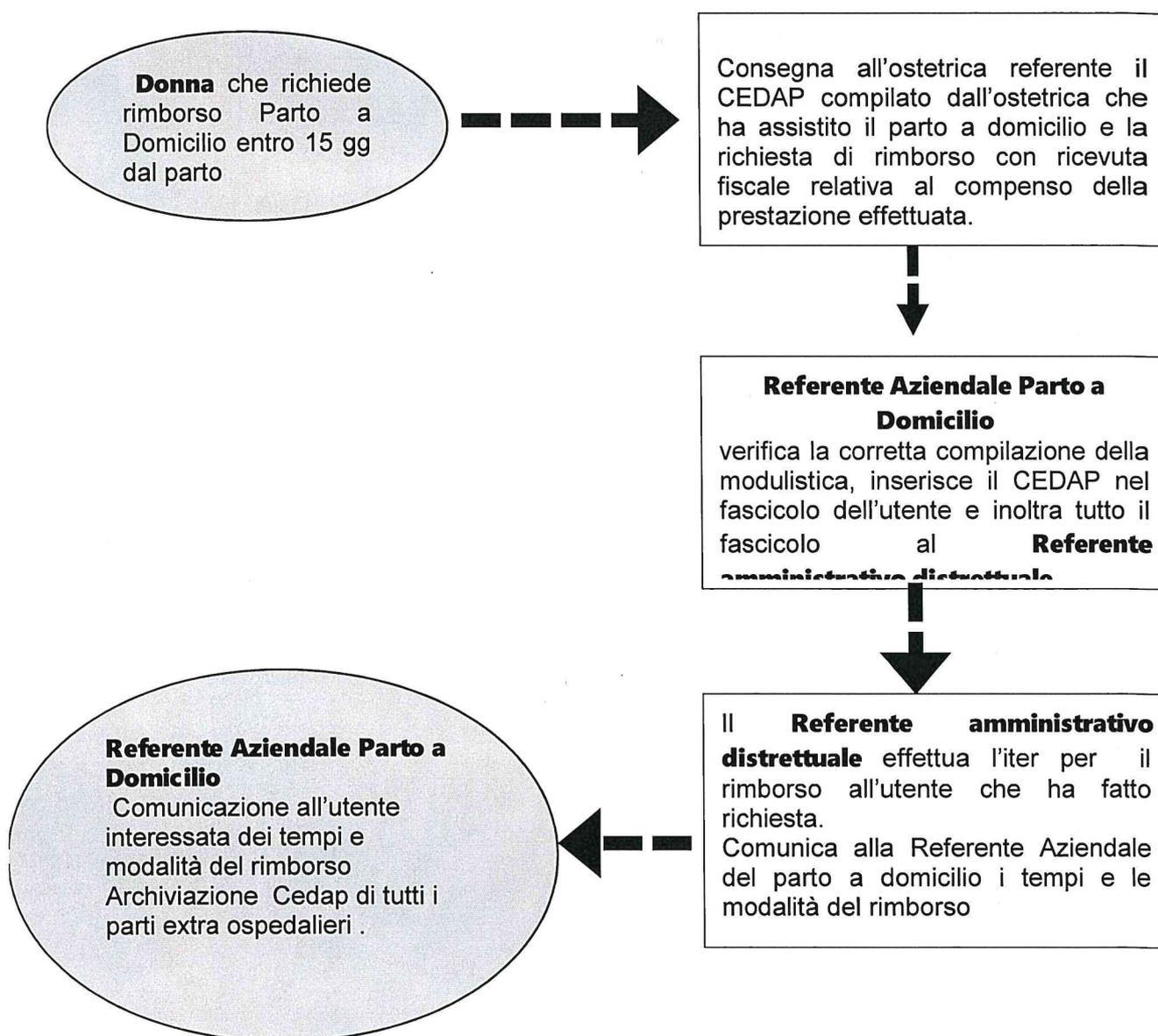
Iter procedurale richiesta rimborso Parto a Domicilio prima del parto



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica

Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 5 di pag 21
---	-----------------	---------------------	------------------

Iter procedurale richiesta rimborso parto a domicilio dopo il parto



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica



Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 6 di pag 21
---	-----------------	---------------------	------------------

Analisi del processo

CRITERI DI ELEGGIBILITA' PER LA DONNA CHE SCEGLIE IL PARTO A DOMICILIO O IN CASA MATERNITA' PRIVATA:

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

REQUISITI PROFESSIONALI DELLE OSTETRICHE CHE ASSISTONO AL PARTO A DOMICILIO O IN CASA MATERNITA' PRIVATA:

L'assistenza al travaglio e parto a domicilio deve essere fornita da due ostetriche regolarmente iscritte all'Albo.

La "prima" ostetrica, negli ultimi 5 anni deve aver effettuato almeno 20 parti in ambito extraospedaliero e/o deve aver maturato una esperienza di assistenza al parto in autonomia presso una sala parto di struttura ospedaliera pubblica/privata.

La "seconda" ostetrica deve possedere una esperienza di affiancamento di assistenza al parto extraospedaliero e/o di volontariato o stage di addestramento post_laurea triennale acquisito presso sale parto di struttura ospedaliera accreditata SSR.

Entrambe le ostetriche devono essere in possesso di certificazione su:

- Corso di PBLIS-D (rianimazione neonatale e pediatrica) e BLS-D (adulto)
- Training formativo obbligatorio sulla rianimazione (ogni 2 anni)
- Assistenza al travaglio e parto a basso rischio attraverso la frequenza a percorsi formativi, sulla base dei criteri stabiliti dalla componente commissione ECM, nell'ambito degli obiettivi nazionali e regionali specifici
- Corso ECM sulle emergenze/urgenze ostetriche in travaglio e parto a domicilio o in sala parto negli ultimi 5 anni anche frequentato all'estero

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica



Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 7 di pag 21
---	-----------------	---------------------	------------------

La ASL effettuerà almeno 2 verifiche a campione nell'arco di dodici mesi.

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

L'ostetrica che pianifica l'Assistenza al parto a domicilio applica le indicazioni del " Protocollo clinico assistenziale per la gestione della gravidanza, travaglio, parto a basso rischio e puerperio e del protocollo assistenziale per il parto a domicilio" del DCA 395 del 23/12/2016

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

In caso di necessità, la donna e/o il neonato devono essere trasferiti presso la struttura accreditata con il SSR precedentemente individuata.

L'ostetrica preavvisa telefonicamente la struttura di riferimento dell'arrivo in ospedale. L'assistenza è affidata al personale della U.O ostetrica e/o neonatologica che garantisce all'ostetrica la possibilità di restare accanto alla donna dal ricovero alla dimissione.

L'ostetrica deve fornire alla struttura ospedaliera la documentazione scritta relativa al motivo del trasferimento e agli antecedenti clinici, ivi compresa la descrizione degli atti assistenziali eseguiti ed allega l'apposito modulo di trasferimento compilato (Moduli 4 e 5)

ISTRUZIONE OPERATIVA n° 1 : ATTIVAZIONE TRASPORTO IN URGENZA/EMERGENZA

Condotta assistenziale:

- Attuare le procedure di rianimazione secondo le modalità BLS per mamma e rianimazione neonatale per il neonato, fino all'arrivo dell'equipe di emergenza
- Avvisare il 112 e/o STEN per invio di ambulanza con medico a bordo

Nell'evenienza di una **emorragia materna**:

Identificare, se possibile, la causa: lacerazione vagino-perineale, lacerazione collo dell'utero, emorragia uterina

- Attuare manovre di tamponamento per arrestare o limitare le perdite se opportuno in base alla causa individuata
- Incanulare una vena
- Verificare che la vescica sia vuota
- Massaggiare l'utero qualora non sia contratto con modesta trazione sul funicolo se secondamento non ancora avvenuto e perdita ematica superiore a 500cc
- Somministrare ossitocina fino ad un massimo di 30 unità se perdita ematica superiore a 500 cc e secondamento avvenuto

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica

Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 8 di pag 21
---	-----------------	---------------------	------------------

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

ITER PROCEDURALE PR LA RICHIESTA DI RIMBORSO

Il rimborso è vincolato alla presentazione di alcuni documenti assistenziali che certificano il rispetto del protocollo regionale.

Attore	Azione
Donna richiedente rimborso delegato	entro e non oltre la 36+0 settimana di gravidanza previo appuntamento presenta la modulistica prevista in Allegato 4 al Referente aziendale per il parto a domicilio Ostetrica Graziella Ceccarelli, Email: graziella.ceccarelli@asl.vt.it Antonella Ambrosini. antonella.ambrosini@asl.vt.it Telefono: 0761 236725 Indirizzo: Cittadella della Salute 6° piano, via E. Fermi, n. 15 01100 Viterbo.
Idem	Richiesta informata, a cura della donna (modulo1) Dichiarazione di idoneità al parto domiciliare, a cura dell'ostetrica (modulo2) Certificazione sulle condizioni di sicurezza, a cura dell'ostetrica e della donna (modulo 3) Autocertificazione ai sensi del DPR 445/00, art. 46,47 e 76 dei requisiti professionali delle due ostetriche che assistono il parto a domicilio, su cui la ASL può effettuare verifiche a campione Prescrizione ossitocina – Sintocynon 1 scatola (prescritta dall'ostetrica o dal medico curante o dal ginecologo) Prescrizione profilassi anti D (se madre Rh negativa)
Referente Aziendale parto a domicilio	invia richiesta farmaci (ossitocina, profilassi anti D se donna Rh negativa) alla Coordinatrice Ostetrica del Distretto di appartenenza della donna.
Coordinatrice e Ostetrica Distretto	invia richiesta farmaci attraverso il sistema sistema di approvvigionamento informatizzato aziendale, avvisa ostetrica che assiste parto a domicilio quando è possibile il ritiro dei farmaci e invia Fax dell'avvenuta consegna alla referente aziendale parto a domicilio (0761236705).
Ostetrica che assiste il parto a domicilio	<i>Raccolta, invio e conservazione dello spot ematico</i> Lo <i>spot</i> ematico è raccolto, previa idonea informativa e acquisizione del consenso informato (Mod. 8) fra le 48 e le 72 ore di vita del neonato dal professionista che ha assistito al parto, che provvede all'immediata consegna dello <i>spot</i> ematico all'U.O. di pediatria - TIN . Il cartoncino contenente lo spot ematico, firmato dal professionista che ha assistito al parto deve contenere, oltre ai dati identificativi del nato anche i dati anamnestici e clinici rilevanti per la condizione clinica del nato, quali peso ed età gestazionale del nato, trattamenti e alimentazione del neonato e della madre, le eventuali trasfusioni, le condizioni cliniche particolari, le modalità del parto nonché i riferimenti necessari (telefoni di ambedue i genitori) per consentire una rapida reperibilità del nato, in caso di richiamo, e una corretta interpretazione dei risultati analitici.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica



Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 9 di pag 21
---	-----------------	---------------------	------------------

Coordinatrice e infermieristica a TIN	Allestisce registro firme di avvenuta consegna degli Spot ematici e li invia al laboratorio per lo <i>screening</i> neonatale, tramite un servizio di trasporto dedicato che assicuri la consegna dei campioni entro 24/48 ore dal prelievo e, comunque, solo in casi eccezionali, non oltre le 72 ore.
la donna suo delegato	Entro 15 giorni dal parto deve presentare CedAP compilato dall'ostetrica Richiesta di rimborso con ricevuta fiscale relativa al compenso della prestazione effettuata (modulo 6). Per il rimborso si fa riferimento alla tariffa stabilita dal DCA 152/2014 a carico del SSR. La Regione Lazio rimborsa per il parto a domicilio Euro 800,00.
La referente ostetrica aziendale	Verifica la modulistica consegnata dalla donna Verifica la consegna all'ostetrica che assiste il parto dei farmaci per la profilassi anti D, se madre Rh negativa, e dell'ossitocina Inserisce il CedAP nel fascicolo dell'utente che ha effettuato la richiesta di rimborso di parto a domicilio Inoltra la modulistica per il rimborso al referente amministrativo del Distretto di appartenenza della donna, che avverrà attraverso determina del servizio (Distretto di appartenenza). Verifica i tempi e le modalità di rimborso, dandone comunicazione all'utente interessata.

FLUSSO INFORMATIVO DEI CedAP E SISTEMA DI MONITORAGGIO

La referente ostetrica aziendale per il parto a domicilio invia semestralmente alla Direzione Salute e Politiche Sociali (indirizzo email partixtraospedalieri@regione.lazio.it) una copia anonimizzata di tutti i CedAP riferiti ai parti extraospedalieri, specificando se avvenuti con o senza rimborso.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica



Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 10 di pag 21
---	-----------------	---------------------	-------------------

Allegati

Modulistica per la donna e per le ostetriche

MODULO 1 richiesta informata assistenza al parto a domicilio o in casa maternità'

MODULO 2 dichiarazione di idoneità al parto a domicilio

MODULO 3 autocertificazione – modalità assistenziali

MODULO 4 (a cura della "prima" OSTETRICA) autocertificazione

MODULO 5 (a cura della "seconda" OSTETRICA) autocertificazione

MODULO 6 scheda di trasferimento della donna in ospedale

MODULO 7 scheda di trasferimento del neonato in ospedale

MODULO 8 domanda di rimborso

MODULO 9 Consenso informato SNE

Modulistica per il referente aziendale

MODULO 10 check list per documentazione

MODULO 11 apertura fascicolo

MODULO 12 ricevuta 1

MODULO 13 ricevuta 2

Modulistica per il referente amministrativo del Distretto

MODULO 14 RIMBORSO PER PARTO A DOMICILIO AI SENSI DEL DCA n. U00395/2016 Regione Lazio

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica



Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 11 di pag 21
---	-----------------	---------------------	-------------------

MODULO 1 (a cura della donna)**RICHIESTA INFORMATATA ASSISTENZA AL PARTO A DOMICILIO O IN CASA MATERNITA'**

La sottoscritta _____

Residente in _____

ASL di appartenenza _____

Domiciliata in _____

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

Dichiara di essere stata esaurientemente informata dall'ostetrica _____

sulla:

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

di avere perfettamente compreso quanto riferitoLe dalla stessa, di avere avuto il tempo di porle domande e di avere potuto ripetere con proprie parole quanto comunicatoLe.

DATA _____

Firma _____

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica



Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 12 di pag 21
---	-----------------	---------------------	-------------------

MODULO 2 (a cura dell'OSTETRICA)**DICHIARAZIONE DI IDONEITA' AL PARTO A DOMICILIO**

L'ostetrica _____ Tel. _____

Iscritta al Collegio provinciale di _____ N. Albo _____

Attesta che la Sig.ra _____

Residente a _____ in via _____

Risulta attualmente alla _____ settimana di gestazione con EPP _____

Sulla base delle valutazioni clinico-laboratoristiche, da cui emerge che la gravidanza è decorsa fisiologicamente, dichiara che :

- attualmente la Signora è idonea al parto a domicilio
- l'abitazione dove verrà assistita al parto presenta condizioni generali igieniche e ambientali idonee
- l'abitazione è posta ad una distanza non superiore ai 30 minuti da un Presidio ospedaliero accreditato SSR con UO ostetricia/neonatologia.
- che in caso di emergenza il domicilio è situato a 30 minuti (quale tempo massimo) per il raggiungimento dell' Ospedale di _____
- il domicilio è in possesso dei requisiti minimi complessivi atti a garantire le necessarie condizioni di salubrità e di assistenza all'evento parto.

DATA _____

Firma

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica

Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 13 di pag 21
---	-----------------	---------------------	-------------------

MODULO 3 (a cura dell'OSTETRICA e della DONNA)

AUTOCERTIFICAZIONE – MODALITA' ASSISTENZIALI

- L'ostetrica _____ dichiara di pianificare l'assistenza applicando le indicazioni del **PROTOCOLLO CLINICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLA GRAVIDANZA, TRAVAGLIO, PARTO A BASSO RISCHIO E PUERPERIO E DEL PROTOCOLLO ASSISTENZIALE PER IL PARTO A DOMICILIO (DCA 395/2016)**
- In accordo con la Signora _____ per un eventuale trasferimento in _____
urgenza, ha individuato l'ospedale di _____
- Per eventuali urgenze/emergenze, il trasferimento avverrà con mezzo proprio, o tramite 112 o lo STEN, che individuerà l'ospedale del trasferimento secondo le proprie procedure
- Il pediatra che si è reso disponibile ad effettuare a domicilio, la prima visita al neonato entro le prime 24 ore di vita è il Dr. _____
- L'ostetrica ha individuato la seconda ostetrica che sarà presente al momento del parto _____ iscritta al Collegio provinciale delle ostetriche di _____ N. Albo _____
- L'ostetrica propone una terza ostetrica _____ iscritta al Collegio provinciale delle ostetriche di _____ N. Albo _____
- La Signora _____ provvederà ad effettuare la prima scelta del pediatra di famiglia presso la propria ASL di residenza.

DATA _____

Firma Ostetrica _____

Firma Signora _____

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica

Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 14 di pag 21
---	-----------------	---------------------	-------------------

MODULO 4 (a cura della "prima" OSTETRICA)**AUTOCERTIFICAZIONE**

(art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____ via _____

DICHIARO

sotto la mia personale responsabilità, di:

- Essere iscritta al collegio provinciale delle ostetriche di _____ n. Albo _____
- Aver effettuato, negli ultimi 5 anni, almeno 20 parti in ambito extraospedaliero e/o di aver maturato una esperienza di assistenza al parto in autonomia presso una sala parto di struttura ospedaliera pubblica/privata
- Essere in possesso di certificazione su Corso PBLIS-D (rianimazione neonatale e pediatrica) e BLS-D (adulto) effettuato in data _____
- Essere in possesso di certificazione su Training formativo obbligatorio sulla rianimazione effettuato in data _____
- Essere in possesso di certificazione su Assistenza al travaglio e parto a basso rischio attraverso la frequenza a percorsi formativi, sulla base dei criteri stabiliti dalla componente commissione ECM, nell'ambito degli obiettivi nazionali e regionali specifici effettuato in data _____
- Essere in possesso di certificazione su Corso ECM sulle emergenze/urgenze ostetriche in travaglio e parto a domicilio o in sala parto anche frequentato all'estero effettuato in data _____

Sono consapevole che ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione precedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

Sono a conoscenza che la mancata accettazione della presente dichiarazione, quando le norme di legge o di regolamento ne consentono la presentazione, costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

Ai sensi della legge 196/2003, i dati personali forniti dal sottoscritto dovranno essere trattati, dall'ente al quale la presente dichiarazione viene prodotta, per le finalità connesse all'erogazione del servizio o della prestazione per cui la dichiarazione stessa viene resa e per gli eventuali successivi adempimenti di competenza. Mi riservo la facoltà di esercitare in qualunque momento i diritti di cui alla legge stessa.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica



Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 15 di pag 21
---	-----------------	---------------------	-------------------

MODULO 5 (a cura della "seconda" OSTETRICA)**AUTOCERTIFICAZIONE**

(art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____ via _____

DICHIARO

sotto la mia personale responsabilità, di:

- Essere iscritta al collegio provinciale delle ostetriche di _____ n. Albo _____
- Possedere una esperienza di affiancamento di assistenza al parto extraospedaliero e/o di volontariato o stage di addestramento post_laurea triennale acquisito presso sale parto di struttura ospedaliera accreditata SSR.
- Essere in possesso di certificazione su Corso PBLIS-D (rianimazione neonatale e pediatrica) e BLS-D (adulto) effettuato in data _____
- Essere in possesso di certificazione su Training formativo obbligatorio sulla rianimazione effettuato in data _____
- Essere in possesso di certificazione su Assistenza al travaglio e parto a basso rischio attraverso la frequenza a percorsi formativi, sulla base dei criteri stabiliti dalla componente commissione ECM, nell'ambito degli obiettivi nazionali e regionali specifici effettuato in data _____
- Essere in possesso di certificazione su Corso ECM sulle emergenze/urgenze ostetriche in travaglio e parto a domicilio o in sala parto anche frequentato all'estero effettuato in data _____

Sono consapevole che ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione procedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

Sono a conoscenza che la mancata accettazione della presente dichiarazione, quando le norme di legge o di regolamento ne consentono la presentazione, costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

Ai sensi della legge 196/2003, i dati personali forniti dal sottoscritto dovranno essere trattati, dall'ente al quale la presente dichiarazione viene prodotta, per le finalità connesse all'erogazione del servizio o della prestazione per cui la dichiarazione stessa viene resa e per gli eventuali successivi adempimenti di competenza. Mi riservo la facoltà di esercitare in qualunque momento i diritti di cui alla legge stessa.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica



Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 16 di pag 21
---	-----------------	---------------------	-------------------

MODULO 6 (a cura dell'OSTETRICA)

SCHEDA DI TRASFERIMENTO DELLA DONNA IN OSPEDALE

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

- Cartella ostetrica
- Partogramma

Cognome _____ Nome _____

Nata il _____ a _____

Residente a _____ in Via _____

Comune _____

MOTIVO DEL TRASFERIMENTO

DATA _____ ORA _____

Firma dell'ostetrica _____

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica



Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 17 di pag 21
---	-----------------	---------------------	-------------------

MODULO 7 (a cura dell'OSTETRICA e del PEDIATRA)**SCHEDA DI TRASFERIMENTO DEL NEONATO IN OSPEDALE**

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

- Cartella ostetrica
- Partogramma

NOME E COGNOME DEL NEONATO _____

NATO IL _____ ALLE ORE _____ SESSO _____ PESO _____

NATO DA (nome e cognome della madre) _____

E DA (nome e cognome del padre) _____

RESIDENTI A _____ IN VIA _____

Comune di _____

MOTIVO DEL TRASFERIMENTO

DATA _____ ORA _____

Firma dell'ostetrica _____

Firma del Pediatra _____

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica



Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 18 di pag 21
---	-----------------	---------------------	-------------------

MODULO 8

REGIONE LAZIO

Azienda Sanitaria Locale Viterbo

Consenso informato per l'esecuzione dello Screening Neonatale Esteso per le malattie metaboliche ereditarie

Lo screening neonatale obbligatorio attualmente già eseguito su tutto il territorio italiano per la diagnosi dell'ipotiroidismo congenito, la fibrosi cistica e la fenilchetonuria è stato implementato attraverso l'introduzione dello Screening Neonatale Esteso (SNE), uno screening neonatale aggiuntivo per alcune malattie metaboliche ereditarie diagnosticabili tramite l'analisi dello stesso spot di sangue del neonato già raccolto per lo screening neonatale obbligatorio. La diagnosi precoce di queste malattie è molto importante, perché consente di iniziare tempestivamente terapie e diete specifiche, prima che possano causare danni all'organismo del neonato affetto.

Lo screening neonatale esteso viene effettuato attraverso il prelievo di poche gocce di sangue ottenute dal tallone del bambino durante la degenza nel punto nascita tra le 48 e le 72 ore, procedura già utilizzata per lo screening obbligatorio. In caso di risultato "dubbio", sarete contattati e il test verrà ripetuto su un nuovo campione di sangue.

Si chiede di compilare e firmare l'autorizzazione acclusa, consapevoli che tutte le informazioni di cui verremo in possesso saranno trattate nel pieno rispetto della normativa vigente (D.lgs. n. 196/2003 e s.m.i.).

Il sottoscritto.....

nato a.....il.....

residente a..... in Via..... Tel.....

La sottoscritta.....

nata a.....il.....

residente a..... in Via..... Tel.....

genitori/tutore legale (cancellare la voce che non interessa) del minore.....

nato/a a.....il.....

debitamente informati da.....sulle caratteristiche delle malattie che

verranno analizzate (frequenza, gravità, sequele), sui benefici e rischi dello screening neonatale esteso,

consapevoli che la suddetta indagine rappresenta solo un'analisi preliminare a ulteriori ed eventuali

approfondimenti diagnostici.

DICHIARA

di avere ricevuto e compreso le informazioni fornite relative allo screening neonatale obbligatorio ed allo screening neonatale esteso;

di autorizzare/non autorizzare (cancellare la voce che non interessa) il Laboratorio di screening ad eseguire lo screening neonatale esteso sullo spot ematico del minore;

di autorizzare/non autorizzare (cancellare la voce che non interessa) il trattamento dei dati personali e anamnestici per le finalità dello SNE.

di volere/non volere conoscere (cancellare la voce che non interessa) i risultati dello SNE, ivi comprese eventuali notizie inattese conosciute per effetto della diagnostica differenziale;

di autorizzare/non autorizzare (cancellare la voce che non interessa) la conservazione prolungata dello spot ematico del minore (2 anni)

Luogo e Data

Firma padre del minore

Firma madre del minore

Firma tutore legale

Firma e timbro del Medico/Ostetrica

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica



Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 19 di pag 21
---	-----------------	---------------------	-------------------

MODULO 9 (a cura dell'OSTETRICA e della DONNA)

DOMANDA DI RIMBORSO

A cura della donna

La sottoscritta _____ nata a _____
 il _____ residente a _____ CF _____
 tel. _____
 presenta n. _____ fatture relative alle prestazioni ricevute dai seguenti professionisti:

Rimborso da effettuare sul conto corrente bancario/postale n°..... intestato
 a.....;
 Banca.....;
 Agenzia.....;
 Città:.....;
 Codice IBAN.....;

DATA _____ FIRMA _____

A cura dell'ostetrica

Dichiaro:

- di aver assistito al parto, insieme alla seconda ostetrica _____ la
 Sig.ra _____ in data _____ presso il suo
 ≡ domicilio ≡ Casa Maternità sito/a in _____
- Di aver visitato la puerpera ed il neonato nelle seguenti date: _____
- Che il neonato _____ ha effettuato visita pediatrica
 dopo la nascita in data _____ da parte del/della Dr./Dr.ssa

Firma _____

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica



Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 20 di pag 21
---	-----------------	---------------------	-------------------

MODULO 10 (Ostetrica referente)**Check list per la verifica della documentazione**

n°	Titolo del documento allegato alla richiesta di rimborso	C	NC	A
1	Richiesta informata assistenza parto a domicilio o in casa maternità, a firma della donna			
2	Dichiarazione di idoneità al parto a domicilio a firma dell'Ostetrica			
3	Autocertificazione – Modalità Assistenziali a firma della Donna e dell'Ostetrica			
4	Scheda di trasferimento della Donna in ospedale a firma dell'Ostetrica			
5	Scheda di trasferimento del neonato in ospedale a firma dell'Ostetrica e del Pediatra			
6	Domanda di rimborso a firma della Donna e dell'Ostetrica			
7	Autocertificazione requisiti professionali I° Ostetrica			
8	Autocertificazione requisiti professionali II° Ostetrica			
9	Fattura di avvenuta prestazione			
10	CEDAP a firma dell' Ostetrica			

C= conforme NC= Non conforme A = assente

Firma del referente aziendale parto a domicilio _____

La check list va inviata al referente amministrativo del Distretto competente

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica



Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 21 di pag 21
---	-----------------	---------------------	-------------------

MODULO 11**Fascicolo Richiesta di rimborso parto a domicilio**

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo _____

Residenza _____ Via _____

Tel. _____ email _____

Gruppo sanguigno _____ U.M. _____

Luogo scelto per il parto _____

1° ostetrica _____

2° ostetrica _____

Ritiro farmaci Distretto _____ Data _____

Data del parto _____ Luogo _____

Nome del Bambino _____

Immunoprofilassi	Si	No
Screening metabolico	Si	No

Apertura fascicolo _____

Protocollo e invio al Referente Amministrativo Dis. _____

Chiusura fascicolo _____

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura	Interno ASL VT	GOPS Area Ostetrica

MODULO 12

Ricevuta di consegna documenti per il rimborso del parto a domicilio

La sottoscritta _____, ha ricevuto in data odierna la documentazione per l'avvio della procedura di rimborso del parto a domicilio Del. n.1020 del22/6/2017 dalla Sig.ra

Documenti consegnati:

Richiesta informata
Dichiarazione di idoneità
Autocertificazione modalità assistenziali
Autocertificazione dei requisiti della prima ostetrica
Autocertificazione dei requisiti della seconda ostetrica
prescrizione ossitocina
prescrizione profilassi anti D

Viterbo, _____

Referente aziendale per il parto a domicilio



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
VITERBO



REGIONE
LAZIO

MODULO 13

Ricevuta di consegna documenti per il rimborso del parto a domicilio

La sottoscritta _____ ha ricevuto in data odierna la documentazione per la procedura di rimborso del parto a domicilio Del. n.1020 del22/6/2017 dalla Sig.ra o suo delegato

Documenti consegnati entro 15 giorni dal parto

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

Viterbo, _____

Referente aziendale per il parto a domicilio

Firma della donna o suo delegato



MODULO 14

RIMBORSO PER PARTO A DOMICILIO AI SENSI DEL DCA n. U00395/2016 Regione Lazio

E,p.c.

Al Direttore del Bilancio della ASL VT

Il referente amministrativo del Distretto ⇐ **A** ⇐ **B** ⇐ **C**

Preso visione della documentazione presentata dalla referente aziendale per il parto a domicilio

Dr.ssa _____ consistente in :

⇐ Check list documentazione prevista verificata in data _____, valutata conforme alle norme previste e controfirmata dalla stessa

⇐ Fattura di avvenuta prestazione libero-professionale

AUTORIZZA il rimborso tariffario previsto di euro 800,00 (omnicomprensivi) a mezzo determina specifica

Data

Il Referente Amministrativo del Distretto

Il Direttore del Distretto