

Delibera di Giunta Regionale n. 10 del 8 gennaio 1999

CRITERI E MODALITA' ATTUATIVE PER IL PARTO IN AMBIENTE EXTRA-OSPEDALIERO: DIRETTIVA ALLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA IN APPLICAZIONE DELL'ART. 3, COMMA 2, DELLA L.R. N.26 DEL 11-8-98.

Prot. n. (OSP/98/51704)

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Vista la L.R. n. 26 dell'11 agosto 1998 "Norme per il parto nelle strutture ospedaliere, nelle case di maternità e a domicilio";

Vista la L.R. n. 27 del 14 agosto 1989 "Norme concernenti la realizzazione di politiche di sostegno alle scelte di procreazione ed agli impegni di cura verso i figli", in particolare quanto previsto dagli artt. 6, 7, 8 e 9;

Considerato che la citata L.R. n. 26 dell'11 agosto 1998 prevede:

- che la Giunta Regionale definisca con apposita direttiva criteri e modalità attuative del percorso nascita e dell'evento parto (art. 3, comma 2);
- che sulla base di tale direttiva le Aziende Sanitarie sono impegnate ad attivare percorsi organizzativi ed amministrativi per garantire su tutto il territorio regionale l'assistenza alle gestanti che richiedono di partorire a domicilio o in case di maternità;
- l'istituzione, presso l'Assessorato alla Sanità, di una Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita con il compito di assistere la Giunta nel perseguimento delle finalità della presente legge e di quanto già previsto agli artt. 6, 7, 8 e 9 della L.R. n. 27 del 1989, definendone gli aspetti di particolare interesse (art. 10);

Tenuto conto che le disposizioni della citata L.R. n. 26 dell'11 agosto 1998 riguardano sia aspetti innovativi sulle modalità di assistenza al parto, come il parto a domicilio (artt. 4 e 5) e nelle case di maternità, (art. 6) sia la necessità di revisione delle modalità di assistenza ed umanizzazione per il parto nelle strutture ospedaliere della Regione Emilia-Romagna (art. 7) con particolare riguardo alle contestuali e conseguenti iniziative di formazione, qualificazione ed aggiornamento (art. 8);

Dato atto del parere favorevole espresso in merito alla regolarità tecnica della presente deliberazione, della Dott.ssa Maria Lazzarato, Responsabile del Servizio Distretti Sanitari, e sostituto del Responsabile del Servizio Presidi Ospedalieri, ai sensi dell'art. 4 - sesto comma, della L.R. 19.11.1992, n. 41 e della deliberazione della Giunta regionale n. 2541/95;

DGR n. 10 del 18 gennaio 1999

Dato atto del parere favorevole espresso dal Direttore Generale "Sanità" Dott. Francesco Taroni, in merito alla legittimità del presente atto, ai sensi dell'art. 4 - sesto comma, della L.R. 19.11.1992, n. 41, e della sopracitata deliberazione;
Su proposta dell'Assessore alla Sanità;
A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

- a) di approvare la direttiva "Criteri e modalità attuative per il parto in ambiente extra-ospedaliero. Direttiva alle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna, in applicazione dell'art. 3, comma 2 della L.R. n. 26 dell'11 agosto 1998", allegata alla presente delibera, di cui costituisce parte integrante;
- b) di rimandare a successivo atto, ulteriori indirizzi alle Aziende per gli aspetti di miglioramento dell'assistenza al percorso nascita ed umanizzazione del parto in strutture ospedaliere, sulla base delle proposte che saranno formulate dalla Commissione, di cui all'art. 10 della L.R. 26 dell'11 agosto 1998.

- -

CRITERI E MODALITA' ATTUATIVE PER IL PARTO IN AMBIENTE EXTRA-OSPEDALIERO: DIRETTIVA ALLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA, IN APPLICAZIONE DELL'ART. 3, COMMA 2 DELLA L.R. n. 26 DELL'11 AGOSTO 1998

Premessa

L'assistenza al percorso nascita rappresenta un impegno importante per la politica e la programmazione sanitaria, non solo perché il parto è fra le cause di ricovero più frequente, ma anche per tutto l'indotto di prestazioni assistenziali intra ed extra-ospedaliere.

Molte sono le considerazioni che suggeriscono di rivisitare le attuali politiche regionali riguardanti la nascita, dall'aumento delle nascite nell'ultimo biennio (dovuto in massima parte alle nuove immigrazioni), alla necessità di riconsiderare gli aspetti di umanizzazione e demedicalizzazione del parto in ambiente ospedaliero, dalla richiesta di assistenza al parto in ambiente extra-ospedaliero con Parto a Domicilio ed in Case di Maternità, (dove, pur recuperando gli aspetti tradizionali ed umanizzanti, deve comunque essere mantenuto il livello di sicurezza per la madre ed il bambino raggiunto negli ultimi decenni), alla dimissione precoce della madre e del bambino (per cui devono essere ben chiariti i collegamenti con le strutture territoriali), fino alla definizione dei livelli specialistici di assistenza al parto, compresi i problemi connessi al trasporto in emergenza.

Obiettivi

Per la rivisitazione del percorso nascita, fisiologico e non, nella sua globalità, intra- ed extra-ospedaliera la recente L.R. n. 26/1998 "Norme per il parto nelle strutture ospedaliere, nelle case di maternità e a domicilio" prevede l'istituzione di una apposita Commissione consultiva tecnico-scientifica, che sarà competente a proporre alla Giunta regionale l'adozione di strumenti idonei a perseguire il miglioramento dell'assistenza e l'umanizzazione nel percorso nascita.

Dato il globale impegno per le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna a riconsiderare ed attuare progetti di umanizzazione, demedicalizzazione, accoglienza, informazione e tutela, ricerca della appropriatezza clinica e gestionale per il parto in ambiente intra- ed extra-ospedaliero, secondo quanto già previsto dalla L.R. 27/89, richiamato anche nella L.R. 26/98, obiettivo della presente direttiva, in ottemperanza agli artt. 4,5 e 6 della citata Legge Regionale, è quello di fornire alle Aziende Sanitarie criteri ed indirizzi tesi ad uniformare le modalità operative per quanto attiene gli impegni delle Aziende in merito al parto in ambiente extra-ospedaliero, sia esso a domicilio o in Case di Maternità.

Il Parto in ambiente extraospedaliero

Il Parto a Domicilio e la Casa di Maternità rappresentano due possibili soluzioni offerte alla richiesta di demedicalizzazione ed umanizzazione del parto, secondo le raccomandazioni dell'O.M.S., nei casi di gravidanze "a basso rischio", definite sulla base di criteri universalmente condivisi del Protocollo di Kloostermann, ormai ritenuto di routine fra gli esperti del settore.

La necessità di offrire alla donna la scelta di partorire in ambiente extra-ospedaliero con una delle due modalità tiene altresì conto della possibilità che non tutte le donne, che desiderano fare questa scelta hanno un domicilio rispondente ai criteri di sicurezza contenuti nel protocollo (scale, servizi igienici, separatezza degli ambienti, distanza da struttura ospedaliera, etc.).

Parto a domicilio

Una revisione bibliografica sull'argomento (British Medical Journal, Novembre 1996) ha permesso di evidenziare che la meticolosa selezione delle donne a basso rischio di complicanze ostetriche, basato sul rigido protocollo Kloosterman, rende sicuro il parto a domicilio.

In Olanda, dove la tradizione del parto a domicilio è più radicata, in uno studio condotto fra il 1981 ed il 1994 non si è riscontrata alcuna differenza significativa nelle primipare fra il parto a casa ed in ospedale relativamente ai numerosi indicatori di risultato individuati, mentre nelle multipare il parto a casa ha dato risultati addirittura migliori, rivelandosi complessivamente una scelta sicura, almeno quanto quella di partorire in ospedale.

In uno studio condotto a Zurigo fra il 1989 ed il '92 si è riscontrata l'assenza di maggior rischio per le donne che decidono di partorire in casa e per i loro bambini. Infatti, pur avendo riscontrato nei parti a domicilio una minor necessità di interventi sanitari, non si sono evidenziate differenze nella durata del travaglio, nelle complicanze, né nelle condizioni di salute e vitalità del neonato. La conclusione degli Autori è che il parto a casa, benché in Svizzera sia richiesto da meno dell'1% delle donne, presenta il vantaggio di una minor medicalizzazione e maggiore comfort per la madre, a condizione che sia comunque disponibile un sistema di riferimenti specialistici adeguati e che in ospedale sia comunque rispettata la sua scelta originale, anche nel caso di necessità di ricovero.

Di questo dovrebbero essere ben informati i medici curanti delle donne (di medicina generale e specialisti). In una ricerca condotta in Inghilterra, ad esempio, a fronte del quasi 2% di donne che avevano chiesto di partorire a casa, si è calcolato che in condizioni di maggior informazione ed organizzazione

dell'offerta, circa il 10% delle donne intervistate avrebbe potuto essere interessata al parto a domicilio.

Nella definizione di un **progetto aziendale**, condizioni fondamentali per la sua riuscita e per la sicurezza della donna e del bambino sono:

I) selezione delle donne che richiedono di partorire a domicilio con individuazione delle gravidanze a rischio di complicanze ed il loro invio a centri di riferimento, secondo appositi accordi predefiniti in sede aziendale.

II) predisposizione di un'adeguata organizzazione per interventi ostetrici in condizioni di sicurezza (es. condizioni igienico-ambientali del domicilio, adeguata strumentazione per rilevamento battito fetale, etc.)

III) fornitura di adeguata assistenza anche nel periodo successivo al parto, per le necessità della puerpera e del bambino

IV) accordi preordinati con la definizione dei necessari collegamenti funzionali con le strutture ospedaliere e di emergenza individuate quale riferimento operativo, al fine di facilitare l'accessibilità all'ospedale in caso di complicazioni durante il travaglio.

Per quanto sopra esposto, è fondamentale la stesura di piani integrati di assistenza, basati sulle potenziali necessità del singolo caso, sulla valutazione dei rischi e della situazione logistica locale.

Casa di Maternità

La Casa di Maternità è un luogo, separato strutturalmente dall'ospedale, ma ad esso funzionalmente collegato ove si esplicano attività correlate alla gravidanza ed al parto non solo in senso strettamente sanitario, bensì anche di tipo sociale, culturale, relazionale (per "funzionalmente collegato" si può intendere la disponibilità di collegamenti e procedure concordate con una struttura ospedaliera in caso di emergenza od anche il coordinamento e l'integrazione delle attività ostetriche, attraverso la condivisione di risorse umane, etc.). Esperienze di questo tipo, già esistenti all'estero da molti anni (v. Canada, Olanda, Brasile, etc.) sono oggi presenti anche in Italia (Milano, Firenze, Lazio, etc.).

Il progetto - programma che le caratterizza nella maggior parte delle esperienze in atto può essere così sintetizzato:

- 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.
- Le Case della Maternità sono gestite da ostetriche e dotate di personale ausiliario. Sono garantiti collegamenti, consulenze e collaborazioni con équipes specialistiche e il rapido trasferimento nelle strutture ospedaliere in caso di necessità.

- La Casa della Maternità viene intesa come "programma completo d'assistenza" finalizzato alla selezione ed assistenza delle gravidanze a basso rischio. Il progetto si articola quindi in una serie di servizi offerti alle donne e alle coppie nel corso della gravidanza, al momento del parto e nel puerperio.

I servizi possono essere distinti in tre livelli d'intervento (il livello superiore ricomprende anche l'inferiore):

1° livello: fornisce alle donne e alla coppia l'accoglienza all'inizio della gravidanza, con colloqui informativi e illustrativi. Viene fatta la prima visita ostetrica e si valuta l'inserimento o meno dei soggetti come utenti della Casa di Maternità. Le donne e le coppie selezionate s'impegnano a seguire il calendario di monitoraggio della gravidanza per identificare elementi di rischio.

La selezione permette di identificare le gravidanze a basso rischio e quindi di assistere le nascite in una struttura non medicalizzata come la Casa della Maternità.

In questi servizi trovano spazio tutte le attività di preparazione alla nascita, le informazioni relative al parto, gravidanza, bambino e allattamento; possono quindi essere previsti locali per sala palestra, biblioteca e sala riunioni, stanza medica e stanza monitoraggio.

L'individuazione di gravidanze a rischio determina l'invio della donna nei centri specializzati di riferimento, similmente a quanto già descritto per il Parto a Domicilio.

2° livello: prevede l'assistenza alla gravidanza a termine, i controlli nei giorni che precedono il parto, l'assistenza al travaglio, al parto e ai primi giorni ad esso successivi identificando le strutture ospedaliere di riferimento alle quali rivolgersi in caso di complicanze.

3° livello: coordina il servizio d'assistenza domiciliare in puerperio per i dieci giorni successivi alla nascita in collaborazione con le strutture distrettuali.

Per i servizi di secondo e terzo livello sono previsti locali per stanze parto, servizi igienici, sala comune, cucina e stanze personale.

Le Case di Maternità possono essere organizzate in strutture già esistenti, purchè corrispondenti alle caratteristiche suddette.

Compiti delle Aziende sanitarie

Le Aziende sanitarie devono predisporre idonei strumenti informativi, organizzativi ed amministrativi per implementare questa innovativa competenza.

Le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna sono tenute a definire **appositi programmi** per favorire l'applicazione di quanto previsto dagli artt. 4,5,6 della LR 26/98, per quanto attiene l'erogazione delle prestazioni attinenti sia il Parto a Domicilio che in Casa di Maternità, avviando in via sperimentale progetti per assistere le donne che scelgono di partorire a domicilio e/o per la costituzione di Case di Maternità laddove,

per iniziativa di privati o delle stesse Aziende, anche con il supporto degli Enti Locali o del Privato Sociale, si voglia percorrere questa logica di umanizzazione e de-ospedalizzazione del parto fisiologico. A tale scopo si può prevedere l'impiego di personale dipendente dall'Azienda o in regime libero-professionale. Si può cioè prefigurare una prestazione simile all'"Assistenza Domiciliare" o alla "Ospedalizzazione domiciliare", a seconda della tipologia di personale impiegato e delle modalità di assistenza attuate: nel caso di ospedalizzazione domiciliare, l'equipe di progetto aziendale è composta da personale ospedaliero e la prestazione rientra fra le "attività ospedaliere" (con definizione di dotazione organica, costi, carichi di lavoro, etc.) pur potendo richiedere la definizione di specifici protocolli con le strutture territoriali per eventuali necessità di assistenza (es. nel puerperio) da parte di operatori dei distretti.

Nella definizione di tali programmi, collocabili nell'ambito delle attività istituzionali, le Aziende, trattandosi di un utilizzo volto alla erogazione di prestazioni sostitutive della sistematica ospedalizzazione della donna, possono prevedere forme di incentivazione economica per il personale interessato, secondo quanto già previsto dalla vigente normativa o in base a specifici progetti di sperimentabilità, validati dal livello regionale.

Inoltre, poiché fra gli obiettivi posti dalla LR 26/98 sono rappresentate la libera scelta e la continuità del riferimento personale per la gestante, le CdM devono essere in condizioni di favorire la possibilità per le donne, che partoriscono presso tali strutture, di essere assistite da personale ostetrico di propria fiducia, anche operante in regime di libera professione. I suddetti programmi andranno sottoposti all'attenzione della Commissione ex. art. 10 della LR 26/98, per favorire il monitoraggio regionale della applicazione della citata Legge ed anche, in caso di progetti per CdM, per ottenerne una valutazione obbligatoria in ordine alla loro coerenza con gli indirizzi e la programmazione regionale.

Le Aziende devono definire le modalità organizzative di garanzia della sicurezza della donna e del bambino da attuarsi in caso delle eventuali emergenze e prevedibili complicanze collegate all'espletamento del parto, assicurando i collegamenti fra il responsabile operativo del parto (ostetrica/o) e le strutture sanitarie interessate (118, pronto soccorso e unità di ostetricia, farmacie ospedaliere) sia per l'eventuale trasferimento della donna o del bambino in ambiente ospedaliero, sia per altre eventuali necessità (es. immunoglobuline anti-Rh, screening neonatale, esami laboratoristici, etc.).

Devono essere predisposti appositi protocolli per la descrizione dei diversi momenti e delle specifiche responsabilità connesse a situazioni di fisiologia o di evoluzione patologica dell'evento, che potranno riguardare strutture intra-aziendali o inter-

aziendali, in caso di insistenza di diverse aziende nello stesso territorio (es. Azienda Ospedaliera ed USL).

La logica che si vuole percorrere da parte della Regione Emilia Romagna è che il Parto a Domicilio o in Casa di Maternità è da ritenersi una prestazione sottoposta a sperimentazione tecnica ed organizzativa, in linea con le raccomandazioni dell'OMS e della letteratura internazionale corrente, nell'interesse della madre e del bambino, oltre che da verificare in termini economici di costo/qualità. Pertanto, data l'assenza di esperienze documentate nel territorio regionale è richiesta alle Aziende - e sarà all'attenzione della Commissione ex. art 10 LR 26/98 - anche una valutazione economica di verifica del rapporto costo/beneficio, anche nel confronto fra iniziative pubbliche (Aziende, Enti Locali) e private o di eventuali collaborazioni sperimentali. Per questo la Commissione istituita ai sensi dell'art. 10 della LR 26/98 predisporrà gli strumenti ritenuti idonei al monitoraggio sul territorio regionale di queste innovative modalità di assistenza al parto, poste a confronto con la tradizionale ospedalizzazione.

Procedure di Garanzia

Le opzioni che le Aziende sanitarie possono attuare in merito alle modalità economico-gestionali di espletamento del parto a domicilio o in Casa di Maternità devono tener conto dei seguenti indirizzi:

I - Presa in carico - Individuazione del responsabile del caso

La donna che decide di espletare il parto in ambiente extra-ospedaliero, assistita da un'ostetrica/o di fiducia, deve essere garantita rispetto alla sua scelta attraverso:

A) acquisizione del certificato di iscrizione all'albo della ostetrica/o.

B) certificato sullo stato di salute della gestante rilasciato alla donna dal medico curante (medico di base o ginecologo di fiducia), anche su richiesta dell'ostetrica/o, dal quale risulti l'esclusione di patologie non necessariamente correlate alla gravidanza.

C) dichiarazione di presa in carico della donna da parte dell'ostetrica/o o del medico ginecologo-ostetrico che si assume la responsabilità assistenziale del percorso fino al parto ed al puerperio. Il documento (su fac-simile predisposto dall'Azienda) deve attestare l'idoneità della donna al parto domiciliare o in Casa di Maternità, nell'ambito di gravidanza fisiologica, secondo predeterminati criteri di selezione.

Tale presa in carico comporta per l'ostetrica/o dichiarante l'impegno a:

a) assistere la donna ed il bambino, con periodici controlli dalla 38a settimana di gestazione al parto e nel puerperio (fino a 10 giorni dal parto), e secondo tutti gli obblighi previsti dalla normativa vigente (DPR n. 163 del 7/3/75, DM 740 del

14.9.94) quali, ad esempio, la consultazione del medico, quando ne riconosca l'opportunità (art. 3), richiedere il controllo del pediatra o comunque del medico nelle prime ore di vita per tutti i nati a domicilio (art.5), etc.

b) assicurare la necessaria azione di informazione alla gestante tramite predisposizione di lettera informativa su: nominativo e recapiti del responsabile del caso, del personale reperibile, etc. per assicurare la continuità dell'assistenza alla madre ed al bambino; protocollo seguito in merito a criteri di selezione/esclusione, modalità di assistenza alla donna ed al bambino (anche in caso di parto non fisiologico), persone e numeri telefonici di riferimento, rischi, opportunità, etc. Tale dichiarazione è da considerarsi essenziale per gli aspetti attinenti la informazione e la tutela della gestante.

c) aprire ed aggiornare una cartella clinica (su eventuale modello aziendale/regionale) ove deve essere registrato l'intero percorso assistenziale della donna e del bambino, oltre che coservata la documentazione sopra indicata. Tale cartella è da mantenere a domicilio della donna per tutta la durata della presa in carico e successivamente consegnata ad apposita struttura dell'Azienda.

d) compilare in modo completo i successivi documenti previsti dalla Legge (CEDAP, scheda ostetrica, cartella clinica) e dalle necessità informative aziendali e/o regionali (tale documentazione è anche essenziale al riconoscimento del diritto di rimborso alla donna).

e) eseguire lo screening neonatale con i dovuti tempi e modi, consegnando il cartoncino debitamente compilato ad apposita struttura, secondo le indicazioni aziendali.

II - Comunicazione all'Azienda

Entro l'ottavo mese di gravidanza la donna presenta formale comunicazione scritta (su fac-simile predisposto dall'Azienda) all'Azienda USL di residenza attestante la sua scelta di partorire a domicilio o in Casa di Maternità, corredando tale sua comunicazione con i seguenti documenti:

a) dichiarazione di presa in carico della donna dalla quale risultino assolti tutti gli impegni previsti al precedente punto I - presa in carico,

b) dichiarazione del consenso informato e libera scelta, sottoscritto obbligatoriamente dalla donna, con eventuale consenso del partner (su fac-simile predisposto dall'Azienda).

III - Presa d'atto dell'Azienda

Entro 15 giorni dalla comunicazione della donna, l'Azienda USL di residenza deve rilasciare alla donna comunicazione scritta che documenti:

a) la presa d'atto della scelta della donna di partorire a domicilio o in Casa di Maternità.

b) l'avvenuta informazione-comunicazione alla donna delle modalità organizzative ed operative tese a favorire questa scelta: nominativi delle persone e strutture di riferimento, orari di apertura dei servizi correlati, numeri telefonici utili, etc. nell'ottica di rassicurare la donna sull'attenzione dell'Azienda a tutelare la sua scelta di questa tipologia di parto.

c) l'avvio dell'iter amministrativo per il rimborso alla donna delle spese sostenute per il parto, attraverso la fornitura di idonea documentazione (es. fac-simile di domanda di rimborso, recapito della struttura cui presentare la richiesta di rimborso, nominativo del responsabile di procedimento, etc.)

La donna può comunque recedere in qualsiasi momento dalla scelta effettuata.

IV - Rimborso

Secondo quanto previsto dalla LR. 26/98, "l'Azienda USL eroga un rimborso pari all'80% della spesa documentata, per un importo massimo non superiore alla tariffa DRG regionale prevista per il parto fisiologico senza complicanze, in ospedale di fascia B".

La tariffa DRG cui la legge fa riferimento riguarda il DRG 373 (parto vaginale fisiologico) in regime di degenza ordinaria. La delibera di Giunta Regionale n. 1159/98 (successiva alla data di approvazione della Legge Regionale n. 26/98) prevede una tariffa massima di L. 600.000 (pari a 309,874 euro) per il "neonato sano" (DRG 391).

Considerata la minor intensità dell'assistenza dedicata a domicilio al neonato sano (in termini di personale, attrezzature, dotazione strutturale, etc.), il rimborso massimo da riconoscere alla donna, che sceglie di partorire a domicilio o in Casa di Maternità, assistite da ostetrica/o libero-professionista, con le modalità sopra descritte, è da calcolarsi come somma risultante dal DRG 373 in ospedale di fascia B e da 1/2 del DRG 391. Tale rimborso massimo si intende omnicomprensivo per l'assistenza ricevuta per l'espletamento del parto a domicilio e per tutte le ulteriori prestazioni offerte dall'ostetrica/o alla donna nel corso della gravidanza e fino al termine del puerperio.

Nel caso in cui durante il travaglio sopravvengano complicazioni che richiedano il ricovero della donna in ambiente ospedaliero o comunque, anche in situazione fisiologica, la donna decida di terminare il travaglio ed espletare il parto in ambiente ospedaliero, viene riconosciuto un rimborso forfettario, omnicomprensivo dell'80% delle spese sostenute fino a L. 400.000 (pari a 206,58 euro), alle donne che avevano precedentemente attuato le procedure di cui al paragrafo "I - Presa in Carico", che producano idonea documentazione; in questo caso, la causa che ha indotto la donna a partorire successivamente in ospedale deve ritenersi ininfluyente ai fini del rimborso. In caso di parto fisiologico, l'ostetrica "responsabile del caso" è tenuta

ad assicurare l'assistenza al puerperio dopo il ritorno a casa della donna, mantenendo gli impegni presi alla compilazione di tutta la documentazione di cui al punto I-a,c,d,e.

Le Aziende procederanno al rimborso con le attuali modalità alle donne che abbiano presentato comunicazione e richiesta di rimborso avendo espletato il parto a domicilio dopo la data di approvazione della Legge Regionale 26/98 (11 agosto 98), procedendo, una volta definita la specifica procedura amministrativa intra-aziendale, alla acquisizione ed integrazione della "comunicazione" con la documentazione sopra descritta.

Iva - Rimborso alla donna: In caso di donna che opera la scelta di farsi assistere da ostetrica in regime libero-professionale, il rimborso sarà devoluto direttamente dall'Azienda alla donna che ne abbia fatto richiesta, previo accertamento dell'avvenuto espletamento del parto a domicilio o in Casa di Maternità, da intendersi come avvenuta consegna della seguente documentazione:

a1) il certificato di assistenza al parto (CEDAP)

a2) la scheda dell'ostetrica

a3) la scheda di rilevazione regionale, che sarà predisposta dalla Commissione regionale (art. 10, LR 26/98) o analogo strumento di monitoraggio aziendale.

a4) dichiarazione di avvenuta esecuzione dello screening neonatale.

La procedura di rimborso non deve prevedere la documentazione di spesa da parte della donna, bensì una autocertificazione dell'avvenuto parto a domicilio e delle spese sostenute, sulla base di documentazione in suo possesso (la responsabilità di accertamenti fiscali non è competenza del SSN). La contestuale produzione di quanto previsto ai punti a1, a2, a3 è la idonea documentazione richiesta.

E' superfluo ricordare che le ostetriche che prestano la propria opera in regime libero-professionale hanno sempre il dovere di compilare il CEDAP, la scheda ostetrica e di ottemperare a tutti gli altri obblighi previsti dalla Legge, anche quando la partoriente non intenda richiedere il rimborso alla A-USL.

Nel caso in cui la donna intenda richiedere il rimborso all'Azienda per la prestazione ricevuta del parto a domicilio o nella Casa di Maternità, l'ostetrica che opera in regime libero-professionale è tenuta a seguire le indicazioni di cui al precedente paragrafo "I - Presa in carico".

IVb - Progetti Aziendali: In caso di donna assistita a domicilio o in Casa di Maternità da personale dipendente da un'Azienda sanitaria, la prestazione è gratuita per la partoriente; il rimborso è da intendersi da parte dell'Azienda di residenza della partoriente a quella da cui dipendono gli operatori che hanno effettuato la prestazione (es. Azienda Ospedaliera o Azienda USL limitrofa). La tariffa di rimborso vale comunque

come riferimento in caso di donne residenti in Azienda USL diversa da quella dell'operatore che effettua la prestazione. Nel caso di specifici progetti di collaborazione fra diverse Aziende sanitarie (es. A-osp ed A-USL) e/o fra Aziende ed Enti Locali o Privato Sociale, le modalità di rimborso andranno ulteriormente concordate fra le strutture coinvolte (es. Presidio/Azienda Ospedaliera ed Azienda USL dello stesso territorio provinciale), sulla base delle risorse reciprocamente impegnate.

V - Ricovero in ambiente ospedaliero

Nel caso in cui la donna, che aveva precedentemente fatto la scelta di partorire a domicilio, preferisse poi il ricovero in ambiente ospedaliero al termine della gravidanza od in corso di travaglio, ha diritto ad essere assistita dal "responsabile del caso", individuato come persona di fiducia. E' altresì auspicabile che simili iniziative di tipo organizzativo per favorire la continuità del riferimento della donna ad una ostetrica di fiducia nel corso della gravidanza e del parto siano assunte anche per quanto riguarda il parto in ambiente ospedaliero.

Nel caso in cui il parto e l'immediato post-partum rivelino una situazione fisiologica, la donna può avanzare la richiesta di essere dimessa anche dopo poche ore, in presenza di adeguata garanzia che madre e bambino continueranno ad essere assistiti a domicilio nel periodo del puerperio.

Nel caso in cui il progetto aziendale di "percorso nascita" preveda la possibilità di una dimissione protetta, deve essere garantita l'assistenza domiciliare nel periodo di puerperio alla madre ed al bambino, con l'impiego di personale dipendente del SSR.

In tutti i casi, fatta salva la sicurezza per la madre ed il bambino, sulla base di specifici progetti aziendali (ed in attesa di eventuali valutazioni e proposte della Commissione regionale ex. art10 LR26/98), può essere prevista la dimissione in prima giornata dal ricovero; alla struttura ospedaliera viene riconosciuta una tariffa equivalente all'80% del DRG 373 in regime di degenza ordinaria; nulla è dovuto per il "neonato sano", per cui permane l'obbligo di compilazione della scheda nosologica.

In tutti i suddetti casi deve essere comunque garantita una visita al neonato entro le prime ore di vita da un Pediatra o Perinatologo, anche in condizioni di apparente fisiologia.

La comunicazione

Formazione, qualificazione ed aggiornamento del personale.

L'avvio della nuova modalità di assistenza al parto in ambiente extra-ospedaliero deve prevedere non solo iniziative di formazione, qualificazione ed aggiornamento del personale bensì anche:

- promozione della diffusione delle raccomandazioni relative alla appropriatezza della tecnologia per la nascita (OMS, etc.), anche alla luce delle più recenti acquisizioni scientifiche,
- progetti di specifica informazione alle utenti in merito alle modalità e condizioni di sicurezza, motivazioni culturali della scelta di partorire al di fuori dell'ospedale,
- progetti per informare adeguatamente il personale sanitario delle Aziende, ospedaliero e territoriale: particolare attenzione va posta nel fornire la giusta informazione ai Medici di Medicina Generale ed agli specialisti (Ostetrici, Pediatri, etc.), al fine di sfatare eventuali atteggiamenti di sfiducia,
- progetti di informazione alla popolazione per spiegare le motivazioni di questa scelta della Regione Emilia-Romagna
- progetti tesi a tutelare la sicurezza della madre e del bambino, anche attraverso indagini di soddisfazione delle donne che hanno operato la scelta del parto in ambiente extra-ospedaliero; approfondimento delle motivazioni di eventuali atteggiamenti disincentivanti da parte del personale sanitario,
- progetti per la promozione dell'allattamento al seno, tramite la corretta informazione e le altre procedure suggerite dalla letteratura corrente.

In tutti i casi deve essere accertata la specifica preparazione degli operatori all'esperienza peculiare, ed oggi non più molto praticata, del parto a domicilio, con l'avvio da parte delle Aziende, con il concorso della Regione, di corsi di formazione specifica sugli aspetti tecnico - relazionali specifici del fenomeno.

A questo scopo potrà considerarsi utile l'apporto di persone esperte in materia, anche non dipendenti dal SSN, che, attestando la propria precedente attività nel campo della umanizzazione e de-ospedalizzazione del parto, nell'ottica di sinergica collaborazione fra pubblico e privato, si rendano disponibili.

Tale necessità formativa o di aggiornamento non dovrà essere rivolta solo al personale che l'Azienda intende impegnare nel progetto, ma andranno attuate specifiche iniziative di divulgazione a tutti gli operatori impegnati nel campo del percorso nascita sia dei contenuti scientifici e delle raccomandazioni dell'OMS sia delle conseguenti procedure per la de-medicalizzazione della gravidanza, del parto, del puerperio e del periodo neonatale.

Sulla base delle indicazioni fornite dalla Commissione ex art.10 della LR 26/98, la Regione promuoverà iniziative su specifici programmi che perseguano le finalità di cui all'art. 8 della citata legge 26/98.

Informazione, tutela e partecipazione. Le Aziende sanitarie devono predisporre idonei strumenti informativi, tesi a comunicare ai professionisti interessati (ostetriche, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici ostetrici-

ginecologi, pronto soccorso, farmacie ospedaliere, etc.) dipendenti e libero-professionisti ed alla popolazione femminile gli aspetti culturali, organizzativi e procedurali/amministrativi individuati per avviare, potenziare, supportare e monitorare questa nuova competenza, attraverso:

- il loro coinvolgimento nella stesura dei programmi aziendali e/o distrettuali,

- la pubblicizzazione delle iniziative adottate, dei programmi in essere, degli obiettivi da perseguire, delle motivazioni che sottendono le innovazioni in atto,

- opuscoli informativi alla gestante che, fin dall'inizio del percorso assistenziale della gravidanza, favoriscano la conoscenza e l'accessibilità ai progetti di umanizzazione del parto in ambiente intra- ed extra-ospedaliero, fornendo altresì informazioni sulle caratteristiche di eventuali appositi progetti predisposti in caso di dimissioni precoce di madre e bambino in situazione "protetta".

Tale informazione può essere fornita non solo nelle sedi dei Consultori del SSN, bensì anche attraverso gli URP, le sedi ospedaliere, gli stessi professionisti di fiducia della donna (specisliti, MMG), le Farmacie del territorio, etc.

E' altresì auspicabile che alla fase di elaborazione, implementazione, monitoraggio e comunicazione di programmi e progetti delle Aziende per la programmazione delle iniziative riguardanti il parto in ambiente extra-ospedaliero siano coinvolte le associazioni di volontariato e tutela di provato interesse in questo specifico campo.

- - - - -