



PROTOCOLLO ASSISTENZIALE IN CASO DI PARTO A DOMICILIO

Nel pieno rispetto dei diritti della partoriente e del neonato, la Regione Lazio, nell'ottica dell'umanizzazione del travaglio e del parto promuove percorsi favorenti una libera e consapevole scelta delle diverse modalità di assistenza tra le quali quelle del parto a domicilio.

Tale offerta è indirizzata a donne con gravidanza a basso rischio che intendono privilegiare il bisogno primario di intimità, individualità, condivisione familiare, pur beneficiando di adeguati livelli di sicurezza per l'espletamento del parto. Con questa finalità la gestante, in assenza di fattori di rischio e debitamente informata, è libera di scegliere per l'espletamento del parto fra setting ospedaliero o domestico.

La presa in carico della donna che sceglie il parto a domicilio è dell'ostetrica scelta dalla gestante per l'assistenza a domicilio. È a carico dell'ostetrica la verifica dell'idoneità dell'abitazione dove la donna intende programmare il parto, sia per quanto riguarda le condizioni igienico-ambientali sia per quanto riguarda la distanza da un presidio ospedaliero dotato di UO ostetrica/neonatalogica. Tale distanza non dovrà essere superiore ai 30 minuti di percorrenza.

La donna alla 37esima settimana di età gestazionale, che intende partorire a domicilio con la copertura del nostro ospedale, dovrà compilare il **modulo 1** "Richiesta informata di assistenza al parto a domicilio" e si dovrà sottoporre a verifica di idoneità al parto extraospedaliero, mediante prenotazione di visita presso l'ambulatorio di accoglienza Ostetrica del Policlinico Casilino (telefono 06 23188459), dove si recherà insieme all'ostetrica che la seguirà per il parto a domicilio.



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

In caso di necessità, la donna e/o il neonato dovranno essere trasferiti presso la struttura accreditata con il SSR precedentemente individuata a cura dell'ostetrica, che preavviserà telefonicamente la struttura di riferimento dell'arrivo in ospedale, chiamando il numero del box Ostetrico del Pronto Soccorso: 06 23188443.

In aggiunta e successivamente, la richiesta di trasferimento sarà formalizzata tramite e mail (trasferimenti.polcas@eurosanita.it) o inviando Fax ad uno dei seguenti numeri: 23188359/23188372.

L'ostetrica dovrà 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 allegherà l'apposito modulo di trasferimento compilato (modulo 2 e modulo 3).

N.B. il mancato rispetto della procedura sopra indicata sarà segnalato alle competenti autorità.



MODULO 1 (A cura della donna)

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

La sottoscritta.....

Residente in.....

ASL.....

Domiciliata in.....

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

Dichiara di essere stata esaurientemente informata dall'ostetrica.....sulla:

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

DATA.....

Firma.....



Modulo 2 (A cura dell'ostetrica)

SCHEMA DI TRASFERIMENTO DELLA DONNA IN OSPEDALE

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

- Cartella Ostetrica*
- Partogramma.

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

Nata il..... a.....

Residente

In.....

MOTIVO DEL TRASFERIMENTO

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

DATA.....

ORA.....

Firma.....

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



Modulo 3 (A cura dell'ostetrica e del pediatra)

SCHEMA DI TRASFERIMENTO DEL NEONATO IN OSPEDALE

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

- Cartella Ostetrica
- Partogramma

Nome e cognome neonato

Nato da

e da.....

Residenti in

Nato il

Alle ore.....

Sesso.....

Peso.....

MOTIVO DEL TRASFERIMENTO

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

DATA.....

ORA.....

Firma Ostetrica.....

Firma Pediatra.....