

DIREZIONE SANITARIA

Prot. n. 19270 del 30/11/2017

PARTO A DOMICILIO

PROCEDURA PER RICHIESTA DI RIMBORSO

Nel pieno rispetto dei diritti della partoriente e del neonato ed in attuazione di quanto previsto nel DCA 395/2016 "Protocollo assistenziale per il parto a domicilio in Centro Nascita e in Casa Maternità", con particolare riferimento *all'identificazione dell'iter procedurale per la richiesta di rimborso* viene stabilito quanto segue:

La donna, o un suo delegato, entro e non oltre la 36 + 0 settimane di gravidanza, deve presentare alla ASL di residenza, ovvero, alla referente aziendale per il parto a domicilio, individuata nella figura della Posizione Organizzativa Ostetrica Aziendale Daniela Favale (i cui riferimenti sono in calce riportati), la seguente documentazione:

- Richiesta informata (allegato 1)
- Dichiarazione di idoneità al parto domiciliare, a cura dell'ostetrica (allegato 2)
- Certificazione sulle condizioni di sicurezza a cura dell'ostetrica e della donna (allegato 3)
- Prescrizione ossitocina in fiale 1 scatola
- Prescrizione profilassi anti D, se madre Rh negativa.

Entro 15 giorni dal parto deve consegnare

- CEDAP compilato dall'ostetrica
- Richiesta di rimborso con ricevuta fiscale relativa al compenso della prestazione effettuata (allegato 4).

La referente ostetrica aziendale deve:

- Verificare la modulistica consegnata dalla donna
- Verificare la richiesta dell'ostetrica che assiste il parto, dei farmaci per la profilassi anti D, se la madre è Rh negativa e dell'ossitocina in fiale - 1 scatola
- Rilasciare nulla osta all'ostetrica che assiste il parto per il ritiro dei farmaci presso il Servizio di Farmacia Territoriale. L'ostetrica che assiste il parto dovrà fornire alla referente aziendale copia dell'avvenuta consegna.
- Inserire il CEDAP che deve essere sempre compilato dall'ostetrica che ha assistito il parto in tutti i casi, anche qualora non sia richiesto il rimborso, nel fascicolo dell'utente
- Inoltrare la modulistica alla Direzione Amministrativa Aziendale per il rimborso dell'assistenza al parto a domicilio, secondo la tariffa stabilita dal

DCA 152/2014. All'atto della richiesta di rimborso, le ostetriche che assistono il parto dovranno presentare autocertificazione sui requisiti professionali richiesti ai sensi del DPR 445/00, Artt. 46,47,76.

- Verificare i tempi e le modalità del rimborso, dandone comunicazione all'utente interessata.

Referente Aziendale per il parto a domicilio: -

Daniela Favale

Mail daniela.favale@aslroma6.it

Tel. 06 93273959 – 0693273598

Cell. 3389641747

Indirizzo: ASL Roma 6 - Bgo Garibaldi 12 -Albano Laziale (RM)

Giorni e orari di ricevimento:

Lunedì e Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 10.00, previo contatto telefonico.

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Mario Ronchetti



ALLEGATO 1-MODULISTICA

(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 de travaglio, parto, postparto e puerperio, di condizioni cliniche che richiedano il trasferimento in ospedale.

DATA.....

Firma.....

ALLEGATO 2-MODULISTICA

(a cura dell'ostetrica)

DICHIARAZIONE DI IDONEITA' AL PARTO A DOMICILIO

L'ostetrica (indicare nome cognome e recapito telefonico, numero di posizione Albo)

.....
.....

attesta che la Sig.ra

residente in

risulta attualmente gravida allasettimana con EPP

Sulla base delle valutazioni clinico-laboratoristiche, da cui emerge che la gravidanza è decorsa fisiologicamente, dichiara che attualmente la Signora è **idonea al parto a domicilio** e che l'abitazione dove verrà assistita al parto presenta condizioni generali igieniche e ambientali idonee e una distanza non superiore ai 30 minuti da un Presidio ospedaliero accreditato SSR con UO ostetrica/neonatologia.

Si dichiara inoltre che in caso di emergenza il domicilio è sito ad un tempo massimo per il raggiungimento di 30 minuti dall'ospedale.....e che il domicilio è in possesso dei requisiti minimi complessivi atti a garantire le necessarie condizioni di salubrità e di assistenza all'evento del parto.

DATA.....

Firma.....

ALLEGATO 3-MODULISTICA

(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**
- In accordo con la Signora per un eventuale trasferimento in urgenza, ha individuato l'ospedale.....
- Per eventuali urgenze/emergenze, il trasferimento avverrà con mezzo proprio, o tramite 112 e 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 Dott
- L'ostetrica ha individuato la seconda Ostetrica che sarà presente al momento del parto.....(numero di posizione Albo)
- L'Ostetrica propone una terza ostetrica in addestramento(numero di posizione Albo).....
- La Signoraprovvederà ad effettuare la prima scelta del pediatra di famiglia presso la propria ASL di residenza.....

DATA.....

Firma Ostetrica

Firma Signora

ALLEGATO 4-MODULISTICA

(a cura della donna e dell'ostetrica)

DOMANDA DI RIMBORSO

La sottoscritta presenta numerofatture relative alle prestazioni ricevute dai seguenti professionisti

.....

.....

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