

Visto il provvedimento dell'Assessorato del territorio e dell'ambiente della Regione Sicilia del 31 marzo 2010 prot. 22738 sulle misure di conservazione della fauna selvatica per i siti Natura 2000;

Ritenuto che la Regione siciliana ai sensi dell'art. 1, comma 5, della legge n. 157/92 ha individuato lungo le rotte di migrazione zone di protezione finalizzate al mantenimento degli habitat, gran parte delle quali rientrano nelle direttrici individuate dal Piano regionale faunistico-venatorio e quasi del tutto coincidenti con alcune delle aree individuate come siti Natura 2000;

Ritenuto, pertanto, avuto riguardo ai motivi del ricorso e relative sentenze indicate, di dovere vietare l'attività venatoria in tutte le aree SIC e ZPS del territorio siciliano, quale generale misura di salvaguardia da adottarsi a tempo indeterminato;

Ravvisata la necessità di adeguarsi alle indicazioni fornite dall'ISPRA con la guida per la stesura del calendario venatorio ai sensi della legge n. 157/92, al fine di vietare, in adempimento dell'art. 2, lett. a), della legge n. 96/2010, l'esercizio venatorio, per ogni singola specie, durante il ritorno al luogo di nidificazione e durante il periodo della nidificazione e le fasi della riproduzione e della dipendenza degli uccelli;

Ritenuto, inoltre, sempre, quale generale misura di salvaguardia, di dovere vietare l'attività venatoria nei valichi montani ai sensi dell'art. 21, comma 3, della legge regionale n. 33/97 benché il Piano regionale faunistico-venatorio 2006-2011 al punto 2.3 riporti quanto segue:

"Considerata la situazione orografica complessiva dell'Isola, ed ancor di più quella delle isole minori, dove lo sviluppo in altezza e in estensione delle catene montuose esistenti non costituisce un ostacolo per le rotte di migrazione, nel medesimo territorio non si individuano valichi montani tali da interessare i flussi migratori le cui traiettorie pertanto non ne risentono.";

Ai sensi delle vigenti disposizioni;

Decreta:

Art. 1

Il presente decreto annulla e sostituisce il decreto n. 2764 del 13 dicembre 2010.

Art. 2

È vietata l'attività venatoria in tutte le aree SIC e ZPS del territorio siciliano, salvo l'espressione che sarà resa dall'Assessorato del territorio e dell'ambiente per le aree cui è stata inoltrata la valutazione di incidenza.

Art. 3

Nelle aree del territorio siciliano, al di fuori delle aree dei siti di Natura 2000 (SIC e ZPS), è consentito l'esercizio venatorio alla selvaggina stanziale e migratoria, alle specie e per i periodi previsti dal vigente calendario venatorio.

Art. 4

Restano salvi i divieti ed i limiti di cui al calendario venatorio vigente.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana e nel sito web di pertinenza.

Palermo, 16 dicembre 2010.

D'ANTRASSI

(2010.50.3464)021

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 19 novembre 2010.

Casa di maternità - Approvazione delle linee guida.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il Progetto obiettivo materno infantile di cui al D.P.C.M. 24 aprile 2000;

Visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il decreto 2 aprile 2002 e successive modifiche ed integrazioni "Adozione nella Regione siciliana del nuovo certificato di assistenza al parto";

Visto il decreto 17 giugno 2002, n. 890 così come integrato dal decreto 17 aprile 2003, n. 463, art. 2, comma 1 a), in materia di competenze al rilascio delle autorizzazioni sanitarie;

Visto il documento dell'Organizzazione mondiale della sanità "Care in normal birth", il quale promuove forme di assistenza al parto fisiologico in un contesto umanizzato e sicuro sia in luoghi interni all'ospedale o istituti privati, sia nelle case di maternità sia a domicilio;

Vista la legge regionale 31 luglio 2003, n. 10 "Norme per la tutela e la valorizzazione della famiglia", in particolare l'art. 6, comma 3, lett c), con il quale si prevede la stesura di un programma di interventi per l'organizzazione del servizio di parto a domicilio per le gestanti che ne facciano richiesta purché siano garantite condizioni igienico-sanitarie di assoluta sicurezza per la madre e per il nascituro;

Ritenuto di dover dare applicazione alla suddetta legge promuovendo l'assistenza personalizzata alla nascita favorendo il parto fisiologico in ambiente extraospedaliero nelle case di maternità;

Ritenuto altresì di dover tutelare i diritti e la libera scelta della gestante, del nascituro e delle famiglie e, contestualmente, rafforzare gli strumenti per la salvaguardia della salute del neonato, attraverso la definizione dei requisiti essenziali dell'assistenza che deve essere garantita anche al di fuori del contesto ospedaliero;

Ritenuto a tal fine di dover emanare apposite linee guida per l'assistenza al travaglio e al parto fisiologico in casa di maternità;

Decreta:

Art. 1

Per le motivazioni in premessa citate sono approvate le allegate linee guida "Casa di maternità: linee guida di assistenza al travaglio e al parto fisiologico".

Art. 2

Le case di maternità organizzate secondo le linee guida di cui all'art. 1 dovranno essere preventivamente autorizzate, ai sensi del decreto 17 aprile 2003, n. 463, art. 2, comma 1 a), dall'Azienda sanitaria provinciale territorialmente competente. Le ASP hanno altresì l'obbligo di verificare periodicamente che le strutture mantengano ottimali condizioni igienico-sanitarie, che abbiano adottato idonei protocolli operativi e che siano in grado, tramite apposite convenzioni con strutture di ricovero, di gestire eventuali situazioni di emergenza.

Art. 3

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 19 novembre 2010.

RUSSO

Allegato

CASA DI MATERNITÀ: LINEE GUIDA
DI ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO FISIOLÓGICO

Premesse

Con la legge 31 luglio 2003, n. 10 la Regione siciliana ha dettato le "Norme per la tutela e la valorizzazione della famiglia". In particolare, l'art. 6, comma 3, lett c), prevede la stesura di un programma di interventi per l'organizzazione del servizio di parto a domicilio per le gestanti che ne facciano richiesta.

Le presenti linee guida sono finalizzate a promuovere l'assistenza personalizzata alla nascita favorendo il parto fisiologico in ambiente extraospedaliero, tutelando i diritti e la libera scelta della gestante, del nascituro e delle famiglie e, contestualmente, rafforzando gli strumenti per la salvaguardia della salute del neonato, attraverso la definizione dei requisiti essenziali dell'assistenza che deve essere garantita anche al di fuori del contesto ospedaliero.

La casa di maternità si configura come una struttura di accoglienza extraospedaliera che offre un ambiente idoneo allo svolgersi dell'evento parto in una dimensione logistica, affettiva e psico-relazionale riconducibile, sotto diversi aspetti, al parto a domicilio.

La casa di maternità persegue l'obiettivo di:

- ricollocare il parto/nascita in ambito biosociale;
- creare un luogo protetto per la nascita naturale e la promozione della fisiologia della salute;
- garantire i livelli di sicurezza per la madre e il bambino pur recuperando gli aspetti tradizionali e umanizzanti;
- favorire la libertà di scelta da parte della donna circa i luoghi dove partorire e circa l'organizzazione assistenziale e sanitaria dell'evento;
- salvaguardare il rapporto più stretto tra genitori e neonato e l'accesso di persone liberamente scelte dalla partoriente.

SERVIZI DA EROGARE

La casa di maternità deve essere intesa come programma completo d'assistenza finalizzato all'assistenza delle gravidanze a basso rischio.

Relativamente ai servizi offerti alle donne e alle coppie nel corso della gravidanza, al momento del parto e nel puerperio, possono essere distinti i seguenti servizi:

Fornire alle donne ed alla coppia:

- l'accoglienza con colloqui informativi e illustrativi, possibilmente all'inizio della gravidanza e non oltre la 28° settimana di gestazione, l'esecuzione della prima visita ostetrica per valutare l'inserimento o meno dei soggetti come utenti della casa di maternità, il servizio di assistenza domiciliare in puerperio nei primi 10 giorni successivi alla nascita.

Prevedere:

- l'assistenza alla gravidanza a termine, i controlli che precedono il parto, l'assistenza al travaglio e al parto e nei primi giorni ad esso successivi identificando le strutture ospedaliere di riferimento alle quali rivolgersi in caso di complicanze durante il travaglio e l'espletamento del parto.

Contestualmente deve essere assicurato, da parte delle donne e delle coppie selezionate, l'impegno a seguire il calendario di monitoraggio della gravidanza per l'identificazione di elementi di rischio.

AUTORIZZAZIONI

Al fine di garantire la sicurezza sotto il profilo igienico-sanitario delle partorienti e del nascituro, le case di maternità devono essere autorizzate, ai sensi del decreto 17 aprile 2003, n. 463, art. 2, comma 1 a), all'esercizio dall'ASP territorialmente competente.

Le stesse ASP hanno inoltre l'obbligo di verificare che le strutture adottino idonei protocolli operativi sulla scorta delle presenti linee guida e che vengano stipulate apposite convenzioni con strutture di ricovero, al fine di gestire eventuali situazioni di emergenza.

Requisiti strutturali

La struttura deve essere di facile accessibilità con possibilità di parcheggio; tutti i locali devono essere adeguatamente arredati, la

quantità e la qualità degli arredi devono essere conformi a quanto in uso nelle normali abitazioni civili.

La casa di maternità in ogni caso non deve distare più di 20 minuti da un presidio ospedaliero dotato di pronto soccorso e di unità operative di ostetricia e ginecologia e neonatologia.

DOTAZIONE MINIMA DI AMBIENTI/SPAZI

- Sala di attesa/accoglienza/accettazione - Salottino;
- Sala colloqui;
- Ambulatorio ostetrico con annesso bagno. A gestione ostetrica;
- Dispensa/cucina con angolo cottura;
- Zona pranzo/soggiorno, con servizi igienici annessi;
- 2 stanze per travaglio-parto-post partum mq 20 (insonorizzate) con letto matrimoniale e culla, con bagni annessi forniti di vasca;
- Stanza per ostetrica, con bagno annesso;
- Locale/spazio per sterilizzazione (se gestita in loco);
- Locale/spazio per materiale sporco, dotato di vuotatoio;
- Locale/spazio per materiale pulito;
- Locale/spazio per attrezzature e materiale sanitario;
- Bagno per il personale;
- Bagno per l'utenza.

Possono inoltre essere previsti i seguenti locali:

- Locale per giochi e attività per i bambini;
- Stanza con vasca per travaglio - mq 20 (insonorizzata).

Requisiti organizzativi

Requisito minimo di attività: non inferiore a 20-50 parti/anno a regime.

Deve essere garantita la libera scelta e la continuità del riferimento personale per la gestante.

Le case di maternità devono favorire la possibilità per le donne di essere assistite da personale ostetrico di propria fiducia.

La selezione delle donne gravide deve essere effettuata dall'ostetrica responsabile del parto e deve essere garantita la continuità della valutazione.

Devono essere presenti procedure per:

Comunicazione del rischio

- corretta informazione alla donna/coppia al momento dell'accoglimento sui criteri di assistenza, sulle modalità di un eventuale trasferimento e sui servizi offerti;
- consenso informato.

Selezione

- presa in carico della donna, possibilmente dall'inizio della gravidanza e comunque non oltre la 28° settimana, da parte dell'ostetrica responsabile del caso, previo certificato medico attestante le buone condizioni di salute e l'andamento fisiologico della gravidanza.

Organizzazione del lavoro

- attivazione della reperibilità dell'ostetrica 24/24 ore dalla 37° settimana;
- deve essere prevista la permanenza della donna/coppia in casa di maternità durante tutta la fase attiva del travaglio e circa nelle 12 ore successive al parto;
- deve essere garantita la continuità assistenziale a livello domiciliare coinvolgendo i servizi territoriali anche per le utenti residenti fuori provincia;
- deve essere prevista la visita pediatrica entro 12 ore dalla nascita.

Collegamenti

Devono essere previsti

- convenzioni con gli ospedali vicini dotati di u.o.o. di ostetrica e ginecologia e neonatologia, ai quali verrà data comunicazione dell'inizio del parto, ai fini di un eventuale pronto intervento;
- il collegamento con il servizio di emergenza-urgenza (118);
- protocolli concordati e procedure per il trasferimento materno fetale (trasporto in utero), il trasferimento materno, il trasferimento neonatale, le controindicazioni al trasferimento, la gestione dell'emergenza e modalità di trasferimento in ospedale.

Devono inoltre essere previsti:

- linee guida per una buona pratica clinica;
- protocolli di selezione;
- procedure di verifica e valutazione dei risultati.

Infine il responsabile della casa di maternità dovrà trasmettere all'ASP territorialmente competente, per gli adempimenti consequenziali, il Certificato di assistenza al parto (CEDAP) redatto ai sensi del decreto 2 aprile 2002 "Adozione nella Regione siciliana del nuovo certificato di assistenza al parto".

1. OPERATORI DI ASSISTENZA E LUOGO DEL PARTO

1.1. Chi assiste

La conduzione della casa di maternità è in generale affidata ad ostetriche, figure professionali deputate per definizione all'assistenza della gravidanza, parto e puerperio fisiologici.

L'organizzazione della casa di maternità deve essere riportata in una tabella di consultazione pubblica.

È opportuno che il responsabile sanitario della casa di maternità per la gestione degli aspetti medici della gravidanza, nascita e post-parto sia un medico qualificato a tali funzioni.

Gli operatori che assistono:

1) devono aver assistito negli ultimi 5 anni almeno 20 parti in ambiente extraospedaliero e aver acquisito una documentata esperienza (almeno 5 anni, con assistenza di parto in autonomia) in una sala parto ospedaliera (tale requisito deve essere posseduto da almeno una delle ostetriche che assistono il parto);

2) devono essere presenti almeno due ostetriche per ogni parto;

3) essere dotati di un equipaggiamento come da allegato 1.

2. LA POPOLAZIONE

2.1. Criteri di esclusione

Le condizioni sottoelencate non rientrano nelle linee guida di assistenza al parto extraospedaliero:

- presenza di patologia materna che controindica il travaglio di parto e il parto vaginale. Ad esempio: placenta previa, anomalie del bacino materno che costituiscono un ostacolo all'espletamento del parto per via vaginale, infezione da HSV genitale in fase attiva, positività HIV;

- presenza di patologia materna che richiede sorveglianza intensiva del travaglio e/o che necessita di trattamento (ad esempio: cardiopatie a rischio di scompenso, ipertensione, pregressi interventi sull'utero, tromboflebiti, epilessia, diabete, patologia tiroidea, infezioni sistemiche);

- presenza di patologia fetale nota (ad esempio: iposviluppo, malformazioni che necessitano di assistenza specialistica alla nascita, isoimmunizzazione Rh);

- gravidanza gemellare;
- pregressa morte in utero del feto o pregressa mortalità perinatale;

- grande multiparità (> 4 parti pregressi);
- anamnesi familiare positiva per difetti della coagulazione;
- anamnesi positiva per problemi del secondamento (pregressa emorragia del postpartum > 1000 cc e/o necessità di trasfusioni e/o secondamento manuale e/o grave shock);
- obesità materna, definita come Body Mass Index > 26 e calcolato come peso (kg)/statura (m)².

2.2. Fattori di esclusione per l'assistenza extraospedaliera all'insorgere del travaglio.

- Oligo/polidramnios accertato;
- iperpiressia di qualunque origine;
- emoglobina < 9.5 g/dl a termine di gravidanza;
- tampone vaginale e/o urinocultura positiva per Streptococco beta emolitico senza la possibilità di trattamento venoso rapido.

2.3. Requisiti di eleggibilità

- Epoca gestazionale compresa tra 37 e < 41 settimane di gravidanza;

- feto singolo, presentazione cefalica;
- peso fetale previsto ≥ 2700 e ≤ 3600 ;
- rottura intempestiva delle membrane < 12 ore in presenza di liquido limpido ed in assenza di alterazioni del BCF;
- assenza di qualunque dei criteri di esclusione sopraelencati.

3. LE PROCEDURE DI ASSISTENZA IN GRAVIDANZA

È opportuno che la donna sia conosciuta dalle ostetriche che assisteranno al parto dalla 32^a settimana di gestazione; qualora la donna faccia richiesta di assistenza al parto extraospedaliero dopo tale epoca è consigliabile sentire il parere del medico curante.

La visita di screening alla 32^a settimana prevede la raccolta dell'anamnesi con un'accurata valutazione della storia ostetrica pregressa e del decorso dell'attuale gravidanza; la misurazione sinfisi/fondo, l'esplorazione vaginale, la misurazione della pressione arteriosa, la rilevazione del BCF, lo stick urine per la valutazione della proteinuria.

Nella 35^a-36^a settimana è opportuno effettuare un controllo emato-chimico che comprenda: emocromo+piastri, HbsAg, protidemia, albuminemia, transaminasi elettroliti plasmatici, attività protrombinica, PTT, esame delle urine e, qualora non siano stati già eseguiti, HCV, gruppo e fattore Rh, test di Coombs indiretto se la donna è Rh negativa.

A partire dalla 37^a settimana inizia la reperibilità delle ostetriche per l'assistenza.

A termine di gravidanza la donna effettuerà i controlli del benessere fetale previsti dall'ospedale di riferimento.

4. DIAGNOSI DI TRAVAGLIO IN FASE ATTIVA

Si pone diagnosi di travaglio quando sono contemporaneamente presenti le seguenti condizioni:

- contrazioni regolari riferite dalla donna di durata ≥ 40 secondi e ad intervalli inferiori ai 10 minuti;
- collo uterino appianato;
- dilatazione 2-3 cm.

L'inizio della compilazione del partogramma coincide con la diagnosi di travaglio in atto. Si segnaleranno sul partogramma la durata della fase latente o prodromica e le eventuali remissioni di travaglio.

5. ASSISTENZA AL PERIODO DILATANTE

5.1. Norme di assistenza

Durante il periodo dilatante la donna può bere bevande ed assumere cibi di suo gradimento.

È consigliabile invitare la donna ad urinare ogni due ore.

In caso di mancata minzione per diverse ore si procederà al cateterismo vescicale.

5.2. Controllo del benessere fetale

5.2.1. B.C.F.

Il battito cardiaco fetale viene controllato ad intermittenza mediante auscultazione con stetoscopio o trasduttore ad ultrasuoni.

L'auscultazione si effettua ad intervalli di 15-20 minuti sia per un minuto nell'intervallo tra una contrazione e l'altra, sia prima, durante e per almeno un minuto dopo la contrazione.

In presenza di tachicardia (frequenza cardiaca >160 bpm), bradicardia (frequenza cardiaca <110 bpm per almeno tre minuti) o di decelerazioni (fcf <100 bpm per 30" per tre auscultazioni successive) è indicato il trasferimento in struttura ospedaliera.

5.2.2. Liquido amniotico

Qualora le membrane si rompano spontaneamente prima del periodo espulsivo, è necessario, oltre ad auscultare il BCF, valutare le caratteristiche del liquido amniotico. Se il liquido non è limpido o è maleodorante o assente, è indicato il trasferimento in ospedale.

5.3 Valutazione della progressione del travaglio

In presenza di contrazioni valide, con frequenza inferiore ai 10' e durata superiore ai 40", è prevedibile che si raggiunga una dilatazione di 5 cm all'incirca 2 ore dopo l'inizio del travaglio attivo nella pluripara e dopo 3-4 ore nella nullipara.

È opportuno che ad ogni visita vaginale si valuti:

- la progressione della dilatazione;
- la stazione della parte presentata;
- la posizione della parte presentata.

Le visite successive avverranno, in presenza di regolare attività contrattile, all'incirca ogni tre ore.

Nel caso in cui si abbia una significativa diminuzione dell'attività contrattile (definita non solo palpatariamente ma anche dalla percezione soggettiva della donna o da un cambiamento nel suo atteggiamento), la ritmicità delle visite sarà modulata tenendo conto dell'intervallo libero da contrazioni.

In presenza di attività contrattile valida, qualora la dilatazione cervicale risulti invariata a distanza di 3 ore dalla visita precedente:

a) se vi è stata una regolare discesa della parte presentata, senza alterazioni del BCF, è opportuno mettere in atto pratiche assistenziali di rilassamento della donna (bagno caldo, massaggi) o intervenire sulla situazione ambientale ed emotiva, ricercando le migliori condizioni di benessere nella singola situazione;

b) se la stazione della parte presentata non si è modificata, la situazione va rivalutata dopo un'ora circa dalla messa in atto delle pratiche assistenziali previste al punto precedente. Se sia la dilatazione che la stazione della parte presentata risultassero invariate, è opportuno procedere al trasferimento in ospedale.

È opportuno fare diagnosi di posizione a 5 cm di dilatazione cervicale, in presenza di membrane rotte, e comunque entro i 7 cm anche se le membrane sono integre, e trasferire in ospedale le presentazioni non di vertice (bregma, fronte, faccia).

La rottura artificiale delle membrane non ha alcuna indicazione nel parto extraospedaliero, salvo che a dilatazione completa con parte presentata impegnata.

Il trasferimento in ospedale è indicato in caso di perdite ematiche rosso vivo non chiaramente dipendenti dalla dilatazione cervicale.

6. ASSISTENZA AL PERIODO ESPULSIVO

6.1. Durata del secondo stadio

L'eventuale intervallo, definito periodo di transizione, tra il raggiungimento della completa dilatazione cervicale e la percezione del

premito può avere una durata di 60-120 minuti; in questo caso è caratterizzato da una sensibile riduzione nell'intensità e frequenza delle contrazioni.

Tra il premito irrefrenabile, generalmente avvertito quando la parte presentata è al medio scavo, e la nascita, in presenza di una progressiva discesa della parte presentata e in assenza di alterazioni rilevanti del BCF, possono trascorrere due ore nella nullipara ed un'ora nella pluripara.

È opportuno evitare le continue esplorazioni vaginali per valutare la discesa della parte presentata. Tuttavia, qualora non si manifesti una distensione del perineo dopo un'ora di sforzi espulsivi nella nullipara e dopo trenta minuti nella pluripara, è opportuno effettuare una esplorazione vaginale per verificare la stazione della parte presentata.

Se questa non ha ancora raggiunto il medio scavo, è indicato il trasferimento in ospedale.

6.2. La posizione nel periodo espulsivo

È opportuno invitare la donna a spingere assumendo la posizione che preferisce.

Non è utile dirigere la tecnica di spinta della donna; in particolare è preferibile evitare sforzi espulsivi con manovre di Valsalva prolungate.

6.3. Controllo del BCF

In questa fase è opportuno valutare il BCF ogni una-due contrazioni per un minuto subito dopo la contrazione. La presenza di una frequenza cardiaca fetale <100 bpm o >160 bpm dopo la contrazione per tre contrazioni successive è segnale d'allarme che deve essere integrato con la valutazione della stazione della parte presentata e con la parità prima di decidere un eventuale trasferimento.

6.4. Assistenza al perineo

L'episiotomia non è pratica routinaria a domicilio. Tuttavia essa deve essere effettuata quando sia necessario espletare rapidamente il parto (ad esempio in caso di bradicardia fetale) con parte presentata al piano perineale.

7. PROCEDURE DI ASSISTENZA AL NEONATO

Non è opportuno effettuare sistematicamente, in particolare in presenza di liquido limpido, l'aspirazione dell'orofaringe e delle vie aeree superiori.

È buona pratica effettuare il clampaggio del funicolo dopo la cessazione delle pulsazioni. Si raccomanda di mantenere un moncone di cordone ombelicale lungo almeno 3-4 centimetri.

Alla nascita non lasciare che il bambino si raffreddi (asciugarlo, avvolgerlo in un panno caldo e asciutto, darlo alla madre).

Al primo minuto viene fatta la valutazione con indice di Apgar. Se il bambino non ha iniziato gli atti respiratori, ma tutti gli altri parametri vanno bene (è tonico, è roseo o con le estremità cianotiche, è reattivo ed il cordone pulsa) praticare un massaggio gentile della pianta dei piedi e aspirare le vie aeree superiori (cavo orale e faringeo, e poi le due fosse nasali: suzione breve, asettica e atraumatica). Se queste manovre non sono sufficienti, intervenire con i trattamenti di emergenza.

Eseguiare la profilassi oculare prevista per legge entro le prime ore dalla nascita, ma non immediatamente per non compromettere l'interazione visiva madre-bambino.

Organizzare la visita pediatrica a domicilio entro 12 ore dal parto. Entro 6 ore dovrà essere eseguita la profilassi della malattia emorragica (1 mg i.m. una tantum o 2 mg per os ripetuta al primo e secondo mese di vita).

Anticipare la visita del pediatra in caso di peso inferiore al 10° percentile per l'epoca gestazionale e in caso di liquido tinto 2/3.

Il trasferimento in ospedale deve essere attivato in caso di Apgar < 8 a 5' ed effettuato se tale punteggio persiste o diminuisce nei minuti successivi.

Il neonato deve in ogni caso essere trasferito, nelle ore successive, in caso di deterioramento/aggravamento dei parametri vitali.

8. ASSISTENZA AL SECONDAMENTO

L'entità della perdita ematica viene valutata quantitativamente usando sacchetti o bacinelle graduate posizionati immediatamente dopo il parto. Se la donna è Rh negativa, effettuare il prelievo del funicolo per il test di Coombs.

È opportuno somministrare 10 UI di ossitocina per via intramuscolare all'espulsione del feto.

È consigliabile attendere la fuoriuscita spontanea della placenta senza eseguire manovre di spremitura alla Credè o di trazione del funicolo per almeno un'ora. Qualora il secondamento non si sia verificato entro due ore dal parto è indicato il trasferimento in ospedale, anche in presenza di modestissime perdite ematiche.

È opportuno predisporre un trasferimento in ospedale previo incannulamento di una vena:

a) in presenza di perdita ematica superiore a 500 cc presecondamento, o superiore a 800 cc a secondamento avvenuto in presenza di atonia uterina;

b) se la perdita ematica è attribuibile a ritenzione di membrane o di materiale placentare.

La donna deve essere trasferita in ospedale anche in presenza di una lacerazione vagino-perineale non suturabile a domicilio e di ogni altra condizione che necessiti, a giudizio dell'ostetrica, una osservazione di almeno 12 ore.

9. ASSISTENZA AL POST-PARTUM

Dopo il parto, l'ostetrica trascorre 2 ore in osservazione della donna e del neonato. Allo scadere delle due ore, l'ostetrica controlla la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca, nonché la perdita ematica e la presenza del globo uterino. Nel caso in cui uno di questi parametri risulti anche modestamente alterato, l'ostetrica prolunga la sua permanenza di altre 2 ore, al termine delle quali rivaluta le condizioni materne. Qualora non vi sia stata una completa normalizzazione del parametro alterato, è opportuno considerare la possibilità di un trasferimento in ospedale.

Per quanto riguarda il neonato, è opportuno controllare l'adattamento nelle prime ore: colorito, battito cardiaco, movimenti respiratori, suzione, tono muscolare, temperatura. Nel caso in cui uno o più parametri siano alterati è indispensabile anticipare la visita del pediatra o considerare l'eventualità di un trasferimento. È opportuno inoltre attaccare il neonato al seno entro le prime due ore.

Per qualunque necessità della madre e/o del neonato che si verificasse dopo il parto, un'ostetrica è reperibile per dieci giorni.

10. ASSISTENZA IN PUERPERIO A MADRE E NEONATO

L'ostetrica effettua visite a domicilio quotidianamente fino al 4° giorno. La reperibilità prosegue comunque fino al 10° giorno.

Vengono rilevati la temperatura, il polso, la pressione arteriosa, lo stato dell'eventuale sutura, le caratteristiche delle lochiazioni ed il grado di involuzione uterina, la produzione del colostro e del latte materno, le condizioni locali del capezzolo, lo stato di salute globale della donna (riposo, alimentazione, ecc.).

Qualora la donna sia Rh negativa ed il neonato Rh positivo si esegue la profilassi con immunoglobuline anti D i.m. entro 72 ore dal parto.

Non è consigliabile la somministrazione sistematica di lassativi o di uterotonici in puerperio. Questi ultimi sono indicati solo nei rari casi di subinvoluzione uterina, sentito il parere di un medico.

È inoltre compito dell'ostetrica verificare le condizioni del neonato nei giorni immediatamente successivi al parto: il calo fisiologico e la ripresa del peso, l'emissione di urina e di meconio/feci, l'eventuale comparsa dell'ittero, la suzione, il ritmo sonno/veglia. Come ormai ben codificato in campo nazionale ed internazionale (vedi norme OMS/UNICEF) il latte materno è l'alimento assolutamente più idoneo per nutrire il neonato/lattante nei primi giorni/mesi di vita. È quindi compito dell'ostetrica promuovere l'avvio dell'allattamento al seno sostenendone, nei giorni successivi, la continuità o l'esclusività. Il 4° giorno (e in ogni caso dopo l'assunzione di latte) è indispensabile eseguire il test di Guthrie. L'effettuazione del test è compito dell'ostetrica.

Va programmata una seconda visita pediatrica nel 5°-7° giorno di vita.

Il moncone del cordone ombelicale va tenuto pulito ed asciutto evitando l'uso dell'alcool.

Per facilitare la scelta del pediatra di base, l'ostetrica fornirà alla donna l'elenco dei pediatri di base disponibili nella sua zona.

11. CONDUZIONE DELLA ROTTURA PRETRAVAGLIO DELLE MEMBRANE

1) Valutare le caratteristiche del liquido amniotico: colore, odore.

2) In presenza di liquido amniotico limpido e non maleodorante è ragionevole attendere a domicilio l'insorgenza del travaglio per 12 ore. In questo lasso di tempo è opportuno:

a) evitare le esplorazioni vaginali prima dell'insorgenza del travaglio;

b) misurare la temperatura materna ogni 4 ore, controllare i MAF ed il BCF;

c) se la parte presentata è extrapelvica è necessario evitare la deambulazione ed invitare la donna a restare sdraiata fino all'insorgenza del travaglio.

In caso di iperpiressia (temperatura $\geq 38^\circ$ o $\geq 37.5^\circ$ per due misurazioni successive) o sospetto clinico di infezione intraamniotica la donna sarà immediatamente trasferita in ospedale. Il trasferi-

mento è indicato anche in assenza di iperpiressia, in caso di tachicardia fetale.

12. TRATTAMENTO DELL'EMERGENZA E DEL TRASPORTO DELLA DONNA

Nell'evenienza di un'emorragia materna:

- 1) identificare, se possibile, la causa: lacerazione vagino-perineale, lacerazione collo dell'utero, emorragia uterina;
- 2) nel caso di lacerazione vagino-perineale, suturare immediatamente, se possibile, altrimenti predisporre il trasferimento dopo aver provveduto al tamponamento stipato vaginale.

Nel caso di lacerazione del collo uterino predisporre il trasferimento in struttura ospedaliera.

Nel caso di perdita dal corpo uterino:

a) a secondamento non avvenuto:

1. verificare che la vescica sia vuota,
2. incannulare una vena,
3. attuare la spremitura di Crede accompagnata da una modesta trazione sul funicolo,
4. massaggiare l'utero qualora non sia contratto,
5. predisporre il trasferimento in caso di mancata risposta;

b) a secondamento avvenuto:

1. infondere liquidi in proporzione all'entità della perdita,
2. somministrare Syntocinon fino ad un massimo di 20 unità,
3. chiamare il 118 per avere l'ambulanza, possibilmente con a bordo un medico,
5. massaggiare vigorosamente il fondo uterino sospingendo la cervice con un tampone montato su pinza ad anelli.

La donna deve essere accompagnata durante il trasporto in ospedale.

13. TRATTAMENTO DELL'EMERGENZA E DEL TRASPORTO DEL NEONATO

Se con le manovre citate nel paragrafo 7 il bambino non inizia a respirare e se anche altri parametri sono alterati (è ipotensivo e/o cianotico/pallido e/o iporeattivo e/o il battito cardiaco è inferiore a 100), mentre un'ostetrica preallarma il 118, l'altra ostetrica in rapida sequenza:

1) posiziona correttamente il capo del neonato, estendendolo leggermente e sostenendo il mento con un telino assicurandosi che la lingua non sia retroposta;

2) sostiene la ventilazione con l'Ambu pediatrico eseguendo un'insufflazione ogni due-tre secondi, osservando l'espansione toracica bilaterale;

3) valuta la frequenza cardiaca palpando il cordone ombelicale o con lo stetoscopio.

Se la frequenza cardiaca è superiore a 100 bpm ed il neonato riprende colore ed inizia a respirare (30-60 atti respiratori/minuto) e gli altri parametri sono normali si può rimanere a domicilio, anticipando la visita pediatrica.

Se la frequenza cardiaca è inferiore a 100 bpm ed il neonato non inizia a respirare spontaneamente, l'ostetrica:

1) pratica il massaggio cardiaco: con due dita sullo sterno, il medio sovrapposto all'indice, provocando un affossamento di mezzo centimetro della gabbia toracica, una compressione al secondo;

2) controlla la frequenza cardiaca spontanea e alterna ventilazione e massaggio fino a che la frequenza cardiaca non arriva a 100 bpm.

Il primo segnale di ripresa è un gasping seguito da una respirazione spontanea.

Se entro un minuto il bambino non riprende (frequenza cardiaca superiore a 100 e 30/60 atti respiratori/minuto), l'ostetrica continua le manovre fino all'arrivo dell'ambulanza, impedendo che il neonato si raffreddi ed alternando ventilazione e massaggio.

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;
- 1.5 cardiocardiografo

2. FERRI CHIRURGICI:

- 2.1 1 Kocher;
- 2.2 1 paio forbici rette a punte smusse;
- 2.3 1 capsula;

- 2.4 2 pinze ad anelli;
- 2.5 1 porta aghi;
- 2.6 1 pinza anatomica.

3. MATERIALE MONOUSO:

- 3.1 Guanti di lattice sterili di misure diverse;
- 3.2 Guanti non sterili;
- 3.3 4 pacchi garze sterili cm 10 x 10 e cm 20 x 20;
- 3.4 1 telo sterile;
- 3.5 4 telini sterili cm 80 x 80;
- 3.6 sacchetti graduati per la valutazione della perdita ematica;
- 3.7 aghicannula n 16G - 18G - 21G;
- 3.8 butterfly n 18G - 21G;
- 3.9 siringhe da 5 e 10 cc.;
- 3.10 cateteri monouso;
- 3.11 cerotto;
- 3.12 deflussori per infusione.

4. FARMACI:

- 4.1 1000/1500 ml soluzione fisiologica in sacche di plastica;
- 4.2 necessario per profilassi oculare;
- 4.3 Vitamina K (Konakion gocce o fiale);
- 4.4 Ossitocina (Sintocynon n. 2 scatole);
- 4.5 Metergolina (Methergin 1 scatola);
- 4.6 Anestetici locali: Carbocaina o Xilocaina o Lidocaina 2% in fiale;
- 4.7 Disinfettante (Betadine, Citrosil o altro).

5. FILI DI SUTURA:

- 5.1 Seta atraumatica n. 3, ago lanceolato;
- 5.2 Vicryl o Dexon da n. 2.00 a n. 1, ago rotondo piccolo.

CONTENUTO DELLA BORSA OSTETRICA PER IL NEONATO

- cannula di Tacconi o aspiramuco monouso;
- provette per prelievo funicolare;
- cord-clamp o elasticini sterili;
- foglio termostatico per trasferimento;
- ambu pediatrico (n. 1) e cannula orofaringea Mayo (n. 00-0-1) con bordi morbidi e margini sottili, meglio se trasparente;
- mascherine di diverse misure;
- sondino morbido (6-8-10 CH);
- cartine per test di Guthrie;
- lancette;
- capillari.

(2010.47.3262)102

DECRETO 7 dicembre 2010.

Verifiche delle strutture sanitarie pubbliche volte all'accreditamento ai sensi dell'art. 8 quater del decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge n. 833/78 di istituzione del servizio sanitario nazionale;

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria ed, in particolare, gli artt. 8-bis, 8-ter e 8-quater introdotti dal decreto legislativo n. 229/99;

Visto il D.P.R. 14 gennaio 1997, concernente l'approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale";

Visto l'art. 67, comma 2, della legge regionale 3 maggio 2001, n. 6, con il quale è disposto che "Il termine di cinque anni, previsto al comma 3 dell'art. 3 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 per l'adeguamento