

Il percorso nascita
in
Friuli Venezia Giulia
Percorso Gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica

Premessa

La gravidanza, il parto e il puerperio sono processi fisiologici e, pertanto, ogni intervento assistenziale offerto nel percorso nascita dovrebbe avere benefici riconosciuti ed essere accettabile per la donna (*Linee guida Gravidanza fisiologica – SNLG-ISS 2011*).

Negli ultimi decenni in Italia si è assistito ad una progressiva medicalizzazione del percorso gravidanza/travaglio/parto con aumento del numero di controlli, un utilizzo più allargato di tecnologie diagnostico-terapeutiche, anche invasive, e un maggior ricorso al taglio cesareo. Fermo restando l'esigenza di garantire la massima sicurezza possibile e di ridurre quei fattori prevenibili di rischio, ambientali, personali e sanitari, che incidono sulla mortalità e morbilità materna e neonatale, è opportuno offrire un'assistenza appropriata, nel rispetto della natura fisiologica degli eventi legati al percorso nascita.

Su questa linea, l'Organizzazione mondiale della sanità evidenzia che l'obiettivo dell'assistenza perinatale è quello di garantire "una mamma e un bambino in perfetta salute con il livello di cure più basso possibile, compatibilmente con la sicurezza" (*WHO 1996*).

Le evidenze scientifiche disponibili supportano la scelta di un modello assistenziale integrato, basato sulla presa in carico della donna con gravidanza fisiologica da parte dell'ostetrica o di un team di ostetriche, operante nell'ambito di una rete multiprofessionale e multidisciplinare di professionisti da consultare quando opportuno, poiché ad esso si associano maggiori benefici per la salute materna e neonatale (*Linee guida Gravidanza fisiologica- SNLG-ISS 2011*). I dati della letteratura suggeriscono che le donne che ricevono assistenza continuativa in gravidanza da parte delle ostetriche hanno minori probabilità di richiedere interventi durante il parto (episiotomia, amnioressi, analgesia intrapartum, ecc.) e manifestano maggiore soddisfazione rispetto ad altri modelli assistenziali. L'associazione della presa in carico da parte dell'ostetrica con il minor rischio di partorire un neonato pretermine e con la minor mortalità fetale, necessita di ulteriori approfondimenti (*Cochrane 2016*), ma si tratta comunque di un dato rilevante, sebbene il meccanismo di tale riduzione non sia noto (*WHO 2016*). Il coinvolgimento routinario, secondo un calendario predefinito, del medico ginecologo nell'assistenza alle gravidanze non complicate, non appare migliorare l'*outcome* perinatale, se confrontato con un modello che prevede il riferimento allo specialista solo in caso intervengano complicanze (*NICE update 2017*).

La Delibera giuntaletale 15 giugno 2012, n. 1083, nel recepire l'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 sulle "*Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo*" ha previsto la definizione a livello aziendale di percorsi che privilegino, tra l'altro, "il ruolo centrale dell'ostetrica nella gestione della gravidanza fisiologica, per la quale verrà favorita la gestione presso i servizi territoriali".

Al dicembre 2017, il modello organizzativo di offerta assistenziale alla gravidanza a basso rischio risulta alquanto disomogeneo sul territorio regionale, come illustrato nella tabella sottostante.

TABELLA 1: Offerta assistenziale al percorso nascita per Azienda sanitaria

OFFERTA AZIENDALE	ASUTS	IRCCS Burlo Garofolo	AAS2	AAS3	ASUIUD	AAS5
Gravidanza fisiologica gestita dalle ostetriche	NO	SI	SI	SI	NO	NO
Gravidanza fisiologica gestita nei Consultori familiari	SI	np	SI: Gorizia, Monfalcone NO: Latisana, Palmanova	SI in Distretto 2	NO	SI
Gravidanza fisiologica gestita in setting ospedaliero	np	SI	SI: Latisana, Palmanova NO: Gorizia, Monfalcone	SI	SI	NO
CAN ospedale	np	NO	SI	SI	SI	NO
CAN Consultorio	SI	np	SI	SI	SI	SI
Visita ostetrica domiciliare a tutte le puerpere	NO	np	SI: Gorizia, Monfalcone NO: Latisana, Palmanova	SI in Distretto 1 e 2	NO	NO
Assistenza ostetrica in puerperio, post-dimissione, a tutte le donne in Consultorio familiare	SI	np	SI	SI in Distretto 1 e 4	SI	SI
Assistenza ostetrica in puerperio, post-dimissione, a tutte le donne in setting ospedaliero	np	SI	SI	SI	NO	NO

Ciò premesso, il Friuli Venezia Giulia intende offrire alle donne che intraprendono il percorso nascita, un'assistenza qualificata appropriata e modulata in base al grado di rischio, nel rispetto della natura fisiologica dell'evento, evitando una medicalizzazione inappropriata e non necessaria in tutte le gravidanze, ma nel contempo, prevedendo, in presenza di condizioni di rischio, un accesso tempestivo a percorsi specialistici dedicati.

Il presente documento delinea il percorso nascita da implementare a livello regionale, in coerenza con la normativa nazionale e regionale e in linea con le evidenze scientifiche.

1. Obiettivo

L'obiettivo del presente documento è quello di promuovere, sul territorio regionale, percorsi assistenziali di qualità, appropriati e diversificati in base al livello di rischio della gravidanza, tesi a minimizzare il rischio e aumentare il benessere della donna e del nascituro.

In particolare si evidenziano gli obiettivi specifici, di seguito dettagliati:

- informare e offrire, secondo una logica proattiva, la visita preconcezionale alle donne in età fertile;
- fornire alla donna/coppia informazioni basate su prove di efficacia aggiornate, utili affinché possa maturare scelte informate e consapevoli, prevedendo spazi nei quali discutere le tematiche alla luce delle preferenze e dei valori della donna/coppia. L'accessibilità all'informazione va garantita a tutte le donne che intendono intraprendere il percorso nascita, superando eventuali difficoltà di natura fisica, sensoriale, linguistica o socio-culturale;
- garantire equità di accesso ad un percorso nascita integrato (ospedale-territorio) che favorisca la messa in rete di tutti i servizi dedicati alla donna/coppia/bambino;
- offrire alle gestanti con basso rischio (gravidanza fisiologica) un percorso omogeneo e codificato, basato sulla presa in carico da parte delle ostetriche nell'ambito di un team multiprofessionale operante in una rete integrata che preveda l'interazione tra ostetriche, ginecologi, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, tra professionisti dei Consultori familiari e professionisti dei Punti nascita;
- favorire la presa in carico delle gravidanze a basso rischio da parte delle ostetriche presso i Consultori familiari;
- individuare le donne che necessitano di assistenza addizionale (medio-alto rischio), così da orientarle verso un *setting* assistenziale che assicuri competenze professionali ed organizzative appropriate al livello di rischio;
- offrire un percorso dinamico che, attraverso un attento monitoraggio, permetta un pronto adeguamento alle esigenze assistenziali di volta in volta determinate, con passaggio assistito tra i diversi *setting* di cura, sia verso una maggior intensività che verso un ritorno al livello iniziale;
- favorire l'interazione continua tra tutti gli operatori coinvolti nel percorso;
- promuovere azioni proattive per donne con vulnerabilità psicosociale o problematiche che necessitino di interventi mirati (es. mutilazioni genitali femminili, violenza domestica, marginalità, ecc.);
- favorire assistenza e supporto a donna e neonato dopo il parto da parte dell'ostetrica, anche attraverso l'attivazione di un servizio domiciliare e territoriale;
- garantire la continuità di cura nel sostegno delle competenze genitoriali.

2. Riferimenti normativi

Decreto-legge 30 ottobre 1987, n. 443 recante: "*Disposizioni urgenti in materia sanitaria*", convertito con **legge 29 dicembre 1987 n. 531** che all'art. 2, comma 1, stabilisce che l'impiego dei ricettari per la prescrizione o la proposta di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale è riservato ai medici dipendenti dal Servizio medesimo o con lo stesso convenzionati nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali.

Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 740 recante "*Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o*".

Legge 26 febbraio 1999, n. 42 recante "*Disposizioni in materia di professioni sanitarie*".

Legge 10 agosto 2000, n. 251 recante "*Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*".

Decreto Ministeriale 24 aprile 2000 recante "*Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000*".

Legge 24 novembre 2003, n. 326 recante "*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici*" che all'art. 50, comma 4, prevede che le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e, ove autorizzati dalle regioni, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed i policlinici universitari consegnino i ricettari ai medici del SSN, in numero definito, secondo le loro necessità, e comunichino immediatamente al Ministero dell'economia e delle finanze, in via telematica, il nome, il cognome, il codice fiscale dei medici ai quali è effettuata la consegna, l'indirizzo dello studio, del laboratorio ovvero l'identificativo della struttura sanitaria nei quali gli stessi operano, nonché la data della consegna e i numeri progressivi regionali delle ricette consegnate.

Decreto Legislativo 9 novembre 2007, n. 206, recante "*Attuazione della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania*" che all'art. 48, delinea le attività al cui esercizio le ostetriche sono autorizzate, in particolare a:

- fornire una buona informazione e dare consigli per quanto concerne i problemi di pianificazione familiare;
- accertare la gravidanza e in seguito sorvegliare la gravidanza diagnosticata come normale da un soggetto abilitato alla professione medica, effettuare gli esami necessari al controllo dell'evoluzione della gravidanza normale;
- prescrivere gli esami necessari per la diagnosi quanto più precoce di gravidanze a rischio;
- predisporre programmi di preparazione dei futuri genitori ai loro compiti, assicurare la preparazione completa al parto e fornire consigli in materia di igiene e di alimentazione;
- assistere la partoriente durante il travaglio e sorvegliare lo stato del feto nell'utero con i mezzi clinici e tecnici appropriati;
- praticare il parto normale, quando si tratti di presentazione cefalica, compresa, se necessario, l'episiotomia e, in caso di urgenza, praticare il parto nel caso di una presentazione podalica;
- individuare nella madre o nel bambino i segni di anomalie che richiedono l'intervento di un medico e assistere quest'ultimo in caso d'intervento; prendere i provvedimenti d'urgenza che si impongono in assenza del medico e, in particolare, l'estrazione manuale della placenta seguita eventualmente dalla revisione uterina manuale;
- esaminare il neonato e averne cura; prendere ogni iniziativa che s'imponga in caso di necessità e, eventualmente, praticare la rianimazione immediata;
- assistere la partoriente, sorvegliare il puerperio e dare alla madre tutti i consigli utili affinché possa allevare il neonato nel modo migliore;
- praticare le cure prescritte da un medico;
- redigere i necessari rapporti scritti.

Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, n. 137/CU recante "*Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo*" che evidenzia come esistano convincenti evidenze scientifiche che, nella gravidanza fisiologica, un'assistenza fornita da sole ostetriche, in un contesto di supporto alla naturalità dell'evento nascita, in una visione olistica, continuativa e personalizzata, migliora la qualità delle cure, la sicurezza e la soddisfazione delle persone assistite.

Intesa Stato Regioni del 22 settembre 2011, n. 88/CU sul Piano Sanitario nazionale per il triennio 2011-2013, che prevede, tra le azioni da intraprendere relativamente al percorso nascita, ai fini di una miglior integrazione tra ospedale e territorio, l'adozione di atti formali, procedure e linee guida, che considerino il doppio percorso gravidanza a basso rischio e gravidanza a rischio e la prescrivibilità delle analisi per la gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica.

Decreto Legislativo 28 gennaio 2016, n. 15 “Attuazione della direttiva 2013/55/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, recante modifica della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali e del regolamento (UE) n. 1024/2012, relativo alla cooperazione amministrativa attraverso il sistema di informazione del mercato interno ” che all’art. 37 “Modificazione dell’articolo 48 del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 2006” sopprime le parole “diagnosticata come” e “da un soggetto abilitato alla professione medica”.

Decreto Presidente della Repubblica 31 agosto 2016 che approva il “IV Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva”.

Decreto Presidente Consiglio Ministri 12 gennaio 2017 recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” che all’art. 24 definisce le prestazioni sociosanitarie ai minori, alle donne, alle coppie e alle famiglie, prevedendo in particolare al punto c) la consulenza preconcezionale, al punto e) l’assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela del nascituro, al punto f) corsi di accompagnamento alla nascita in collaborazione con il presidio ospedaliero e al punto g) l’assistenza al puerperio, promozione e sostegno dell’allattamento al seno e supporto all’accudimento del neonato e che all’art. 59, nell’individuare le prestazioni escluse dalla partecipazione al costo, specifica che “la prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali è effettuata dai medici di medicina generale o dagli specialisti operanti presso le strutture accreditate pubbliche o private, ivi compresi i consultori familiari. La prescrizione dello specialista è obbligatoria nei casi previsti dai commi 3 e 5 e nei casi specificatamente indicati dagli allegati 10A e 10B”.

Delibera giunta 29 novembre 2004, n. 3235 di approvazione del progetto obiettivo materno - infantile e dell’età evolutiva.

Legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 recante “Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità”.

Delibera giunta 15 giugno 2012, n. 1083 che, nel recepire l’Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010, pone l’accento sul ruolo centrale dell’ostetrica nella gestione della gravidanza fisiologica e sull’umanizzazione del percorso nascita. L’obiettivo prefissato è quello di garantire qualità e sicurezza ai livelli di cura appropriati ai bisogni della coppia, in rapporto al grado di rischio della gravidanza, nel rispetto delle scelte della donna e nell’ottica dell’umanizzazione dell’evento nascita.

Legge regione 16 ottobre 2014, n.17 recante “Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria”.

Delibera giunta 28 agosto 2015, n.1676 recante “Recepimento piano nazionale sulla malattia diabetica ed approvazione atti di indirizzo regionali sull’assistenza alle persone con diabete” che all’allegato 3 delinea il percorso diagnostico-assistenziale del diabete gestazionale.

Delibera giunta 27 novembre 2015, n. 2365 recante “Piano regionale della prevenzione 2014-2018 della regione Friuli Venezia Giulia. Approvazione definitiva”.

Decreto 1733/SPS del 19/12/2016 di “Organizzazione del trasporto in emergenza perinatale: Servizio di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN) e Servizio Assistito Materno (STAM) – Procedura”.

Delibera giunta 2 febbraio 2018, n. 185 “Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l’anno 2018. Approvazione definitiva” che prevede l’implementazione dei percorsi della gravidanza fisiologica con responsabilizzazione diretta delle ostetriche.

Si richiamano inoltre le linee guida nazionali redatte dal Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), Istituto Superiore di Sanità, le raccomandazioni ministeriali e le linee di indirizzo dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e del Comitato percorso nascita nazionale:

- Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. SNLG-ISS Linee Guida n. 19, 2010.
- Gravidanza fisiologica. Aggiornamento 2011. SNLG-ISS Linea Guida n. 20, 2011.
- Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Seconda parte. SNLG-ISS Linea Guida n. 22, 2012.
- Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla. SNLG-ISS Linea Guida n. 26, 2016.
- Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto n. 6, marzo 2008.
- Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita n. 16, Aprile 2014.
- Linee di indirizzo clinico-organizzative per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza. AGENAS, luglio 2017.
- Linee di indirizzo per la definizione e l’organizzazione dell’assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio. Comitato percorso nascita nazionale. Ministero della Salute; ottobre 2017.

3. *Il percorso nascita*

La definizione di un percorso nascita regionale che assicuri qualità e sicurezza delle cure, discende dalla delibera giunta 1083/2012 che, nell'individuare i requisiti di qualità e sicurezza dei nodi della rete in coerenza con le indicazioni ministeriali, ha inteso promuovere interventi a sostegno di un modello di cura che permetta di garantire l'assistenza, l'accompagnamento e il sostegno della coppia e del nascituro nella struttura più idonea alla situazione, superando le rigidità organizzative e favorendo l'interazione tra i servizi coinvolti e tra le diverse figure professionali.

Con il presente documento, nel rispetto della naturalità della gravidanza, parto e puerperio e nella consapevolezza che, in ambito ostetrico, vi è un'incomprimibilità del rischio conseguente all'imprevedibilità di alcuni eventi e alla variabilità biologica, si intende favorire un percorso assistenziale personalizzato, centrato sui bisogni della donna e del nascituro e commisurato al grado di rischio della gravidanza, che assicuri gli standard di qualità e sicurezza e valorizzi e promuova un efficace processo di partecipazione ed *empowerment* della donna/coppia.

Viene a riguardo proposta l'attivazione di un percorso che prevede un modello assistenziale in cui la gravidanza a basso rischio è gestita in autonomia da personale ostetrico che ne monitora l'andamento e che si avvale dello specialista ginecologo nel caso il decorso si discosti dalla fisiologia.

Sono descritte di seguito le macrofasi che caratterizzano il percorso nascita:

- assistenza preconcezionale
- accesso al percorso nascita: accertamento di gravidanza e prima visita
- percorso gravidanza a basso rischio (fisiologica) e percorso gravidanza a medio/alto rischio
- travaglio e parto
- puerperio

3.1 ASSISTENZA PRECONCEZIONALE

Il counseling preconcezionale è inteso come "uno spazio di attenzione non episodico, integrato nella propria attività quotidiana, a variabile intensità comunicativa, in cui qualunque sanitario di fiducia (Farmacista, Genetista, Ginecologo, MMG, Ostetrica, Neonatologo, Pediatra, Specialista di settore) utilizzando le proprie conoscenze scientifiche e le proprie abilità comunicative, propone alla donna (coppia) in età fertile, o in vista di una gravidanza, una o più raccomandazioni per ridurre i rischi biomedici, comportamentali e sociali associati agli esiti avversi della riproduzione, tenendo conto dei suoi (loro) valori, dei suoi (loro) stili di vita, della sua (loro) storia clinica, riproduttiva e familiare".

Tratto da "Pensiamoci Prima" – ICBDD (International Centre on Birth Defects and Prematurity), CCM - Ministero della Salute

Lo stato di salute preconcezionale della donna, è un fattore determinante un normale decorso della gravidanza e dello sviluppo fetale.

Interventi preventivi nei confronti di alcuni fattori di rischio, come ad esempio nutrizione inadeguata e scarsa assunzione di folati, uso di alcool, fumo, sostanze illegali o farmaci teratogeni, potrebbero risultare tardivi e non efficaci sulla salute del nascituro, se effettuati a gravidanza iniziata, quando è già avvenuta l'organogenesi. Inoltre, in caso di patologia cronica preesistente, obesità ecc., intraprendere una gravidanza dopo la stabilizzazione/miglioramento delle condizioni cliniche, migliora la salute della donna e l'esito della gravidanza stessa.

E' necessario, pertanto, promuovere la salute della donna prima di pianificare la gravidanza, in modo da favorire stili di vita sani e poter intervenire con una prevenzione efficace su eventuali fattori di rischio modificabili.

Gli ambiti di intervento sono di seguito specificati:

- implementare campagne informative sull'opportunità di intervenire su eventuali fattori di rischio o sul controllo di preesistenti patologie croniche prima di intraprendere la gravidanza, identificando strumenti e sedi idonei (ad esempio materiale informativo cartaceo, siti web accreditati, ecc);
- rafforzare i fattori protettivi, quali uno stile di vita sano, l'attività fisica, un'alimentazione adeguata, la supplementazione di acido folico, l'immunizzazione contro alcune patologie che, se contratte in gravidanza, possono determinare danni al feto (quali ad esempio la rosolia), l'eliminazione di alcool, fumo, sostanze d'abuso, ecc;

- intercettare ed evitare eventuali esposizioni ambientali lavorative o domestiche nocive per il prodotto del concepimento;
- identificare eventuali fattori di rischio relativi a specifiche patologie nella storia familiare e personale della donna e situazioni di rischio psicosociale;
- escludere rischi procreativi correlati ad una condizione patologica o di rischio genetico di uno od entrambi i genitori evidenziati dall'anamnesi riproduttiva o familiare della coppia;
- programmare gli accertamenti consigliati (*allegato 1*) ed eventualmente altri approfondimenti ritenuti appropriati relativamente al rischio procreativo riscontrato;
- promuovere, in caso di malattie croniche della donna, azioni mirate sia al miglioramento/stabilizzazione del quadro clinico, al fine di iniziare la gravidanza nelle migliori condizioni cliniche possibili, che all'adeguamento del piano terapeutico, con lo scopo di evitare l'uso di eventuali farmaci nocivi per il nascituro.

In sintesi, informare le donne in età fertile sull'importanza di ricevere assistenza prima della pianificazione della gravidanza e offrire in modo proattivo la visita preconcezionale rappresentano interventi fondamentali ai fini di minimizzare i rischi, avviare un percorso nascita nelle migliori condizioni di salute possibili ed aumentare lo stato di benessere della futura mamma e del bambino.

Nella tabella 2 sono indicati gli obiettivi di salute, la tempistica, il *setting*, gli operatori coinvolti e le azioni da mettere in atto per il raggiungimento dei fini preposti.

TABELLA 2: Assistenza preconcezionale

INFORMAZIONE		VISITA PRECONCEZIONALE
OBIETTIVI DI SALUTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diffondere la conoscenza tra le donne in età fertile dell'utilità della visita preconcezionale ✓ Offrire in modo proattivo la visita preconcezionale e favorire l'accesso ai servizi preposti ✓ Promuovere la salute e stili di vita sani 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificare lo stato di salute della donna/coppia ✓ Promuovere la salute e stili di vita sani
QUANDO	In ogni occasione utile	Prima di pianificare la gravidanza
DOVE	Consultorio Familiare, Ambulatori MMG/CAP, Ambulatori ostetrici/ ginecologici; Siti web aziendali e regionale; Farmacie (anche attraverso iniziative informative)	Ambulatorio MMG, Consultori Familiari, Ambulatori specialistici
CHI	MMG/ostetrica/ginecologo/farmacista	MMG, ginecologo e ostetrica
COSA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informare le donne in età fertile ✓ Orientare la donna/coppia ai servizi preposti ✓ Implementare i siti aziendali e regionali ✓ Promuovere campagne informative (predisposizione materiale informativo, brochure, poster, eventi) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anamnesi riproduttiva della donna/coppia ✓ Counselling preconcezionale ✓ Esami preconcezionali (<i>allegato 1</i>) ✓ Invio allo specialista se condizione patologica o rischio genetico ✓ Informazione su stili di vita sani ✓ Prescrizione acido folico

3.2 ACCESSO AL PERCORSO NASCITA

3.2.1 L'accertamento dello stato di gravidanza

La donna può rivolgersi al proprio medico di medicina generale, al Consultorio familiare o agli Ambulatori specialistici ginecologici per l'accertamento di gravidanza e il rilascio del certificato di gravidanza.

E' contestualmente informata del diritto ad eseguire alcune prestazioni, utili a tutela della sua salute e di quella del bambino, gratuitamente, ossia senza pagamento del ticket sanitario. Il rilascio dell'esenzione alla partecipazione al costo sanitario per le prestazioni specialistiche ambulatoriali per la tutela della gravidanza, come previsto dal DPCM 12 gennaio 2017, fruite presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, ivi compresi i consultori familiari, avviene presso gli sportelli amministrativi deputati all'emissione/variazioni della tessera sanitaria.

Accertato lo stato di gravidanza, la donna accede al percorso nascita presso gli ambulatori aziendali per la gravidanza fisiologica del Consultorio familiare, ove già prevista l'offerta specifica, o, in caso contrario, delle strutture ospedaliere. A regime, l'accesso al percorso è previsto presso i Consultori familiari.

3.2.2 La prima visita

La prima visita è indicata non appena conosciuto lo stato di gravidanza e, comunque, preferibilmente entro la 10^a settimana di età gestazionale. L'opportunità di un incontro precoce è motivata dal fatto che, nel corso della prima visita, la donna può acquisire numerose informazioni che le permetteranno di operare scelte informate e consapevoli per pianificare al meglio il percorso che sta per intraprendere e, nel contempo, il professionista può accertare il grado di rischio della gravidanza e concordare con la donna il percorso più appropriato.

La prima visita è orientata a:

- offrire informazioni sui servizi disponibili per l'assistenza e il sostegno, sui benefici di legge a tutela della maternità e paternità, su abitudini alimentari (compresa supplementazione ac. folico, se non già iniziata in epoca preconcezionale) e stili di vita sani, sulla gestione dei sintomi più comuni in gravidanza, su screening, diagnosi prenatale e sui corsi di accompagnamento alla nascita;
- identificare le donne che accedono al percorso "gravidanza a basso rischio (fisiologica) a gestione ostetrica" e quelle che invece presentano un profilo di rischio che necessita di un'assistenza addizionale personalizzata (gravidanza a medio/alto rischio). La valutazione avviene attraverso un'approfondita raccolta di elementi anamnestici familiari della coppia, personali, ostetrici (inclusa la compilazione della check list predefinita), clinici (tra i quali peso, BMI *-body mass index-* e pressione arteriosa) e laboratoristici. Particolare attenzione va posta all'individuazione di donne con bisogni specifici legati a situazioni di disagio psichico, vulnerabilità psico-sociale, mutilazioni genitali femminili, violenza domestica, ecc;
- facilitare, sulla base delle risultanze degli elementi di cui sopra, l'accesso al percorso più appropriato per quella donna, in rapporto al grado di rischio.

Nel corso della prima visita oltre alle informazioni sopra specificate, viene illustrato e discusso con la donna/coppia il profilo assistenziale, il *setting* di cura e il calendario dei controlli ed esami.

La comunicazione, durante tutto il percorso, deve risultare semplice, chiara e comprensibile, orientata a stimolare la partecipazione attiva della donna al programma di assistenza e cura, lasciando lo spazio per poter discutere e formulare domande. E' garantita l'accessibilità alle informazioni alle donne con disabilità fisica, psichica o sensoriale e alle donne straniere che non conoscono la lingua italiana, nel caso, attivando la mediazione culturale. Può risultare utile il supporto di materiale informativo (opuscoli, audiovisivi, strumenti interattivi, ecc) multilingue.

Se sussistono tutti gli elementi per considerare la gravidanza come a basso rischio, viene offerta alla donna l'opportunità di intraprendere il percorso a gestione ostetrica.

Qualora dalla storia anamnestica familiare della coppia, personale ed ostetrica, dall'esame clinico o dai dati laboratoristici emerga la presenza di uno o più fattori di rischio, lo specialista ginecologo dell'Ambulatorio

orienterà la donna verso il *setting* di cura più appropriato al livello di rischio, medio o alto, riscontrato e ne faciliterà l'accesso.

In tabella 3 sono riassunti gli obiettivi di salute, la tempistica, il *setting*, gli operatori coinvolti e le azioni.

TABELLA 3: Accertamento di gravidanza e avvio del percorso

ACCERTAMENTO GRAVIDANZA		1 ^a VISITA
OBIETTIVI DI SALUTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accertare la gravidanza ✓ Informare su esenzioni e sulla rete dei servizi 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fornire alla donna/coppia tutti gli elementi utili, basati su prove di efficacia aggiornate, per compiere scelte informate e consapevoli sull'assistenza durante il percorso ✓ Orientare al percorso più appropriato in base al livello di rischio individuato secondo criteri codificati ✓ Facilitare l'accesso, concordato con donna/coppia, al percorso appropriato
QUANDO	Alla positività del test di gravidanza	Preferibilmente entro 10 settimana di EG (o comunque all'accertamento di gravidanza)
DOVE	Ambulatorio MMG, Consultorio Familiare, Ambulatorio specialistico	Ambulatorio gravidanza fisiologica
CHI	MMG, ostetrica, ginecologo	ostetrica, ginecologo
COSA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prescrizione test gravidanza su sangue/urine ✓ Accertamento della gravidanza ✓ Rilascio Certificato di gravidanza (<i>medico</i>) ✓ Invio allo sportello amministrativo distrettuale ✓ Prescrizione esami I trimestre (<i>preferibilmente in questa occasione</i>)* ✓ Orientamento alla rete dei servizi 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accoglienza, colloquio e ascolto ✓ Informazioni su: servizi disponibili, benefici di legge, corsi di accompagnamento alla nascita, abitudini alimentari (ivi compresa la supplementazione di ac. folico) e stili di vita sani, come gestire i sintomi più comuni, screening e diagnosi prenatale ✓ Raccolta anamnesi familiare, personale ed ostetrica e compilazione check list (<i>allegato 2</i>) ✓ Visita ostetrica ✓ Prescrizione esami I trimestre, se non già eseguiti (<i>allegato 3</i>) e valutazione dei risultati ✓ Attribuzione del grado di rischio (<i>basso vs medio/alto</i>) dopo valutazione elementi anamnestici, clinici e laboratoristici ✓ Individuazione del percorso più appropriato in base al grado di rischio individuale: <ul style="list-style-type: none"> - Basso rischio ⇒ avvio del percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica - Presenza di fattore/i di rischio ⇒ avvio del percorso gravidanza a medio/alto rischio. Il ginecologo dell'Ambulatorio orienta la donna verso il setting più appropriato ✓ Individuazione donne con bisogni specifici ✓ Condivisione percorso con la donna/coppia e avvio percorso ✓ Consegna di eventuale materiale informativo

* La prescrizione delle prestazioni a carico del SSR escluse dalla partecipazione al costo è riservata al MMG o allo specialista, secondo quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017.

La prima visita, le modalità di definizione del livello di rischio e di avvio del percorso “gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica”, sono dettagliati in allegato 2.

3.3 PERCORSO GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO (FISIOLOGICA)

Per **gravidenza fisiologica** si intende una gravidanza che non presenta fattori di rischio anamnestici, clinici e laboratoristici né per la madre, né per il feto, ossia una gravidanza singola senza complicazioni in una donna in buona salute. Viene meglio definita “**a basso rischio**” ad indicare che nessun percorso della vita è completamente esente da rischi e che l’incomprimibilità del rischio è conseguenza di una quota non prevedibile e della variabilità biologica.

Considerate le evidenze scientifiche esplicitate in premessa, alle donne con gravidanza a basso rischio, viene offerto sul territorio regionale un percorso basato sulla presa in carico da parte dell’ostetrica nell’ambito di un team multiprofessionale che opera in una rete integrata che prevede l’interazione tra ostetriche, ginecologi, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, tra professionisti dei Consultori familiari e professionisti dei Punti nascita.

L’assistenza si sviluppa quindi in un contesto di lavoro di équipe (ostetrica, medico ostetrico-ginecologo, altri professionisti qualora necessario), secondo un modello organizzativo codificato a livello aziendale che garantisce la pronta sinergia e collaborazione da parte di ogni professionista dell’équipe stessa, adeguatamente formato.

Il percorso si articola in una serie di incontri programmati, durante i quali la donna riferisce sul suo stato di salute fisico e psichico e il professionista rileva le sue condizioni cliniche e quelle del feto in uno scambio di informazioni che creano una relazione di cura che durerà l’intero arco della gravidanza e puerperio.

Il **bilancio di salute** è inteso come l’insieme di tutti gli elementi relativi allo stato di salute psicofisica, raccolti durante l’incontro che permettono appunto al professionista di fare un “**bilancio sulla salute**” della futura mamma e del nascituro, per poter meglio pianificare e personalizzare l’assistenza via via nel corso del percorso. Durante il bilancio di salute l’andamento della gravidanza e lo stato di salute della donna e del feto sono valutati con rilevazioni anamnestiche, cliniche, indagini ed esami predefiniti per età gestazionale, secondo evidenza.

La **valutazione del rischio**, sulla base degli elementi raccolti durante il bilancio di salute, non si limita alla prima visita, ma va ripetuta ad ogni controllo, in quanto in ogni momento della gravidanza può insorgere una complicanza. Il concetto di rischio deve, quindi, essere inteso in senso dinamico: un rischio specifico che si evidenzia ad una determinata età gestazionale (ad esempio minaccia di aborto) non necessariamente impatta negativamente sull’esito della gravidanza stessa, così come una gravidanza fisiologica può, in qualsiasi momento, evolvere verso la patologia, anche in assenza di preesistenti indicatori di rischio. Per tale motivo deve essere previsto un attento monitoraggio e un pronto adeguamento alle esigenze cliniche di volta in volta individuate.

La “**Check list fattori di rischio - Controlli successivi alla prima visita**” (*allegato 4*), in associazione alla “**Check list fattori di rischio - Prima visita**” (*allegato 2*), è uno strumento che può adjuvare il professionista nell’accertare che la gravidanza, già individuata come a basso rischio alla prima visita, si mantenga tale nel tempo. Quanto emerso dalle check list, va ad integrare, ai fini della valutazione, gli altri elementi derivanti dalla raccolta anamnestica, dalla valutazione clinica e dal risultato degli esami eseguiti nel corso del bilancio di salute.

Il **proseguimento del percorso**, se la valutazione conferma il basso rischio, segue il calendario predefinito.

Nel caso, invece, venga individuata una condizione che si discosta dalla fisiologia, l’ostetrica segnala la situazione al medico ginecologo dell’équipe che, vista la donna, individuerà i bisogni e, nel caso, la indirizzerà verso strutture specialistiche ospedaliere.

Considerato che il concetto di rischio va inteso in senso dinamico, qualora i fattori che hanno determinato la necessità di un’assistenza addizionale specialistica si risolvano, la donna, previo accertamento del medico specialista, potrà rientrare nel percorso della gravidanza a basso rischio.

Nella tabella 4 sono indicati per ogni trimestre gli obiettivi di salute, il *timing*, il *setting*, gli operatori coinvolti e le azioni.

TABELLA 4: Gravidanza a basso rischio (fisiologica)

	1° TRIMESTRE	2° TRIMESTRE	3° TRIMESTRE
OBIETTIVI DI SALUTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Offrire alle donne con gravidanza a basso rischio un percorso basato sulla presa in carico da parte delle ostetriche che operano nell'ambito di una rete integrata multiprofessionale e multidisciplinare che vede l'interazione tra ostetriche, ginecologi, MMG e PLS, tra professionisti dei Consultori familiari e professionisti dei Punti nascita. ✓ Individuare le donne che necessitano di assistenza più intensiva (medio-alto rischio) o di interventi mirati (es. fragilità psicosociale, mutilazioni genitali femminili, violenza domestica, ecc). ✓ Offrire un percorso dinamico che, attraverso un attento monitoraggio, permetta un pronto adeguamento alle esigenze assistenziali di volta in volta determinate, con passaggio assistito tra i diversi <i>setting</i> di cura sia verso una maggior intensività che un ritorno al livello iniziale. 		
QUANDO	entro 13 ⁺⁶ settimane o comunque al primo controllo (1 ^a visita preferibilmente entro la 10 ^a sett.)	da 14 ⁺⁰ a 27 ⁺⁶ settimane	da 28 ⁺⁰ settimane
DOVE	Consultorio familiare /Ambulatorio gravidanza fisiologica a gestione ostetrica		
CHI	ostetrica/ginecologo		
COSA	<p><i>vedi 1^a visita (tabella 3)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Accoglienza, colloquio e ascolto ✓ Informazioni ✓ Bilancio di salute ✓ Esami 1° trimestre, se non eseguiti (<i>allegato 3</i>) ✓ Verifica dell'assenza di fattori di rischio secondo criteri standardizzati (<i>allegato 2</i>) ✓ Condivisione percorso assistenziale 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accoglienza, colloquio e ascolto ✓ Informazioni sui corsi di accompagnamento alla nascita ✓ Informazioni sulla possibilità di donazione del sangue cordonale ✓ Informazioni su ecografia per identificazione anomalie fetali ✓ Bilanci di salute ✓ Esami 2° trimestre nelle 3 fasce d'età gestazionale previste (<i>allegato 3</i>): <ul style="list-style-type: none"> - da 14⁺⁰ a 18⁺⁶ - da 19⁺⁰ a 23⁺⁶ - da 24⁺⁰ a 27⁺⁶ ✓ Rivalutazione del livello rischio sulla base di tutti gli elementi raccolti durante i bilanci di salute, compresa la compilazione della check list ✓ Consulto e invio allo specialista ginecologo del team in caso di scostamento dalla fisiologia ✓ Definizione e condivisione con la donna del percorso assistenziale ✓ Offerta vaccinazione antiinfluenzale (se in stagione epidemica) e informazioni su prevenzione primaria 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accoglienza, colloquio e ascolto ✓ Informazioni su interventi non farmacologici e farmacologici per controllo/gestione del dolore travaglio/parto, su modalità di parto, allattamento, screening e profilassi neonatali, puerperio ✓ Bilanci di salute ✓ Effettuazione esami 3° trimestre nelle fasce d'età gestazionale previste (<i>allegato 3</i>): <ul style="list-style-type: none"> - da 28⁺⁰ a 32⁺⁶ - da 33⁺⁰ a 37⁺⁶ - da 41⁺⁰ ✓ Rivalutazione del livello rischio sulla base di tutti gli elementi raccolti durante i bilanci di salute, compresa compilazione check list ✓ Offerta vaccinazione dPTa preferibilmente a 28 sett. ✓ Offerta vaccinazione antiinfluenzale (se in stagione epidemica) e informazioni su prevenzione primaria ✓ Invio al Punto nascita prescelto a 36 settimane per il prosieguo del monitoraggio della gravidanza
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementazione a livello aziendale delle Linee guida sulla Gravidanza fisiologica (<i>SNLG- ISS n. 20</i>) ✓ Implementazione a livello aziendale Linee di indirizzo clinico-organizzative per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza (<i>AGENAS 2017</i>) 		

L'accesso al percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica, gli esami da effettuare e i bilanci di salute successivi alla prima visita sono illustrati rispettivamente in allegato 2, 3 e 4.

3.4 PERCORSO GRAVIDANZA A MEDIO/ALTO RISCHIO

Si definisce "*ad alto rischio*" quella gravidanza che, per condizioni di patologia materna o fetale, presenta una probabilità di *outcome* patologico, per la donna e/o per il feto, maggiore rispetto all'incidenza stimata nella popolazione generale delle gestanti. La condizione patologica può essere preesistente al concepimento o insorgere nel corso della gestazione e riguardare la gestante e/o il feto.

Alcune gravidanze, pur non presentando un alto rischio, necessitano comunque di una gestione medico-specialistica e sono considerate a "medio rischio".

Fattori di rischio e patologie che richiedono un'assistenza specialistica addizionale durante la gravidanza e che possono configurare un alto o un medio rischio sono elencati nelle check list in allegato 2 e 4. Si tratta di un elenco non esaustivo e la valutazione del rischio dovrà comunque integrare gli elementi anamnestici, familiari e personali, con quelli clinici e con i risultati di esami ed indagini. In alcuni casi, sarà il grado di severità della patologia a condizionare la definizione di alto oppure medio rischio e orientare verso il *setting* più appropriato.

Considerato che una presa in carico precoce, con una gestione specialistica adeguata, dedicata a gravidanze con rischio aumentato, riduce eventi avversi e migliora l'*outcome* materno e fetale, è opportuno garantire un accesso

facilitato a percorsi di cura appropriati per ciascuna donna in gravidanza, all'interno di una rete integrata regionale che veda l'operatività, secondo un modello sinergico, di servizi dedicati alla gestione di livelli di rischio ostetrico differenziati (Consultori familiari, Ambulatori ostetrico-ginecologici e Punti nascita di I e II livello).

In presenza di una gravidanza con fattori di rischio identificati, spetta allo specialista ginecologo dell'equipe individuare il *setting* di cura più appropriato per quella donna, in quella determinata fase di gravidanza.

Il rischio deve essere periodicamente rivalutato nel corso della gestazione, trattandosi di un percorso dinamico, come già precedentemente sottolineato. E' possibile quindi che l'indicazione all'accesso a centri specialistici sia presente sin dalle prime fasi della gravidanza o insorga nel corso della gestazione in donne seguite presso ambulatori per la gestione della gravidanza a basso rischio. E altresì possibile che il centro specialistico orienti nuovamente la gravida verso un ambulatorio per la gestione della gravidanza a basso rischio, dopo la risoluzione della problematica.

L'invio di una donna ad un centro specialistico di II livello è un evento che impatta emotivamente sulla donna e, al fine di evitare condizioni ansiogene, richiede una comunicazione chiara, semplice ed approfondita sulla situazione clinica e sulle motivazioni che consigliano tale scelta, dando ampio spazio affinché la donna possa manifestare le sue preoccupazioni, dubbi, incertezze.

La donna verrà presa in carico dall'equipe del centro specialistico che garantirà un'adeguata informazione sulle procedure di cura, nel caso, avvalendosi anche del supporto di un psicologo, supporto indicato, in particolare, qualora la scelta terapeutica comporti rischi per la salute/vita della madre o del/dei nascituro/i.

La tabella 5 riassume gli obiettivi di salute, il *timing*, il *setting*, le responsabilità e le azioni in caso di gravidanza a medio/alto rischio.

TABELLA 5: Gravidanza a medio/alto rischio

	1° TRIMESTRE	2° TRIMESTRE	3° TRIMESTRE
OBIETTIVI DI SALUTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantire qualità e sicurezza in <i>setting</i> di cura appropriati per il livello di rischio della gravidanza ✓ Assicurare alla donna l'accompagnamento al percorso "gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica" se e qualora la condizione di rischio rientri 		
QUANDO	entro 13 ⁺⁶ settimane o comunque al primo controllo (1 ^a visita preferibilmente entro la 10 ^a sett)	da 14 ⁺⁰ a 27 ⁺⁶ settimane	da 28 ⁺⁰ settimane
DOVE	Ambulatori gravidanza dei Punti nascita I livello/Ambulatori gravidanza ad alto rischio dei Punti nascita di II livello/Consultori familiari secondo valutazione dello specialista ginecologo		
CHI	Equipe multiprofessionale (ginecologo, ostetrica e specialisti secondo necessità)		
COSA	<p><i>vedi 1^a visita (tabella 3)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Accoglienza, colloquio e ascolto ✓ Informazioni ✓ Bilancio di salute ✓ Prescrizione esami 1° trimestre, se non eseguiti (<i>allegato 3</i>) e gli eventuali esami aggiuntivi sulla base del quadro clinico ✓ Verifica del grado di rischio e del <i>setting</i> di cura più appropriato ✓ Definizione piano assistenziale ✓ Consulenze specialistiche di II livello ove necessarie, ivi compresa quella ecografica 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accoglienza, colloquio e ascolto ✓ Informazione sui corsi di accompagnamento alla nascita ✓ Informazioni sulla possibilità di donazione del sangue cordonale (se presenti i requisiti clinici) ✓ Informazioni su ecografia per identificazione anomalie fetali ✓ Bilanci di salute ✓ Prescrizione esami 2° trimestre (<i>allegato 3</i>) e gli eventuali esami aggiuntivi sulla base del quadro clinico ✓ Ridefinizione del grado di rischio ad ogni controllo ✓ Definizione piano assistenziale ✓ Consulenze specialistiche di II livello ove necessarie, ivi compresa quella ecografica ✓ Offerta vaccinazione antiinfluenzale (se in stagione epidemica) e informazione su prevenzione primaria 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accoglienza, colloquio e ascolto ✓ Informazioni su interventi farmacologici e non per controllo e gestione dolore travaglio/parto, sulle modalità di parto, allattamento, screening e profilassi neonatali e puerperio ✓ Bilanci di salute ✓ Effettuazione esami 3° trimestre (<i>allegato 3</i>) ed eventuali esami aggiuntivi sulla base del quadro clinico ✓ Ridefinizione del grado di rischio ad ogni controllo ✓ Definizione piano assistenziale ✓ Consulenze specialistiche di II livello ove necessarie, ivi compresa quella ecografica ✓ Programmazione sede di parto più idonea a situazione materno/fetale ✓ Offerta vaccinazione dPTa preferibilmente a 28 sett. ✓ Offerta vaccinazione antiinfluenzale (se in stagione epidemica) e informazioni su prevenzione primaria
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementazione a livello aziendale delle linee di indirizzo clinico-organizzative per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza (<i>AGENAS 2017</i>) 		

3.5 TRAVAGLIO E PARTO

La quasi totalità delle donne residenti sul territorio regione partorisce in ospedali pubblici o privati convenzionati. La scelta del Punto nascita da parte della donna/coppia segue, usualmente, la logica della vicinanza territoriale, solo in alcuni casi la situazione clinica della donna o del feto raccomandano che il parto avvenga in strutture dotate di assistenza specialistica di II livello per la donna e di terapia intensiva neonatale (T.I.N.) per il nascituro.

Le evidenze scientifiche dimostrano che i neonati pretermine nati in strutture dotate di T.I.N. hanno una maggior sopravvivenza ed un *outcome* favorevole rispetto ai nati in strutture sprovviste di T.I.N. che hanno avuto pertanto necessità di un trasferimento postnatale (*Decreto 1733/SPS del 19/12/2016: Organizzazione del trasporto in emergenza perinatale*). Ne consegue che la scelta più idonea ai fini dell'appropriatezza e sicurezza delle cure è la centralizzazione delle gravidanze a rischio, che corrisponde al modello del "trasporto in utero", universalmente riconosciuto come la modalità più efficace e sicura per garantire alla gestante e al neonato l'assistenza più qualificata.

Il professionista accompagnerà pertanto la donna/coppia nella scelta del Punto nascita (I o II livello) più appropriato alla situazione clinica, pur nel rispetto della libertà di scelta.

Indipendentemente dal *setting* in cui la donna è stata seguita durante la gravidanza, a 36 settimane di età gestazionale è opportuno l'invio al Punto nascita prescelto per il parto per il prosieguo del monitoraggio della gravidanza. Questo controllo permetterà alla donna e agli operatori del Punto nascita una conoscenza reciproca, la valutazione dello stato di benessere materno-fetale e la pianificazione del percorso nelle ultime settimane prima del parto. Il controllo è l'occasione per la donna/coppia che non ne abbia già avuto l'opportunità in altri percorsi strutturati, di visitare la struttura, conoscere le modalità di accesso e l'organizzazione dell'accoglienza, di accertare se il Punto Nascita risponde alle aspettative e preferenze maturate durante la gravidanza e di familiarizzare con i luoghi sede di nascita del suo bambino.

La donna è informata sulle modalità farmacologiche e non farmacologiche di contenimento/gestione del dolore nel travaglio e nel parto (ad esempio supporto relazionale, assunzione di posizioni libere, immersione in acqua, analgesia epidurale ecc.).

In linea con quanto previsto dalle linee guida nazionali, riceve informazioni, basate su prove scientifiche, in merito alle modalità del parto, anche cesareo, che includono in particolare:

- le indicazioni assolute e relative al taglio cesareo;
- i potenziali benefici e danni associati al taglio cesareo per la salute della donna e del neonato;
- le modalità di espletamento dell'intervento chirurgico;
- le diverse tecniche anestesiolgiche;
- le implicazioni per future gravidanze e nascite dopo il taglio cesareo.

(Linee guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" n. 19 SNLG-ISS 2010).

L'assistenza durante il travaglio e il parto deve garantire alla donna la riservatezza e la tranquillità necessarie per vivere questo momento come un evento naturale, nonché favorire il legame tra genitori e neonato. Viene incoraggiata la presenza del futuro padre o di un'altra persona che la partoriente desideri vicina.

La figura dell'ostetrica accompagna la donna durante tutto lo svolgimento del travaglio e del parto e, a riguardo, viene incentivata un'assistenza con rapporto 1:1 ostetrica/donna.

La donna viene aiutata a riconoscere l'evoluzione fisiologica di quanto sta avvenendo; viene favorito, attraverso l'*empowerment*, l'accoglimento del neonato, incoraggiando il contatto pelle a pelle immediato e continuativo fino al completamento della prima poppata. Nel contempo l'ostetrica ha il ruolo di individuare gli eventuali elementi di rischio per la madre e/o per il nascituro e di attivare le figure professionali necessarie (ginecologo, anestesista, pediatra/neonatologo).

In tutti i Punti nascita vengono garantite procedure per il controllo del dolore in travaglio non farmacologiche o, nel caso, farmacologiche, secondo procedure scritte codificate a livello aziendale.

Nelle gravidanze ad alto rischio, il timing di espletamento del parto viene definito dallo specialista ginecologo che si avvale del parere del neonatologo/pediatra per le problematiche cliniche, assistenziali e organizzative correlate al neonato.

Viene promossa e favorita la raccolta solidaristica del sangue cordonale, secondo protocolli omogenei a livello regionale.

TABELLA 6: Il travaglio e il parto

OBIETTIVI DI SALUTE	Garantire alle donne assistenza appropriata alle esigenze cliniche, tenendo conto dei bisogni individuali in un'ottica di centralità della donna e della famiglia, di umanizzazione dell'evento nascita e di riduzione della medicalizzazione impropria.
QUANDO	A termine di gravidanza o qualora il quadro clinico materno/fetale lo consigli
DOVE	Punto nascita I o II livello a seconda delle condizioni materno/fetali
CHI	Ostetrica, ginecologo, anestesista, pediatra/neonatologo, OSS ed eventuali altri professionisti (a seconda delle necessità)
COSA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assicurare un ambiente adeguato a garantire privacy, confort e sostegno emotivo durante il travaglio/parto ✓ Incentivare un'assistenza con rapporto 1:1 ostetrica/donna ✓ Garantire alla donna la presenza di persona cara durante il travaglio e il parto ✓ Offrire metodiche non farmacologiche di controllo del dolore (es posizioni libere in travaglio e parto, utilizzo dell'acqua ecc) ✓ Informare e, nel caso, garantire il controllo farmacologico del dolore (analgesia epidurale) ✓ Eseguire la raccolta solidaristica di sangue cordonale, qualora la donna abbia acconsentito alla donazione ✓ Predisporre a livello aziendale percorsi/procedure codificati per la gestione del dolore in travaglio/parto, per l'assistenza intrapartum della madre e del neonato e per la rianimazione neonatale ✓ Implementare a livello aziendale le raccomandazioni ministeriali: Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto (<i>Raccomandazione Ministeriale n. 6, marzo 2008</i>) e Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita (<i>Raccomandazione Ministeriale n. 16, aprile 2014</i>) ✓ Implementare a livello aziendale le linee guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole – prima e seconda parte" (<i>SNLG – ISS n.19, gennaio 2010 e n.22, gennaio 2012</i>) ✓ Favorire in tutte le situazioni possibili il contatto pelle a pelle immediato e continuativo fino a completamento della prima poppata, in condizioni di sicurezza, anche per le madri che per questioni mediche o personali decidono di non allattare

3.6 IL PUERPERIO

Il puerperio rappresenta un periodo particolarmente delicato sia dal punto di vista assistenziale per madre (possibili complicanze, crisi di stanchezza, ansia, difficoltà di allattamento, *maternity blues*, ecc) e neonato (difficoltà di attaccamento al seno, disidratazione, ittero, ecc), sia dal punto di vista psico-relazionale. Si tratta di una fase caratterizzata da forti emozioni, cambiamenti fisici importanti e mutamenti nelle relazioni interpersonali.

E' un periodo nel quale l'assistenza e il supporto a madre e neonato sono orientati, da un lato, a prevenire, identificare tempestivamente e trattare eventuale patologia, dall'altro a promuovere la fisiologia dell'adattamento postnatale, l'allattamento e il benessere psico-relazionale del nuovo nucleo familiare e a sostenere la donna nella consapevolezza delle sue competenze naturali di accudimento.

Il riconoscimento di specifiche esigenze della diade madre-neonato (attaccamento al seno precoce e a richiesta, libertà da orari rigidi), l'inutilità di alcune pratiche assistenziali routinarie e l'affermarsi di modelli assistenziali che prevedono la dimissione precoce dopo il parto, hanno portato a rivedere le modalità assistenziali in molti Punti nascita, e a ripensare all'intero complesso delle cure fornite nell'immediato post-partum sia alla madre che al neonato.

In questa particolare e delicata fase del percorso nascita, gli obiettivi prioritari da perseguire sono di seguito specificati:

- salvaguardare la relazione tra genitori e bambino, promuovendo fin dal momento della nascita la possibilità che madre e neonato stiano insieme 24 ore su 24 (contatto precoce e rooming in);
- promuovere e sostenere l'allattamento e supportare l'accudimento del neonato;
- favorire una permanenza breve in ospedale, garantendo a donna e neonato l'assistenza extraospedaliera necessaria, anche attraverso l'attivazione di visite domiciliari da parte dell'ostetrica;
- garantire la continuità dell'assistenza durante tutto il percorso nascita, percorso che non si esaurisce con il parto. La dimissione dalla maternità, con il rientro a domicilio dopo la nascita, rappresenta infatti uno degli snodi della continuità tra servizi e deve essere coordinata e codificata, ai fini di perseguire migliori esiti di salute, sia per la madre che per il neonato, in particolare nelle situazioni di vulnerabilità psicosociale. Va offerto, pertanto, un percorso personalizzato, centrato sui bisogni della diade madre-bambino, all'interno di un modello organizzativo in cui i professionisti operano in maniera sinergica, coordinata e codificata durante tutte le fasi del percorso.

Nella tabella 7 sono sintetizzati obiettivi, tempi, *setting*, operatori e azioni relative al puerperio.

TABELLA 7: Il puerperio

OBIETTIVI DI SALUTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantire la salute psicofisica della madre con un'assistenza individualizzata ✓ Promuovere un adeguato sviluppo psicofisico del neonato e favorire la protezione dell'allattamento ✓ Definire il follow up di madre e bambino sulla base dei bisogni emersi ✓ Garantire il benessere della coppia e sostenere la genitorialità attraverso un'assistenza centrata sulla famiglia
QUANDO	Dall'espletamento del parto fino a 6-8 settimane
DOVE	Punti nascita, Consultori familiari, domicilio, ambulatorio MMG, ambulatorio PLS
CHI	Ostetrica, ginecologo, pediatra/neonatologo, MMG, PLS, assistente sociale o altri professionisti in casi specifici
COSA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Favorire, in tutte le situazioni possibili, il contatto pelle a pelle mamma e neonato immediato e continuativo già in sala parto fino al completamento della prima poppata in condizioni di sicurezza, anche per le madri che per motivi clinici o personali decidono di non allattare ✓ Garantire la permanenza di mamma e neonato nella stessa stanza (rooming in h 24) ✓ Favorire la protezione, promozione e supporto all'allattamento esclusivo al seno ✓ Monitorare il puerperio fisiologico ✓ Prevenire, identificare e trattare le possibili complicanze puerperali, secondo procedure scritte codificate a livello aziendale e individuare eventuali segni di disagio psicofisico della madre ✓ Effettuare i controlli clinici del neonato, monitorare la crescita ponderale, sorvegliare l'insorgenza di eventuali segni/sintomi di allarme e avviare adeguato trattamento qualora indicato ✓ Fornire al neonato le misure idonee di profilassi (es. oculare, vit.K, immunoprofilassi e vaccinazione HBV ove indicato) e di prevenzione (es. screening neonatali uditivo, oftalmologico, malattie metaboliche, ipotiroidismo ecc) ✓ Alla dimissione assicurare una corretta informazione sulla gestione del neonato e rafforzare nella madre la consapevolezza delle sue competenze naturali nell'accudimento del neonato ✓ Dare informazioni sugli screening neonatali, sulla prevenzione della morte in culla, sul trasporto sicuro, sugli stili di vita familiari (es. fumo passivo) e sulle vaccinazioni anche con l'ausilio di materiale scritto ✓ Raccomandare l'iscrizione precoce al PLS, dare informazione sulla rete dei Consultori familiari e, in caso di necessità, attivare una dimissione "protetta" ✓ Favorire l'integrazione ospedale-territorio e il coinvolgimento del MMG, in caso di patologia materna, per la continuità assistenziale ✓ Implementare a livello aziendale le Linee guida "Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla (SNLG-ISS n. 26, ottobre 2016) ✓ Le Aziende predispongono azioni per offrire la visita ostetrica domiciliare in puerperio <p><i>Ai controlli dopo la dimissione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Valutare lo stato di salute della madre e il suo stato di benessere psicofisico e lo stato di salute del neonato ✓ Valutare l'andamento dell'allattamento e promuovere le pratiche che lo facilitano ✓ Rafforzare le informazioni su trasporto sicuro del bambino, posizione nel sonno, stili di vita familiare (fumo, alcol, farmaci) ✓ Affrontare i temi della ripresa dell'attività sessuale e della contraccezione ✓ Favorire la visita ginecologica di controllo in puerperio ✓ Favorire per il neonato l'adesione ai bilanci di salute dal PLS e al programma vaccinale ✓ Dare informazione sui Servizi a cui si può fare riferimento in caso di bisogno

4. I Corsi di accompagnamento alla nascita

Il corso di accompagnamento alla nascita è un'opportunità per tutte le donne gravide che avvertono il bisogno di affrontare consapevolmente la nascita del proprio figlio.

Lo scopo degli incontri, organizzati con modalità che consentano l'interazione tra partecipanti e i conduttori dei corsi, è quello di rispondere all'esigenza delle donne di acquisire elementi conoscitivi utili alla comprensione dei processi di trasformazione e di cambiamento che avvengono durante la gravidanza, il travaglio, il parto e il puerperio, di affrontare il tema dell'allattamento e della cura del bambino e della genitorialità, nonché di ricevere informazioni sui servizi e sull'offerta assistenziale.

Tale percorso teorico - esperienziale permetterà alle gestanti di condividere questo momento con altre donne, di essere accompagnate in quest'esperienza di cambiamento profondo di sé e di sentirsi competenti e protagoniste del proprio progetto procreativo.

5. Il diario della gravidanza

“Poiché la gravidanza, il parto/nascita e il post-partum sono momenti di un processo unico, la frammentazione delle prestazioni multidisciplinari, la difficoltosa circolazione e condivisione delle informazioni tra le diverse figure professionali, secondo modalità codificate, hanno un peso rilevante sulla sicurezza delle cure (*tratto da Raccomandazione Ministero Salute n. 16, aprile 2014*).

Alcuni studi hanno valutato benefici e soddisfazione delle donne derivanti dall'utilizzo di una scheda con i dati della propria gravidanza da tenere con sé e portare ai controlli. I risultati di una revisione della Cochrane hanno evidenziato alcuni potenziali benefici (maggiore consapevolezza da parte della donna e disponibilità dei dati per gli operatori sanitari) e rischi (maggiore operatività al parto), nonché una maggior percentuale di donne che avrebbe desiderato ripetere l'esperienza in una futura gravidanza (*Cochrane Database of Systematic Reviews 2015*). Le linee guida nazionali (*SNLG, 2011*) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomandano che ogni donna abbia a disposizione e porti con sé la documentazione clinica prenatale personale per migliorare la continuità, la qualità delle cure e la propria esperienza di gravidanza (*WHO 2016*).

Il diario della gravidanza che accompagna la donna durante tutte le fasi del percorso nascita, fornendo elementi utili ad intraprendere questo percorso con serenità e consapevolezza è pensato per facilitare:

- la conoscenza del percorso assistenziale: i controlli, gli esami e le indagini consigliati a seconda del trimestre di gravidanza;
- la raccolta della documentazione clinica;
- l'acquisizione da parte degli operatori sanitari che vengono in contatto con la donna, di informazioni utili a conoscere, in ogni momento, la storia clinica e l'evoluzione della gravidanza.

E' pertanto auspicabile l'adozione di un diario della gravidanza per tutte le donne che intraprendono il percorso nascita.

6. Formazione – Monitoraggio e verifica

L'avvio del percorso gravidanza a basso rischio (fisiologica) a gestione ostetrica (dettagliato in allegato 2 e 4) è preceduto da un programma formativo finalizzato a supportare gli operatori coinvolti sulle modalità e strumenti operativi introdotti. E' rivolto ai professionisti degli Ambulatori per la gravidanza fisiologica a gestione ostetrica individuati dalle Aziende.

E' inoltre attuato a livello aziendale un programma per la formazione continua congiunta degli operatori coinvolti nel percorso nascita (ospedalieri e territoriali), comprensivo di simulazioni pratiche, al fine di implementare il percorso proposto nel presente documento, di rafforzare le competenze individuali tecnico-scientifiche e relazionali e di ottimizzare la risposta integrata di équipe. Va previsto il mantenimento costante delle competenze degli operatori finalizzato al riconoscimento precoce, valutazione e gestione delle condizioni intrapartum che possono determinare danni per la madre e il feto. Gli operatori di sala parto partecipano a formazione sulla rianimazione neonatale con periodico *retraining*.

La formazione degli operatori dedicati sulla protezione dell'allattamento a livello aziendale è attivata secondo le indicazioni del Piano Regionale Prevenzione: programma XV.

A livello aziendale viene definito un piano di valutazione e miglioramento che preveda anche la programmazione di audit clinici e di incontri periodici tra tutti gli operatori coinvolti per la verifica delle attività e gli approfondimenti di tipo organizzativo e tecnico-scientifico.

In tabella 8 sono sintetizzati alcuni risultati attesi relativi all'attuazione del presente documento.

TABELLA 8: Monitoraggio e verifica

FASE	OBIETTIVI	RISULTATI ATTESI
PERCORSO NASCITA	✓ Le Aziende predispongono la carta dei Servizi del percorso nascita	✓ Carta dei servizi prodotta
	✓ Le Aziende promuovono iniziative formative congiunte sul percorso nascita con operatori dell'ospedale e del territorio	✓ N. corsi promossi e operatori formati
	✓ Le Aziende implementano l'atto regionale di organizzazione del Servizio STAM e STEN (Decreto 1733/2016) e i centri Hub ne monitorano l'andamento	✓ Report annuale con gli indicatori predefiniti da parte dei centri Hub
	✓ Le Aziende promuovono iniziative per il sostegno dell'allattamento al seno	✓ Evidenza documentale
PRECONCEZIONALE	✓ Campagne/materiale informativo sull'utilità della visita preconcezionale	✓ Evidenza di materiale informativo
	✓ Inserimento nei siti aziendali di informazioni sul percorso nascita e sulla visita preconcezionale	✓ Siti aziendali aggiornati
GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO	✓ Le Aziende implementano percorsi per la gestione della gravidanza a basso rischio da parte delle ostetriche a livello territoriale	✓ Attivazione percorso (gravidanze a basso rischio a gestione ostetrica*/ totale delle gravidanze a basso rischio seguite a livello aziendale)
GRAVIDANZA AD ALTO RISCHIO	✓ Implementazione a livello aziendale delle linee di indirizzo clinico-organizzative per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza (AGENAS 2017)	✓ Evidenza documentale dei PDTA per emorragia post-partum, disordini ipertensivi, sepsi in gravidanza
CORSI ACCOMPAGNAMENTO NASCITA	✓ Organizzazione nei CAN di sessioni integrate con personale Punto nascita-Consultorio	✓ Evidenza del programma
TRAVAGLIO/PARTO	✓ Predisposizione da parte delle Aziende di procedure codificate per l'offerta di tecniche farmacologiche e non per il controllo del dolore in travaglio e parto	✓ Evidenza documentale
	✓ Sono realizzati corsi di simulazione coordinati dai Centri Hub per il mantenimento di capacità tecniche e competenze di ostetriche, ginecologi e neonatologi/pediatrini di sala parto	✓ N. corsi e N. operatori formati
PUERPERIO	✓ Offerta di visita domiciliare in puerperio da parte delle ostetriche	✓ Attivazione dell'offerta
	✓ Percorso aziendale per la continuità assistenziale post dimissione madre-neonato	✓ Predisposizione PDTA e percorso attivato

**Affinchè una gravidanza possa definirsi "a gestione ostetrica" è necessario che siano state effettuato almeno 4 visite durante l'arco della gravidanza presso un ambulatorio gestito dalle ostetriche.*

Vengono promosse dalle Aziende indagini sulla qualità percepita dalle gestanti che intraprendono il percorso gravidanza a basso rischio (fisiologica) a gestione ostetrica.

6.1 Le fasi del percorso "Gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica"

L'organizzazione di un percorso di gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica necessita di fasi propedeutiche che riguardano la definizione di percorsi aziendali, la formazione degli operatori e l'adeguamento dei sistemi informatici a supporto, di seguito rappresentate:

- completamento del documento, condivisione, approvazione e adozione formale
- identificazione da parte delle Aziende dei referenti dell'Ambulatorio gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica
- assegnazione del codice identificativo personale per la gestione in autonomia dei pacchetti di prestazioni esenti alle ostetriche dell'Ambulatorio gravidanza fisiologica
- predisposizione del percorso a livello aziendale
- adeguamento del sistema per gestione informatica pacchetti di prestazioni
- definizione e predisposizione di una scheda informatizzata per la raccolta dati gravidanza
- formazione dei professionisti coinvolti nel percorso "Gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica"
- predisposizione di strumenti idonei (es. materiale informativo, diario della gravidanza ecc)

ACRONIMI

BCF	Battito Cardiaco Fetale	IUGR	Intrauterine Growth Restriction
BMI	Body Mass Index	LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
CAN	Corsi accompagnamento alla nascita	LES	Lupus Eritematoso Sistemico
CAP	Centro di Assistenza Primaria	MAF	Movimenti Attivi Fetali
CCM	Centro nazionale prevenzione e controllo malattie	MEU	Morte Endo-uterina
CMV	Citomegalovirus	MGF	Mutilazioni Genitali Femminili
CUP	Centro Unico di Prenotazione	MMG	Medico di Medicina Generale
DPCM	Decreto Presidente Consiglio Ministri	NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
FVG	Friuli Venezia Giulia	OGTT	Oral Glucose Tolerance Test
GAR	Gravidanza ad Alto Rischio	PLS	Pediatra di Libera Scelta
GDM	Diabete gestazionale	PN	Peso neonatale
HCG	Human Chorionic Gonadotropin	GPT	Glutamic Pyruvic Transaminase
HCV	Virus Epatite C	SSR	Sistema sanitario regionale
HIV	Human Immunodeficiency virus	SNLG	Sistema Nazionale Linee Guida
HPLC	High-performance Liquid Chromatography	TBC	Tubercolosi
IRCCS	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico	TC	Taglio Cesareo
ISS	Istituto Superiore di Sanità	TIN	Terapia Intensiva Neonatale
IST	Infezioni sessualmente trasmesse	WHO	World Health Organization

BIBLIOGRAFIA

- Bramson L, Lee JW, Moore E, et al. *Effect of early skin-to-skin mother--infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay.* J Hum Lact. 2010 May;26(2):130-7.
- Brown HC, Smith HJ, Mori R, Noma H: *Giving women their own case notes to carry during pregnancy.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 10. Art. No.: CD002856. DOI: 10.1002/14651858.CD002856.
- Feldman-Winter L, Goldsmith JP; Committee On Fetus And Newborn; Task Force On Sudden Infant Death Syndrome. *Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns.* Pediatrics. 2016;138(3).
- Meek JY, Hatcher AJ, AAP Section On Breastfeeding. *The Breastfeeding-Friendly Pediatric Office Practice.* Pediatrics. 2017;139(5): e20170647.
- Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.* Cochrane Database Syst Rev. 2016 Nov 25;11:CD003519.
- National Institute for Health and Care Excellence: *Clinical guideline “Antenatal care for uncomplicated pregnancies”* NICE 2008, aggiornamento 2017
- National Institute for Health and Care Excellence: *Clinical guideline: “Antenatal care. Quality standard”* NICE 2012, aggiornamento 2016
- Villar J, Bergsjö P: *WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for Implementation of New Model.* WHO, Geneva 2002
- World Health Organization (WHO): *Care in Normal Birth: a Practical Guide.* Report of a Working Group WHO/FRH/MSM/96.24. WHO, Geneva 1997
- World Health Organization (WHO): *Standards for maternal and neonatal care.* WHO, Geneva 2007
- World Health Organization: *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.* WHO, Geneva 2016
- Renfrew MJ et al: *Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care.* Lancet 2014; 384:1129-45.
- Royal College Obstetrician and Gynaecologists: *Standard for Maternity Care.* Royal College Obstetrician and Gynaecologists London: RCOG, 2008.
- Royal Collage Ostetrician and Gynecologist: *Providing quality care for women: A framework for maternity service standard.* London: RCOG, 2016.
- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women.* Cochrane Database Syst Rev. 2016;(9):CD004667.
- Shah PM, Selwyn BJ, Shah K, Kumar V et al: *Evaluation of the home-based maternal record: a WHO collaborative study.* Bull World Health Organ. 1993;71(5):535-48.
- Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R: *Schedules for home visits in the early postpartum period.* Cochrane Database Syst Rev 2013 Jun 23; 7: CD 009326.

Prestazioni specialistiche per la tutela della maternità responsabile, escluse dalla partecipazione al costo in funzione preconcezionale (DPCM 12 gennaio 2017)

PER LA DONNA:	
<input type="checkbox"/>	PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale o preconcezionale.
<input type="checkbox"/>	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Test di Coombs indiretto)
<input type="checkbox"/>	VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie
<input type="checkbox"/>	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario
<input type="checkbox"/>	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HTC, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico
<input type="checkbox"/>	Hb - EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale)
<input type="checkbox"/>	ESAME CITOLOGICO CERVICO VAGINALE (PAP test convenzionale) Se non effettuato nei tre anni precedenti nella fascia d'età dello screening (> 25 anni)
<input type="checkbox"/>	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
PER L'UOMO in caso di donna (partner) eterozigote per emoglobinopatie:	
<input type="checkbox"/>	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HTC, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico
<input type="checkbox"/>	Hb - EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale).
<input type="checkbox"/>	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
PER LA COPPIA:	
<input type="checkbox"/>	VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA (HIV1-2) TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso eventuale Immunoblotting. Non associabile a Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio conferma) NAS.
<input type="checkbox"/>	GRUPPO SANGUIGNO ABO (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D)
<input type="checkbox"/>	TREPONEMA PALLIDUM. Sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA (TPPA) più VDRL (RPR). Incluso eventuale titolazione. Incluso eventuale Immunoblotting.
<input type="checkbox"/>	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

Dopo due aborti consecutivi o pregresse patologie della gravidanza con morte perinatale, o anamnesi familiare positiva per patologie ereditarie, su prescrizione dello specialista ginecologo o genetista medico. Alla coppia:	
<input type="checkbox"/>	PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA Visita specialistica genetica con esame obiettivo e valutazione della documentazione clinica recente e remota. Incluso: primo colloquio, anamnesi personale e familiare, costruzione di un albero genealogico familiare nei rami paterno e materno per almeno 3 generazioni. Consultazione della letteratura scientifica e database di genetica clinici specifici. Formulazione dell'ipotesi diagnostica. Scelta del test genetico appropriato. Spiegazione vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione consensi informati. Scrittura della relazione. Escluso visita multidisciplinare.
<input type="checkbox"/>	ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi.
<input type="checkbox"/>	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale*. Incluso eventuale Ecocolordoppler
<input type="checkbox"/>	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO
<input type="checkbox"/>	BIOPSIA ENDOMETRIALE
<input type="checkbox"/>	LUPUS ANTICOAGULANT (LAC)
<input type="checkbox"/>	ANTICORPI ANTICARDIOLIPINA (IgG, IgM ed eventuali IgA)
<input type="checkbox"/>	ANTICORPI ANTI TIREOPERSSIDASI (AbTPO). Non prescrivibile in caso di positività già accertata
<input type="checkbox"/>	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)
<input type="checkbox"/>	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)
<input type="checkbox"/>	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
<i>Art. 59 c. 3 DPCM 12 gennaio 2017: In funzione preconcezionale, oltre alle prestazioni sopra riportate, sono escluse dalla partecipazione al costo, le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie per accertare eventuali rischi procreativi correlati ad una condizione patologica o un rischio genetico di uno od entrambi i genitori, evidenziati dall'anamnesi riproduttiva o familiare della coppia e prescritte dallo specialista</i>	

*Lo standard tecnico è rappresentato dalle sonde endovaginali ad alta frequenza (≥ 5 MHz). La via transaddominale è limitata ai fini integrativi o in caso di impossibilità di accesso per via vaginale.

PERCORSO GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO A GESTIONE OSTETRICA
- 1ª VISITA E ACCESSO AL PERCORSO -

La prima visita (*paragrafo 3.2.2*) costituisce il momento in cui viene concordato con la donna l'avvio di un percorso assistenziale adeguato al profilo di rischio riscontrato. Le informazioni anamnestiche familiari e personali, la storia ostetrica pregressa e attuale della donna, i rilievi clinici e il risultato degli esami permettono di programmare un percorso all'interno del *setting* assistenziale più appropriato al profilo di rischio della gravidanza, individuando le donne che possono accedere al percorso "gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica" e quelle che invece necessitano di un'assistenza addizionale personalizzata e specialistica.

In questo contesto si ribadisce che il rischio va inteso in senso dinamico e, pertanto, deve essere rivalutato ad ogni controllo. Infatti, una gravidanza che al momento della prima visita è individuata come a basso rischio può, in qualsiasi momento, evolvere verso la patologia ed è responsabilità dell'ostetrica che segue la gravidanza fisiologica, verificare, ai controlli, se il decorso si mantiene nella fisiologia o se sono sopravvenuti eventuali fattori di rischio e, nel caso, contattare il medico ginecologo. È anche possibile che il rischio identificato, rientri nel corso della gravidanza, permettendo così alla donna, dopo valutazione da parte dello specialista ginecologo, di riprendere il percorso a gestione ostetrica.

Il primo contatto con l'Ambulatorio gravidanza a basso rischio avviene con modalità individuate dalle singole Aziende al fine di facilitare e semplificare l'accessibilità per le donne gravide. Il numero puntuale di contatti/accessi in questa prima fase non è definibile a priori considerata la molteplicità delle situazioni possibili (esami I trimestre già effettuati in altro contesto o meno, età gestazionale al primo accesso, timing ecografica ostetrica per determinazione età gestazionale, ecc) e l'organizzazione del servizio.

La prima visita si articola nelle seguenti fasi:

1. Accoglienza, colloquio e ascolto (a cura dell'ostetrica)

Nel corso del colloquio sono fornite alla donna informazioni, basate su prove di efficacia aggiornate, relative ai seguenti argomenti:

- ✓ rete di offerta disponibile sul territorio regionale: strutture, figure professionali responsabili dell'assistenza;
- ✓ gravidanza e benefici di legge: interventi a favore della maternità e paternità;
- ✓ sane abitudini alimentari (*counselling* per una dieta sana e bilanciata, con attenzione agli apporti alimentari anche di vitamine e minerali, supplementazione di ac. folico);
- ✓ misure di prevenzione igienico-alimentare;
- ✓ stili di vita sani (es. attività fisica, fumo attivo/passivo, alcool, sostanze illegali, caffeina, farmaci);
- ✓ attività lavorativa, attività sessuale, attività sportiva e viaggi in gravidanza;
- ✓ sintomi più comuni in gravidanza, come affrontarli e a chi rivolgersi in caso di necessità;
- ✓ screening, ruolo dell'ecografia e diagnosi prenatale;
- ✓ corsi di accompagnamento alla nascita.

Per la numerosità dei temi da trattare e la complessità di alcuni di questi, gli argomenti vengono ripresi ed approfonditi anche negli incontri successivi.

Viene offerto alla donna spazio/tempo necessari a porre eventuali domande, dare risposte ai dubbi, discutere su temi specifici.

Viene aperta la cartella gravidanza.

2. Raccolta di elementi anamnestici (a cura dell'ostetrica)

- raccolta puntuale di informazioni relative alla storia familiare, personale e ostetrica pregressa e attuale;
- informazioni sullo stile di vita (attività fisica, abitudini alimentari), fumo attivo e passivo, alcool, assunzione di caffeina, uso di sostanze illegali, utilizzo di farmaci da banco o della medicina non tradizionale, stato vaccinale (immunizzazione per rosolia, varicella, epatite B, morbillo), viaggi all'estero in zone a rischio nei 6 mesi precedenti, esposizione in gravidanza a Rx o farmaci, ecc;
- compilazione "Check list fattori di rischio - Prima visita". La check list, di seguito dettagliata, può costituire un utile strumento complementare per supportare gli operatori nell'identificazione delle donne che necessitano di assistenza aggiuntiva specialistica e va sempre compilata:

Check list fattori di rischio - Prima visita

FATTORE DI RISCHIO		ASSENTE	PRESENTE
ANAMNESI OSTETRICA REMOTA (pregressa/e gravidanza/e)	MEU, NATO MORTO, MORTE NEONATALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ABORTIVITÀ: 3 O PIÙ ABORTI SPONTANEI CONSECUTIVI O UN ABORTO TARDIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	GRANDE MULTIPARITÀ (PIÙ DI 6 GRAVIDANZE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PESO ALLA NASCITA: < 2500 GRAMMI O > 4500 GRAMMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SMALL FOR GESTATIONAL AGE (< 5 TH PERCENTILE) O LARGE FOR AGE (> 95 TH PERCENTILE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PARTO PRETERMINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MALFORMAZIONI FETALI/NEONATALI, ALTERAZIONI CROMOSOMICHE O PATOLOGIA GENETICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ISOIMMUNIZZAZIONE MATERNO-FETALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IPERTENSIONE/PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA/HELLP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DUE O PIÙ EPISODI DI EMORRAGIA ANTEPARTUM E/O POST PARTUM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PREGRESSO EVENTO TROMBOEMBOLICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PATOLOGIA PLACENTARE (DISTACCO, ACCRETISMO, PLACENTA RITENUTA ECC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PREGRESSA CHIRURGIA GINECOLOGICA (MIOMECTOMIA, CERCHIAGGIO CERVICALE, CONIZZAZIONE, TAGLIO CESAREO, ROTTURA D'UTERO) O MALFORMAZIONE UTERINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PSICOSI PUERPERALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRO (SPECIFICARE) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ANAMNESI PER PATOLOGIE/CONDIZIONI DI RISCHIO	PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IPERTENSIONE ATTUALE O PREGRESSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ASMA SEVERA/PATOLOGIA RESPIRATORIA CRONICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	EMOGLOBINOPATIE/DISORDINI EMATOLOGICI COMPRESA ANEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	COAGULOPATIE ATTUALI O PREGRESSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	EPISODI TROMBOEMBOLICI ATTUALI O PREGRESSI E/O ANAMNESI FAMILIARE O PERSONALE DI RISCHIO TROMBOEMBOLICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MALATTIE ENDOCRINOLOGICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DIABETE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MALATTIE AUTOIMMUNI (ES. LES ECC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	EPATITE C/B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	LUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MALATTIA GASTROINTESTINALE CRONICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PATOLOGIA EPATICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PATOLOGIE RENALI E/O UROLOGICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PATOLOGIA ONCOLOGICA IN ATTO O PREGRESSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PATOLOGIA NEUROLOGICA (ES. EPILESSIA ECC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PATOLOGIA PSICHIATRICA ATTUALE O PREGRESSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	USO/ABUSO/DIPENDENZA DI SOSTANZE ILLEGALI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ABUSO CONSUMO ALCOOL/FUMO TABACCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ASSUNZIONE CRONICA DI FARMACI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	VULNERABILITÀ/DISAGIO/VIOLENZA/MANCANZA DI SUPPORTO SOCIALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALATTIE EREDOFAMILIARI E CONGENITE ANCHE RELATIVE AL PARTNER, ALLA FAMIGLIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ALTRE PATOLOGIE O CONDIZIONE DI RISCHIO SPECIFICARE _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
GRAVIDANZA ATTUALE	ETÀ < 18 ANNI O > 40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	BMI ≥ 30 KG/M ² O < 18 KG/M ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PERDITE EMATICHE VAGINALI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	GRAVIDANZA MULTIPLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MALFORMAZIONE FETALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	GRAVIDANZA DA PMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ALTRA PATOLOGIA OSTETRICA O FETALE PRESENTE O DUBBIA AL 1° COLLOQUIO SPECIFICARE _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		NORMALI	PATOLOGICI o DUBBI
	DATI DI LABORATORIO (allegato 3) O ALTRI ESAMI PRESENTATI SPECIFICARE _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adattato da: World Health Organization. WHO Antenatal Care Randomized Trial. Manual for the implementation of the new model WHO/RHR/1.30 Geneva: WHO:2002; "Antenatal Care for uncomplicated pregnancies" NICE 2008 – updated 2017.

- screening specifici: approfondimento sulla presenza di ulteriori fattori di rischio relativi ad alcune condizioni specifiche, secondo evidenze, per le possibili implicazione sulle scelte assistenziali (es. screening su base anamnestica di fattori di rischio per pre-eclampsia, infezioni, diabete, salute mentale con particolare riferimento alla depressione). In presenza di fattori di rischio vi è indicazione a fare riferimento al ginecologo dell'Ambulatorio (*Linee di indirizzo clinico-organizzative per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza AGENAS 2017; Linee guida Gravidanza fisiologica SNLG-ISS, 2011*).

3. Inquadramento clinico e prescrizione esami I trimestre, se non già eseguiti (a cura del ginecologo e ostetrica dell'Ambulatorio):

- Prima visita ostetrica, valutazione ostetrica e offerta PAP test se non eseguito negli ultimi 3 anni
- Peso, altezza, BMI (body mass index), pressione arteriosa rilevata secondo modalità standardizzate
- Identificazione di eventuali mutilazioni genitali femminili.
- Individuazione di eventuali segni o sintomi riconducibili a episodi di violenza domestica
- Verifica dei risultati esami I trimestre o, se non ancora eseguiti prescrizione

4. Valutazione del rischio e individuazione del percorso più idoneo al grado di rischio individuato (basso, medio o alto) (a cura del ginecologo e ostetrica dell'Ambulatorio)

Qualora le risultanze raccolte indichino una gravidanza a basso rischio, la donna accede al percorso “gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica”. Il ginecologo dell'Ambulatorio, prescrive l'intero pacchetto di esami per la gravidanza fisiologica, di cui al DPCM 12 gennaio 2017, secondo le modalità di seguito dettagliate.

Qualora invece si identifichi un medio o alto rischio (*paragrafo 3.4*), il ginecologo dell'Ambulatorio individua il setting di cura più appropriato, concorda con la donna il percorso e ne facilita l'accesso.

ESITO DELLA PRIMA VISITA – INDIVIDUAZIONE DEL PERCORSO		DATA _ _ / _ _ / _ _ _ _
NOME COGNOME		EG
ELEMENTI ANAMNESTICI	<input type="checkbox"/> NORMALI	<input type="checkbox"/> SI DISCOSTANO DALLA FISIOLOGIA O DUBBI
FATTORI DI RISCHIO (COMPRESA CHECK LIST)	<input type="checkbox"/> ASSENTI	<input type="checkbox"/> PRESENTI (ANCHE UN SOLO FATTORE)
ELEMENTI CLINICI	<input type="checkbox"/> NORMALI	<input type="checkbox"/> SI DISCOSTANO DALLA FISIOLOGIA O DUBBI
ESAMI /INDAGINI PREVISTE PER L'EG	<input type="checkbox"/> NORMALI	<input type="checkbox"/> PATOLOGICI O DUBBI (ANCHE UN SOLO ESAME)
CONCLUSIONI		
<input type="checkbox"/> LA GRAVIDANZA È A BASSO RISCHIO E SI ATTIVA IL PERCORSO DI ASSISTENZA A GESTIONE OSTETRICA		
<input type="checkbox"/> LA GRAVIDANZA PRESENTA UNA O PIÙ CONDIZIONI CHE SI DISCOSTANO DALLA FISIOLOGIA E RICHIEDE ASSISTENZA ADDIZIONALE		
FIRMA OSTETRICA		CODICE OSTETRICA
<input type="checkbox"/> LA GRAVIDANZA È A BASSO RISCHIO: SI AVVIA IL PERCORSO DI ASSISTENZA A GESTIONE OSTETRICA E SI PRESCRIVE PACCHETTO ESAMI		
<input type="checkbox"/> LA GRAVIDANZA È A MEDIO/ALTO RISCHIO E NECESSITA DI ASSISTENZA ADDIZIONALE PRESSO: CONSULTORIO FAMILIARE <input type="checkbox"/> PUNTO NASCITA I LIVELLO <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> LA GRAVIDANZA È AD ALTO RISCHIO E NECESSITA DI ASSISTENZA ADDIZIONALE PRESSO CENTRO II LIVELLO		
FIRMA E TIMBRO DEL GINECOLOGO		

Modalità di prescrizione esami esenti (DPCM 12 gennaio 2017) per le donne che intraprendono il percorso “gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica”

Le Aziende sanitarie individuano i referenti (ostetriche e ginecologo) dell'Ambulatorio gravidanza fisiologica a gestione ostetrica.

I nominativi delle ostetriche dipendenti SSR individuate dalle Aziende sanitarie vengono segnalati alla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia per l'assegnazione di un codice personale di accesso al sistema regionale “Prescrizione Somministrazione Monitoraggio (PSM)”. Il codice è atto ad identificare il professionista sia individualmente sia come “personale ostetrico”.

Il ginecologo dell'Ambulatorio gravidanza fisiologica prescrive con il sistema regionale PSM, una tantum, tutte le prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo, previste dal DPCM 12 gennaio 2017 (*allegato 3*), organizzate in pacchetti da erogare per età gestazionale specifica con codice di esenzione relativo. Si tratta di esami di controllo routinariamente prescritti alla donna con gravidanza fisiologica.

Il sistema prescrittivo regionale PSM trasmette al sistema di accoglienza SAR-SAC le ricette per le prestazioni previste per la gravidanza fisiologica e acquisisce il "Numero di Ricetta Elettronico" (NRE). Il promemoria non viene stampato e le ricette non sono immediatamente disponibili al sistema regionale di prenotazione (CUP), un tanto per poter usufruire delle prestazioni solo dopo valutazione ostetrica nel corso dei bilanci di salute età gestazionale specifici.

L'ostetrica dell'Ambulatorio che segue in autonomia la gravidanza fisiologica, verificato ad ogni controllo che la gravidanza si mantenga a basso rischio, ha la responsabilità, tramite il sistema regionale PSM di rendere visibili, con il proprio codice personale, le ricette relative al pacchetto appropriato al periodo gestazionale, al sistema CUP, attivandolo con l'indicazione delle ricette da gestire. Il sistema CUP gestisce le ricette secondo modalità usuale.

5. Avvio del percorso "gravidanza a basso rischio (fisiologica) a gestione ostetrica" (a cura dell'ostetrica)

L'ostetrica discute e concorda con la donna il calendario dei controlli, programma esami ed ecografie, monitora che la gravidanza si mantenga fisiologica nel corso degli accessi successivi e rileva l'eventuale insorgenza di elementi di rischio che consigliano un'assistenza medico-specialistica e, nel caso, provvede a consultare ed inviare tempestivamente la donna allo specialista ginecologo dell'Ambulatorio (*allegato 4*).

**Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo
(DPCM 12 gennaio 2017)**

I TRIMESTRE (entro 13⁺⁶ settimane) e comunque al primo controllo	
<input type="checkbox"/>	PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso eventuale prelievo citologico.
<input type="checkbox"/>	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HTC, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico
<input type="checkbox"/>	Hb - EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale). Qualora non eseguito in funzione preconcezionale
<input type="checkbox"/>	GRUPPO SANGUIGNO ABO (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D) Qualora non eseguito in funzione preconcezionale
<input type="checkbox"/>	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Test di Coombs indiretto) Da ripetere a tutte le donne a 28 settimane
<input type="checkbox"/>	GLUCOSIO *
<input type="checkbox"/>	VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Da ripetere entro la 17^a sett. in caso di negatività
<input type="checkbox"/>	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario Da ripetere entro la 17^a sett. in caso di negatività
<input type="checkbox"/>	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se Ig G positive e Ig M positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting. Da ripetere ogni 4-6 settimane in caso di negatività
<input type="checkbox"/>	TREPONEMA PALLIDUM. Sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA (TPPA) più VDRL (RPR). Incluso eventuale titolazione. Incluso eventuale Immunoblotting.
<input type="checkbox"/>	VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA (HIV1-2) TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso eventuale Immunoblotting. Non associabile a Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio conferma) NAS. Qualora non eseguito nei tre mesi precedenti
<input type="checkbox"/>	ESAME URINE COMPLETO. Incluso sedimento urinario
<input type="checkbox"/>	ESAME CULTURALE DELL'URINA (URINOCOLTURA). Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma.
<input type="checkbox"/>	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICORPI IgG e IgM. Includi IgA se IgM negative. In caso di fattori di rischio riconosciuti (vedi box 1)
<input type="checkbox"/>	NEISSERIA GONORRHOEAE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso identificazione ed eventuale antibiogramma. In caso di fattori di rischio riconosciuti (vedi box 1)
<input type="checkbox"/>	VIRUS EPATITE C (HCV) ANTICORPI. Incluso eventuale Immunoblotting. Non associabile a Virus anticorpi immunoblotting (Saggio conferma) NAS. In caso di fattori di rischio riconosciuti (vedi box 1)
<input type="checkbox"/>	VIRUS EPATITE C (HCV) TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, ibridazione inversa o sequenziamento. Solo in caso di HCV positivo
<input type="checkbox"/>	ECOGRAFIA OSTETRICA Da eseguire nel primo trimestre, per determinare l'età gestazionale
<input type="checkbox"/>	HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A. Da eseguire solo in associazione con "ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE". Incluso: consulenza pre e post test combinato (1° trimestre)
<input type="checkbox"/>	ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE. Incluso consulenza pre e post test combinato Da eseguire esclusivamente tra 11^o settimane e 13⁺⁶ settimane
<input type="checkbox"/>	ESAME CITOLOGICO CERVICO-VAGINALE (PAP test convenzionale) Qualora non effettuato nell'ambito dei programmi di screening
<input type="checkbox"/>	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

*secondo Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011

BOX 1: FATTORI DI RISCHIO (Tratto da Linee guida Gravidanza fisiologica, SNLG-ISS 2011)	
PER MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE (IST)	PER EPATITE C
<ul style="list-style-type: none"> • Contatto sessuale con persona/e con riconosciuta IST • Età ≤ a 25 anni in persona sessualmente attiva • Un nuovo partner sessuale o più di due partner sessuali nel corso dell'anno precedente • Persona attualmente monogama che ha avuto in passato più relazioni anche monogamiche • Nessuna contraccezione o utilizzo esclusivo di metodi contraccettivi non di barriera • Abuso di alcool o assunzione di sostanze chimiche, soprattutto se associato ad attività sessuale • Pratiche sessuali non sicure • Prostituzione e clienti di prostitute/i • Sesso di sopravvivenza • Vita di strada, senza fissa dimora • Partner sessuale anonimo • Vittima di violenza/abuso • Precedente IST 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso di droghe iniettabili (anche un solo episodio) • Emodializzati • Transaminasi ALT (o GPT) elevata • Trasfusioni con componenti del sangue o trapianto di organi solidi, antecedenti al 1992 • Trasfusioni con concentrati di fattori della coagulazione, antecedenti al 1987 • Esposizione a sangue di individui con HCV positivi o ad alto rischio di essere HCV positivi • Nati da madri HCV – RNA positive • Conviventi di soggetti HCV positivi

II TRIMESTRE – 14 ⁺⁰ - 27 ⁺⁶ SETTIMANE	
DA 14+0 A 18+6 SETTIMANE	
<input type="checkbox"/>	TRI TEST PER AFP, HCG TOTALE O FRAZIONE LIBERA, E3. DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER ANOMALIE CROMOSOMICHE E DIFETTI DEL TUBO NEURALE (2° trimestre)
<input type="checkbox"/>	GLUCOSIO. Dosaggio seriale dopo carico (da 2 a 4 determinazioni). Inclusa determinazione del glucosio basale. Con 75 g di Glucosio (OGTT 75g) e solo in presenza di fattori di rischio (vedi box 2)
<input type="checkbox"/>	VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie.
<input type="checkbox"/>	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting. In caso di sieronegatività
<input type="checkbox"/>	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
DA 19⁺⁰ A 23⁺⁶ SETTIMANE	
<input type="checkbox"/>	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting In caso di sieronegatività
<input type="checkbox"/>	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Non associabile a ECOGRAFIA OSTETRICA Da eseguire tra 19⁺⁰ e 21⁺⁰ settimane
<input type="checkbox"/>	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO (in caso sieronegatività per Toxoplasma)
DA 24⁺⁰ A 27⁺⁶ SETTIMANE	
<input type="checkbox"/>	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting In caso di sieronegatività
<input type="checkbox"/>	GLUCOSIO. Dosaggio seriale dopo carico (da 2 a 4 determinazioni). Inclusa determinazione del Glucosio basale Con 75 g di Glucosio (OGTT 75g) e solo in presenza di fattori di rischio (vedi box 2)
<input type="checkbox"/>	ESAME URINE COMPLETO. Incluso sedimento urinario
<input type="checkbox"/>	ESAME CULTURALE DELL'URINA (URINOCOLTURA). Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma. In caso di batteriuria o leucocituria significativa e/o altri indici di infezione urinaria
<input type="checkbox"/>	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

BOX 2: FATTORI DI RISCHIO CHE INDICANO ESECUZIONE OGTT 75 G PER ETÀ GESTAZIONALE (EG)	Criteri per diagnosi GDM con OGTT 75g		
A 16-18 sett. di EG, OGTT 75g alle donne con almeno una delle seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> diabete gestazionale in una gravidanza precedente BMI pregravidico $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ riscontro, precedentemente o all'inizio di gravidanza, di valori di glicemia plasmatica compresi fra 100 e 125 mg/dl 	Glicemia plasmatica	Mg/dl	Mmol/l
Va offerta ulteriore OGTT 75 g tra le 24 ⁺⁰ e le 27 ⁺⁶ , anche se la prima OGTT è risultata normale	Digiuno	≥ 92	$\geq 5,1$
	Dopo 1 ora	≥ 180	$\geq 10,0$
	Dopo 2 ore	≥ 153	$\geq 8,5$
Tra le 24 ⁺⁰ sett. e le 27 ⁺⁶ sett. di EG, OGTT 75g alle donne con almeno una delle seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> età ≥ 35 anni BMI pregravidico $\geq 25 \text{ Kg/m}^2$ macrosomia fetale in precedente gravidanza ($\geq 4,5 \text{ kg}$) diabete gestazionale in precedente gravidanza (anche se con determinazione normale a 16-18 settimane) anamnesi familiare di diabete (parente primo grado con diabete tipo 2) famiglia originaria di aree ad alta prevalenza di diabete: <ul style="list-style-type: none"> Asia meridionale (in particolare India, Pakistan, Bangladesh) Caraibi (per la popolazione di origine africana) Medio Oriente (in particolare Arabia Saudita, Emirati Arabi Uniti, Iraq, Giordania, Siria, Oman, Qatar, Kuwait, Libano, Egitto) 			

Tratto da Linee guida Gravidanza fisiologica, SNLG-ISS 2011

III TRIMESTRE – DALLA 28 ⁺⁰ SETTIMANA	
DA 28⁺⁰ A 32⁺⁶ SETTIMANE	
<input type="checkbox"/>	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HTC, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico
<input type="checkbox"/>	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Test di Coombs indiretto)
<input type="checkbox"/>	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting In caso di sieronegatività
<input type="checkbox"/>	ECOGRAFIA OSTETRICA Solo in caso di patologia fetale e/o annessiale o materna.
<input type="checkbox"/>	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
DA 33⁺⁰ A 37⁺⁶ SETTIMANE	
<input type="checkbox"/>	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HTC, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico
<input type="checkbox"/>	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting In caso di sieronegatività
<input type="checkbox"/>	VIRUS HBV REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HbcAg. Incluso ANTICORPI anti HbcAg IgM se HBsAg e anti HbcAg positivi. Incluso ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo
<input type="checkbox"/>	TREPONEMA PALLIDUM. Sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA (TPPA) più VDRL (RPR). Incluso eventuale titolazione. Incluso eventuale Immunoblotting
<input type="checkbox"/>	VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA (HIV1-2) TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso eventuale Immunoblotting. Non associabile a Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio conferma) NAS.
<input type="checkbox"/>	ESAME URINE COMPLETO. Incluso sedimento urinario*
<input type="checkbox"/>	ESAME CULTURALE DELL'URINA (URINOCOLTURA). Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma In caso di batteriuria o leucocituria significativa e/o altri indici di infezione urinaria
<input type="checkbox"/>	STREPTOCOCCO BETA –EMOLITICO GRUPPO B Raccomandato a 35-37 settimane
<input type="checkbox"/>	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
DA 41⁺⁰ SETTIMANE	
<input type="checkbox"/>	ECOGRAFIA OSTETRICA Per valutazione quantitativa del liquido amniotico
<input type="checkbox"/>	CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA

*secondo Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011

Per le donne che si presentano dopo la 13^a settimana sono escluse dalla partecipazione al costo sia le prestazioni specialistiche relative alle precedenti fasi di gestazione, quando appropriate, sia quelle relative alla settimana di gestazione in corso.

Relativamente al percorso Gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica è previsto l'inserimento nel nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale della prestazione "VALUTAZIONE OSTETRICA", in riferimento a prestazioni da parte di personale sanitario con qualifica di ostetrica/o.

PERCORSO GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO A GESTIONE OSTETRICA
- BILANCI DI SALUTE (successivi alla 1ª visita) -

I bilanci di salute (successivi alla prima visita) a cura dell'ostetrica, si articolano nelle seguenti fasi:

1. Accoglienza, colloquio e ascolto

- offerta di spazio e tempo per l'ascolto, al fine di consentire alla donna di esprimere i propri dubbi, incertezze, preoccupazioni e di formulare domande, e per la discussione su argomenti presentati dalla donna;
- informazioni su tematiche che variano a seconda dell'età gestazionale ed eventuali approfondimenti su argomenti già trattati, come di seguito semplificato:

INFORMAZIONI OFFERTE ED ARGOMENTI DA AFFRONTARE CON LA DONNA/COPPIA		
I TRIMESTRE (se non già discussi durante la 1ª visita)	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE
Rete dei servizi di assistenza e sostegno Modalità di contatto con il Servizio e dove rivolgersi in caso di necessità	Corsi di accompagnamento alla nascita	Preparazione al travaglio e parto
Benefici di legge a tutela di maternità e paternità	Donazione del sangue cordonale	Dalla 32ª sett. tecniche per aumentare la possibilità che un feto in posizione podalica si giri (versione cefalica)
Profilo assistenziale e piano di assistenza con la partecipazione attiva della donna	Indagine ecografica per la diagnosi di anomalie strutturali fetali	Pianificazione dei contatti con il Punto nascita in cui la donna intende partorire
Corretta alimentazione e stili di vita in gravidanza (supplementazione con ac. folico, se non già in corso)	Se in stagione epidemica informazioni su prevenzione primaria e vaccinazione antiinfluenzale	Modalità ed interventi non farmacologici e farmacologici per il controllo/gestione del dolore in travaglio e parto
Disturbi più frequenti in gravidanza e relativi rimedi		Se in stagione epidemica informazioni su prevenzione primaria e vaccinazione antiinfluenzale; informazioni su vaccinazione dPTa
Screening, diagnosi prenatale, ecografia per conferma età gestazionale		Allattamento al seno, cure del neonato, screening neonatale, profilassi, vaccinazioni
Ecografia da effettuarsi nel II trimestre per rilevazione di eventuali anomalie del feto		Informazioni su gravidanza a termine e gravidanza protratta
Corsi di accompagnamento alla nascita		Assistenza post-partum e puerperio
		Modalità di accesso ai controlli ostetrici in puerperio e ai servizi pediatrici

Le informazioni sono favorevolmente supportate da materiale cartaceo (opuscoli informativi) o altro materiale (audiovisivi, strumenti interattivi ecc), anche multilingue.

2. Raccolta di elementi anamnestici

- raccolta di informazioni anamnestiche sul benessere fisico (ad esempio: rivedere la storia anamnestica come raccolta alla prima visita, rilevare eventuali malattie intercorrenti o condizioni intercorse dopo la prima visita, annotare le supplementazioni e eventuale assunzione di farmaci, chiedere su eventuali visite specialistiche effettuate o ospedalizzazioni) e sul benessere psicologico della donna, prestando particolare attenzione ad eventuali sintomi e segni di disagio psichico;
- la raccolta di informazioni su condizioni, segni o sintomi intercorsi dalla visita precedente, prevede anche la compilazione della check list sui fattori di rischio, di seguito evidenziata:

Check list fattori di rischio - Controlli successivi alla prima visita

FATTORE DI RISCHIO		ASSENTE	PRESENTE
	PRESENZA DI ANTICORPI IRREGOLARI (ALLOIMUNIZZAZIONE MATERNO-FETALE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SIEROCONVERSIONE PER TOXOPLASMOZI/RUBEOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	INFEZIONE DA VARICELLA O HERPES GENITALIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MALATTIE INFETTIVE SISTEMICHE/INFEZIONI URINARIE/GENITALI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DIABETE GESTAZIONALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IPERTENSIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PREECLAMPSIA /ECLAMPSIA/HELLP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TROMBOFLEBITE PROFONDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MASSE PELVICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FIBROMIOMI UTERINI SINTOMATICI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SANGUINAMENTI ANOMALI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PATOLOGIA PLACENTARE PRESENTE O SOSPETTA (ES. ACCRETISMO, VASA PREVIA ECC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	GRAVIDANZA MULTIPLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RITARDO DI CRESCITA INTRAUTERINA ACCERTATO O SOSPETTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MACROSOMIA FETALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MALFORMAZIONE FETALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MINACCIA PARTO PREMATURO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PRESENTAZIONE ANOMALA DOPO LA 32 ^a SETTIMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OLIGO-POLIDRAMNIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	VULNERABILITÀ/DISAGIO/VIOLENZA/MANCANZA DI SUPPORTO SOCIALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	INSORGENZA, DOPO LA PRIMA VISITA, DI PATOLOGIE DI CUI ALLA CHECK LIST INIZIALE <i>SPECIFICARE</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OGNI ALTRA GRAVE PATOLOGIA O CONDIZIONE DI RISCHIO <i>SPECIFICARE</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		NORMALI	PATOLOGICI O DUBBI
	DATI DI LABORATORIO O ALTRI ESAMI <i>SPECIFICARE</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Monitoraggio gravidanza

Durante i bilanci di salute sono effettuate, in particolare, le seguenti rilevazioni:

PESO	ad ogni controllo, verificando l'incremento ponderale
PRESSIONE ARTERIOSA	ad ogni controllo
RILEVAZIONE SEGNI CLINICI DI ALLARME	es. edema, dispnea, tosse, sanguinamento, ecc
DISTANZA SINFISI-FONDO	a partire dalla 24 ^o settimana di età gestazionale ad ogni controllo, riportando il dato nel grafico sinfisi-fondo
BATTITO CARDIACO FETALE	L'ascoltazione del battito cardiaco fetale può confermare che il feto è vivo, ma non vi sono evidenze sul valore predittivo dell'esito di gravidanza. Tuttavia quando richiesto dalla madre, l'ascoltazione del battito fetale può risultare rassicurante
MOVIMENTI FETALI	Richiedere alla madre la percezione dei movimenti fetali. Informarla della loro importanza nel terzo trimestre e di comunicare eventuali riduzioni. Il formale conteggio routinario dei movimenti fetali percepiti non è raccomandato (SNLG-ISS; NICE; WHO).
POSIZIONE FETO	Dalla 32 ^a settimana un sospetto di presentazione fetale non cefalica va confermata ecograficamente per eventuale manovre di versione (SNLG-ISS; NICE, Agenda gravidanza ministeriale)

- richiesta e valutazione delle prestazioni età gestazionale-correlate
- a 28 settimane alle donne Rh(D) negative non sensibilizzate programmare l'immunoprofilassi anti-Rh (D)
- offerta attiva vaccinazioni:

- ✓ antinfluenzale nel II/ III trimestre, se in stagione epidemica
- ✓ dPTa preferibilmente a 28 sett.

- entro la 36^a settimana programmazione del controllo presso il Punto nascita prescelto dalla donna/coppia per il parto per la presa in carico.

4. Conclusione bilancio di salute con rivalutazione del rischio e aggiornamento della cartella gravidanza:

E' responsabilità dell'ostetrica:

- accertare che il decorso della gravidanza si mantenga fisiologico e identificare le donne che invece necessitano di assistenza addizionale medico-specialistica, sulla base degli elementi (anamnestici, clinici e laboratoristici o ecografici) raccolti nel corso del bilancio di salute
- in caso di riconferma della fisiologia della gravidanza ⇒ programmare i controlli e gli esami successivi
- in caso di gravidanza che si discosta dalla fisiologia per uno o più elementi ⇒ consultare e inviare al medico specialista ginecologo la donna ai fini di una riformulazione del piano assistenziale, fissandone l'appuntamento.

ESITO DEL BILANCIO DI SALUTE		DATA _ _ / _ _ / _ _ _ _	
NOME COGNOME		CONTROLLO N.	EG
ELEMENTI ANAMNESTICI	<input type="checkbox"/> NORMALI	<input type="checkbox"/> SI DISCOSTANO DALLA FISIOLOGIA O DUBBI	
FATTORI DI RISCHIO (COMPRESA CHECK LIST)	<input type="checkbox"/> ASSENTI	<input type="checkbox"/> PRESENTI (ANCHE UN SOLO FATTORE)	
ELEMENTI CLINICI	<input type="checkbox"/> NORMALI	<input type="checkbox"/> SI DISCOSTANO DALLA FISIOLOGIA O DUBBI	
ESAMI /INDAGINI PREVISTE PER L'EG	<input type="checkbox"/> NORMALI	<input type="checkbox"/> PATOLOGICI O DUBBI (ANCHE UN SOLO ESAME)	
CONCLUSIONI			
<input type="checkbox"/> LA GRAVIDANZA È A BASSO RISCHIO E PROSEGUE IL PERCORSO DI ASSISTENZA A GESTIONE OSTETRICA			
<input type="checkbox"/> LA GRAVIDANZA PRESENTA UNA O PIÙ CONDIZIONI CHE SI DISCOSTANO DALLA FISIOLOGIA E SI AVVIA CONSULENZA GINECOLOGICA SPECIALISTICA			
LA VISITA SPECIALISTICA GINECOLOGICA È PROGRAMMATA IN DATA _____			
FIRMA OSTETRICA		CODICE OSTETRICA	

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE