

REGIONE CALABRIA

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria, nominato con delibera del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010)

n. 28 del 21 Marzo 2012

OGGETTO: Attuazione 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 ex DPGR n. 36/2011: Linee guida per la riorganizzazione del percorso nascita; Diario della gravidanza. Obiettivo: G.01-S.04.

**Publicato sul Bollettino Ufficiale
della Regione Calabria n. _____ del _____**

REGIONE CALABRIA

Il Presidente della Giunta regionale

(nella qualità di Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria, nominato con delibera del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010)

PREMESSO che:

- la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al comma 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;
- ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;
- l'articolo 22, comma 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla L.3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario regionale della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che la Regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.;
- il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23.12.2009, avente ad oggetto: "Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, co. 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 – Approvazione", successivamente integrata dalla D.G.R. n. 97 del 12/02/2010;

PRESO ATTO che l'art. 7, comma 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo "sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, co. 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la Regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima Regione Calabria in materia di programmazione sanitaria";

- che l'art. 2, comma 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che "Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro";

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista:

- la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 comma 288 della L. 23/12/2005 n. 266;
- la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 Luglio 2010 con la quale il Presidente *pro tempore* della Regione Calabria è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione

del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 01/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222;

DATO ATTO che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario *ad acta*, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze;

– che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al piano di rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale della Calabria ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in dodici punti;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 4 agosto 2010 il Gen. Dott. Luciano Pezzi e il Dott. Giuseppe Navarra sono stati nominati *sub* Commissari per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

PRESO ATTO che il Dott. Giuseppe Navarra ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico a far data dal 01/02/2011;

VISTA la delibera adottata nella seduta del 31/05/2011 con la quale il Consiglio dei Ministri, nel prendere atto delle dimissioni rassegnate dal dott. Navarra, ha nominato il dott. Luigi D'Elia *sub* Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

DATO ATTO che dall'analisi del combinato disposto delle norme succedutesi nel tempo in materia di commissariamento delle regioni in PdR (art. 4, comma 2, del DL n. 159/2007, conv. con legge n. 222/2007 e s.m.i., art. 2, comma 83 – nella parte applicabile - e comma 88, ultimo periodo, della L. 191/2009 e s.m.i.) emerge che i compiti ed i poteri attribuiti al Commissario *ad acta* attengono:

- a. all'adozione di tutte le misure indicate nel piano di rientro (o nei programmi operativi adottati per la prosecuzione di detti PdR, ai sensi dell'art. 2, comma 88), nonché agli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali implicati dal PdR, in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano (ex art. 2, comma 83, terzo periodo);
- b. alla verifica della piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale (art. 2, comma 83, quarto periodo);
- c. alla trasmissione al Consiglio regionale dei provvedimenti legislativi regionali rivelatisi d'ostacolo all'attuazione del PdR o dei programmi operativi adottati ex art. 2, comma 88 (art. 2, comma 80, terzo periodo, nella nuova formulazione introdotta, unitamente al periodo quarto e quinto, dall'art. 17 – comma 4 – lett. a) del D.L. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla Legge n. 111/2011);

VISTO il DPGR n. 36/2011 recante "Recepimento Accordo Conferenza unificata 16 Dicembre 2010 concernente 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";

CONSIDERATO che il DPGR sopra citato ha istituito il Coordinamento permanente regionale per il percorso nascita rinviando ad un successivo atto l'individuazione nominativa dei componenti;

CONSIDERATO che con DPGR n. 97/2011 sono stati nominalmente individuati i componenti di detto Coordinamento permanente;

PRESO ATTO che il Coordinamento ha già definito, in esecuzione al proprio mandato, due specifici elaborati nell'ambito delle dieci azioni previste dalle linee di indirizzo ministeriali 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;

RITENUTI i due elaborati, allegati (All. A e B) al presente decreto per costituirne parte integrante e sostanziale, esaustivi ai fini che qui rilevano;

CONSIDERATO che l'allegato A rappresenta le "Linee guida per la riorganizzazione del percorso nascita" e l'Allegato B costituisce il "Diario della gravidanza", strumento di accompagnamento della donna durante il percorso nascita finalizzato a:

- dare alle donne maggiori informazioni sulla gravidanza e sui servizi che il SSR mette a sua disposizione durante il suo percorso nascita;
- facilitare i contatti tra le donne ed i servizi sanitari deputati a seguirla durante la gravidanza ed il parto;
- favorire un'assistenza in gravidanza migliore e più completa, dando la possibilità a tutti gli operatori dei servizi sociosanitari, con cui la donna entrerà in contatto durante il "Percorso", di utilizzare uno strumento unico di gestione della gravidanza;
- fornire agli operatori dei servizi materno infantili uno strumento di collegamento funzionale e di comunicazione che faciliti il passaggio di informazioni tra un servizio e l'altro;

RITENUTO che l'adozione di entrambi gli elaborati da parte delle Aziende ospedaliere e sanitarie provinciali possa conferire omogeneità di comportamenti assistenziali in tutte le strutture, pubbliche e private accreditate, finalizzate ad una maggior garanzia della donna gravida

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DI RECEPIRE l'allegato A al presente decreto, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, quale linea guida per le Aziende in ordine alla riorganizzazione del percorso nascita;

DI RECEPIRE l'allegato B al presente decreto, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, quale documento di accompagnamento della donna durante il percorso nascita;

DI FARE OBBLIGO ai Direttori generali delle Aziende ospedaliere e sanitarie provinciali dell'adozione dei documenti sopra citati quali elementi comuni in grado di conferire omogeneità di comportamenti assistenziali nell'ambito della specifica attività ostetrica erogata sia nelle strutture pubbliche che private accreditate;

DI TRASMETTERE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, ai Ministeri dell'economia e finanze e della salute, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Il Dirigente Settore Piano di Rientro
Dr. Gianluigi Scaffidi

Il Sub Commissario
Gen. Dott. Luciano Pezzi

Il Sub Commissario
Dott. Luigi D'Elia

(SCOPELLITI)

Diario Della Gravidanza

Sig.ra

data di consegna

IN CASO DI SMARRIMENTO RESTITUIRE A:

Il **Diario della Gravidanza** deve essere conservato a
cura della gestante ed esibito ad ogni controllo

Il **Percorso Nascita** è quella strada che una donna/coppia inizia a percorrere nel momento in cui comincia a progettare una gravidanza.

Esso comprende tutto il periodo della gestazione fino al parto ed al puerperio e si conclude alcuni mesi (almeno sei) dopo la nascita del bambino, quando l'adattamento alla nuova vita della mamma, del suo bambino e dell'intero nucleo familiare, si è ormai consolidato.

Durante questo cammino la donna/coppia verrà a contatto con molti servizi ed operatori che collaboreranno tra loro per garantire il maggiore benessere possibile sia alla mamma che al suo bambino.

Il **Diario della Gravidanza** è uno strumento ideato per accompagnare la donna in attesa durante questo percorso, con le seguenti finalità:

- 1) dare alle donne maggiori informazioni sulla gravidanza e sui servizi che il SSR mette a sua disposizione durante il suo Percorso Nascita,
- 2) facilitare i contatti tra le donne ed i servizi sanitari deputati a seguirla durante la gravidanza ed il parto,
- 3) favorire un'assistenza in gravidanza migliore e più completa, dando la possibilità a tutti gli operatori dei servizi sociosanitari, con cui la donna entrerà in contatto durante il "Percorso", di utilizzare uno strumento unico di gestione della gravidanza,
- 4) fornire agli operatori dei servizi materno infantili uno strumento di collegamento funzionale e di comunicazione che faciliti il passaggio di informazioni tra un servizio e l'altro.

I dati riportati sul Diario rappresentano un patrimonio di informazioni necessarie per un'assistenza in gravidanza appropriata e personalizzata e sono tutelati dalla legge sulla privacy (dL 196/2003).

L'evoluzione delle conoscenze scientifiche e le possibili variazioni nell'organizzazione dei servizi, porteranno ad un aggiornamento periodico del Diario.

indice



SEZIONE 1 - Informazioni utili per il percorso nascita

SERVIZIO/PROFESSIONISTA CHE SEGUE LA GRAVIDANZA pag. 06

SEZIONE 2 - Cartella clinica

NOTIZIE ANAGRAFICHE pag. 12

ANAMNESI pag. 14

DIARIO CLINICO pag. 20

ACCESSI pag. 22

TABELLA ESAMI pag. 25

TABELLA ECOGRAFIE pag. 26

SEZIONE 3 - Invio guidato/accettazione

INVIO GUIDATO AL PUNTO NASCITA pag. 30

PREFERENZE PER IL PARTO pag. 33

PIANO DI ASSISTENZA PERSONALIZZATA
PER LA GRAVIDANZA TRA 37 E 41 SETTIMANE pag. 34

SEZIONE 4 - Post partum e puerperio

FOGLIO DIMISSIONE OSPEDALIERA pag. 38

ESAME CLINICO DEL NEONATO pag. 39

ASSISTENZA IN PUERPERIO pag. 40

SEZIONE 5 - Allegati

ATTESTATO DI GRAVIDANZA pag. 44

CONSENSO INFORMATO pag. 45

CALENDARIO APPUNTAMENTI pag. 46

CALENDARIO DEGLI INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO
ALLA NASCITA pag. 47

SEZIONE 1:

INFORMAZIONI UTILI PER IL PERCORSO NASCITA



- 1** SERVIZIO/PROFESSIONISTA CHE SEGUE LA GRAVIDANZA
- 2** MEDICO DI BASE
- 3** PUNTO NASCITA DI RIFERIMENTO
- 4** SERVIZI UTILI IN GRAVIDANZA
- 5** ALTRI SERVIZI PRESENTI NELLA ASP
- 6** PUNTI NASCITA PROVINCIALI
- 7** SERVIZI PER IL POST PARTO E SOSTEGNO PER L'ALLATTAMENTO AL SENO
- 8** IL PEDIATRA DI BASE E LE MODALITA' DI SCELTA
- 9** IL PERCORSO BUROCRATICO PER L'ISCRIZIONE DEL BAMBINO AL SSN E PER L'ACQUISIZIONE DEL CODICE FISCALE
- 10** LE MODALITA' DI SCELTA DEL PEDIATRA DI BASE
- 11** RECAPITI DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E/O DI MEDIAZIONE CULTURALE



Servizio / Professionista che segue la gravidanza

Servizio

Indirizzo _____

Telefono _____ fax _____

Email _____ @ _____

Orario apertura dell'ambulatorio _____

Medico ginecologo _____

Ostetrica _____

Professionista

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Orario apertura dell'ambulatorio _____

Medico di base

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Orario apertura dell'ambulatorio _____



Punto nascita di riferimento (anche per eventuali emergenze)

Ospedale

Reparto _____

Indirizzo _____

Telefono _____ fax _____

Email _____ @ _____

Operatore di collegamento _____

Servizi utili in gravidanza

Laboratorio Analisi _____

Servizio Ecografia _____

Centro diagnosi prenatale _____

Altri servizi presenti nella provincia



Servizio / Professionista che segue la gravidanza

Punti nascita provinciali

1) Denominazione _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Direttore _____

Punto Informativo URP _____

Operatore di collegamento _____

2) Denominazione _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Direttore _____

Punto Informativo URP _____

Operatore di collegamento _____

3) Denominazione _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Direttore _____

Punto Informativo URP _____

Operatore di collegamento _____



Servizi per il post parto e sostegno per l'allattamento al seno

Consultori





Il percorso burocratico per l'iscrizione del bambino al ssn e per l'acquisizione del codice fiscale

Le modalita' di scelta del pediatra di base

Recapiti delle associazioni di volontariato e/o di mediazione culturale

SEZIONE 2:

CARTELLA CLINICA



NOTIZIE ANAGRAFICHE DELLA MADRE	pag. 00
NOTIZIE ANAGRAFICHE DEL PADRE	pag. 00
ANAMNESI	pag. 00
DIARIO CLINICO	pag. 00
ACCESSI	pag. 00
TABELLA ESAMI	pag. 00
TABELLA ECOGRAFIE	pag. 00

MODALITA' D'ACCESSO

diretto

Indiretto

Tipologia di invio:

U.O. Ost. Gin.

MMG

Ginecologo ambulatoriale

Laboratorio analisi

Farmacia

Altro

PRESA IN CARICO IL



Dati del padre

Cognome _____

Nome _____

data di nascita _____ Comune di nascita _____ Prov. _____

(____) Nazione _____ Indirizzo _____

Residenza (comune) _____ Prov. (____) Regione ASP _____

Telefono fisso _____ cellulare _____

Lingua madre _____

Necessità interprete SI NO

Necessità mediatore culturale SI NO

cittadinanza _____

C.F. / S.T.P. / EN.I.

Attività lavorativa

CONDIZIONE PROFESSIONAL

- Occupata
- disoccupata
- In cerca di 1^a occupazione
- casalinga
- Studentessa
- Ritirata dal lavoro
- Altra condizione
- Informazione non comunicata

POSIZIONE PROFESSIONALE

- Imprenditrice
- Libera professionista
- dirigente
- Impiegata
- Lavoratrice autonoma
- Operaia
- Militare, forze dell'ordine
- Mai esercitato attività lavorativa stabile

ATTIVITA' ECONOMICA

- Agricoltura, caccia, pesca
- Industria
- commercio pubblici servizi, alberghi
- Pubblica Amministrazione
- Impiegata

Titolo di studio

- Laurea | Media sup. | Scuola prof. | Media Inf.
- Elementare | Nessun titolo | Non comunicato



Anamnesi (triplice copia)

Abitudini di vita

Attività fisica _____

abitazione (dove, con chi) _____

viaggi _____

alimentazione _____

metodo di cura (convenzionale, omeopatia, erbe, etc.) _____

fumo n° sigarette prima della gravidanza _____;

durante _____ alcool _____ stupefacenti _____

farmaci _____

Partner

fumo _____ alcool _____

stupefacenti _____ farmaci _____

Note



Anamnesi familiare

Condizione	Familiare	Note
Diabete		
Ipertensione		
Gemellarità		
Malformazioni		
Varici congenite		
Allergie		
Neoplasie		
Cardiopatie		
Malattie renali		
Epilessia		
Malattie psichiatriche		
Trombofilia		
Cromosomopatie		
Altro		

Note

Anamnesi Partner

Malattie in famiglia

Malattie personali

Note _____

consanguineità tra i partner

SI

NO



Anamnesi Ginecologica

Pap test data _____ esito _____
Colposcopia data _____ esito _____
Mammella _____
Altro _____
Interventi chirurgici _____
Contracezione _____

Note _____

Anamnesi Ostetrica parità _____

Anno	W	IVG	Aborto spontaneo	Parto eutocico	Parto distocico	T.C.	Neonato	Allattamento	complicanze

Note _____



Anamnesi per l'allattamento

Allattamenti precedenti

- No
- Sì, esclusivo Sì, complementare per
numero mesi _____

Soddisfatta Sì NO per:

Ostacoli

- lavorativi _____
- altri _____

Condizioni che controindicano l'allattamento:

- sieropositività HIV Tumore mammario
- alcolismo e/o tossicodipendenza
- assunzione permanente di farmaci
controindicati agenesia mammaria o
mastectomia
bilaterale altro _____

Note _____



diario clinico (triplice copia)

data compilazione ___/___/___

DECORSO DELLA GRAVIDANZA

um _____ certa
 incerta

cicli abituali: regolari
 irregolari

TIG positivo il ___/___/___

EPP _____
EPP EcO _____

decorso della gravidanza fino al momento della 1^a visita _____

Primi MAf data ___/___/___

minaccia d'aborto

nausea

vomito

farmaci assunti _____

Peso kg.

Statura mt.

IMc¹

PAO

colorito _____

funzione intestino

varici _____

edemi _____

eczemi _____

funzione vescica

ESAME CLINICO OSTETRICO

genitali esterni		Note	
vagina			
corpo uterino		BCF	
cervice uterina		OUE	
Annessi		Mammelle	
Note			

Paptest eseguito NO SI n. vetrino _____

Esito: _____

IMC = peso in KG / altezza in METRI²

Normopeso: IMC = 18,5 - 24,9
Sovrapeso: IMC = 25 - 29,9

Sottopeso: IMC < 18,5
Obesità: IMC > 30



TEST SCREENING PRENATALE

eseguiti presso _____

- translucenza nucale data _____ Esito _____
- tritest data _____ Esito _____
- _____ data _____ Esito _____
- _____ data _____ Esito _____

DIAGNOSTICA PRENATALE INVASIVA

eseguiti presso _____

- amniocentesi data _____ Esito _____
- villocentesi data _____ Esito _____
- _____ data _____ Esito _____

VALUTAZIONE:



Accessi (triplice copia)

	W	Peso	PAO	MAF	Esplorazione vaginale	LSF ¹	BCF	Membrane
1^a DATA								
note: _____								

	W	Peso	PAO	MAF	Esplorazione vaginale	LSF ¹	BCF	Membrane
2^a DATA								
note: _____								

	W	Peso	PAO	MAF	Esplorazione vaginale	LSF ¹	BCF	Membrane
3^a DATA								
note: _____								

	W	Peso	PAO	MAF	Esplorazione vaginale	LSF ¹	BCF	Membrane
4^a DATA								
note: _____								

	W	Peso	PAO	MAF	Esplorazione vaginale	LSF ¹	BCF	Membrane
5^a DATA								
note: _____								

1 LSf: Lunghezza Sinfisi - fondo



	W	Peso	PAO	MAF	Esplorazione vaginale	LSF ¹	BCF	Membrane
6 ^a DATA								
note: _____								

	W	Peso	PAO	MAF	Esplorazione vaginale	LSF ¹	BCF	Membrane
7 ^a DATA								
note: _____								

	W	Peso	PAO	MAF	Esplorazione vaginale	LSF ¹	BCF	Membrane
8 ^a DATA								
note: _____								

	W	Peso	PAO	MAF	Esplorazione vaginale	LSF ¹	BCF	Membrane
9 ^a DATA								
note: _____								

	W	Peso	PAO	MAF	Esplorazione vaginale	LSF ¹	BCF	Membrane
10 ^a DATA								
note: _____								

① LSf: Lunghezza Sinfisi - fondo



Tabella esami (triplice copia)

Esami di base (DM 10/9/98): segnalare l'esame eseguito in corrispondenza della casella (le caselle bianche corrispondono alle settimane in cui si raccomanda l'esecuzione dell'esame). Non è prevista la trascrizione dei valori degli esiti per evitare errori di trascrizione. I referti degli esami vanno inseriti nelle apposite tasche del Quaderno per consentirne la lettura diretta.

Esami eseguiti	Prima o ad inizio di GR	Settimane di gravidanza							Segnalazioni
		< 13	14-18	19-23	24-27	28-32	33-37	38-41	
Gruppo ABO									
fattore Rh									
coombs indiretto*									In donne "Rh -" ripetere ogni mese
HIV							Se rischio anamn.		
Rubeotest									
Toxotest									Se negativo ripetere ogni mese
GOT / GPT									
VDRL / TPHA									
HB SAG									
Emocromo									
Screening reg. emoglobinopatie									
ferritinemia									
glicemia									
OGTT (se pregresso diabete gestazionale 16-18 W e succ. 28W; se presenti fattori di rischio tra 24 e 27 W)			diabete e gest. pregr.						
HCV									
esame urine									
urinocoltura									
Tampone vaginale e rettale per ricerca strepto B (34-36)									

ALTRI ESAMI

I il test di coombs va eseguito a tutte le gravide ad inizio di gravidanza e ripetuto a 28W.

In donne Rh negative va ripetuto ogni mese. Le LG consigliano l'immunoprofilassi anti d alla 28^a W alle donne Rh negative.

Esami del padre eseguiti prima o ad inizio di GR	Note
HIV	
TPHA / VDRL	
Screening reg. Emoglobinopatie	

ECOGRAFIE

data	Servizio ecografia	W	Biometria pari all'epoca	Referto allegato	Morfologia fetale compatibile per l'epoca	BCM / MAF presenti	L. A. regolare	Placenta	Operatore <i>(firma leggibile)</i>
___/___/___			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
___/___/___			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
___/___/___			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
___/___/___			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
___/___/___			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
___/___/___			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

Tabella ecografie (triplice copia)





(triplice copia)

Elementi di attenzione dall'anamnesi

Elementi di attenzione dall'evoluzione della gravidanza

SEZIONE 3:

INVIO GUIDATO / ACCETTAZIONE



AMBULATORIO GRAVIDANZA A TERMINE / A RISCHIO
DEL PUNTO NASCITA

- INVIO DAL SERVIZIO TERRITORIALE AL PUNTO NASCITA PRESCELTO
- ACCETTAZIONE PRESSO L'AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO PRESSO IL TERMINE O L'AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA A RISCHIO
- PIANO DI ASSISTENZA PERSONALIZZATA PER LA GRAVIDANZA TRA 37 E 41 SETTIMANE



MODULO DI INVIO DAL SERVIZIO TERRITORIALE AL PUNTO NASCITA (triplice copia)

data invio _____

Servizio di invio _____
Telefono _____
Medico ginecologo _____
Ostetrica _____

Cognome _____

Nome _____

Data

nascita _____ età _____

U.M. ___/___/___ E.P. P. ___/___/___

U.M. ___/___/___ E.P.ECOGRAFICA ___/___/___

W

Parità

Elementi di attenzione dall'anamnesi

Elementi di attenzione dall'evoluzione della gravidanza



Esame clinico alla _____ settimana data _____

PAO	PESO	Perdite ematiche <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Infezioni genitali <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
MAF percepiti <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	BCF <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	utero corrispondente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	PVC
Membrane	Presentazione	contrazioni	
Note			

Livello di rischio attuale

- Gravidanza a **BASSO** rischio
- Gravidanza a **MEDIO / ALTO** rischio

Per: _____

Si allegano esami Si No

dati per l'emergenza	
Gruppo sanguigno	
complicanze anestesologiche riferite	
Trasfusioni precedenti	
Allergie	
Terapie in atto	

Note



Timbro e Firma Operatore



ACCETTAZIONE PRESSO IL PUNTO NASCITA DEL P.O. / OSPEDALE _____ (duplice copia)

data _____

- AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO PRESSO IL TERMINE
- AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA A RISCHIO

Cognome _____

Nome _____

data nascita _____ età _____

Parità

U.M. ____/____/____

U.M. ____/____/____

E.P. P. ____/____/____

E.P. ECOGRAFICA ____/____/____

W

Emogruppo _____

Elementi di rischio per il travaglio/parto

No Si

Specificare:

La gravidanza è stata seguita presso: (indicare il numero di visite per servizio)

consultorio N° _____

Studio Privato _____

Ambulatorio gravidanza a rischio _____

Ambulatorio _____

Peso	PAO	Esplorazione vaginale	Presentazione	MAf	BCF	CTG	valutazione L.A.

Prelievo per tampone vaginale / rettale _____

Prescrizioni esami _____

Prossimo controllo il _____ ore _____

presso _____



Preferenze della madre per il parto

Le scelte espresse potranno essere soddisfatte compatibilmente con l'evoluzione fisiologica del travaglio e del parto e con la disponibilità del Punto Nascita prescelto.

Modalità del parto	
Presenza di persona di fiducia durante il travaglio	
Preferenze per il travaglio	
Accoglienza al neonato pelle a pelle	
Alimentazione del neonato	
Rooming in	
Durata permanenza in ospedale	
Donazione del cordone	
Note	

Timbro e Firma Operatore





PIANO DI ASSISTENZA PERSONALIZZATA PER LA GRAVIDANZA TRA 37 E 41 SETTIMANE

(duplice copia)

data _____

W

Elementi di rischio per il travaglio / parto

No **Si**

Specificare: _____

Peso	PAO	Esplorazione vaginale	Presentazione	MAf	Bcf	cTG	valutazione L.A.	Esami

Esami ematochimici fuori range _____

Prescrizione esami _____

PREFERENZE DELLA MADRE PER IL PARTO

Le scelte espresse potranno essere soddisfatte compatibilmente con l'evoluzione fisiologica del travaglio e del parto e con la disponibilità del Punto Nascita prescelto.

Modalità del parto	
Presenza di persona di fiducia durante il travaglio	
Preferenze per il travaglio	
Accoglienza al neonato pelle a pelle	
Alimentazione del neonato	
Rooming in	
Durata permanenza in ospedale	
Donazione del cordone	

Prossimo controllo il _____ ore _____

presso _____



Timbro e firma Operatore



data _____

W

Elementi di rischio per il travaglio / parto

No Si

Specificare: _____

Peso	PAO	Esplorazione vaginale	Presentazione	MAf	Bcf	cTG	valutazione L.A.	Esami

Prescrizione esami _____

Note

Prossimo controllo il _____ ore _____ presso _____

Timbro e firma Operatore



data _____

W

Elementi di rischio per il travaglio / parto

No Si

Specificare: _____

Peso	PAO	Esplorazione vaginale	Presentazione	MAf	Bcf	cTG	valutazione L.A.	Esami

Prescrizione esami _____

Note

Prossimo controllo il _____ ore _____ presso _____

Timbro e firma Operatore



■ **Ricovero presso il punto nascita**

data ___/___/_____

Timbro e firma Operatore



SEZIONE 4:

POST PARTUM E PUERPERI

- DIMISSIONE OSPEDALIERA
- ASSISTENZA IN PUERPERIO





FOGLIO DIMISSIONE OSPEDALIERA (triplice copia) (A CURA DEL PUNTO NASCITA) Data _____

◆ Madre:

cognome _____ Nome _____
data nascita _____ età _____

◆ Neonato:

cognome _____ Nome _____
data nascita _____ sesso _____

PARTO

Data	W	Travaglio	Profilassi antibiotica	Modalità parto	Secondamento	Profilassi anti D
		<input type="checkbox"/> Spontaneo <input type="checkbox"/> Indotto con: _____ _____		<input type="checkbox"/> Eutocico <input type="checkbox"/> distocico <input type="checkbox"/> Tc	<input type="checkbox"/> Spontaneo <input type="checkbox"/> Manuale	

NEONATO

APGAR	Peso Gr.	Rianimazione	Profilassi
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si con: _____ _____	<input type="checkbox"/> Oculare <input type="checkbox"/> Antiemorr. <input type="checkbox"/> Altro _____

ESAME CLINICO DELLA PuERPERA alla dimissione

data	Perineo: sutura	Emorroidi	cicatrice laparotomica	Minzione	Alvo	utero		
						fondo	cervice	Lochi
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> irregolare	<input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> irregolare			



ESAME CLINICO DEL NEONATO (alla dimissione)

Data	Settimana dalla nascita	Peso	Lunghezza	Circonferenza cranica	Ittero	Alimentazione durante la degenza	Note
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> Materna esclusiva <input type="checkbox"/> Complementare <input type="checkbox"/> Artificiale	

Allattamento alla dimissione

MATERNO ESCLUSIVO COMPLEMENTARE ARTIFICIALE

valutazione della poppata data _____

- | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| Mamma rilassata e a suo agio | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| Bambino calmo e sveglio | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| Posizione comoda per mamma e bambino | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| Buona presa del seno | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| Buona alternanza suzione/deglutizione | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| Si vede e si sente il bambino deglutire | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| Presenza di dolore alla suzione | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| Presenza di arrossamenti o ragadi | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |

controindicazioni che controindicano l'allattamento naturale Sieropositività HIV

- Tumore mammario
- Alcolismo e/o tossicodipendenza
- Assunzione permanente di farmaci controindicati* Agenesia mammaria o mastectomia bilaterale Psicosi post parto
- Malattia congenita del neonato Epatite in fase acuta
- herpes bilaterale del capezzolo
- Altro _____

* per consulenze sull'assunzione di farmaci durante l'allattamento contattare il centro di informazione sul farmaco e la Salute dell'Istituto Mario Negri al numero telefonico 800883300 (risponde il 118 e da qui la telefonata viene inoltrata all'Ospedale di Bergamo).



ADESIONE AL PROGRAMMA DI ASSISTENZA TERRITORIALE IN PUERPERIO (triplice copia)

La sottoscritta, _____ nata a _____
il _____, informata sull'offerta di assistenza territoriale in puerperio da parte dei
consultori di questa ASP, che prevede una visita di controllo da parte degli operatori
consuntoriali entro sette giorni dalla dimissione ospedaliera, dichiara di:

- NON ADERIRE
 ADERIRE

al programma specificando eventualmente la sua preferenza per:

- assistenza domiciliare
 assistenza ambulatoriale

DATA

FIRMA



La sottoscritta autorizza altresì il personale del Punto Nascita _____ a
segnalare i propri recapiti telefonici _____

al consultorio di _____,
per essere inserita nel programma di assistenza territoriale in puerperio.

DATA

FIRMA



L'operatore del punto nascita



SEGNALAZIONE AL CONSULTORIO DI RIFERIMENTO PER PRESA IN CARICO

- NO SI _____

SEGNALAZIONE AL PEDIATRA DI BASE PER PRESA IN CARICO

- NO SI _____



ASSISTENZA IN PUERPERIO (duplice copia)

SERVIZIO _____

Puerpera						
data _____		Giorni/Settimane dal parto _____				
<input type="checkbox"/>	visita domiciliare	<input type="checkbox"/>	visita ambulatoriale			
Genitali esterni e perineo	cicatrice laparotomica	Alvo	utero	Lochiazioni	Mammella	Minzione
Note _____ _____ _____						

Neonato					
data _____		Giorni/Settimane dal parto _____			
<input type="checkbox"/>	visita domiciliare	<input type="checkbox"/>	visita ambulatoriale		
calo ponderale	Ritmi del bambino (sonno pianto, evacuazioni)	Ittero	Alimentazione	Presca in carico dal PLS	Note
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____ %					



Allattamento

MATERNO ESCLUSIVO COMPLEMENTARE ARTIFICIALE

Valutazione della poppata

data _____

Mamma rilassata e a suo agio	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Bambino calmo e sveglio	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Posizione comoda per mamma e bambino	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Buona presa del seno	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Buona alternanza suzione/deglutizione	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Si vede e si sente il bambino deglutire	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Presenza di dolore alla suzione	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Presenza di arrossamenti o ragadi	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no

controindicazioni che controindicano l'allattamento

- naturale Sieropositività hlv
- Tumore mammario
- Alcolismo e/o tossicodipendenza
- Assunzione permanente di farmaci controindicati* Agenesia mammaria o mastectomia bilaterale Psicosi post parto
- Malattia congenita del neonato Epatite in fase acuta
- herpes bilaterale del capezzolo
- Altro _____

* per consulenze sull'assunzione di farmaci durante l'allattamento contattare il centro di Informazione sul farmaco e la Salute dell'Istituto Mario Negri al numero telefonico 800883300 (risponde il 118 e da qui la telefonata viene inoltrata all'Ospedale di Bergamo)

counseling contraccezione



firma Operatore/i

SEZIONE 5:

ALLEGATI

- ATTESTATO DI GRAVIDANZA
- CONSENSO INFORMATO
SULLA DIAGNOSI PRENATALE
- CALENDARIO APPUNTAMENTI
- CALENDARIO INCONTRI
DI ACCOMPAGNAMENTO
ALLA NASCITA





ATTESTATO DI GRAVIDANZA

La Signora _____

Nata a _____

Residente a _____

in via _____

è attualmente in stato di gravidanza

data dichiarata ultima mestruazione: ____ / ____ / ____

data presunta del parto: ____ / ____ / ____

Gravidanza diagnosticata con:

- Test immunologico effettuato in data ____ / ____ / ____
- Esame clinico effettuato in data ____ / ____ / ____
- Esame ecografico effettuato in data ____ / ____ / ____

data ____ / ____ / ____

Timbro e firma del medico attestante



CONSENSO INFORMATO PER LA DIAGNOSI PRENATALE

Manifestazione di volontà della donna sullo screening per anomalie cromosomiche

Sono consapevole che la decisione di sottopormi ad un test di screening è una mia scelta e non costituisce un obbligo o un esame routinario.

Sono stata informata delle possibilità e dei limiti dei test di screening e delle tecniche di diagnosi prenatale per la sindrome di down e le altre anomalie cromosomiche.

Ho compreso che le anomalie cromosomiche, di cui la più nota e la più frequente è la trisomia 21 (mongolismo), sono anomalie del feto per le quali non esiste una terapia. Sono stata inoltre informata che, qualora la condizione venga riconosciuta prima che il feto abbia possibilità di vita autonoma, una mia eventuale richiesta di interruzione di gravidanza, nel rispetto delle norme previste dalla Legge 194/1978, verrà valutata dal medico del Servizio presso il quale mi rivolgerò che dovrà verificare se esistono le condizioni per accettarla.

Ho compreso che la diagnosi delle anomalie cromosomiche può attualmente essere effettuata solo mediante tecniche invasive quali prelievo di liquido amniotico (amniocentesi) o di tessuto placentare (biopsia dei villi coriali) a seguito di ciascuna delle quali può verificarsi l'aborto in circa l'1% dei casi.

Mi è stato spiegato che esistono test di screening che consentono di identificare il rischio, cioè la probabilità che il feto sia affetto da sindrome di down, in modo più preciso rispetto al semplice dato dell'età materna.

In particolare mi sono state date informazioni relative ai seguenti test di screening:

- Esame della translucenza nucale (NT)
- Test combinato (translucenza nucale + duotest)
- Tritest
- Quadruplo test
- Test integrato
- Test integrato sierico

Ho compreso che se il test di screening è "positivo" (cioè presenta un rischio elevato di anomalia cromosomica) si può procedere alla diagnosi mediante un'amniocentesi o un prelievo dei villi coriali, se il test di screening è "negativo", (basso rischio) non vengono suggerite ulteriori indagini, anche se ciò non significa che "certamente" il feto non sia malato.

Ho discusso con il mio medico di riferimento dr. in merito alla capacità del test di screening di individuare correttamente i feti realmente affetti e la possibilità di risultati falsi positivi e falsi negativi.

Ritengo queste informazioni sufficienti e complete e dichiaro di aver pienamente compreso le informazioni che mi sono state date.

- AVENDO CHIARO QUANTO SOPRA ESPOSTO DECIDO DI **NON SOTTOPORMI** AD UN TEST DI SCREENING
- AVENDO CHIARO QUANTO SOPRA ESPOSTO DECIDO DI **SOTTOPORMI** AD UN TEST DI SCREENING

DATA

FIRMA DELLA PAZIENTE





CALENDARIO APPUNTAMENTI

TRIMESTRE	SETT.	APPUNTAMENTI	ESAMI		
		Bilanci di salute	diagnosi prenatale	Ecografia	Esami di laboratorio
PRIMO	1	Ultima mestruazione			
	2				
	3				
	4				Test di gravidanza
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
	11				
	12				
	13				
SECONDO	14				
	15				
	16				
	17				
	18				
	19				
	20				
	21				
	22				
	23				
	24				
	25				
	26				
TERZO	27				
	28				
	29				
	30				
	31				
	32				
	33				
	34				
	35				
	36				
	37				
TERMINE DI GRAVIDANZA	38				
	39				
	40				
	41				
	42				
PUERPERIO	30 / 40 gg. dopo il parto				



CALENDARIO DEGLI INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

Inizio incontri _____ presso _____

Operatore di riferimento _____

Numero telefonico di riferimento _____

data	Argomento	Presente / Assente	Luogo	conduttore del gruppo

Annotazioni

Tipologia del corso

- Teorico
- Interattivo
- Preparazione fisica
- RAT

Altro (specificare) _____

RIORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO NASCITA

Premessa

In data 16 dicembre 2010 è stata approvata in Conferenza Unificata Stato-Regioni l'accordo concernente *“Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e della appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”*

Con il DPGR n° 36/2011 la Regione ha recepito il citato accordo Stato-Regioni.

Con il DPGR n° 26/2011 si è proceduto al primo riassetto della rete dei punti nascita, disattivando quelli che nell'anno 2009 avevano effettuato un numero inferiore a 500 parti.

Considerato che l'eccessivo ricorso al taglio cesareo ha portato l'Italia ad occupare il primo posto tra i paesi Europei, superando i valori europei riportati nel rapporto Euro-Peristat sulla salute Materno-Infantile del dicembre 2008 (in Italia nel 2008 il valore era del 38,4% con notevoli variazioni per area geografica, con presenza di valori più bassi nell'Italia settentrionale e più alti nell'Italia centrale e meridionale) e che in Italia nel 2008 sono stati effettuati circa 220.000 interventi di taglio cesareo il cui ricorso comporta un rischio di morte materna di 3-5 volte superiore rispetto al parto vaginale e con morbosità puerperale di 10-15 volte superiore lo stesso DPGR ha stabilito un piano triennale di ulteriore razionalizzazione basato, oltre che sul numero dei parti effettuati, anche sull'indicatore di appropriatezza espresso dalla percentuale dei parti cesarei sul totale e definito al:

- 40% per l'anno 2011
- 35% per l'anno 2012
- 25% per l'anno 2013

Il DPGR n° 97/11 ha istituito il Coordinamento permanente Regionale per il percorso nascita con l'obiettivo di adeguare le strutture regionali deputate al percorso nascita alle linee guida definite dall'accordo Stato-Regioni.

A tal fine occorre formalizzare una rete di strutture che gestisca:

- il percorso nascita dal suo inizio

- l'assistenza al parto secondo livelli di appropriatezza nell'ambito della fisiologia o della patologia
- l'assistenza territoriale integrata per la puerpera ed il neonato

Il costrutto fondamentale della rete deve necessariamente riguardare l'assistenza integrata territorio-ospedale alla gravidanza/parto fisiologico, evento che costituisce numericamente la maggiore espressione.

La consapevolezza che tale evento, se subentra un rischio, può trasformarsi in una situazione anche di grave pericolo per la madre e per il feto, deve far costruire un insieme di procedure standardizzate atte ad affrontare tale rischio.

Le presenti linee guida sono rivolte a tutti gli operatori, dipendenti e convenzionati, che sono tenuti al loro rispetto. In particolare ai dipendenti che operano in regime di a.l.p.i. "allargata" si rammenta che tale attività non può prescindere dall'obbligo di rispetto delle regole dettate, in generale, per l'attività intramoenia (tariffe, percorsi clinici, etc.) costituendo, in particolare, l'attività allargata una modalità di esercizio dovuta esclusivamente alla impossibilità, da parte dell'Azienda, di garantire gli spazi interni per l'espletamento dell'a.l.p.i.

Strutture

La rete dei Consultori Familiari

Considerata la presenza di ostetriche e medici ginecologi deve rappresentare, nella nostra realtà, il primo sistema di arruolamento e di presa in carico della donna gravida.

Le raccomandazioni della LG 20 sulla Gravidanza Fisiologica, proposte dall'ISS-SNLG nel 2010, prevedono che alle donne con gravidanza fisiologica debba essere offerto il modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica/o, in un'ottica di supporto alla naturalità dell'evento nascita (allegato 1).

Il medico di medicina generale, i Consultori familiari e le altre strutture territoriali, in collaborazione con l'ostetrica/o, costituiscono la rete di assistenza integrata alla donna in gravidanza.

Questo modello prevede, nella gravidanza a rischio, il coinvolgimento di medici specializzati in ostetricia e di altri specialisti.

La attuale disposizione dei punti nascita e la peculiarità della orografia della nostra Regione rende molte realtà urbane distanti dal punto nascita stesso.

Tutto il controllo della gravidanza fisiologica deve poter essere organizzato sul territorio con opportuna articolazione di ore di attività della struttura consultoriale, demandando al punto nascita dell'Ospedale la gestione della gravidanza a termine (ambulatorio della gravidanza a termine) e della gravidanza a rischio (ambulatorio della gravidanza a rischio ed eventuale ospedalizzazione).

La rete (consultori, ostetriche, ginecologi) trasmette i dati delle gestanti al punto nascita tramite supporti cartacei/informatici concordati ed unificati (Diario della Gravidanza).

La rete del SUEM 118

Con le sue articolazioni di Punti di Primo Intervento e di Postazioni di Emergenza Territoriale, in coordinamento con i centri Spoke e Hub, deve assicurare lo STAM e lo STEN.

E' necessaria la formulazione di criteri organizzativi e di addestramento del personale.

La rete dei centri ospedalieri Hub e Spoke

Organizzata per come previsto dall'accordo Stato-Regioni deve assicurare la gestione del parto nella gravidanza fisiologica e la gestione della gravidanza a rischio quale che sia il grado del rischio stesso.

Attraverso l'organizzazione del pronto soccorso ostetrico con triage dedicato, dell'ambulatorio per la gravidanza a termine, dell'ambulatorio di patologia ostetrica e delle proprie strutture di assistenza, assicurano l'assistenza al parto fisiologico e patologico e l'assistenza alla emergenza-urgenza.

La rete ospedaliera riceve la documentazione dalla rete di assistenza alla gravidanza (consultori, ostetriche, ginecologi) ed opera attraverso percorsi clinico-diagnostici, protocolli e linee guida condivisi. In questi percorsi deve essere preliminarmente stabilito quali tipologie e grado di rischio ostetrico gestire nei centri Spoke e quali nei centri Hub.

E' fortemente auspicabile una parallela e sinergica organizzazione, sui due livelli previsti, dell'assistenza ostetrico-ginecologica e neonatologica.

Il Dipartimento Materno Infantile Interaziendale

Rappresenta il modello organizzativo in cui si realizza l'integrazione territorio-ospedale, basata sulla complementarietà delle diverse strutture, nel rispetto delle reciproche autonomie e specificità, al fine di perseguire una maggiore efficacia ed efficienza. Pertanto, il Dipartimento coordina le funzioni dei vari gangli della rete, promuovendo:

- l'elaborazione e l'applicazione di percorsi clinico/diagnostici/terapeutici
- la formulazione di supporti per la trasmissione dei dati clinici
- la formazione degli operatori
- l'audit clinico.

Il Coordinamento permanente Regionale per il percorso nascita.

E' la sede di elaborazione delle necessarie implementazioni alle dieci linee di azione del documento di cui all'accordo Stato-Regioni nonché l'organismo tecnico di verifica dell'adeguamento dell'organizzazione alle presenti linee guida ed all'attività complessivamente erogata in ordine al percorso nascita.

Introduzione

Il fine di una appropriata assistenza perinatale è quello di assicurare una buona salute della mamma e del bambino, con il minor carico di cura compatibile con la sicurezza. Ogni atto assistenziale, soprattutto in campo ostetrico, trattandosi di evento fisiologico, deve avere una indicazione precisa e chiara (OMS 1996).

La definizione delle caratteristiche della gravidanza in funzione del rischio, consente di collocare la tipologia di assistenza all'interno dei servizi appropriati ed è un utile strumento di comunicazione tra gli operatori; esso deve essere utilizzato nella consapevolezza che il concetto di rischio è di tipo dinamico: un determinato rischio in uno specifico momento della gestazione non condiziona necessariamente l'esito dell'evento (es. minaccia d'aborto), in quanto ogni gravidanza può presentare uno o più rischi e diversi gradi di rischio in momenti diversi.

L'OMS, che ha sviluppato per prima il concetto di "presa in carico secondo il grado di rischio", ha negli ultimi anni ulteriormente precisato questo sistema di classificazione.

Attualmente quella proposta (allegato 2) è:

- "*assistenza prenatale di base*", offerta a tutte le donne
- "*assistenza addizionale*" per donne e nati con patologie e complicanze moderate
- "*assistenza specializzata ostetrica e neonatale*" per le donne e nati con patologie e complicanze severe.

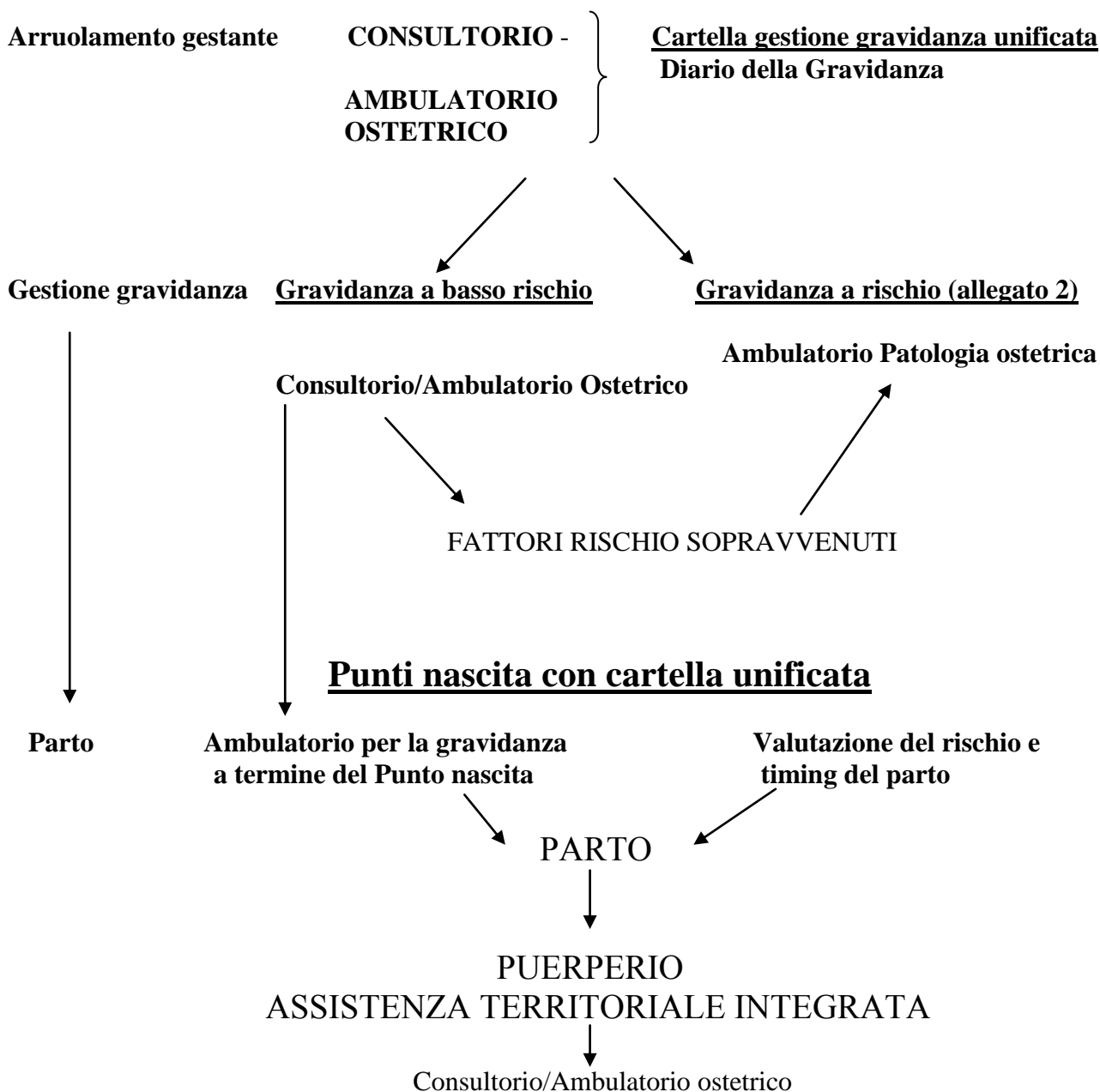
Lo schema seguente illustra come sia ipotizzabile una tale organizzazione nella nostra realtà regionale.

RETE INTEGRATA PERCORSO NASCITA

Centri operativi

Punti nascita di I livello centri Spoke
Punto nascita II livello centri Hub;
Consultori Familiari

Percorsi operativi



LA RETE CONSULTORIALE

I Consultori Familiari sono omogeneamente distribuiti nei Distretti previsti dagli Atti aziendali delle ASP.

ASP Reggio Calabria	ASP Cosenza	ASP Vibo Valentia	ASP Crotone	ASP Catanzaro
Villa San Giovanni	Acri	Filadelfia	Roccabernarda	Catanzaro (Via Font. Vecchia)
Stilo	Scalea	Mileto	Cutro	Catanzaro (Mater Domini)
Siderno	Diamante	Serra San Bruno	Strongoli	Taverna
Sant'Eufemia d'Aspromonte	Amantea	Tropea	Petilia Pol.	Cropani
Reggio C. San Marco	Paola	Soriano Calabro	Cirò Marina	Catanzaro Lido
Rosarno	Castrovillari	Vibo Valentia	Crotone	Chiaravalle
Roccella	San Marco Argentano			Girifalco
Reggio C. Pellaro	San Lorenzo del Vallo			Soverato
Polistena	Mormanno			Badolato
Palmi	San Sosti			Maida
Oppido Mamertina	Cosenza Piazza Santa Teresa			Iamezia Terme
Melito Porto Salvo	Cosenza Piazza de Chiara			Soveria Mannelli
Locri	Cosenza Via Popilia			
Laureana di Borrello	Celico			
Gioiosa Ionica	Rende			
Gioia Tauro	Montalto			
Cittanova	Rogliano			
Reggio C. Gallico	San Giovanni in Fiore			
Reggio C. Gebbione	Rossano			
Bianco	Cariati			
Bovalino	Corigliano			
Taurianova	Trebisacce			
	Cassano			
	Oriolo			

In tali ambiti due sono le principali azioni da intraprendere:

1. Riquilificare i Consultori Familiari attraverso l'adeguamento ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dall'Accordo Stato- Regioni del 16 dicembre 2010 al fine di garantire:

- la prima presa in carico della donna gravida con lo scopo di eseguire una prima valutazione del livello di rischio e consegnare la cartella unica integrata della gravidanza (Diario della Gravidanza).
- la gestione della gravidanza fisiologica fino a 36 settimane;
- l'invio guidato al punto nascita alla 36.ma settimana (ambulatorio gravidanza a

termine);

- l'invio guidato al punto nascita in qualunque momento in caso di gravidanza a rischio o patologia (ambulatorio gravidanza a rischio);
- l'implementazione dei corsi di accompagnamento alla nascita a gestione integrata (territoriale/ospedaliera) e metodologia adeguata;
- il potenziamento dell'assistenza domiciliare in puerperio, favorendo le dimissioni precoci ospedaliere e offrendo una migliore continuità assistenziale alla puerpera e al neonato;
- l'istituzione di un ambulatorio delle puerpere nei punti nascita di secondo livello gestito dall'Ostetrica/o.

I fondi previsti dai progetti degli obiettivi di piano per la tutela della maternità e la promozione dell'appropriatezza del percorso nascita, possono essere utilizzati per l'attivazione di corsi di formazione per gli operatori, acquisto di attrezzature, progetti obiettivi, ecc.

2. Potenziare i Consultori Familiari afferenti ai Distretti nei quali sono stati disattivati i punti nascita al fine di prevenire un eventuale disagio che potrebbe indurre la popolazione a rivolgersi a strutture ospedaliere extra aziendali o extra regionali.

Alla luce dell'attuale blocco delle assunzioni, l'eventuale carenza di personale dovrà essere ovviata attraverso la mobilità, dopo un'attenta analisi dell'organico di tutte le UU.OO. che compongono il Dipartimento Materno-Infantile, se interaziendale, o di tutte le UU.OO. dell'area interessata in cui è stata suddivisa la Regione, in termini sanitari dal DPGR 18/2010 (Nord, Centro, Sud).

LA RETE OSPEDALIERA

Alla luce di quanto previsto dal DPGR 106/2011 le Unità Operative preposte alla gestione del percorso nascita sono espresse nella seguente tabella

AZIENDA	OSPEDALE	Tipol.	N° parti (2010)	UNITA' OPERATIVA	FUNZIONI
A.O. CS	P.O. ANNUNZIATA	HUB	1760	OSTETRICIA NEONATOLOGIA TIN	II LIVELLO
A.O. CZ	P.O. PUGLIESE A.O.U. MATER DOMINI	HUB	1133 824	OSTETRICIA TIN	II LIVELLO
A.O. RC	P.O. BIANCHI M.M.	HUB	1317	OSTETRICIA NEONATOLOGIA TIN	II LIVELLO
ASP VV	P.O. VIBO V.	SPOKE	974	OSTETRICIA NEONATOLOGIA	I LIVELLO
ASP KR	P.O. S. GIOVANNI	SPOKE	1454	OSTETRICIA NEONATOLOGIA	I LIVELLO
ASP CS	P.O. CETRARO-PAOLA	SPOKE	467	OSTETRICIA NEONATOLOGIA	I LIVELLO
ASP CS	P.O. CORIGLIANO- ROSSANO	SPOKE	1302	OSTETRICIA NEONATOLOGIA	I LIVELLO
ASP CS	P.O. CASTROVILLARI	SPOKE	707	OSTETRICIA NEONATOLOGIA	I LIVELLO
ASP CZ	P.O. LAMEZIA	SPOKE	979	OSTETRICIA NEONATOLOGIA TIN	II LIVELLO
ASP RC	P.O. POLISTENA	SPOKE	737	OSTETRICIA NEONATOLOGIA	I LIVELLO
ASP RC	P.O. LOCRI	SPOKE	660	OSTETRICIA NEONATOLOGIA	I LIVELLO
ASP CZ	P.O. SOVERATO	OSP. GEN.	512	OSTETRICIA NEONATOLOGIA	I LIVELLO

Il DPGR n° 36 del 06 maggio 2011, che recepisce l'Accordo stato Regione stabilisce l'adeguamento delle U.O., interessate nel percorso nascita, agli standard previsti dall'Accordo con i seguenti livelli e requisiti ad essi associati:

PUNTI NASCITA DI I LIVELLO (500 - 1000 parti/anno) (*)

Unità che assistono gravidanze e parti, in età gestazionale >34 settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del II livello, per la madre e per il feto.

() Il numero di parti/anno > di 1000 non determina cambiamento di livello, essendo i requisiti per il II livello legati anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di TIN e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata*

Requisiti organizzativi/Standard di qualità:

- parti/anno: 500- 1000;
- risorse umane adeguate, sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale, tenendo anche conto del volume di attività ginecologica;
- assistenza con personale ostetrico e ginecologico h24, assicurando inoltre il supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva di personale ostetrico-ginecologico;
- fino a 1000 parti/anno almeno 2 ostetriche per turno;
- accettazione ostetrica h24 con spazi dedicati
- disponibilità di assistenza anestesiologica h.24 all'interno della struttura ospedaliera;
- assistenza pediatrica/neonatologica h24;
- posti letto per l'assistenza ostetrica : 20 ogni 1000 parti/anno;
- due sale travaglio- parto dotate ciascuna di un solo letto; le sale travaglio-parto (riferimento LG ISPEL) devono essere 3 se il numero dei parti >1000/anno e 4 oltre i 2000 parti/anno;
- una sala travaglio- parto di riserva;
- una sala operatoria sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPEL);
- area dedicata alla gestione del travaglio-parto fisiologico/naturale;
- ambulatori per le gravidanze a termine e per le gravidanze a rischio;
- disponibilità di ecografia nell'area travaglio- parto;
- disponibilità di terapia sub-intensiva per la gravida e per la puerpera;
- integrazione funzionale con lo S.T.A.M. del territorio di competenza (integrandosi con il servizio 118);

possibilità di esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini e disponibilità di emotrasfusioni h.24;

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

assistenza alla gravidanza e ai parti per epoca gestazionale > 34 settimane;

accettazione ostetrica h24 con spazi dedicati

garanzia alla partoriente di riservatezza, tranquillità, riconoscimento della propria dignità, adeguata informazione, diritto di vivere il parto come evento naturale, potendo fruire della presenza di una persona di sua scelta, anche attraverso la costituzione di percorsi dedicati alla gravidanza fisiologica;

adeguata assistenza all'evento nascita anche mediante tecniche di controllo del dolore farmacologiche e non;

possibilità di pratica del rooming-in e del sostegno dell'allattamento al seno;

disponibilità di emotrasfusioni h24;

effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza;

garanzia di terapia sub-intensiva alla gravida ed alla puerpera;

possibilità di esami di laboratorio ed indagini di diagnostica per immagini urgenti;

collegamento formale e funzionale con i punti nascita di II livello secondo il modello hub e spoke;

possibilità di trasferimento della gravida laddove si verificano condizioni o patologie materne e/o fetali che richiedano, in situazioni di non emergenza, l'invio ad unità di II livello.

garanzia di trasferimento a struttura di II livello delle gravide per le quali si preveda che il nascituro abbia bisogno di terapie intensive, salvo le situazioni di emergenza nelle quali ciò non sia possibile e per le quali deve essere attivato con tempestività lo S.T.E.N.;

PUNTI NASCITA II LIVELLO

Unità che assistono gravidanza e parto indipendentemente dal livello di rischio per madre e feto.

() I requisiti per il II livello sono legati oltre che al numero di parti anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di TIN e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata*

Requisiti organizzativi/Standard di qualità:

- bacino di utenza, comprensivo delle strutture di I livello afferenti, corrispondente ad almeno 5000 parti/anno (**);
 - parti/anno: > 1000;
 - risorse umane adeguate, sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale, tenendo anche conto del volume di attività ginecologica;
 - assistenza con personale ostetrico e ginecologico h24, assicurando inoltre il supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva ed eventuale pronta disponibilità pomeridiana;
 - fino a 1500 parti/anno 3 ostetriche per turno; 4 fino a 2000 parti/anno e 5 oltre i 2000 parti/anno, con incremento di 1 ostetrica ogni 750 parti in più
 - un responsabile dedicato all'area ostetrica per la continuità e la qualità assistenziale;
 - due unità mediche h24 al di sopra dei 2000 parti/anno;
 - un pronto soccorso ostetrico ginecologico h24 con personale medico e ostetrico dedicato
 - assistenza anestesiologicala h24;
 - guardia attiva, h24, con supporto di pronta reperibilità integrativa h24 da parte di neonatologi
- posti letto per l'assistenza ostetrica : 20 ogni 1000 parti/anno;
- tre sale travaglio- parto dotate ciascuna di un solo letto; le sale travaglio-parto (riferimento LG ISPELS) devono essere 4 oltre i 2000 parti/anno;
 - una sala travaglio- parto di riserva;
 - una sala operatoria sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio-parto (riferimento LG ISPELS);
 - per un numero di parti >1200/anno deve essere garantita una seconda sala operatoria d'emergenza nella struttura ospedaliera;
 - area dedicata alla gestione del travaglio-parto fisiologico/naturale;
 - ambulatori per le gravidanze a termine fisiologica e per le gravidanze a rischio;
 - possibilità di ecografia nell'area travaglio parto e nell'area di accettazione-emergenza;
 - coordinamento dello S.T.A.M. del territorio di competenza (integrandosi con il servizio 118);

- possibilità di usufruire, anche attraverso una pronta disponibilità integrativa, di competenze specialistiche per la gravida (psicologica, cardiologica, neurologica, nefrologica, ecc.);
- possibilità h.24 di diagnostica per immagini, laboratorio d'urgenza e emotrasfusioni;

*(**) Il vincolo quantitativo di almeno 5000 nati/anno che orienta la programmazione regionale nel numero dei punti nascita di II livello, può non accompagnarsi ad una precisa identificazione dei bacini di utenza in determinate aree con ridotta densità di popolazione e condizioni oro-geografiche disagiate, nelle quali il vincolo quantitativo di 5000 nati/anno può essere inferiore ma non al di sotto di 3500 nati/anno.*

Funzioni collegate ai livelli assistenziali:

- assistenza a qualsiasi gravidanza e parto, specialmente nelle condizioni di alto rischio perinatale;
- funzionamento di un pronto soccorso ostetrico h24
- garanzia per la donna partoriente di riservatezza, tranquillità, riconoscimento della propria dignità, adeguata informazione, diritto di vivere il parto come evento naturale, potendo fruire della presenza di una persona di sua scelta, anche attraverso la costituzione di percorsi dedicati alla gravidanza fisiologica
- assistenza anestesiológica h24;
- rimuovere gli ostacoli organizzativo-funzionali che si frappongono alla pratica del rooming-in e alla promozione dell'allattamento al seno;
- disponibilità di emotrasfusioni h24;
- garanzia di effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza;
- garanzia di terapia intensiva alla gravida ed alla puerpera;
- possibilità esami di laboratorio urgenti ed indagini di diagnostica per immagini urgenti;
- collegamento formale e funzionale con i punti nascita di I livello secondo il modello hub e spoke
- coordinamento la rete del trasporto d'emergenza (integrandosi con il servizio 118), per quanto attiene ai trasferimenti delle gravide a rischio dalle strutture di livello inferiore.

Ogni centro di diagnosi prenatale deve essere collegato con il centro di coordinamento regionale o interregionale che, a sua volta, deve essere collegato con il Registro nazionale delle malformazioni congenite il quale ha, tra le proprie funzioni, l'assicurazione ed il miglioramento continuo della qualità.

Il dati di ogni centro di diagnosi prenatale devono confluire al Registro regionale o interregionale per le malformazioni congenite.

ALLEGATO 1

PROFILO ASSISTENZIALE DELLA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

Questo “profilo assistenziale” offre raccomandazioni per *l’assistenza prenatale di base*, ma non dà informazioni per le donne che richiedono *assistenza addizionale e/o specializzata*.

L’assistenza addizionale e/o specializzata di solito è necessaria nei casi di cui all’allegato 2.

La maggior parte degli esami raccomandati sono esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria come previsto dal Decreto Ministeriale 10 settembre 1998 dal titolo “*Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l’aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità*” se effettuati all’età gestazionale prevista dal decreto e se corredati dall’apposito codice di esenzione.

VISITA PRECONCEZIONALE

- . Anamnesi e visita per la valutazione dello stato di salute generale.
- . Accertamento dell’eventuale recettività alla rosolia per programmare la vaccinazione preconcezionale (la gravidanza può iniziare un mese dopo la vaccinazione).
- . Anamnesi relativa alla varicella, se negativa proporre la vaccinazione preconcezionale e se la donna risulta recettiva la gravidanza può iniziare un mese dopo la vaccinazione (non esente).
- . Accertamento dello stato immunitario relativo alla toxoplasmosi per individuare le donne recettive a cui consigliare adeguate misure igienico-profilattiche e controlli periodici in gravidanza.
- . Gruppo sanguigno ABO e fattore Rh per la coppia.
- . Test di Coombs indiretto per la donna (non esente).
- . Ricerca anticorpi anti HIV per la coppia.
- . Ig totali anti-Treponema per la coppia (non esente).
- . Emocromo ed assetto emoglobinico per la donna. Nel caso la donna sia portatrice sana di emoglobinopatie, il test è esteso al partner.
- . Esame citologico vaginale se non eseguito nei tre anni precedenti.

Si evidenzia l’importanza di prescrivere l’integrazione di acido folico (400 microgrammi/die) unitamente ad una alimentazione completa ed appropriata nel periodo periconcezionale (da almeno un mese prima del concepimento fino alla 12^a

settimana di gestazione) per la riduzione del rischio malformativo (difetti di chiusura del tubo neurale).

PRESA IN CARICO DELLA DONNA GRAVIDA

Il primo incontro deve essere programmato possibilmente entro la 10^o settimana, per permettere la programmazione delle indagini di screening prenatale per le patologie cromosomiche.

In ogni caso la presa in carico deve essere garantita a tutte le donne in indipendentemente dall'età gestazionale del primo accesso.

Più avanzata è la gravidanza al momento del primo accesso più è opportuno valutare se sia necessaria *l'assistenza addizionale*.

In seguito al primo incontro si raccomandano controlli ogni 4-6 settimane fino a 40^a-41^a settimane.

Il numero di incontri consigliati è tra 7 e 10.

Non esistono evidenze scientifiche a sostegno di un numero ideale di incontri in gravidanza; mentre una moderata riduzione rispetto ad alcune consuetudini (13-14 vs 5-8 nei diversi studi) non risulta essere associata ad alcun aumento degli esiti negativi.

Va garantita la continuità assistenziale dalla gravidanza al post-parto mediante:

- . la condivisione fra tutti gli operatori della stessa filosofia di assistenza;
- . l'utilizzo di protocolli comuni durante la gravidanza, travaglio, parto e puerperio, nell'ambulatorio delle puerpere gestito dall'Ostetrica/o
- . il ritorno ai servizi di territorio dopo la dimissione da strutture ospedaliere.
 - Ambulatorio di riabilitazione del pavimento pelvico affidato all'Ostetrica/o nei punti nascita di secondo livello o consultorio familiare

L'ostetrica è la figura professionale più indicata all'applicazione del profilo assistenziale della gravidanza a basso rischio.

Nei casi precedentemente elencati che potrebbero richiedere *l'assistenza addizionale e/o specializzata* l'ostetrica deve richiedere la consulenza del ginecologo.

Durante il primo colloquio l'ostetrica o il medico illustra il profilo assistenziale alla donna/coppia, costruisce il piano individuale di assistenza, con la partecipazione attiva della donna, concordando i tempi ed il numero dei controlli clinici, strumentali

e di laboratorio e dando indicazioni precise sulle modalità di contatto del servizio stesso per eventuali dubbi o problemi che possano insorgere tra un controllo e l'altro; illustra inoltre l'organizzazione dei Punti Nascita del territorio finalizzata alla futura scelta del luogo del parto ed i servizi di continuità assistenziale previsti per l'assistenza nel dopo parto.

Primo incontro

. Raccolta accurata dell'anamnesi (familiare, sociale, patologica prossima, remota ed ostetrica) con compilazione della scheda ostetrica. Raccolta di informazioni relative allo stile di vita (attività lavorativa, attività svolte nel tempo libero, attività sessuale, abitudini alimentari, fumo - *tabacco e cannabis*- ed uso di sostanze stupefacenti, utilizzo di farmaci anche da banco e farmaci non della medicina tradizionale).

Rilevazione della presenza in anamnesi di indicatori di rischio per la depressione post-partum.

L'anamnesi nel primo incontro è lo strumento più importante per la valutazione del rischio e per la personalizzazione del profilo assistenziale:

. Rilevazione peso e altezza e calcolo BMI.

. Misurazione della pressione arteriosa.

. Visita senologica.

. Esplorazione vaginale: è raccomandata la prima volta ed include l'eventuale esecuzione del citologico vaginale se sono passati tre anni dall'ultimo esame effettuato.

L'identificazione delle donne con esiti di mutilazioni genitali è indispensabile per la corretta assistenza in gravidanza ed al parto.

. Individuazione di eventuali segni o sintomi di violenza domestica ed accompagnamento ad un percorso di presa in carico.

. Valutazione del rischio ostetrico per accertare il decorso fisiologico della gravidanza o se vi sia la necessità di inserire la donna in un percorso di "*assistenza addizionale e/o specialistica*" da avviare all'ambulatorio di patologia ostetrica.

. Prescrizione degli esami raccomandati.

. Offerta di informazioni relative a:

➤ esami di screening e/o diagnosi prenatale per anomalie cromosomiche o altre patologie diagnosticabili (es. emoglobinopatie) ed eventuale consulenza genetica (documentare sulla scheda ostetrica l'avvenuta informazione e la scelta della donna/coppia di sottoporsi/non sottoporsi ai tests di screening proposti)

➤ misure igienico-alimentari volte alla prevenzione della toxoplasmosi, listeriosi, salmonellosi.

➤ misure di prevenzione igienico-alimentari mirate alla sospensione dell'assunzione di alcolici (anche di piccole quantità) e del fumo (tabacco e cannabis).

➤ attività lavorativa, attività sessuale, attività sportiva e viaggi in gravidanza

➤ assunzione di acido folico.

➤ supplementazione di vitamina D (10 microgrammi/die) per le donne appartenenti a gruppi a rischio di deficit (età 19-24 aa, dieta vegana, asiatiche, donne di colore, donne con limitata esposizione al sole, BMI >30 kg/m

Dal secondo incontro

- . Rivalutare il rischio ostetrico per accertare il decorso fisiologico della gravidanza:
 - colloquio con la donna/la coppia (aggiornamento/approfondimento anamnesi, ascolto)
 - valutazione aumento ponderale
 - rilevazione della pressione arteriosa
 - palpazione dell'utero (manovre di Leopold)
 - misurazione della sinfisi-fondo2 a partire dalla 16^a- 20^a settimana di gestazione
 - valutazione BCF e MAF
 - controllo e registrazione sul Diario della Gravidanza degli esami ematochimici ed ecografici precedentemente effettuati
- . Fornire informazioni e promuovere la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita.
- . Fornire informazioni sull'allattamento al seno.
- . Fornire informazioni sugli esercizi per il pavimento pelvico.
- . Fornire informazioni sulle tecniche di contenimento del dolore in travaglio.
- . Fornire anticipazioni sull'evoluzione attesa nelle fasi successive.

Esami raccomandati entro la 13^a settimana di età gestazionale

- . Emocromo
- . Assetto emoglobinico (se non effettuato in epoca preconcezionale)(non esente)
- . Glicemia, se il valore risulta uguale o superiore a 95mg/dl consulenza diabetologica
- . Ig totali anti Treponema
- . Toxo test (se recettiva ripetere ogni 40 – 60 giorni)
- . Test di Coombs (se madre Rh negativa ripetere ogni 40 – 60 giorni)
- . Rubeo-test
- . Emogruppo e fattore Rh (se non già noto)
- . TSH e FT4 (non esente)
- . Anticorpi anti HIV
- . Anticorpi anti Citomegalovirus (non esente).
- . Esame completo urine + urocoltura (non esente)
- . Ecografia del I trimestre
 - Diagnosi prenatale ecografica precoce

- . Test di screening (se richiesti dalla donna/coppia)(non esenti) e/o di diagnosi prenatale (esenti se la donna ha 35 anni compiuti al momento del concepimento e/o in caso di positività dei tests di screening).
- . In presenza di sintomi, e/o fattori di rischio: Tampone cervico-vaginale + esame colturale + ricerca chlamydia, gonococco e mycoplasmi (esente se prescritto dai consultori, con codice di esenzione 93A, o se inviate per l'esecuzione ad un centro IST).

Esami raccomandati 14^a-18^a settimane di età gestazionale

- . Esame completo urine + urocoltura (non esente)
- . Rubeo test se recettiva

Esami raccomandati 19^a-23^a settimane di età gestazionale

- . Esame completo urine + ev. urocoltura se batteriuria significativa (esente se specificata la batteriuria)
- . Ecografia del II trimestre(19^a-21^a)
 - Esame morfologico fetale con eventuale ecocardiografia

Esami raccomandati 24^a-27^a settimane di età gestazionale

- . Esame completo urine + ev. urocoltura se batteriuria significativa (esente se specificata la batteriuria)
- . Glicemia
- . Screening per il diabete gestazionale (Test con 75 g, e prelievi a 0'/60'/120',esente con indicazione M50 se esistono fattori di rischio)

Esami raccomandati 28^a-32^a settimane di età gestazionale

- Emocromo
- . Ferritinemia
- . Esame completo urine + ev. urocoltura se batteriuria significativa (esente se specificata la batteriuria)
- . Ecografia del III trimestre

Esami consigliati 33^a-37^a settimane di età gestazionale

- . Esame completo urine + ev. urocoltura se batteriuria significativa (esente se specificata la batteriuria)
- . Emocromo
- . HbsAg se la donna non è stata vaccinata

- . Test di Coombs indiretto a tutte le gravide
- . Tampone vaginale e rettale solo per la ricerca dello streptococco di gruppo B, da effettuarsi dalla 37^a settimana di gravidanza.

INVIO PRESSO L'AMBULATORIO OSPEDALIERO PER LA GESTIONE DELLA GRAVIDANZA A TERMINE

CONTINUITA' ASSISTENZIALE A TERMINE DI GRAVIDANZA

L'operatore deve concordare l'invio della gestante, con tutta la documentazione, presso l' Ambulatorio per la gravidanza a termine del Punto Nascita scelto dalla donna/coppia dove verrà effettuato il bilancio di salute materno-fetale e la presa in carico con la valutazione del timing, le modalità del parto e il monitoraggio della gravidanza oltre la 41+0 settimana.

Il Punto Nascita dovrà richiedere gli esami da eseguire prima del ricovero, per l'eventuale taglio cesareo, l'analgesia peridurale in travaglio e la donazione del sangue funicolare.

Alla dimissione il Punto Nascita dovrà fornire alla donna la documentazione relativa al parto e alla degenza in ospedale e raccomandarle di contattare gli operatori che l'hanno seguita in gravidanza per pianificare l'assistenza al dopo parto.

CONTINUITA' ASSISTENZIALE DALLA DIMISSIONE AL DOPO PARTO

L'assistenza al dopo parto prevede:

- . Controllo ostetrico in puerperio
- . Valutazione del perineo
- . Consulenza a sostegno dell'allattamento al seno
- . Consulenza per l'eventuale contraccezione
- . Informazioni su eventuali gruppi di massaggio infantile, di rieducazione del perineo, di sostegno all'allattamento al seno o su altre iniziative.

FATTORI DI RISCHIO IN GRAVIDANZA

Anamnesi patologica

- Ipertensione preesistente
- Diabete mellito
- Patologie cardiovascolari
- Tromboembolie pregresse e/o trombofilia nota
- Emoglobinopatie
- Difetti congeniti della coagulazione e diatesi emorragica
- Patologie renali e urologiche
- Patologie croniche dell'apparato respiratorio
- Patologia autoimmune e sindrome da anticorpi antifosfolipidi
- Patologie epatiche
- Patologie endocrine
- Patologie oncologiche
- Patologie psichiatriche e/o neurologiche in trattamento
- Patologie genetiche familiari
- Patologie infettive croniche (HIV, HCV, HBV, Tubercolosi, Sifilide)
- Assunzione cronica di farmaci
- Abuso di sostanze (incluso alcool)
- BMI (*Body Mass Index [peso (kg)/altezza (m)]*) inferiore a 18 kg/m o superiore a 35 kg/m

Anamnesi ostetrico-ginecologica remota

- Precedente morte endouterina o neonatale
- Precedenti malformazioni fetali/neonatali
- Aborti ricorrenti (maggiore o uguale a tre)
- Precedente neonato con peso alla nascita <2500gr
- Precedente neonato con peso alla nascita >4500gr
- Ipertensione o preeclampsia / eclampsia / s.HELLP nella gravidanza precedente
- Pregresso parto pretermine
- Pregresse patologie placentari
- Pregressa isoimmunizzazione
- Malformazioni uterine e/o miomi
- Pregressa chirurgia uterina (conizzazione, resezione di setto uterino, pregresso TC specie se con incisione longitudinale sul corpo uterino
longitudinale sul corpo dell'utero)
- Pregresso cerchiaggio cervicale

Anamnesi ostetrico-ginecologica attuale

- Gravidanza multipla
- Età materna <16 anni
- Età materna >40 anni
- Pressione diastolica uguale o maggiore a 90 mm/Hg
- Sindrome da iperstimolazione ovarica in PMA
- Gravidanza ottenuta con PMA