



AZIENDA U.S.L. PESCARA

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Coordinamento Attività Consultoriale

Resp.le Dr.ssa Maria Carmela Minna

TUTELA DELLA MATERNITÀ E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA

**“Programma di continuità assistenziale territorio-ospedale
per la mamma e il bambino”**

Sommario

Presentazione.....	3
1 L'Ecologia della nascita.....	4
1.1 Premessa	4
1.2 Introduzione.....	4
2 L'assistenza prenatale di base.....	7
2.1 Processo assistenziale	7
2.2 Organizzazione strutturale.....	9
2.3 Primo incontro-colloquio in gravidanza.....	9
2.4 Prima visita ostetrica in gravidanza	11
2.5 Controlli successivi alla 1 ^a visita	12
3 Ambulatorio per il controllo della gravidanza a basso rischio presso il termine.....	17
3.1 Premessa	17
3.2 Protocollo di assistenza.....	18
4 Protocollo per la gravidanza a medio e alto rischio	22
4.1 Protocollo aziendale per l'identificazione delle incompatibilità Rh in gravidanza e relativa profilassi nelle donne a rischio di immunizzazione	26
4.2 Protocollo aziendale per l'identificazione delle donne a rischio di diabete gestazionale.....	32
4.3 Diagnosi precoce e terapia con immunoglobuline dell'infezione primaria da virus citomegalico in gravidanza	37
5 Fattori di rischio psicologici in gravidanza	43
5.1 Riferimenti teorici.....	43
5.2 Tabella per la Valutazione del Rischio Psicologico in Gravidanza	47
6 Corso di preparazione alla nascita e alla genitorialità	54
6.1 Note introduttive:	54
6.2 Linee guida per la strutturazione dei corsi	55
6.3 Programma del corso:	55
7 Gestione della madre e del neonato nel post-partum	59
7.1 Premessa	59
7.2 Madre	59
7.3 Neonato.....	60
7.4 Gestione del neonato nel post-partum.....	60
7.5 Rooming in	63
7.6 Sportello di ascolto	63
7.7 Criteri sanitari per una dimissione appropriata del neonato (48-72 ore).....	64
7.8 Organizzazione dei servizi per l'assistenza alla madre e al neonato.....	64
8 Gestione del puerperio sul territorio	69
Allegato 1- Cartella per la gravidanza.....	75
Allegato 2- Criteri per la selezione delle gravidanze a basso rischio	90
Allegato 3- Esami di laboratorio per il controllo della gravidanza.....	93
Allegato 4- Adesione al programma di assistenza territoriale	97

Presentazione

Il progetto Regionale (delibera n° 655 del 31/08/2010) aveva l'intento definire un programma di continuità assistenziale territorio-ospedale per la mamma e il bambino. Nel progetto la Regione aveva indicato gli obiettivi qualitativi e quantitativi e le attività da proporre, lasciando libere le varie ASL per quanto concerne **la scelta metodologica**. Per il raggiungimento degli obiettivi del progetto la ASL di Pescara ha proposto un modello operativo che prevedeva l'istituzione di gruppi di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare. L'intento era di raggiungere un consenso in merito ad un modello assistenziale che veda al centro dell'intervento la donna e la sua famiglia e che sia in grado di garantire un livello appropriato di assistenza nel percorso della gravidanza, dal concepimento al dopo parto.

Tenendo conto delle evidenze della letteratura internazionale e, in subordine, del consenso professionale, i componenti dei vari gruppi si sono confrontati riportando le scelte attuate quotidianamente nella propria pratica clinica e il proprio giudizio teorico sul valore e l'applicabilità delle procedure prese in considerazione. Al termine di questo confronto i gruppi di lavoro hanno tracciato percorsi assistenziali appropriati e diversificati, vale a dire in grado di garantire il rispetto della fisiologia, ridurre gli interventi inappropriati e, infine, capaci di dare adeguate risposte alle possibili situazioni di rischio (materno e/o fetale). È stato, dunque, ridefinito il ruolo dell'Ostetrica/o tracciando un percorso di assistenza applicabile alle gravidanze a basso rischio. Nella ridefinizione dei ruoli si sono anche create le condizioni per una più proficua collaborazione tra i vari interlocutori. In estrema sintesi, il documento è quindi l'espressione di un consenso che cerca di coniugare il rigore scientifico e metodologico con altri fattori ritenuti vincolanti nella programmazione sanitaria come leggi, cultura, integrazione, risorse disponibili, contesto sociale, responsabilità professionale, nonché gli aspetti imprescindibili di qualità nell'erogazione delle cure e del rapporto domanda offerta. I protocolli elaborati sono stati differenziati in base alle fasi assistenziali del percorso nascita e verranno applicati in tutte le strutture sanitarie ambulatoriali consultoriali e ospedaliere della ASL di Pescara.

La Responsabile del progetto
Dr.ssa Maria Carmela Minna

1 L'Ecologia della nascita

Per promuovere la salute della donna e del bambino e per fornire loro la migliore assistenza, è fondamentale la collaborazione tra la donna e i servizi socio-sanitari e, all'interno delle strutture sanitarie, tra i vari servizi.

1.1 Premessa

Tutti gli elementi dell'assistenza sanitaria dovrebbero essere fondati su valutazioni di efficacia e di costo-efficacia. Inoltre, in particolare nella definizione del ruolo e delle responsabilità dei professionisti coinvolti nell'assistenza al percorso nascita, non si può prescindere dalla centralità della donna e della sua famiglia unico supporto, quest'ultimo, di cui la donna dispone per la sua vita.

In ostetricia, le donne gravide arrivano ai nostri servizi sane, ma con l'opinione indotta che l'assistenza medica migliorerà ulteriormente gli eccellenti risultati che la natura ha già loro assicurato. Attualmente la maggior parte dell'assistenza prenatale e durante il parto è costituita da una gigantesca attività di screening nella quale vengono somministrati interventi diversi in uno sforzo imponente per svelare una patologia insospettabile in donne apparentemente sane; l'idea di prevenzione piuttosto che di cura è stata portata a limiti estremi che appaiono ingiustificati. Un test di screening, per essere utile, dovrebbe essere usato per identificare problemi di salute rilevanti, per i quali siano disponibili forme efficaci di trattamento, capaci cioè di prevenire o di modificare positivamente esiti sfavorevoli per la salute. Per sostenere di essere in grado di migliorare gli esiti di salute di donne sane e dei loro bambini, gli ostetrici hanno la precisa responsabilità di dimostrare che i loro interventi producono più benefici che danni. Le recenti linee guida nazionali sulla gravidanza fisiologica confermano che solo poche delle attività di screening che caratterizzano l'assistenza ostetrica rispettano questi criteri.

Nella prospettiva dell'accordo della Conferenza Unificata del 16/12/2010, il presente documento si configura come uno strumento di tutela della maternità attraverso la promozione dell'appropriatezza del percorso nascita. Tale strumento, inoltre, mira a favorire l'uniformità nell'assistenza alla gravidanza nella ASL di Pescara.

1.2 Introduzione

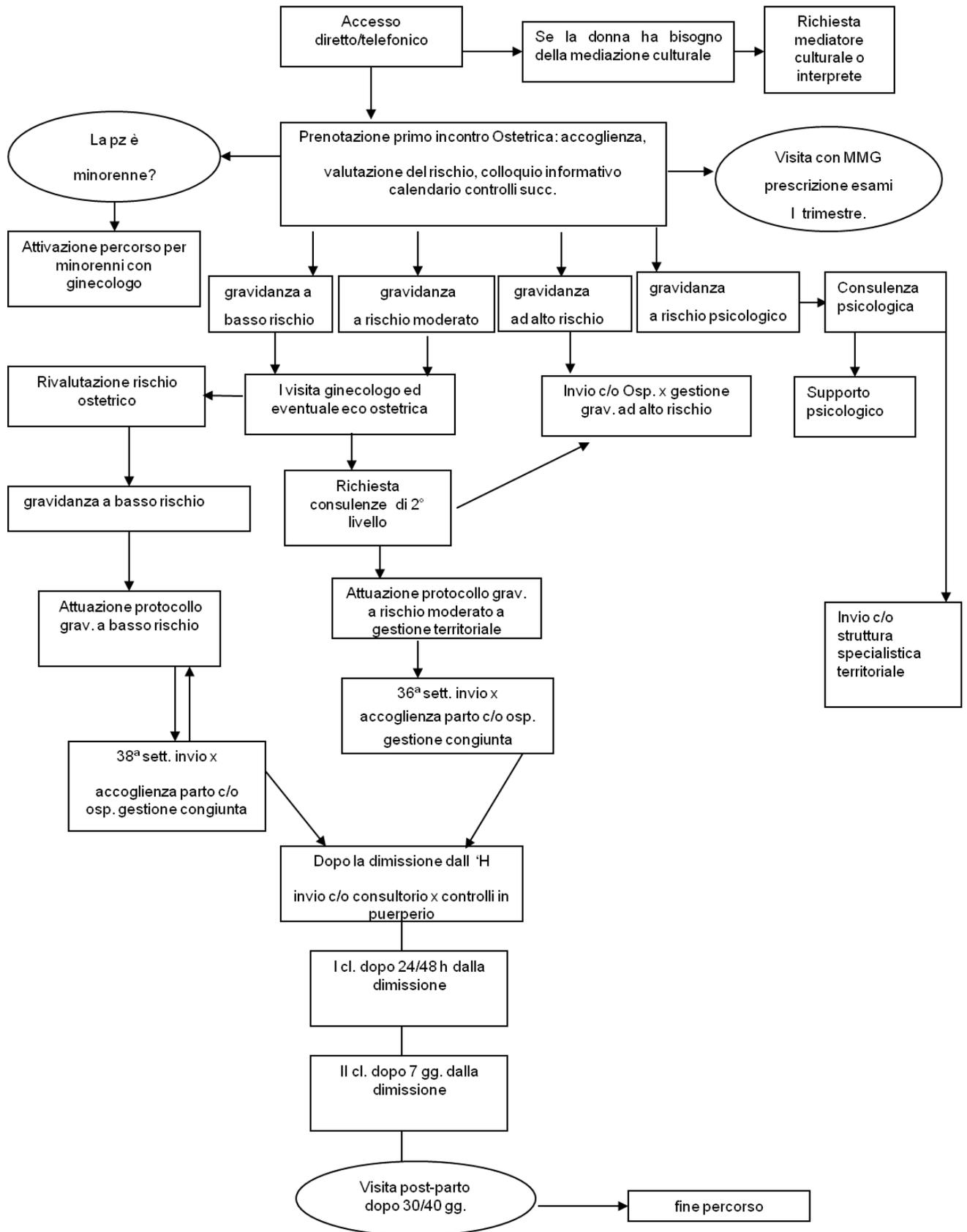
Il fine di una appropriata assistenza perinatale è quello di assicurare una buona salute della mamma e del bambino con il minor carico di cura compatibile con la sicurezza.

Ogni atto assistenziale, soprattutto in campo ostetrico, trattandosi di eventi fisiologici, deve avere una indicazione precisa e chiara (OMS 1996).

La definizione delle caratteristiche della gravidanza (a basso rischio, a rischio) permette di collocare la tipologia di assistenza all'interno dei servizi appropriati ed è un utile strumento di comunicazione tra gli operatori, ma deve essere utilizzato nella consapevolezza che il concetto di rischio è di tipo dinamico: un determinato rischio in uno specifico momento della gravidanza non condiziona necessariamente l'esito dell'evento (es. minaccia d'aborto); ogni gravidanza può presentare uno o più rischi e diversi gradi di rischio in momenti diversi. In altri termini, il concetto di "gravidanza a rischio" non rappresenta una diagnosi specifica bensì la definizione di una condizione generica e dunque mutabile nel corso del tempo. La valutazione di una gravidanza, quindi, va fatta in tutte le fasi della stessa, dall'esordio al postpartum.

L'OMS, che ha sviluppato per primo il concetto di "presa in carico secondo il grado di rischio", ha negli ultimi anni ulteriormente ridefinito questo sistema di classificazione. Attualmente quella proposta è di "*assistenza prenatale di base*", offerta a tutte le donne, "*assistenza addizionale*" per donne e nati con patologie e complicanze moderate e "*assistenza specializzata ostetrica e neonatale*" per le donne e nati con patologie e complicanze severe. Questa breve premessa motiva la necessità di definire protocolli diversificati applicati alle gravidanze a basso, medio ed alto rischio. Questi percorsi clinico-assistenziali devono consentire alle gravide che afferiscono alla struttura ospedaliera per l'espletamento del parto e seguite durante la gravidanza presso altre sedi (Consultori Familiari, ambulatori privati o altre strutture ospedaliere) di avere a disposizione un iter assistenziale chiaro, riconosciuto e univoco. In estrema sintesi questo protocollo mira a garantire un'assistenza appropriata con l'adozione di un percorso nascita integrato che preveda il collegamento tra tutti i servizi coinvolti al fine di assicurare l'equità di accesso nelle diverse sedi d'intervento, la continuità e l'appropriatezza degli interventi offerti.

PRESA IN CARICO - PERCORSO



2 L'assistenza prenatale di base

Le competenze per offrire assistenza alla gravidanza fisiologica sono riconosciute a professionisti diversi: le ostetriche, i medici di medicina generale e i medici specializzati in ostetricia. Studi di valutazione comparativa dell'efficacia dell'assistenza fornita da professionisti diversi e dei modelli assistenziali che ne derivano hanno dimostrato da un lato l'efficacia nella pratica di processi di identificazione del rischio, selezione e assistenza alle gravidanze fisiologiche condotti da professioniste e professionisti non medici, dall'altro l'efficacia dei programmi di integrazione delle diverse competenze¹.

L'assistenza prenatale di base è caratterizzata da una gestione professionale globale nei confronti della fisiologia che, come tale, richiede interventi competenti ma a basso livello di complessità assistenziale; ha l'obiettivo di diminuire la medicalizzazione e di restituire alla donna e alla famiglia la dimensione naturale della gravidanza fisiologica. È applicabile alla sola popolazione di donne gravide a basso rischio. La figura professionale prevalente è l'ostetrica, professionista in grado di identificare precocemente quelle condizioni che deviano il decorso fisiologico della gravidanza verso una patologia o una situazione di rischio (materno e/o fetale). Condizione quest'ultima che, quando rilevata, richiede la definizione di un programma assistenziale differenziato e mirato al problema emergente.

2.1 Processo assistenziale

L'utente ha un primo contatto con il **Consultorio Familiare** dove l'ostetrica decide il percorso da seguire e la data del primo colloquio.

Come è noto, lo stato di salute della donna si riflette sull'andamento della gravidanza: una donna sana, non portatrice di malattie croniche, che non assume farmaci o droghe, ha elevata probabilità di avere una gravidanza, un parto e un post parto normali, e di partorire un neonato sano. La gravidanza con queste caratteristiche viene definita fisiologica o a basso rischio. Alle donne con gravidanza fisiologica sarà proposto il modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica/o o di un team di ostetriche, integrato da una rete multidisciplinare di professionisti da consultare quando opportuno². In collaborazione con l'ostetrica/o, il medico di medicina generale. Nel corso della gravidanza la donna sarà assistita dagli stessi professionisti o dallo stesso gruppo di professionisti in modo continuativo e, in presenza di eventuali complicazioni, sarà definito per la donna un percorso di consulenza specialistica. In particolare, tale percorso prevede un'assistenza

¹ Lg. Nazionale Gravidanza 2011-2013 pag. 39

² Lg. Nazionale Gravidanza 2011-2013 pag. 41

addizionale da parte del ginecologo che, quando necessario, terrà i contatti con gli altri specialisti. Qualora fossero richieste competenze altamente specialistiche in malattie materne e/o fetali la presa in carico della gestante sarà affidata alla struttura di terzo livello, con elevata specializzazione (ambulatorio per la gravidanza ad alto rischio vedi pag.22).

Nel corso del primo incontro con la donna o con la coppia l'ostetrica provvederà alla compilazione della cartella (allegato 1), a fornire informazioni sul piano d'assistenza e a prescrivere gli esami previsti in gravidanza. Sarà cura dell'ostetrica escludere la presenza di fattori di rischio materno-fetali e/o di situazioni che richiedono la programmazione di un piano assistenziale differente ed a programmare i controlli successivi specifici del caso. L'identificazione del rischio sarà attuata mediante l'utilizzo di criteri di valutazione individuati per la selezione delle gravidanze a basso rischio (allegato 2). **Va tuttavia ribadito che l'accertamento del rischio è una procedura che deve essere riproposta ad ogni incontro durante tutta la gravidanza.** Ciò in quanto, in ogni momento, possono insorgere complicanze che possono indurre alla decisione di indirizzare la donna ad un più alto livello di assistenza.

I professionisti e i servizi di assistenza alla gravidanza devono affidare alla donna la cartella con la documentazione clinica prenatale. Tale documentazione verrà aggiornata ad ogni controllo e sarà consegnata all'ostetrica/o o al medico dell'ospedale al momento dell'accettazione, prima dell'espletamento del parto.

All'inizio della gravidanza l'ostetrica/o fornirà alla donna o alla coppia informazioni scritte sul programma delle visite, la tempistica e i contenuti degli incontri. La prima visita dovrebbe avvenire preferibilmente entro la 10^a settimana di gestazione, cosicché la donna o la coppia, prima del successivo incontro, avrà l'opportunità di riflettere e maturare una scelta informata e consapevole. Tutti gli esami strumentali e laboratoristici devono essere pianificati in modo che i risultati siano disponibili per il successivo incontro programmato. Ogni esame prescritto e non previsto nel protocollo ministeriale, i cui costi, pertanto, sono a carico dell'utente, richiede la condivisione e l'assenso della donna o della coppia.

I controlli successivi in gravidanza saranno eseguiti dall'ostetrica e quando necessario in collaborazione con il ginecologo. Saranno effettuate o prenotate le ecografie ostetriche previste in gravidanza (nei tre trimestri e di controllo). Laddove necessaria sarà proposta una consulenza psicologica individuale o di coppia. Sarà cura dello psicologo la valutazione dello stato psichico della donna e l'eventuale inserimento in uno dei percorsi previsti nella Tabella a pag.46 che distingue i vari tipi di disturbi e i percorsi psicologici elettivi da seguire. Da sottolineare che la condizione di medio o alto rischio psicologico non necessariamente corrisponde ad un rischio biologico. Tuttavia è indispensabile prevedere una rete di supporto tra i vari servizi per garantire alla gestante un'assistenza mirata e qualificata.

Tra la 36^a e la 38^a settimana di gravidanza sarà programmato l'accesso presso l'ambulatorio per il controllo della gravidanza a termine (pag. 17), nel punto nascita di riferimento. Successivamente al parto sono previsti l'assistenza al puerperio ambulatoriale, il sostegno all'allattamento al seno e la visita ginecologica post parto (pag. 69).

2.2 Organizzazione strutturale

Le Ostetriche coinvolte nel percorso nascita devono poter disporre di un ambulatorio nominale, che abbia continuità, frequenza settimanale e preveda tempi diversificati per i primi colloqui (60') e per le visite successive (30'- 40').

2.3 Primo incontro-colloquio in gravidanza

Operatore: l'Ostetrica in collaborazione con il M.M.G.

Il primo incontro con la donna o con la coppia dovrebbe essere programmato preferibilmente entro la 10^a settimana di gestazione. Tuttavia, qualunque sia l'epoca gestionale, un incontro con gli stessi contenuti deve essere garantito a tutte le gestanti, al primo controllo. Tale incontro è ritenuto unanimemente utile in quanto si ritiene aumenti il grado di consapevolezza, di conoscenza e di sicurezza nelle donne in gravidanza.

L'operatore che prende in carico la donna o la coppia per assisterla nel periodo prenatale deve dedicare ad ogni incontro/visita un tempo all'informazione, uno all'educazione ed uno al counseling³.

Il tempo che deve essere dedicato alla prima visita è di circa 60 minuti; per le visite successive sono sufficienti circa 30/40 minuti.

OBIETTIVI:

1. offrire informazioni sui servizi disponibili per l'assistenza e il sostegno alla donna, compresi i corsi di preparazione al parto (in cui gli ultimi due incontri verranno svolti in ospedale), i benefici di legge a tutela della maternità e della paternità;
2. valutare l'eventuale presenza di fattori sociali sfavorevoli;

³ Secondo l'esperienza nel campo dell'educazione alla salute, la sola trasmissione di informazioni, pur basata sulle prove di efficacia, fatta da professionisti e in setting adeguati, risulta un fattore necessario ma non sufficiente a sviluppare le capacità di prendere decisioni in merito alla propria salute e alla propria assistenza sanitaria. Ad oggi non abbiamo prove di efficacia che ci supportino nello scegliere interventi utili a raggiungere questo obiettivo; la ricerca esistente orienta verso un'informazione mirata e selezionata inscritta in interventi più complessi dove l'informazione è complementare all'educazione, al counseling, alla valorizzazione e promozione delle abilità e delle risorse già esistenti nella donna, la coppia, la famiglia.

3. proporsi come punto di riferimento e impostare un rapporto basato sulla reciproca fiducia;
4. rassicurare e rispondere ai dubbi espressi (o sottintesi) dalla donna;
5. migliorare le abitudini e gli stili di vita (fumo, alimentazione, esercizio fisico, ecc...);
6. compilare la cartella ostetrica e il consenso informato;
7. prescrivere l'acido folico e la supplementazione di iodio nella dieta;
8. rilevare l'eventuale rischio ostetrico/selezione basso rischio;
9. fornire di routine una corretta informazione sulle possibilità di screening e di diagnosi prenatali (bi e tri test, test integrato, villocentesi, amniocentesi);
10. in collaborazione con il MMG: valutare lo stato di salute generale della donna, identificare le donne con mutilazioni genitali, ricercare eventuali sintomi e segni di violenza domestica;
11. valutare la gravidanza in corso, misurare l'indice di massa corporea (BMI), rilevare la pressione arteriosa e ricercare una eventuale proteinuria;
12. eventuale prescrizione esami strumentali e di laboratorio previsti nel protocollo per il 1° trimestre (allegato 3);
13. eseguire, presso l'ASL di Pescara, il **GRUPPO SANGUIGNO ABO, Fenotipo RH completo, Kell** (per i controlli successivi seguire la procedura a pag. 26);
14. offrire lo screening per *Chlamydia trachomatis*, HCV, gonorrea in presenza di fattori di rischio;
15. screening CMV (esame non previsto nel protocollo ministeriale)⁴.

Nel corso dello stesso incontro o a breve distanza di tempo, per le donne che scelgono di eseguire i **test di screening prenatali** devono essere programmati:

- test sierici combinati con traslucenza nucale;
- test sierici combinati con ecografia⁵.

⁴ Progetto "Ricerca per crescere", promosso dalla ASL di Pescara in collaborazione con la Fondazione Onlus Camillo De Lellis

2.4 Prima visita ostetrica in gravidanza

La prima visita ostetrica andrebbe eseguita possibilmente entro la 12^a settimana di gestazione.

Operatore: Ginecologo/a possibilmente con una valutazione complessiva del caso fatta insieme all'Ostetrica che ha fatto il primo colloquio.

OBIETTIVI:

1. valutare la gravidanza in corso;
2. controllare gli esami del I trimestre se già effettuati:
 - se il valore della glicemia plasmatica è ≥ 126 mg/dl, ripetere l'esame per conferma diagnosi **diabete pregestazionale** e se confermato eseguire HbA1c e inviare c/o Ambulatorio di Diabetologia con impegnativa per visita urgente (codice esenzione M50). In caso di referto dubbio ripetere glicemia plasmatica entro la 12^a sett. (per i controlli successivi seguire la procedura a pag. 32);
3. in caso di rischio anamnestico per **patologie della TIROIDE** prescrivere in prima istanza il TSH;
4. fare un piano assistenziale personalizzato attraverso:
 - a) anamnesi
 - b) esame obiettivo generale
 - c) esplorazione vaginale per la valutazione dei genitali interni e del volume uterino
 - d) visita con speculum (non di routine)
 - e) PAP-test o HPV Test (se non effettuato negli ultimi 3 anni)
 - f) auscultazione o visualizzazione del battito cardiaco del feto con ultrasuoni o ecografo
 - g) prescrizione esami strumentali e di laboratorio del 1° trimestre (se non già effettuati)
 - h) prescrizione test di screening per la batteriuria asintomatica (ASB) attraverso una urinocoltura (esame non previsto nel protocollo ministeriale)⁶.

⁶ Lg nazionali 2010-2013 pag. 130. L'urinocoltura dovrebbe essere effettuata su due campioni di urine successivi ed eseguita fra la 12^a e la 16^a settimana di gestazione. Se il risultato è negativo, questo esame non viene più ripetuto per tutto il resto della gravidanza. Se invece il risultato è positivo, il medico prescriverà una terapia antibiotica e programmerà i controlli successivi.

2.5 Controlli successivi alla 1ª visita

FREQUENZA: ogni 4 - 6 settimane fino alla 38ª settimana

Operatore: Ginecologo, Ostetrica o entrambi secondo protocollo concordato.

OBIETTIVI:

1. controllare e accertare il decorso fisiologico della gravidanza;
2. assicurare la donna;
3. sorvegliare il rispetto del piano assistenziale;
4. prescrivere gli esami strumentali e di laboratorio previsti dal protocollo ministeriale, quelli consigliati e, eventualmente, quelli raccomandati per rischio anamnestico
 - ripetere Toxo test ogni 4 - 6 sett. (se esame precedente negativo)
 - ripetere Rubeo test intorno alla 17ª settimana (se esame precedente negativo)⁷
 - verificare se i livelli di emoglobina sono inferiori a 10,5 g/100 ml e considerare la supplementazione con ferro se appropriata
 - offrire a 28 sett. la profilassi anti D di routine alle donne Rh (D) neg. non sensibilizzate⁸
 - prescrivere a 35-37 sett. il tampone vaginale e rettale con terreno di coltura selettivo per l'infezione da streptococco beta-emolitico gruppo B; nelle gestanti che riferiscono allergia alla penicillina richiedere anche l'antibiogramma; nei soggetti a rischio prevedere anche la ricerca della Chlamydia⁹
 - ripetere VDRL/TPHA¹⁰
5. rilevare la pressione arteriosa e il peso
6. valutare il volume uterino per palpazione addominale esterna: misura sinfisi – fondo
7. esplorazione vaginale, solo se necessaria
8. auscultazione del BCF
9. promuovere la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita
10. eventuale rilevazione di problematiche psicologiche e conseguente presa in carica dallo psicologo della struttura.

Strutture coinvolte:

- per richiesta esami:
 - laboratorio
 - anatomia patologica
- per richieste consulenze II livello:
 - reparti ospedalieri (ostetricia, malattie infettive, diabetologia, centro trasfusionale, etc.)
 - servizio di diabetologia
- per scambio informazioni cliniche:

⁷ Lg nazionali 2010-2013 pag. 153

⁸ Lg nazionali 2010-2013 pag. 110

⁹ Lg nazionali 2010-2013 pag. 156

¹⁰ Lg nazionali 2010-2013 pag. 159

- MMG

- reparti ospedalieri (ostetricia, malattie infettive, diabetologia, centro trasfusionale, centro di salute mentale, etc.).

Il percorso potrà definirsi concluso con la nascita del bambino e la visita del post parto; a volte anche un aborto può determinare la conclusione del percorso. In termini di tempo massimo si può ipotizzare che 18 mesi dopo il primo colloquio, la cartella può essere chiusa.

Obiettivi finali

La riduzione della mortalità e della morbidità perinatale e materna, la riduzione dell'incidenza dei parti cesarei, l'aumento della percentuale di bambini allattati con latte materno, il sostegno e la promozione delle competenze genitoriali.

INDICATORI DI PROCESSO: percorso assistenziale gravidanza

1. percentuale di donne che hanno il 1° colloquio con l'ostetrica sul totale di donne che si sono recate presso la struttura;
2. percentuale di donne selezionate per il piano assistenziale a basso rischio sul totale di donne che si sono recate presso la struttura;
3. percentuale di donne selezionate per il piano assistenziale a basso rischio che sono state seguite dall'ostetrica (sul totale di donne a basso rischio che si sono recate presso la struttura).

**INDICATORI DI PROCESSO
PERCORSO ASSISTENZIALE GRAVIDANZA**

Prodotto	Caratteristica misurata	Indicatore	Rilevazione anno: 20..
Assistenza alla gravidanza	Primo incontro/colloquio informativo svolto dall'ostetrica	Percentuale di donne che hanno svolto il primo colloquio con l'ostetrica sul totale di donne che si sono recate presso la struttura	
Assistenza alle gravidanze a basso rischio	Donne selezionate per il piano assistenziale a basso rischio	Percentuale di donne selezionate per il piano assistenziale a basso rischio, sul totale di donne che si sono recate presso la struttura	
Assistenza alle gravidanze a basso rischio	Donne selezionate per il piano assistenziale a basso rischio seguite dall'ostetrica	Percentuale di donne selezionate per il piano assistenziale a basso rischio, che sono state seguite dall'ostetrica sul totale di donne a basso rischio che si sono recate presso la struttura	

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., *Un modello di assistenza alla gravidanza fisiologica "evidence-based": verifica di efficacia e di efficienza*, Il Mulino, Bologna, 2004.

AA.VV., *Linee di indirizzo per l'assistenza ostetrica alla gravidanza a basso rischio*, Agenzia Sanitaria Regione Emilia Romagna, 2004.

AA.VV., *Adozione del Progetto obiettivo materno-infantile, relativo al "Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000*, Aprile 2004.

AA.VV., *Linee guida SIEOG-Società Italiana di Ecografia Ostetrica e Ginecologica*, Editeam, 2006.

AA.VV., *Profilo assistenziale condiviso per il monitoraggio della gravidanza a basso rischio*, Regione Piemonte, 2008.

AA.VV., *Codice deontologico dell'ostetrica/o*, Consiglio Nazionale dell'Ordine, Giugno 2010.

AA.VV., *Analisi dell'evento nascita. Anno 2007*, CeDAP-Certificato di assistenza al parto Ministero della Salute, Roma, 2010.

AA.VV., *Gravidanza fisiologica. Linee guida nazionali 2011-2014*, SiVeAS-Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, Ministero della Salute, Roma, 2011.

AA.VV., *Accoglienza ostetrica. Identificazione del profilo di rischio*, USL 2, Regione Umbria, 2010.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, *Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman*, Clinical Guideline, Londra, 2003.

NICE-National Institute for Health and Clinical Excellence, *Antenatal Care*, Londra, 2008.

NICE-National Institute for Health and Clinical Excellence, *Routine postnatal care of women and their babies*, <http://Guidance.nice.org.uk/CG37/niceguidance/pdf/English>.

WHO, *Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health*, 2007; www.who.int/making_pregnancy_safer/en.

SITOGRAFIA

www.babyfriendly.org.uk

www.epicentro.iss.it

www.fnco.it

www.nice.org.uk

www.salute.gov.it

www.saperidoc.it

www.sieog.it

www.who.int

HANNO PARTECIPATO ALLA ELABORAZIONE DEL DOCUMENTO

Antonini Mariapaola, *medico ginecologo* (Consultorio Familiare Via Milli)

Cognigni Rita, *medico neonatologo* (Ospedale Civile Pescara)

Di Mascio Barbara, *infermiera* (Ospedale Civile Pescara)

Sartorelli Maria Chiara, *psicologa* (Consultorio Familiare Via Milli)

Scurti Sandra, *infermiera* (Consultorio Familiare Via Milli)

Trivelli Maria, *ostetrica* (Consultorio Familiare Via Milli)

COORDINATORE DEL PROGETTO:

Trivelli Maria, *ostetrica* (Consultorio Familiare Via Milli)

3 Ambulatorio per il controllo della gravidanza a basso rischio presso il termine

3.1 Premessa

Per migliorare la qualità del monitoraggio della donna in gravidanza, si ritiene utile l'istituzione nei "punti nascita" di un servizio/ambulatorio dedicato all'accoglienza e al controllo delle gestanti prossime al parto.

L'ambulatorio per il controllo delle gravidanze a termine costituisce uno strumento di lavoro indispensabile in quanto consente all'ostetrica di rapportarsi con la gestante non ancora sottoposta al travaglio. Per garantire il massimo di efficacia a questo servizio/ambulatorio, è opportuno affidarne la gestione a un operatore svincolato da altri obblighi assistenziali (travagli, parti, urgenze). Ciò permette di riservare a ogni donna il tempo necessario, come pure di consentire eventuali approfondimenti successivi (controllo di esami e di altra documentazione sanitaria utile) e la programmazione di ulteriori accertamenti come pure la messa in rete per eventuali interventi di carattere psicosociale.

Obiettivi:

- uniformare la gestione della gravidanza a termine e oltre il termine
- ridurre i ricoveri ordinari impropri per gravidanza oltre il termine, in assenza di altri fattori di rischio ostetrico
- razionalizzare l'attività del reparto di ostetricia, diversificando i percorsi assistenziali e gli operatori coinvolti
- definire un percorso assistenziale chiaro e riconosciuto per le utenti afferenti alla struttura ospedaliera per l'espletamento del parto e che sono state seguite durante la gravidanza presso altre sedi (consultori familiari, ambulatori privati, altre strutture ospedaliere, etc)
- favorire l'integrazione tra l'ospedale e le strutture territoriali.

Organizzazione

A termine di gravidanza l'ostetrica concorderà l'invio della gestante, con tutta la documentazione, presso l'ambulatorio di gravidanza a termine.

L'ambulatorio sarà attivo presso l'U.O. dell'ospedale.

Questa struttura è organizzata e gestita dall'ostetrica. Tale scelta organizzativa comporta un duplice vantaggio: mobilitare compiutamente la professionalità dell'ostetrica e impegnare quella del medico per le proprie competenze sanitarie, in particolare quelle relative alla patologia.

L'incontro con la gravida deve porre l'attenzione sui seguenti elementi:

1. la valutazione anamnestica
2. la valutazione dell'attuale condizione (P.A., misurazione sinfisi-fondo, BCF, manovre di Leopold etc.)
3. la compilazione della cartella clinica in vista del successivo ricovero per il parto
4. il controllo degli esami della gravidanza
5. l'eventuale selezione delle gravide da ammettere alla donazione del sangue cordonale

Al termine dell'incontro si provvede alla strutturazione di un piano di assistenza personalizzata per le successive settimane di gravidanza concordato con il servizio/professionista che ha seguito la gravidanza. Sempre nel corso di tale incontro, si informa inoltre la donna in merito al programma di monitoraggio del benessere fetale a partire da 41 settimane+0 giorni qualora il parto non fosse ancora avvenuto. In presenza di dubbi sulla salute di mamma e bambino non emersi in precedenza, potrebbero rendersi necessari esami specifici (es. ulteriori esami del sangue, ecografia, registrazione cardiotocografica) ed eventualmente ulteriori incontri più ravvicinati. Se la situazione richiede la programmazione di un taglio cesareo saranno richiesti esami pre-operatori da eseguire presso l'ospedale (che rientrano comunque nelle prestazioni di assistenza ospedaliera per il parto cesareo).

Questo colloquio offre l'opportunità alla gestante anche di verificare se il Punto Nascita risponde ai propri bisogni e aspettative (es. situazioni cliniche specifiche, metodi per il contenimento del dolore in travaglio come l'immersione in acqua o l'analgesia peridurale, la donazione del sangue del cordone ombelicale, ecc.) e di conoscere meglio le regole di reparto (modalità e orari delle visite parenti, permanenza del padre, roaming-in, tempi di degenza previsti per il parto e per l'eventuale taglio cesareo, ecc.).

3.2 Protocollo di assistenza

Non sono ritenuti esami di routine: CTG, profilo biofisico fetale, stima del peso fetale per valutare il benessere fetale prima del termine di gravidanza.

Il protocollo che è stato definito in base alla letteratura più recente in materia, prevede:

- la condivisione del percorso assistenziale tra gli operatori delle Unità Operative ospedaliere e dei servizi territoriali

- la condivisione del percorso assistenziale con la persona assistita sulla base delle evidenze attualmente disponibili soprattutto relativamente alla gestione della gravidanza dopo la 41^a settimana
- la centralità della presa in carico della gestante con attenta valutazione della storia ostetrica e personale
- la definizione del rischio ostetrico
- l'attenzione alle aspettative rispetto all'evento parto
- la discussione delle diverse modalità assistenziali (VBAC)
- l'intervento integrato ostetrica-medico al fine di sostenere gli elementi di salute della gravidanza
- la presa in carico della donna tra la 36^a e la 38^a settimana di gestazione, con la valutazione anamnestico e clinica (compilazione della cartella clinica ospedaliera)
- l'effettuazione di CTG ed ecografia per la valutazione del L.A. secondo una tempistica che prevede nella gravidanza a basso rischio un secondo accesso alla 40^a settimana e in caso di negatività degli accertamenti, un terzo accesso alla 41^a per valutazione ricovero a 41^a+3 gg ed eventuale induzione. I controlli successivi alla 38^a settimana continueranno ad essere effettuati c/o il Consultorio o la struttura territoriale di provenienza della gestante.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Responsabilità Attività	OSTETRICA	GINECOLOGO
Prenotazione accoglienza	R	C
I controllo accoglienza	R	C
I controllo cartella clinica/anamnesi	R	C
I controllo Valutazione parametri	R	C
I controllo CTG	R	C
I controllo Visita, eco, AFI	R	R
I controllo controllo succ./esami/consulenze	C	R
Il controllo Esami	R	C
Il controllo e secc. CTG/ parametri	R	C
Il controllo e succ. visita /eco	R	R
Programmazione ricovero per induzione	C	R
Collegamento reparto/P.S.	R	R

R = responsabile

C = coinvolto

HANNO PARTECIPATO ALLA ELABORAZIONE DEL DOCUMENTO

Antonini Mariapaola, *medico ginecologo* (Consultorio Familiare Via Milli)

Caffé Maria Rosaria, *medico neonatologo* (Ospedale Civile Pescara)

Carrieri Edi, *ostetrica* (Consultorio Familiare Via Pesaro)

Di Felice Mina, *assistente sociale* (Consultorio Familiare Montesilvano)

Lanciotti Annarita, *ostetrica* (Ospedale Civile Pescara)

Mancini Fabiola, *ostetrica* (Ospedale Civile Pescara)

Trivelli Maria, *ostetrica* (Consultorio Familiare Via Milli)

COORDINATORE DEL PROGETTO:

Antonini Mariapaola, *medico ginecologo* (Consultorio Familiare Via Milli)

A cura **di Maria Trivelli** *ostetrica* (Consultorio via Milli Pescara)

4 Protocollo per la gravidanza a medio e alto rischio

Sono denominate a rischio quelle gravidanze nelle quali esistono condizioni patologiche reali o potenziali (fattori di rischio) che possono compromettere la salute o la vita della madre, del feto o di entrambi. I fattori di rischio vanno distinti in primari e secondari. I primari sono quelli che esistono prima ancora della fecondazione e si dividono a loro volta in: locali, correlati all'apparato genitale e alle gravidanze pregresse, e generali correlati alla restante parte dell'organismo. I fattori secondari sono rappresentati dalle complicazioni che insorgono nel corso della gravidanza. L'identificazione precoce di una gravidanza a rischio permette di offrire un'assistenza più appropriata e di programmare i vari interventi da attuare durante la gravidanza e al momento del parto.

Grazie al diffondersi delle misure preventive e al miglioramento della qualità dell'assistenza abbiamo assistito nel corso degli anni ad una significativa riduzione della morbilità e della mortalità materna, fetale e neonatale.

Obiettivi

1. promuovere l'integrazione territorio-ospedale
2. garantire comportamenti omogenei e continuità assistenziale nel "percorso nascita", con la presa in carico da parte di diversi operatori, territoriali e ospedalieri
3. ridurre i ricoveri inappropriati

Percorso assistenziale

Le gestanti considerate a rischio saranno inviate nella struttura ospedaliera di 2° livello (Pescara), in particolare presso l'ambulatorio per la gravidanza ad alto rischio (GAR) opportunamente organizzato. L'ambulatorio è gestito da un'equipe di professionisti che si occupano:

- della diagnosi e del trattamento delle patologie indotte dalla gravidanza
- del *follow-up* delle gravidanze insorte in donne affette da malattie croniche
- del sostegno psicologico eventualmente necessario.

L'organizzazione ambulatoriale del *follow-up* delle gravidanze ad alto rischio offre notevoli vantaggi per la gestante a cui sarà consigliato il ricovero ordinario solo nei casi più gravi.

Per favorire una migliore gestione di questo servizio sono stati individuati specifici criteri di inclusione.

Criteri di inclusione

Sono da considerare a rischio tutte le gestanti che presentano:

1. disordini ipertensivi cronici o gestazionali
2. diabete gestazionale o pre-gestazionale
3. cardiopatia materna
4. nefropatia materna
5. tireopatia materna
6. malattie dell'apparato digerente (malattie infiammatorie croniche/sdr da malassorbimento)
7. malattie psichiatriche in trattamento farmacologico*/abuso di sostanze
8. malattie reumatiche (LES, ARL, forme aspecifiche)
9. malattie neurologiche
10. malattie ematologiche: trombofilie congenite o acquisite/malattie emorragiche
11. malattie dell'apparato respiratorio (asma in trattamento con corticosteroidi)
12. malattie oncologiche in gravidanza
13. restrizione di crescita fetale
14. gravidanze gemellari
15. gravidanze affette da isoimmunizzazione materno-fetale
16. gravidanza a rischio di parto pretermine (1 o più pregressi parti pretermine a meno di 34 settimane; 2 o più pregressi aborti tardivi oltre le 12 settimane)
17. infezioni in gravidanza (di particolare rilevanza clinica)
18. gravidanza in donne con pregressa morte endouterina del feto (M.E.F)
19. gravidanze con feto affetto da cardiopatia o altra malformazione congenita.

Tuttavia, qualsiasi altra condizione che nel corso della gravidanza giustifichi un'osservazione più assidua e multispecialistica, può richiedere la necessità di affidare la gravida a questo particolare ambulatorio.

In base alla valutazione clinica effettuata, alla gestante potrà essere proposto:

1. un programma assistenziale personalizzato con una presa in carico da parte dell'ambulatorio per la gravidanza ad alto rischio fino all'espletamento del parto;
2. il rinvio nella struttura territoriale di provenienza.

L'attività clinica dell'ambulatorio prevede:

- consulenza per specifiche patologie materno-fetali;
- approfondimenti diagnostici mirati.

Modalità di accesso

Tutte le gestanti per le quali si ritiene necessaria una consulenza specialistica di secondo livello possono essere inviate in ambulatorio per G.A.R. munite di impegnativa per visita specificando la condizione clinica che ne ha determinato l'invio (codice esenzione M50). È

opportuno, inoltre, allegare alla richiesta una relazione redatta dall'inviante e la documentazione clinica della gestante. L'accesso avviene tramite prenotazione.

Gravidanze in donne che presentano gravi disturbi psichici

Per quanto riguarda il medio ed alto rischio psicologico, premesso che non necessariamente le donne con tali problematiche debbano essere inserite nel protocollo a medio ed alto rischio ostetrico, ciò nonostante è necessario seguire un protocollo dedicato (pag 47) e tendere ad una ideale sinergia tra strutture di 2° livello in ambito psicologico-psichiatrico, reparti ospedalieri e Consultori Familiari, nella convinzione che la gravida abbia diritto ad un'assistenza specialistica per quanto concerne il disagio psichico ma anche di attenzione ed ascolto da parte di chi si occupa esclusivamente del suo stato di salute fisico, per quanto ampiamente illustrato a pag.43.

HANNO PARTECIPATO ALLA ELABORAZIONE DEL DOCUMENTO

Ammirati Antonella, *assistente sociale* (Consultorio Familiare Scafa)

Cornacchione Nello, *infermiere*

D'Anselmo Tiziana, *infermiera* (Consultorio Familiare Via Pesaro)

Di Paolo Gilda, *medico ginecologo* (Consultorio Familiare ex Baiocchi)

Feriozzi Concetta, *ostetrica* (Consultorio Familiare ex Baiocchi)

Fusilli Paola, *medico neonatologo* (Ospedale Civile Pescara)

Gaudieri Claudio, *medico ginecologo* (Ospedale Civile Pescara)

Macchiavelli Caterina, *ostetrica* (Ospedale Civile Pescara)

Manifesta Adele, *infermiera* (Ospedale Civile Pescara)

Marcucci Alberto, *medico neonatologo* (Ospedale Civile Pescara)

Paolini Viviana, *ostetrica* (Ospedale Civile Pescara)

Sartorelli Maria Chiara, *psicologo* (Consultorio Familiare Via Milli)

Spera Damiana, *ostetrica* (Consultorio Familiare Via Pesaro)

Stammitti Annamaria, *medico ginecologo* (Ospedale Civile Pescara)

COORDINATORE DEL PROGETTO:

Di Paolo Gilda, *medico ginecologo* (Consultorio Familiare ex Baiocchi)

A cura di **Maria Trivelli** *ostetrica* (Consultorio via Milli Pescara)

4.1 Protocollo aziendale per l'identificazione delle incompatibilità Rh in gravidanza e relativa profilassi nelle donne a rischio di immunizzazione

Premessa

Com'è noto, con l'introduzione dell'immunoprofilassi post parto l'incidenza della MEN si è drasticamente ridotta a circa l'1,5%. Tuttavia permangono casi residui dovuti a mancata somministrazione al parto delle immunoglobuline anti D, dosaggio non adeguato all'emorragia feto-materna, immunizzazione nel corso della gravidanza.

In particolare durante il terzo trimestre si può avere un passaggio transplacentare di emazie fetali Rh positive tali da indurre un'immunizzazione materna. La somministrazione d'immunoglobuline anti D alla 28^a settimana riduce drasticamente tale rischio, portando allo 0,4% la quota di donne Rh D negative che si immunizza in seguito ad una gravidanza Rh D incompatibile nonostante l'immunoprofilassi post parto. Inoltre la produzioni di protocolli comportamentali condivisi e aderenti alle linee guida nazionali possono ulteriormente ridurre i casi residui di MEN.

Lo scopo della presente procedura è di fornire una linea d'indirizzo qualitativamente adeguata per la gestione e la prevenzione della MEN, in modo da favorire comportamenti il più possibile omogenei all'interno della AUSL di Pescara.

Primo accesso

1. Al momento del primo controllo in gravidanza la donna è sottoposta a specifica anamnesi immunoematologica delle gravidanze precedenti ed è richiesta la documentazione del Gruppo sanguigno:
 - se tale documentazione è prodotta dal Centro Trasfusionale il gruppo deve essere riconfermato al parto.
 - se la documentazione è prodotta da laboratorio diverso dal Centro Trasfusionale o è assente, si procede alla determinazione del Gruppo sanguigno presso il Centro Trasfusionale, determinazione che va riconfermata al momento del parto. Nel caso in cui la nuova determinazione di gruppo fornisca risultati non corrispondenti alla precedente è necessario la ripetizione dell'esame.
2. È necessario richiedere il gruppo sanguigno ABO Rh, fenotipo Rh completo Kell anche del padre.

3. Come previsto dal protocollo ministeriale, all'inizio della gravidanza tutte le gestanti devono effettuare il test di Coombs indiretto per la ricerca di eventuali anticorpi antieritrocitari del sistema Rh e irregolari.

Le gravide **Rh (D) negative devono ripetere il test di Coombs indiretto** prima di essere sottoposte a esami prenatali invasivi.

4. Il test di Coombs indiretto va ripetuto **in tutti i casi**, anche nelle donne Rh D positive, dopo ogni evento immunizzante.

Sono considerati eventi causa di possibile sensibilizzazione verso antigeni eritrocitari:

- Amniocentesi
- Cordocentesi
- Interventi terapeutici in utero (es. trasfusione intra-uterina)
- Emorragia ante-partum
- Prelievo di villi coriali
- Gravidanza ectopica
- Rivolgimento fetale esterno
- Cadute/traumi dell'addome di rilievo
- Morte intrauterina
- Aborto

Le donne con **test di Coombs indiretto positivo** vanno inviate al Centro Trasfusionale con impegnativa per consulenza di medicina trasfusionale urgente (codice esenzione M50) previo appuntamento. La richiesta deve essere accompagnata dalla scheda anamnestica della gravidanza, da compilare a cura del richiedente.

5. Tutte le gravide con gruppo Rh negativo che si sottopongono a indagini invasive, devono praticare la profilassi anti D in concomitanza dell'evento. Nel caso in cui avvengano eventi potenzialmente immunizzanti imprevisti, il **TEST DI COOMBS INDIRETTO** deve essere eseguito prima dell'immunoprofilassi anti-D. Prima della somministrazione d'immunoglobuline è necessario richiedere il consenso informato alle pazienti, come previsto dalla normativa vigente. La ricevente **la somministrazione d'immunoglobuline anti-D**, preventivamente informata che tale procedura può non essere comunque esente da rischio, è tenuta a esprimere per iscritto il proprio consenso o dissenso (DM 3 marzo 2005: Caratteristiche e modalità per la donazione del sangue e di emocomponenti). Il modulo di avvenuta profilassi con il consenso va inviato al Centro trasfusionale che ne effettua la registrazione.

6. Dalla 20^a settimana le gestanti Rh (D) negativo a rischio d'immunizzazione devono ripetere mensilmente il test di Coombs indiretto. Le donne devono essere inoltre informate della possibilità di praticare la profilassi prenatale alla 28^a settimana consegnando l'informativa e il modulo di richiesta compilato dal ginecologo.

7. Alla 28^a settimana di gestazione:

- Ripetere il TEST DI COOMBS INDIRETTO a tutte le donne Rh (D) positive e Rh (D) negative
- Praticare l'**Immunoprofilassi prenatale** (somministrazione di Ig anti-D) a tutte le gravide Rh negative non sensibilizzate, anche quelle già sottoposte a immunoprofilassi in occasione di eventi potenzialmente immunizzanti (EPI) prima della 20^a.
- Nelle donne sottoposte a profilassi per EPI **dopo** la 20^a settimana va valutata la persistenza in circolo delle immunoglobuline (titolo anti D) e la necessità di fare una dose ulteriore di immunoglobuline.

La somministrazione di Immunoglobuline anti-D per la profilassi prenatale della MEN Rh alla 28^a settimana di gestazione è eseguita c/o il Centro Trasfusionale dell'AUSL di Pescara previo appuntamento.

- Se la donna è di gruppo 0 (Zero) e il padre diverso da 0 e solo se nella precedente gravidanza il neonato ha manifestato una MEN da ABO o un test di Coombs diretto positivo, prescrivere la ricerca e titolazione delle immunoglobuline anti A e/o anti B di tipo IgG indicando sulla richiesta il gruppo del padre.

8. Dopo il parto sono eseguite le seguenti indagini immunoematologiche:

- Madre (prelievo venoso): Gruppo ABO, fattore Rh e Test di Coombs Indiretto
In caso di test di Coombs indiretto positivo o Rh D incongruente con referto precedente, deve essere richiesta la consulenza di medicina trasfusionale.
- Neonato o sangue funicolare: Gruppo ABO, fattore Rh e Test di Coombs Diretto

9. Alle donne Rh negative con figlio Rh D positivo o Rh Du positivo è praticata profilassi anti D entro 72 ore dal parto. Nel caso in cui, in circostanze eccezionali, l'immunoprofilassi non possa essere effettuata entro 72 ore dall'evento immunizzante (EPI o parto), essa va comunque effettuata fino a 10 giorni dall'evento.

Il modulo di avvenuta profilassi con il consenso va inviato al Centro trasfusionale che ne esegue la registrazione.

10. Dopo 6 mesi dal parto a tutte le donne profilassate al momento del parto, deve essere ripetuto il test di Coombs indiretto per la valutazione dell'efficacia della profilassi.

PARAMETRI DI CONTROLLO

- immunoprofilassi effettuate / totale immunoprofilassi attese
- immunizzazioni anti Rh (D) / totale delle donne profilassate.

BIBLIOGRAFIA:

Protocollo per la prevenzione della MEN 01/04/2009 Dipartimento di Patologia Clinica e Medicina Trasfusionale AUSL Ravenna

NICE agosto 2008: Routine antenatal anti-D prophylaxis for women who are rhesus D negative

The Cochrane Library 2009: Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunization (Review)

Società Italiana di Medicina Trasfusionale e Immunoematologia, Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia: Raccomandazioni per la gestione della Malattia Emolitica del Neonato. Edizioni SIMTI, 2006

Blood Transf 2006: Recommendation for management of Haemolytic Disease of the Newborn Atti del corso di aggiornamento "Alloimmunizzazione materno-fetale: una patologia riemergente", Torino, marzo 2007.

Legge 219 del 21/10/2005: Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale di emoderivati. G.U. Serie Generale n° 251 27/10/2005

Decreto Ministero della Salute 3 marzo 2005: Caratteristiche e modalità per la donazione di sangue e di emocomponenti.

ELABORAZIONE DEL DOCUMENTO A CURA DI:

Quaglietta Annamaria, *Medico ematologo*, (Centro Trasfusionale Ospedale Civile Pescara)

A cura di:

Trivelli Maria, *ostetrica* (Consultorio Familiare Via Milli)

4.2 Protocollo aziendale per l'identificazione delle donne a rischio di diabete gestazionale

Al primo appuntamento in gravidanza, a tutte le donne che non riportano determinazioni precedenti, va offerta la determinazione della glicemia plasmatica per identificare le donne con diabete preesistente alla gravidanza. Sono definite affette da diabete pregestazionale le donne con valori di glicemia plasmatica a digiuno ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l). Tuttavia, è necessario che risultati superiori alla norma siano confermati in un secondo prelievo. In caso affermativo, eseguire HbA1c (un valore $\geq 6,5\%$ conferma la diagnosi) e inviare presso l'ambulatorio di diabetologia con impegnativa per visita urgente (codice esenzione M50).

In caso di referto dubbio ripetere la glicemia plasmatica entro la 12^a settimana gestazionale (sg) (codice esenzione M50 decreto).

In linea con quanto raccomandato dalle linee guida nazionali, nelle donne con gravidanza fisiologica deve essere offerto lo screening per il diabete gestazionale, con la proposta di una curva da carico con 75 gr di glucosio (OGTT 75 gr) a 16-18 sg, se dall'anamnesi emerge una delle seguenti condizioni:

- diabete gestazionale in una gravidanza precedente;
- indice di massa corporea (IMC) pregravidico ≥ 30 ;
- riscontro, precedentemente o all'inizio della gravidanza, di valori di glicemia plasmatica compresi fra 100 e 125 mg/dl.

Se la prima valutazione è risultata normale, effettuare un ulteriore OGTT 75 gr tra 24 e 28 sg.

Tabella 1: Valori normali per l'OGTT 75 gr in gravidanza.

Glicemia Plasmatica	mg/dl	mmol/l
A digiuno	<92	<5,1
dopo 1 ora	<180	<10,0
dopo 2 ore	<153	<8,5

Se uno o più valori dell'OGTT risultano uguali o superiori ai valori soglia indicati in tabella 1, inviare c/o ambulatorio di diabetologia con impegnativa per visita urgente (codice esenzione M50, D.M. 10/09/1998, Art. 2 – commi 2-4).

Tra 24 e 28 sg deve essere offerto un OGTT 75 gr alle donne già screenate a 16-18 sg e alle gestanti che presentano una delle seguenti condizioni:

- anamnesi familiare di diabete (familiare di 1° grado);
- età ≥ 35 anni;
- IMC ≥ 25 ;
- pregressa macrosomia fetale ($\geq 4,5$ kg);
- famiglia originaria di aree ad alta prevalenza di diabete: 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)

Se uno o più valori dell'OGTT risultano uguali o superiori ai valori soglia indicati in tabella 1, inviare c/o ambulatorio di diabetologia con impegnativa per visita urgente (codice esenzione M50, D.M. 10/09/1998, Art. 2 – Comma 2-4).

Le donne che nel corso della gravidanza hanno manifestato un diabete gestazionale devono essere sottoposte a OGTT 75 gr di controllo 6-12 settimane dopo il parto.

Vista l'importanza dello screening e della diagnosi di diabete gestazionale per la prevenzione delle complicanze materne e feto-neonatali a breve e lungo termine, presso il Servizio di Diabetologia dell'Ospedale Civile di Pescara è stata condotta un'analisi retrospettiva basata sui dati anamnestici e relativi alla gravidanza di oltre 1800 gravide sottoposte a OGTT negli ultimi anni. Mediante analisi multivariata dei dati raccolti è stato costruito uno score di rischio, che presenta una sensibilità ed una specificità superiori a quelle delle attuali linee guida.

Il calcolo dello score si basa sui dati indicati nella tabella 2, che vanno moltiplicati per uno specifico coefficiente, ottenendo alla fine il punteggio che descrive il rischio della gravida al momento della valutazione: se lo score viene calcolato all'inizio della gravidanza, l'Aumento Ponderale è '0' e il cut-off è 120 (sens=74% e spec=70%), pertanto se la gravida ottiene un punteggio ≥ 120 , dovrebbe essere sottoposta all'OGTT 75 gr a 24-28 sg; se il calcolo del rischio viene eseguito nel corso della gravidanza, quando può essere preso in considerazione anche l'incremento ponderale, il cut-off si sposta a 123 (sens=75% e spec=70%), quindi se il valore ottenuto è ≥ 123 , è consigliato eseguire l'OGTT, anche se non sono soddisfatti i criteri individuati nelle linee guida (vedi tabella 3 per un esempio reale di gravida a basso rischio con diagnosi di GDM).

In questo modo è possibile valutare in maniera analitica il rischio individuale di sviluppare il diabete gestazionale all'inizio della gravidanza e rivalutarlo nel corso della stessa.

Tabella 2: Variabili e coefficienti dello score.

Variabile	Score
Età (anni)	0,6 x anno
Parità (sì/no)	Se sì: - 4,5
Familiarità di 1° diabete (sì/no)	Se sì: 4,5
Familiarità (madre, sorella) per GDM (sì/no)	Se sì: 9
Precedenti di GDM/IGGT (sì/no)	Se sì: 12
Fumo (sì o ex/no)	Se sì o ex: 2
PCO (sì/no)	Se sì: 3
BMI pre-gestazionale (per unità)	0,3 x unità
Glicemia plasmatica (mg/dL) (per unità)	1,16 x unità
Aumento Ponderale settimanale (kg/sg)	10 x unità

PCO = Ovaio Policistico

Tabella 3: Esempio di calcolo dello score.

Variabile	Dati della paziente	Punteggio
Età (anni)	24	14,4
N° figli (sì/no)	no	0
Familiarità di 1° per diabete (sì/no)	no	0
Familiarità per GDM (madre, sorella) (sì/no)	no	0
Precedenti di GDM/IGGT (sì/no)	no	0
Fumo (sì o ex/no)	si	2
PCO (sì/no)	no	0
BMI pre-gestazionale (per unità)	22,3	6,7
Glicemia plasmatica (mg/dL) (per unità)	85	98,6
Aumento Ponderale settimanale (kg/sg)	0,8	7,9
Score all'inizio della gravidanza		121,7
Score a 27 sg		129,6

Bibliografia

AA.VV., *Gravidanza fisiologica. Linee guida nazionali 2011-2014*, SiVeAS-Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, Ministero della Salute, Roma, 2011.

Raccomandazioni screening e diagnosi del diabete gestazionale 06 luglio 2011, Sistema Nazionale Linee Guida – ISS (SNLG-ISS) Società Italiana di Diabetologia (SID) Associazione Medici Diabetologi (AMD) Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria (CeVEAS).

P. Di Fulvio, F. Ginestra, R. Di Biagio, G. Formoso, L. Cesarone, L. Cucco, A. Legnini, A. Di Castelnuovo, A. Consoli. *Efficacia di uno score di rischio rispetto alle linee guida nella selezione delle gravide da valutare per diabete gestazionale.*

Comunicazione orale al 24° Congresso Nazionale SID, Torino 23-26 Maggio 2012 (Il Diabete, suppl.1: 14, 2012).

P. Di Fulvio, R. Di Biagio, F. Ginestra, G. Formoso, L. Cesarone, L. Cucco, A. Legnini, A. Di Castelnuovo, A. Consoli. *Efficacy of a risk score compared to guidelines in the selection of pregnant women for the evaluation of gestational diabetes (GDM).*

Poster al 44th Annual Meeting of DPSG (Diabetes and Pregnancy Study Group), Lille (FR) 18-20 October 2012.

ELABORAZIONE DEL DOCUMENTO A CURA DI:

Di Fulvio Patrizia, *Medico diabetologo*, (Servizio di Diabetologia Ospedale Civile Pescara)

4.3 Diagnosi precoce e terapia con immunoglobuline dell'infezione primaria da virus citomegalico in gravidanza

La più frequente e pericolosa infezione materno-fetale è causata dal citomegalovirus (CMV), che si riscontra nell'1-2% di tutte le gestanti alle nostre latitudini. Circa la metà dei feti si infetta quando la mamma ha l'infezione primaria. Dei feti che si infettano in corso di infezione primaria materna da CMV, il 10-12% sviluppa danni evidenti nel periodo neonatale; tra questi, una porzione sviluppa la sindrome neurologica maggiore (caratterizzata da microcefalia, calcificazioni periventricolari, displasie cerebrali, meningoencefalite, idrocefalo, atrofia cerebrale, convulsioni, grave ipotonia o ipertonica), altri la sordità neurosensoriale (cui può conseguire mutismo), altri il ritardo di crescita intrauterina (con conseguenti difetti di sviluppo psico-somatico e di funzioni organiche). Il CMV è responsabile anche di abortività precoce e sterilità.

In altri termini e provando a semplificare, ogni 100 madri che si infettino con CMV per la prima volta durante la gestazione, 10 neonati potranno presentare danni potenzialmente gravi, altri 10 danni meno gravi ma comunque rilevanti come la sordità; tra gli altri 80, la maggior parte sarà indenne perché non infetta, infetta ma non lesa o infetta e solo minimamente lesa (circa 5%) per prematurità, ritardo di sviluppo post-natale, difficoltà ad alimentarsi.

Tabella 1: Diffusione della malattia perinatale da CMV e potenziale impatto dell'infezione congenita da CMV sulla salute pubblica

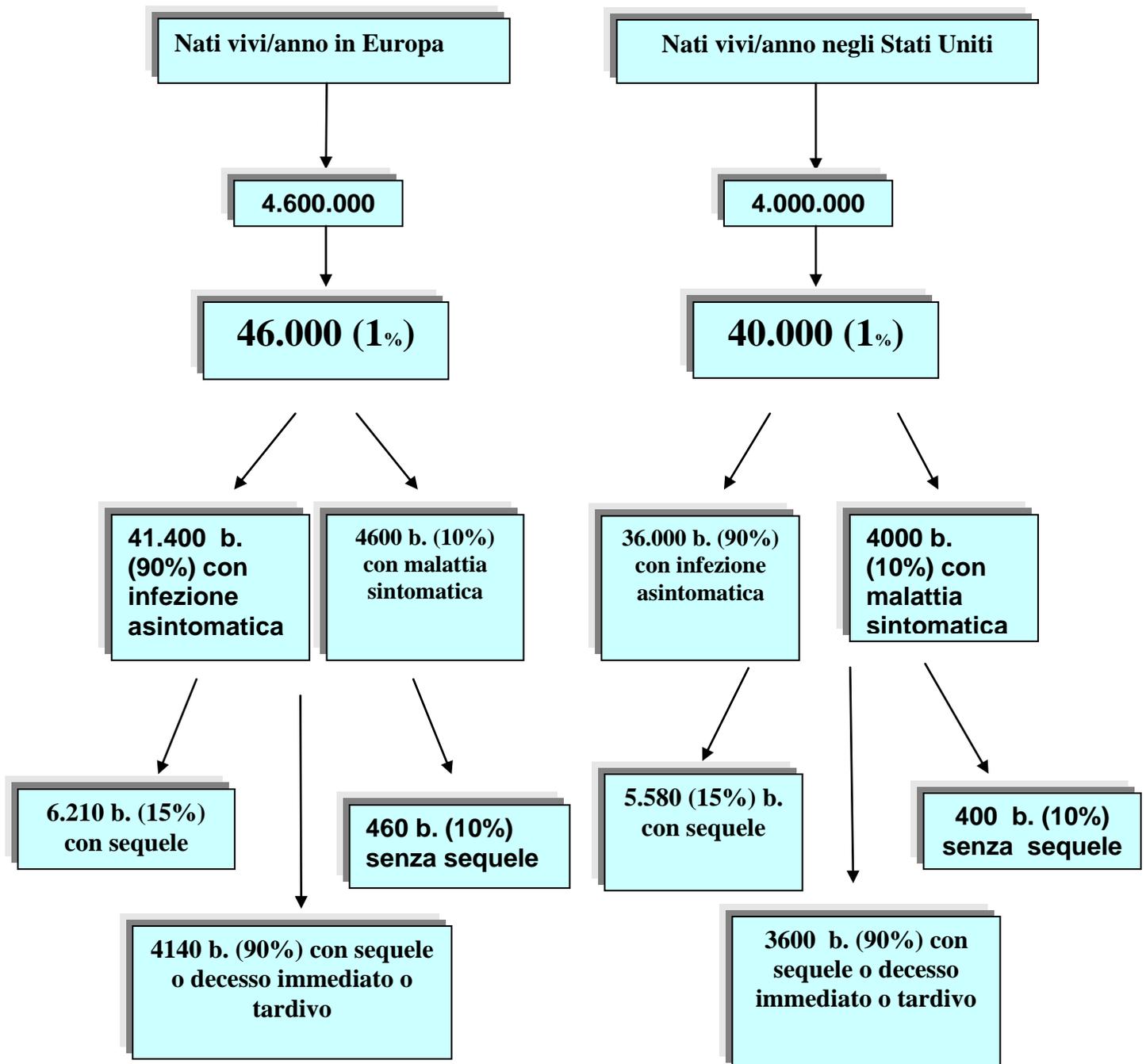


TABELLA 2. Stima dell'impatto per la salute pubblica nazionale dell'infezione congenita da citomegalovirus in Italia

Numero di nati vivi per anno	500.000
Tasso di infezione congenita	1%
Numero di neonati con infezione congenita	5.000
Numero di neonati con infezione sintomatica (manifesta)	500
Numero di nati con malattia letale o con sequele permanenti ($\pm 50\%$)	250
Numero di neonati con infezione asintomatica (silente) alla nascita (90%)	4.500
Numero di neonati con sequele ad esordio tardivo (10%)	450
Numero totale con sequele permanenti o morte	700

Attualmente non esistono cure standardizzate per l'infezione fetale e neonatale da CMV. Quando sintomatica alla nascita, l'infezione congenita può essere trattata con il Ganciclovir o il Valganciclovir, recenti farmaci antivirali discretamente specifici per il CMV, ma gravati da discreta tossicità. Le esperienze sono limitate, l'uso del farmaco "off-label", cioè fuori indicazione di scheda tecnica e quindi senza alcuna copertura assicurativa. Inoltre, l'efficacia del trattamento sembra fortemente condizionata dalla precocità della somministrazione, con necessità di trattamenti protratti. Ne consegue che in pochissimi casi i neonati o i feti a rischio vengono trattati.

Una recente possibilità di prevenire i gravi danni causati dall'infezione primaria da CMV in gravidanza è rappresentata dalla somministrazione di immunoglobuline endovena alla gestante. Sono due le esperienze consolidate (studi caso controllo con oltre 100 pazienti trattate) pubblicate in importanti riviste della letteratura medica internazionale, a suggerire la possibilità di ridurre, tramite un impiego tempestivo delle immunoglobuline, i rischi di danno fetale sopra dettagliati. Con tali infusioni, i rischi per il feto sembrano poter essere ridotti a quelli noti per le gravidanze con riattivazione o reinfezione in donne già esposte prima della gravidanza al CMV, ovvero un 1-2% di rischio complessivo tra danni maggiori, minori e prematurità. Oltre a tali studi esistono report di vari casi clinici che documentano in via preliminare il favorevole esito dell'impiego delle immunoglobuline in donne con danno fetale già evidente prima dell'infusione. A tale scopo sono state sinora valutate le immunoglobuline CMV-specifiche, ovvero ottenute solo da donatori CMV positivi con alto titolo di anticorpi.

Per la rilevanza clinica dell'infezione materno-fetale da CMV la Regione Abruzzo, su proposta della AUSL di Pescara, e segnatamente della UOC di Malattie Infettive e di quella di Ginecologia, ha avviato dal 2009 un protocollo sperimentale diagnostico-terapeutico per lo screening e la diagnosi precoce dell'infezione congenita da CMV, parallelamente ad un percorso diagnostico-assistenziale per il nato con infezione congenita da CMV. Il protocollo diagnostico-terapeutico prevede una fase diagnostica per l'infezione primaria da CMV in

gravidanza, eseguita presso il Laboratorio Analisi dell'Ospedale Spirito Santo, Pescara; una fase di monitoraggio dei feti infetti tramite esami ecografici seriati ed RMN fetale nei casi con lesioni ecograficamente documentate; una fase di sostegno psicologico alle gestanti, dal momento della comunicazione della diagnosi fino alla conclusione della gravidanza. Le indagini diagnostiche strumentali sono effettuate presso il reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Spirito Santo di Pescara e presso l'ITAB – Istituto di Tecnologie Avanzate Biomediche della Clinica Universitaria di Chieti. Il percorso diagnostico-assistenziale per i neonati con infezione congenita da CMV prevede infine una serie di indagini approfondite per la ricerca delle malformazioni (cerebrali, oculistiche, addominali – vedi algoritmo), un percorso di terapia e riabilitazione per i neonati con infezione gravemente sintomatica (anomalie e sintomi neurologici) ed un follow up a lungo termine per tutti i neonati infetti, con scadenze a 3, 6, 12, 24 mesi ed eventualmente annuali fino all'età scolare.

La gestione dei fondi di ricerca assegnati al progetto è stata affidata, mediante apposita convenzione, alla Fondazione Onlus Camillo de Lellis per l'Innovazione e la Ricerca in Medicina. Questa ha provveduto al reclutamento delle risorse di personale ed alla acquisizione delle strumentazioni aggiuntive necessarie, mentre il personale strutturato di Malattie Infettive e Ginecologia svolge i propri compiti nel progetto nell'ambito delle proprie attività.

Il protocollo di trattamento attualmente proposto alle gestanti consiste nella infusione di una o più dosi di immunoglobuline aspecifiche, cioè ottenute da donatori non selezionati per la pregressa esposizione a CMV, che comunque in larga misura (70-90%) risultano positivi per pregressa esposizione a CMV. Il protocollo, nato inizialmente come trial clinico randomizzato in aperto per il confronto del ruolo protettivo delle immunoglobuline aspecifiche con quello delle immunoglobuline specifiche per CMV, è stato poi tramutato in un protocollo prospettico, senza confronto tra i due trattamenti, poiché è stato nel frattempo dimostrato in alcuni studi (il principale a favore di pazienti trapiantati di cuore) che il trattamento con immunoglobuline endovena aspecifiche è ugualmente protettivo dal CMV e che, a livello biochimico, le immunoglobuline aspecifiche sono potenzialmente più efficaci, perché ricche di anticorpi neutralizzanti. Inoltre, il costo nettamente maggiore delle immunoglobuline specifiche avrebbe reso possibile il trattamento di un numero esiguo di gestanti.

Non sussistendo pertanto alcuna limitazione da parte della Regione Abruzzo, la modifica ha permesso di arruolare ad oggi oltre 120 gestanti con Infezione primaria da CMV, a partire dalla data di ufficiale varo del progetto (dicembre 2010). Si è avuta già tramite internet una notevole diffusione dell'iniziativa a livello nazionale ed internazionale,

per cui sono state trattate gestanti provenienti da tutte le Regioni Italiane tranne la Valle d'Aosta e 4 pazienti da fuori nazione, una dagli Stati Uniti d'America.

L'analisi preliminare dei risultati relativi alle 120 donne arruolate, attualmente in corso di pubblicazione su una rivista di impatto internazionale, documenta che il valore di protezione anticorpale determinato dalle infusioni è elevato e riproducibile e che gli esiti delle prime 70 gravidanze valutabili a termine confermano il trend di protezione delle infusioni di immunoglobuline già evidenziato nelle due precedenti serie pubblicate.

ELABORAZIONE DEL DOCUMENTO A CURA DI:

Giustino Parruti, *Medico infettivologo* (U.O.C. Malattie Infettive, AUSL Pescara)

5 Fattori di rischio psicologici in gravidanza

5.1 Riferimenti teorici

La maternità, a partire dai primi mesi di gestazione, presenta una serie di cambiamenti fisici e, al tempo stesso, psichici. *“Si tratta di un evento che, pur accadendo in un tempo preciso, prende le mosse da molto lontano, riassumendo in sé l’incidenza di varie componenti, quali le famiglie di origine dei due partner, la loro storia biologica e psichica, l’ambiente socio-culturale in cui sono cresciuti: tale evento assume, pertanto, una complessità e una singolarità del tutto peculiari, che rimandano a molti possibili punti fragili”*¹¹.

L’ambiente uterino si modifica parallelamente all’assetto emotivo ed entrambi possono condizionare lo sviluppo fisico e psichico del feto, del neonato e dell’adulto futuro.

L’obiettivo che si pone il Progetto di Assistenza prenatale di base, da un punto di vista medico, scorre di pari passo ad un altro obiettivo differente, ma ugualmente significativo: il benessere psico-fisico della donna e del suo bambino.

Una prevenzione reale e un intervento medico efficace non possono non tener conto di entrambi gli aspetti di questo percorso che sono sì distinti, ma al tempo stesso *inscindibili* fra loro.

La gravidanza, in virtù di tutti i cambiamenti di cui è portatrice, è un evento che può rendere la donna a rischio per ciò che riguarda l’insorgenza e/o la riaccutizzazione di disturbi psichici, che possono variare dai disturbi d’ansia a psicopatologie più complesse.

All’interno dei differenti livelli di gravità, rimane costante il fatto che la gestione di una donna gravida affetta da disturbi psichici è particolarmente complessa e lo diventa ulteriormente se le strutture che dovrebbero farsi carico di tutta la globalità della gravidanza sono assenti o insufficienti nel rispondere a problematiche di questa natura.

Nella società attuale, in cui la maternità si inserisce, la donna è spesso priva di supporti familiari e amicali e la *rete* dei servizi del territorio, laddove è presente e strutturata in modo funzionale, può divenire una rete non solo medica ma anche in grado di contenere quel delicato processo di “maternità psichica” che spesso viene posto in secondo piano, dando per scontata la naturalità del passaggio dall’essere donna all’essere parallelamente donna e madre.

Pertanto il sostegno e l’intervento psicologico (e solo secondariamente psicoterapeutico o psichiatrico) si caratterizzano come strumenti indispensabili da inserire in un percorso di accoglienza e presa in carico di situazioni a lieve, moderato e alto rischio (Bogetto, 2004).

¹¹ Presidenza del Consiglio dei Ministri Comitato Nazionale per la bioetica (2005). *Aiuto alle donne in gravidanza e depressione post-partum*.

Il concetto di “gravidanza a rischio” non rappresenta una diagnosi specifica bensì la definizione di una condizione mutabile nel corso del tempo, la cui valutazione va rivista periodicamente dall’esordio al post partum. Negli ultimi anni gli interventi orientati alla riduzione dei fattori di rischio hanno operato nell’ottica della promozione della salute e del miglioramento delle competenze, ottenendo risultati significativi sul piano dell’evidenza scientifica (Ammaniti, 2006; Cassibba, 2005).

Attualmente, la clinica e la ricerca a livello internazionale trovano un ampio accordo rispetto all’efficacia di piani di trattamento che fanno riferimento al concetto del “*Maternal health literacy*” (WHO, 1998). Tale concetto che deriva dall’Health literacy, ovvero alfabetizzazione sanitaria (Renkert, 2001), fa riferimento all’insieme delle competenze sociali e cognitive che determinano la motivazione e la capacità delle donne di accedere, comprendere e usare l’informazione in modo tale da promuovere e mantenere un buono stato di salute per se stesse e per i propri figli.

Per quanto riguarda invece la promozione dei fattori di protezione e la riduzione dei fattori di rischio psicosociale sullo sviluppo del bambino, è stato visto che la presa in carico fino alle prime fasi di strutturazione della relazione madre-bambino risulta essere un tipo di intervento psicologico efficace (Ammaniti, 2002). Si è sempre più affermata la convinzione che gli svantaggi iniziali con cui nasce un bambino possano essere compensati con interventi opportuni.

Tali esperienze sono essenzialmente centrate sul riconoscimento dell’importanza del prendersi cura del figlio da parte della madre e si articolano in larga parte (anche se non in modo esclusivo) sul sostegno delle capacità materne e sul rinforzo delle risposte adeguate emesse dalla madre nei confronti del bambino, favorendo relazioni armoniche e funzionali (Fraiberg, 1980).

Strategie mirate forniscono un supporto a questa nuova relazione, aiutando il genitore a riconoscere e interpretare i segnali del bambino, ad instaurare una relazione intima, a trovare i giusti ritmi con il proprio figlio nei vari momenti della vita quotidiana. In effetti tali strategie e programmi, utilizzati con successo a livello internazionale, si basano tutti sull’importanza della funzione dell’*attaccamento* nella relazione madre-bambino, promuovendo come obiettivo la promozione di una sana genitorialità soprattutto in situazioni di rischio (Ainsworth, 1978; Ainsworth, 1991; Ammaniti, 2007).

Il presente progetto si muove, dunque, sulla base dei suddetti principi di riferimento teorici con lo scopo di ridurre i rischi relativi ai fattori psicologici, promuovere la salute della donna in gravidanza ed evitare potenziali relazioni alterate madre-bambino.

Tale percorso di assistenza e intervento è pensato e strutturato per accompagnare la donna in tutte le fasi della gravidanza e attraverso servizi aziendali diversi che dialoghino tra loro rispetto alla presa in carico della persona e alle azioni da mettere in campo.

Obiettivi:

- Sostegno psicologico alla donna in gravidanza (corso pre parto, colloqui individuali, psicologo in sala parto)
- Valutazione / individuazione dei livelli di rischio psichico
- Sostegno alla genitorialità (Corso pre parto; home visiting pre e post nascita)

Metodologia:

Le linee guida hanno il compito di garantire la chiarezza degli obiettivi da perseguire collegialmente e la costanza delle figure di riferimento, al fine di facilitare la comunicazione tra i diversi esperti e la gestante, evitando la dispersione delle informazioni e l'incoerenza del messaggio rivolto all'utenza.

L'arrivo della donna in gravidanza presso la struttura territoriale deve prevedere la possibilità di individuare problematiche psicologiche già dai primi contatti con l'ostetrica.

La presenza, nell'anamnesi, di uno dei tanti indicatori individuati in cartella fa sì che si richieda la consulenza psicologica che, attraverso gli strumenti del colloquio clinico e della valutazione diagnostica, individua il percorso più adatto a quella specifica donna.

Nel caso in cui vengano diagnosticate patologie ad alto rischio psicologico, va prevista la istituzione della figura di un *Case Manager* (**attualmente non presente**) che svolga un ruolo di raccordo tra i diversi professionisti dei differenti Servizi necessari alla presa in carico della gestante.

La presa in carico, come confermato da recenti ricerche, non si esaurisce con l'avvento del parto ma prosegue fino alle prime fasi di strutturazione della relazione madre-bambino.

Esistono strategie di intervento specifiche che forniscono un supporto a questa nuova relazione, permettendo al genitore di riconoscere ed interpretare i segnali del bambino, di instaurare una relazione intima e trovare i giusti ritmi con il proprio figlio nei vari momenti della vita quotidiana.

Questa modalità di supporto, denominata *Home visiting*, **per la realizzazione della quale è necessario ipotizzare personale dedicato**, prevede la realizzazione domiciliare dell'intervento e prende in considerazione le relazioni precoci, fornendo sostegno alle madri e ai bambini nell'intimità delle proprie case e stimolando, per quanto possibile, le potenzialità del singolo genitore e della coppia.

Le esperienze effettuate in Italia e in altri paesi, come ad esempio negli USA (Olds, 2006; Lyons-Ruth, 2006), hanno dimostrato, sulla base di stringenti evidenze empiriche, di essere

efficaci sul piano del miglioramento delle capacità genitoriali e sul piano della prevenzione del disadattamento infantile.

Indicatori di processo

- Numero di donne che accedono ai servizi psicologici sul totale delle donne gravide che accedono ai vari servizi.
 1. Numero delle donne gravide prese in carico e che hanno seguito un percorso di sostegno.
 2. Numero delle donne gravide inviate ad altri servizi territoriali (Psichiatria, Sert, Alcologia)

5.2 Tabella per la Valutazione del Rischio Psicologico in Gravidanza

	OBIETTIVI	PERCORSO PRE-PARTO	PERCORSO POST-PARTO	FIGURE PROFESSIONALI E/O SERVIZI COINVOLTI
Gravidanza non desiderata	<p>Riduzione del rischio di abbandono minore e del disturbo della relazione madre-bambino</p> <p>Sostegno alla genitorialità</p>	<p>Inserimento nel percorso nascita</p> <p>Valutazione e sostegno psicologico</p> <p>Eventuale Psicoterapia</p> <p>Potenziamento delle competenze genitoriali attraverso gruppi sulla genitorialità</p>	<p>Osservazione della relazione madre-bambino</p> <p>Home visiting</p> <p>Sostegno alla relazione madre bambino in caso di disarmonie nella diade</p>	<p>Consultorio Familiare.</p> <p>Psicologo Psicoterapeuta</p>
Crisi di coppia	<p>Riduzione dello stress</p> <p>Sostegno alle dinamiche relazionali ed alla genitorialità</p>	<p>Inserimento nel percorso nascita</p> <p>Valutazione delle dinamiche di coppia e relazionali</p> <p>Sostegno psicologico alla coppia</p> <p>Potenziamento delle competenze relazionali e genitoriali</p>	<p>Osservazione e valutazione della relazione madre-bambino e padre-madre-bambino</p> <p>Formulazione di un progetto terapeutico integrato per la famiglia in caso di separazione e/o disarmonie affettivo-relazionali</p> <p>Home visiting</p>	<p>Consultorio familiare</p> <p>Psicologo Psicoterapeuta</p>
Adolescenza	<p>Riduzione dei rischi di disagio nella relazione madre-bambino o di disturbi psicologici</p> <p>Favorire un adeguato sviluppo delle competenze genitoriali, relazionali e di accudimento</p>	<p>Inserimento nel percorso nascita</p> <p>Valutazione e intervento psicologico, potenziamento delle capacità di comunicazione e di ascolto</p> <p>Valutazione e valorizzazione delle risorse personali e sociali</p> <p>Coinvolgimento famiglia estesa</p>	<p>Costruzione e sviluppo di relazioni positive tra madre e bambino</p> <p>Potenziamento delle capacità di osservazione delle proprie interazioni</p> <p>Adattamento del proprio comportamento nello sviluppo del bambino</p> <p>Home visiting</p>	<p>Consultorio Familiare</p> <p>Psicologo Psicoterapeuta</p>
Gravidanza dopo morte fetale	<p>Riduzione di sentimenti negativi relativi allo stato affettivo materno</p> <p>Diminuzione dei comportamenti materni di interferenza</p> <p>Sostegno alla genitorialità ed alla coppia</p>	<p>Inserimento in percorso nascita</p> <p>Valutazione e intervento psicologico per elaborazione del lutto</p> <p>Potenziamento delle abilità di coping e gestione dell'ansia</p>	<p>Sviluppo di relazioni positive e costruttive tra madre e bambino</p> <p>Potenziamento della fiducia materna e sostegno nella gestione dell'ansia</p>	<p>Consultorio Familiare</p> <p>Psicologo Psicoterapeuta</p>

Abusi sessuali e maltrattamenti	<p>Riduzione del rischio di abbandono minore</p> <p>Riduzione del rischio di disturbi psicologici della madre e della relazione madre-bambino</p> <p>Valutazione di eventuali comportamenti materni di interferenza</p>	<p>Inserimento nel percorso nascita</p> <p>Potenziamento nella gestione dello stress e delle emozioni</p> <p>Sostegno psicologico</p> <p>Potenziamento dell'autostima e delle competenze comunicative</p>	<p>Sostegno nella gestione della relazione madre-bambino</p> <p>Valorizzazione delle risorse personali e familiari</p> <p>Sostegno psicologico</p> <p>Home visiting</p>	<p>Consultorio Familiare</p> <p>Psicologo Psicoterapeuta</p> <p>Eventuale coinvolgimento dei Servizi Sociali in caso di abuso</p>
Sieropositività (disturbi d'ansia)	<p>Favorire la compliance.</p> <p>Riduzione sintomi ansiosi rispetto alla gestione della gravidanza</p>	<p>Inserimento nel percorso nascita</p> <p>Valutazione dei fattori psicologici nella gestione della malattia.</p> <p>Eventuale nomina di un case manager per la gestione del caso con la rete dei servizi*</p> <p>Gestione dello stress e dell'ansia</p> <p>*Da attivare solo in caso di gestanti tossicodipendenti</p>	<p>Sostegno nella gestione della malattia della madre</p> <p>Sostegno della relazione madre bambino</p> <p>Sostegno psicologico post natale in caso di trasmissione del virus al neonato</p>	<p>Consultorio familiare</p> <p>Psicologo Psicoterapeuta</p> <p>Sert *</p> <p>Reparto malattie infettive</p>
Tossicodipendenza	<p>Riduzione dei rischi di disagio psicologico dati dalla dipendenza</p> <p>Promozione di un'adeguata gestione della dipendenza, della gravidanza e della relazione madre-bambino</p> <p>Riduzione promiscuità, e comportamenti a rischio nella sessualità e/o criminalità</p>	<p>Valutazione delle risorse psicologiche e sociali della madre</p> <p>Nomina di un Case Manager</p> <p>Valutazione aspetti motivazionali ed aspettative nei confronti della gravidanza</p> <p>Intervento psico-educazionale.</p>	<p>Osservazione della relazione madre-bambino</p> <p>Sostegno alla relazione madre bambino in caso di disarmonie nella diade</p> <p>Attivazione di reti sociali per monitoraggio incolumità del bambino</p> <p>Gestione e contenimento degli eventuali persistenti comportamenti materni di interferenza</p> <p>Home visiting</p>	<p>Psicologo Psicoterapeuta</p> <p>Consultorio Familiare</p> <p>Sert</p> <p>Eventuale coinvolgimento Servizi Sociali</p>
Disturbi alimentari	<p>Prevenzione di disagi psicologici dati dal disturbo nella gravidanza e nel post-parto.</p> <p>Promozione di un'adeguata gestione della modificazione della propria immagine corporea</p> <p>Promozione di un adattamento ottimale nella gestione delle condotte alimentari e della gravidanza</p> <p>Promozione di una adeguata relazione madre-bambino</p>	<p>Valutazione della gravità della sintomatologia e delle aspettative nei confronti della gravidanza rispetto alla propria immagine corporea</p> <p>Intervento psicoterapeutico in caso di sintomatologia grave al momento della gravidanza presso Centro per DCA.</p> <p>Eventuale consulenza nutrizionistica</p> <p>Sostegno psicologico in caso di sintomatologia lieve o storia di disturbi alimentari</p> <p>Inserimento in percorso nascita. Potenziamento delle competenze genitoriali e comunicative</p>	<p>Intervento psicoterapeutico in caso di disturbi psichiatrici nel post-parto (depressione/ansia)</p> <p>Sostegno nella gestione della relazione madre-bambino</p> <p>Intervento psico-educazionale per la genitorialità</p> <p>Home visiting</p>	<p>Psicologo Psicoterapeuta</p> <p>Nutrizionista</p> <p>Eventuale consulenza psichiatrica</p> <p>Centro DCA</p>

Disturbi correlati ad ansia	<p>Riduzione dei fattori psicologici che alterano la capacità di autogestione della madre</p> <p>Favorire l'acquisizione di adeguate competenze comunicative e genitoriali</p>	<p>Valutazione psicodiagnostica</p> <p>Intervento psicoterapeutico e /o psichiatrico in caso di sintomatologia grave</p> <p>Sostegno psicologico in caso di sintomatologia lieve o storia di disturbi correlati ad ansia</p> <p>Inserimento in percorso nascita</p> <p>Potenziamento nella gestione dello stress e delle emozioni (anche attraverso tecniche di rilassamento)</p>	<p>Intervento psicoterapeutico in caso di esacerbazione dei sintomi</p> <p>Osservazione della relazione madre-bambino</p> <p>Sostegno alla genitorialità</p> <p>Monitoraggio della capacità di rilassamento</p> <p>Home visiting</p> <p>Follow up a 1 anno per la valutazione delle ricadute</p>	<p>Consultorio familiare</p> <p>Centro di salute mentale</p> <p>Servizio di Psicologia Clinica del DSM</p> <p>Psicologo Psicoterapeuta</p> <p>Psichiatra</p>
Disturbo post-traumatico da stress	<p>Riduzione dei fattori psicologici che alterano la capacità di autogestione della madre e della relazione madre bambino</p> <p>Acquisizione di competenze per gestire lo stress durante e dopo la gravidanza.</p> <p>Favorire un adattamento ottimale nella relazione madre-bambino</p>	<p>Inserimento in percorso nascita.</p> <p>Valutazione psicodiagnostica.</p> <p>Intervento psicoterapeutico nel caso di sintomatologia grave al momento della gravidanza</p> <p>Sostegno psicologico nel caso di sintomatologia lieve</p> <p>Valutazione e sviluppo delle risorse interne ed esterne per la gestione dei sintomi</p> <p>Potenziamento della capacità di gestione dello stress.</p>	<p>Intervento psicoterapeutico in caso di esacerbazione dei sintomi</p> <p>Osservazione della relazione madre-bambino</p> <p>Sostegno alla relazione madre bambino in caso di disarmonie nella diade</p> <p>Home visiting</p>	<p>Psicologo Psicoterapeuta</p> <p>Consultorio Familiare</p> <p>Servizio di psicologia clinica del DSM</p> <p>Psichiatra</p> <p>Centro salute mentale</p>
Depressione post-partum	<p>Prevenzione delle ricadute in soggetti con pregressa depressione post-partum</p> <p>Prevenire o ridurre i sintomi che alterano la capacità di autogestione della gravidanza</p> <p>Favorire un' adeguata relazione madre bambino</p>	<p>Valutazione in fase preventiva dei possibili fattori di rischio psicologici e sociali per la depressione post partum</p> <p>Percorso psicoterapeutico in caso di donne ad alto rischio</p> <p>Inserimento in percorso nascita</p> <p>Potenziamento delle competenze di ascolto e comunicazione delle emozioni</p> <p>Potenziamento dell'autostima e autoefficacia</p>	<p>Intervento psicoterapeutico e/o psichiatrico in caso di sintomatologia grave ed a rischio suicidio</p> <p>Sostegno alla genitorialità</p> <p>Home visiting e follow up a 1 anno per la valutazione delle ricadute</p>	<p>Psicologo Psicoterapeuta</p> <p>Psichiatra</p> <p>Consultorio familiare</p> <p>Centro di Salute Mentale</p> <p>Servizio di Psicologia Clinica del DSM</p>

<p>Depressione</p>	<p>Prevenzione delle ricadute in soggetti con pregressi episodi depressivi</p> <p>Prevenzione o riduzione dei sintomi che alterano la capacità di autogestione della gravidanza</p> <p>Favorire un' adeguata relazione madre bambino</p>	<p>Valutazione psicodiagnostica</p> <p>Intervento psicoterapeutico e/o psichiatrico nel caso di sintomatologia grave al momento della gravidanza</p> <p>Sostegno psicologico nel caso di sintomatologia lieve o storia di depressione</p> <p>Potenziamento delle competenze di ascolto, e comunicazione delle emozioni</p> <p>Potenziamento dell'autostima e autoefficacia</p>	<p>Intervento psicoterapeutico e/o psichiatrico in caso di sintomatologia grave e rischio suicidio</p> <p>Sostegno alla genitorialità</p> <p>Home visiting e follow up a 1 anno per la valutazione delle ricadute</p>	<p>Psicologo Psicoterapeuta</p> <p>Psichiatra</p> <p>Consultorio familiare</p> <p>Centro di Salute Mentale</p>
<p>Psicosi puerperale</p>	<p>Prevenzione e/o riduzione dei sintomi che possono interferire con la genitorialità</p> <p>Attivazione rete di sostegno familiare e sociale</p> <p>Recupero delle competenze comunicative e genitoriali adeguate per lo sviluppo psicologico del bambino</p>	<p>Valutazione del funzionamento psicologico, sociale e dei fattori di rischio per la psicosi puerperale</p>	<p>Intervento psicoterapeutico e/o psichiatrico in caso di sintomatologia grave</p> <p>Riabilitazione psichiatrica ed eventuale trattamento farmacologico</p> <p>Sostegno alla relazione madre bambino</p> <p>Home visiting</p> <p>Follow up a 1 anno per la valutazione delle ricadute</p>	<p>Psicologo Psicoterapeuta</p> <p>Psichiatra</p> <p>Centro di Salute Mentale</p> <p>Servizio di Psicologia Clinica del DSM</p>
<p>Psicosi</p>	<p>Prevenzione delle ricadute in soggetti con pregressi episodi psicotici</p> <p>Riduzione dei sintomi che interferiscono nell'adeguata gestione della gravidanza e della relazione madre-bambino</p> <p>Sviluppo di competenze comunicative e genitoriali adeguate per lo sviluppo psicologico del bambino</p>	<p>Valutazione del funzionamento psicologico, sociale e della gravità della sintomatologia</p> <p>Intervento psicoterapeutico, riabilitazione psichiatrica e/o trattamento farmacologico nel caso di sintomatologia grave e funzionamento alterato</p> <p>Riabilitazione psichiatrica in caso di sintomatologia lieve</p> <p>Training delle abilità comunicative e relazionali</p> <p>Acquisizione delle abilità di cura di sé e dell'altro, sociali e interpersonali</p>	<p>Intervento psicoterapeutico e/o psichiatrico in caso di esacerbazione dei sintomi o sintomatologia grave</p> <p>Riabilitazione psichiatrica in caso di sintomatologia lieve</p> <p>Sostegno alla genitorialità</p> <p>Favorire un adattamento adeguato del comportamento della madre allo sviluppo del bambino</p> <p>Home visiting e follow up a 1 anno per la valutazione delle ricadute</p>	<p>Psicologo Psicoterapeuta</p> <p>Psichiatra</p> <p>Servizio di Psicologia del DSM</p> <p>Centro di Salute Mentale</p>

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth, M.D.S.; Blehar, M.; Waters, E.; Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Ainsworth, M.D.S.; Eichberg, C.G. (1991). *Effect on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure or other traumatic experience*. In Marris, P.; Stevenson-Hinde, J.; Parkes, C.; (a cura di), *Attachment across the life cycle*. New York: Routledge.

Ammaniti M, Tambelli R, Odorisio F, D'Isidori M, Vismara L, Mancone A (2002). Rappresentazioni mentali e modelli di attaccamento in donne in gravidanza con rischio depressivo e psicosociale. *Infanzia e Adolescenza*, 2, 97-112.

Ammaniti, M.; Speranza, A.M.; Tambelli, R.; Muscetta, S.; Lucarelli, L.; Vismara, L.; Odorisio, F.; Cimino, S. (2006). A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship. *Infant Mental Health Journal*, 27, 70-90.

Ammaniti, M.; Speranza, A.M.; Tambelli, R.; Odorisio, F.; Vismara, L. (2007). Sostegno alla genitorialità nelle madri a rischio: valutazione di un modello di assistenza domiciliare sullo sviluppo della prima infanzia. *Infanzia e adolescenza*, 6,2: 67-83

Appleby, L. (1991). Suicide during pregnancy and the first post-natal year. *BMJ*, 302: 137-40.

Battaglia, C.; Persico, N.; Mancini, F., Cianciosi, A.; de Aloysio, D. (2005). Fattori di rischio e diagnosi clinica del parto pre-termine. *Rivista Italiana di ostetricia e ginecologia*, 8, 438-441.

Bogetto F.; Salvi V.; Maina G. (2004). *Disturbi d'ansia e disturbi dell'umore in gravidanza: terapie farmacologiche e non farmacologiche*. In: Una medicina a misura di donna. CIC Edizioni Internazionali, Roma.

Cassibba R, van IJzendoorn MH (2005). *L'intervento clinico basato sull'attaccamento. Promuovere la relazione genitore-bambino*. Bologna: Il Mulino.

Fraiberg S (1980). *Clinical studies in infant mental health: The first year of life*. New York: Basic Books.

Korfmacher, J. (1999). Home visiting: Promise and peril. *The Signal*, 7, 1-8.

Lyons-Ruth K, Easterbrooks M.A. (2006). Assessing mediating models of family change in response to infant Home Visiting: A two-phase longitudinal analysis. *Infant Mental Health Journal*, 27, 1, 55-69.

Northcott, C.J., Stein, M.B. (1994). Panic disorder in pregnancy. *J. Clin. Psychiatry*, 55, 539-42.

O'Hara, M.W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch. Gen. Psychiatry*, 43, 569-73.

Olds DL (2006). The Nurse-Family Partnership: An evidence based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27, 5-25.

Renkert, S.; Nutbeam D. (2001). Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health promotion international*, 16, 4: 381-388.

Stern, D.N. (2006). Introduction to the Special Issue on Early Preventive Intervention and Home Visiting. *Infant Mental Health Journal*, 27, 1-4.

World Health organization (1998). Press Release. World Health Report 1998. WHO Regional Office for Europe, Geneva.

ELABORAZIONE DEL DOCUMENTO A CURA DI:

Maria Chiara Sartorelli, *Psicologo, Psicoterapeuta* (Consultorio Familiare Via Milli, AUSL Pescara)

6 Corso di preparazione alla nascita e alla genitorialità

6.1 Note introduttive:

- Il lavoro di accompagnamento alla nascita a gestione integrata non coincide solo con l'applicazione di una tecnica specifica ma presuppone l'intervento di un modello integrato tra psicologia e ostetricia che tenga conto di tutte le problematiche che investono il percorso e l'evento nascita
- Ogni gruppo delle gestanti ha una sua peculiarità per cui le esigenze potrebbero essere diverse e/o diversificate
- Le tecniche di preparazione alla nascita possono essere più di una lasciando così alla gestante la possibilità di scelta

Premessa:

La gravidanza è un momento molto importante per la donna, per una coppia, per le loro rispettive famiglie. Molti aspetti relazionali, psicologici, sociali sono destinati a cambiare per sempre dopo questo naturale evento.

La ricerca di un modello integrato tra psicologia e ostetricia è l'obiettivo che ha guidato il lavoro nella convinzione che l'assistenza alla donna in gravidanza debba privilegiare un approccio olistico in un equilibrio in cui benessere fisico e psicologico non possono essere disgiunti. In quest'ottica risultano di particolare interesse i corsi di preparazione alla nascita, all'interno di un setting adeguato, le cui finalità sono quelle di aumentare la consapevolezza dei partecipanti rispetto alla capacità personale e di coppia di vivere la gravidanza, la nascita e la genitorialità, utilizzando il gruppo come risorsa per facilitare il processo di condivisione.

Obiettivi specifici:

- Fornire gli strumenti per affrontare il cambiamento e vivere il dolore di parto
- Fortificare e far emergere le competenze della donna rispetto all'evento nascita
- Fornire informazioni e prevenire eventuali problemi legati alla gravidanza
- Favorire la condivisione nella coppia e nel gruppo dei vissuti e delle paure legate alla gravidanza al parto e al dopo parto
- Facilitare la relazione mamma-bambino
- Promuovere l'allattamento al seno rafforzando la donna/coppia in questa scelta

- Facilitare il legame tra i partecipanti oltre il termine del corso al fine di favorire la nascita di gruppo di auto-aiuto.

Indicatori possibili di processo:

- Numero di donne aderenti al percorso nascita in rapporto al numero dei parti annui
- Numero di parti cesari in donne aderenti al percorso nascita in rapporto agli stessi parti in donne non aderenti
- Riduzione delle ore di travaglio in donne aderenti al percorso nascita in rapporto al numero di ore in donne non aderenti
- Maggiore consapevolezza di gestione della depressione post parto in donne aderenti al percorso nascita in rapporto a donne non aderenti
- Riduzione di richieste di ricoveri presso i P.S. in puerperio da parte di donne aderenti al percorso nascita in rapporto alle stesse richieste da parte di donne non aderenti.

6.2 Linee guida per la strutturazione dei corsi

Inizio corso: inizio 6° mese

Durata incontro: 2 – 3 ore

Componenti gruppo: 10 – 12

Numero incontri: 11 territorio + 2 ospedale

équipe multidisciplinare: psicologo, ostetrica, ginecologo, pediatra, assistente sociale

6.3 Programma del corso:

Fase Preliminare

Formazione gruppi: accoglienza della coppia e compilazione cartella personale.

1° incontro:

Attivazione dinamica di gruppo, lezione informativa sull'articolazione del corso e sul metodo utilizzato.

Aspetti neurofisiologici e psicologici del dolore di parto.

Training.

2° Incontro:

Il cambiamento psicofisico, relazionale e sessualità della coppia in gravidanza.

Dalla relazione di coppia alla relazione genitoriale.

Training.

3° Incontro:

Endogestazione e Esogestazione, igiene in gravidanza.
Lavoro corporeo.

4° Incontro:

Lo sviluppo psicofisico del neonato: fasi della crescita, concetto di maturazione e sviluppo cognitivo e affettivo.
Training.

5° Incontro:

Stili di attaccamento e strumenti di autosservazione.
Training.

6° Incontro:

Fasi di sviluppo nella vita intrauterina.
Percezione del bacino osseo e del piano perineale.
Allattamento al seno, posizioni corrette, suzione e prevenzione ragadi del capezzolo ed ingorgo mammario.
Training e lavoro corporeo.

7° Incontro:

La fase preparante del travaglio di parto.
La soglia del dolore durante la contrazione uterina e strategie di controllo.
Rottura membrana del sacco amniotico.
Training e lavoro corporeo.

8° Incontro:

Le posizioni materne per il periodo espulsivo.
Il perineo, il premito quale respiro per spingere, la nascita, il secondamento.
Training e lavoro corporeo.

9° Incontro:

Quando andare in ospedale, la valigia, informazioni per la donazione del sangue del cordone ombelicale.
Puerperio.
Informazioni piano assistenza al parto in ospedale.
Training e lavoro corporeo.

10° Incontro

Informazioni ad eventuale taglio cesareo e ventosa.
Parto indolore.

11° Incontro

Informazioni baby blues ed eventuali modificazioni del tono dell'umore nel post partum.
Somministrazione test.
Paternità e maternità: cambiamento per sempre.
Percezione del rischio: prevenzione degli incidenti domestici e stradali.

Spazio incontro a due mesi dopo il parto con mamma e bebè.

12° Incontro - OSPEDALE -

Visita guidata: sala travaglio, sala parto, nido.
Intervento puericultrice e/o neonatologo.

13° Incontro – OSPEDALE –

Tracciato cardiocografia fetale.

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth M.D.S. (1970), "Attaccamento, esplorazione e separazione nel comportamento di bambini di un anno nella Strange Situation". Tr. it. in *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità. Scritti scelti*. Raffaello Cortina, Milano 2006.

Bowlby J. (1988), *Una base sicura*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1989.

Balaskas J., *Manule del parto attivo*. Ed. Red Edizioni, 2003.

Bernardi M., *Il nuovo bambino*. Ed. Rizzoli, 2003.

Ferraris A. O., *Crescere. Genitori e figli di fronte al cambiamento*. Ed. Raffaello Cortina, Milano 1992 (1°ed.), 1999 (4°ed.).

Leboyer F., *Per una nascita senza violenza*. Ed. Bompiani, Milano 1975.

Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Settore salute, Dipartimento della qualità, Direzione generale del sistema informativo, Ufficio di direzione statistica. *Analisi dell'evento nascita*. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Roma 2010.

Ministero della salute, Dipartimento della qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio VI Rapporto annuale di ricovero ospedaliero. Ministero della salute, Roma 2008.

Phillips A., *I no che aiutano a crescere*, Ed. Feltrinelli, Milano 1999.

Piscicelli U., *Training autogeno respiratorio e psicoprofilassi ostetrica*, Ed. Piccin Padova 1981.

Regione Emilia-Romagna. *La nascita in Emilia Romagna. 7° Rapporto sui dati del Certificato di assistenza al parto (CedAP) – anno 2009*. Bologna 2010.

Schultz I. H., *Il training autogeno*, Feltrinelli, Milano 1968.

Stern D. (2004), *Il momento presente*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2005.

Togliatti M., Mazzoni S., *Osservare, valutare e sostenere la relazione genitori-figli*. Raffaello Cortina, Milano 2006.

HANNO PARTECIPATO ALLA ELABORAZIONE DEL DOCUMENTO

Cordischi Genni, *ostetrica* (Ospedale Civile Pescara)

D'Andreamatteo Vanda, *psicologa* (Consultorio Familiare Montesilvano)

D'Incecco Carmine, *medico neonatologo* (Ospedale Civile Pescara)

De Angelis M.Assunta, *ostetrica* (Ospedale Civile Pescara)

Marusco Angela, *infermiera* (Ospedale Civile Pescara)

Perilli Franco, *assistente sociale* (Consultorio Familiare Città Sant'Angelo)

Sablone Monica *ostetrica* (Ospedale Civile Pescara)

Salvemme Federica, *ostetrica* (Consultorio Familiare Montesilvano)

Tamaro Maria Grazia, *infermiera* (Consultorio Familiare Via Pesaro)

Topazio Teresa, *medico neonatologo* (Ospedale Civile Pescara)

COORDINATORE DEL PROGETTO:

D'Andreamatteo Vanda, *psicologa* (Consultorio Familiare Montesilvano)

7 Gestione della madre e del neonato nel post-partum

7.1 Premessa

Negli ultimi anni da più parti sono state riprese in considerazione le modalità dell'organizzazione ed erogazione dell'assistenza alla madre, durante il parto e il puerperio, al neonato e alla famiglia, in modo da privilegiare la promozione della loro salute e del loro benessere garantendo al tempo stesso il massimo della sicurezza possibile.

Diversi gli elementi che hanno portato alla necessità di rivedere il "percorso nascita", in un'ottica di maggior garanzia della fisiologia degli eventi legati al parto e al puerperio e di un più facilitato sviluppo della relazione madre-neonato-famiglia. Il riconoscimento di specifiche esigenze della diade madre-neonato (attaccamento al seno precoce e a richiesta, libertà da orari rigidi, inutilità di alcune pratiche assistenziali e altro) ha condotto infatti a migliorare le modalità assistenziali in molti punti nascita e a ripensare l'intero complesso delle cure fornite nell'immediato post partum sia alla madre sia al neonato. Accanto a ciò, si è verificata anche una sempre maggiore tendenza alla "deospedalizzazione" precoce e a porre l'attenzione all'assistenza alla puerpera e al neonato nel suo complesso ed in particolare nelle prime 2-3 settimane di vita.

È questo un periodo che sovente presenta aspetti assistenziali rilevanti sia per la madre (possibili crisi di stanchezza, difficoltà di allattamento, "post partum blues", depressioni post-partum...), sia per il neonato (calo ponderale, disidratazione, ittero, infezioni, evidenziazione di anomalie congenite...) e per l'istaurarsi della loro relazione all'interno della nuova famiglia (possibilità di distorsioni relazionali precoci). Ma è anche un periodo in cui è spesso presente un "vuoto assistenziale"; infatti pur essendo previsti servizi territoriali per l'assistenza al puerperio e al neonato dopo la dimissione, da poche parti essi sono stati attivati e, se esistono, vengono largamente sottoutilizzati dall'utenza (anche per scarsa informazione). Così pure la presa in carico da parte del pediatra di famiglia avviene in maniera disomogenea e spesso tardiva.

Il protocollo "gestione della madre e del neonato nel post partum" è stato realizzato allo scopo di:

7.2 Madre

1. fornire un'adeguata assistenza al travaglio, parto e puerperio, per prevenire e curare possibili complicanze del post partum, riducendo in tal modo il rischio di:

- prolungare la permanenza della puerpera in ospedale
- successivi reingressi in ospedale

2. garantire sostegno sociale ed emotivo, favorire il rafforzamento dell'autostima e l'emergenza delle competenze nell'accudimento del neonato e nell'allattamento al seno.

7.3 Neonato

1. fornire sostegno e assistenza al neonato al fine di promuovere la fisiologia dell'adattamento postnatale, l'allattamento al seno, la relazionale e il benessere della famiglia.
2. salvaguardare la relazione tra genitori e bambino, ottenibile promuovendo fin dal momento della nascita la possibilità che madre e neonato stiano insieme 24 ore su 24 (contatto precoce e rooming-in)
3. favorire, ove possibile, a madre e bambino una permanenza breve in ospedale garantendo il supporto di cure extraospedaliere, necessarie durante i giorni successivi alla dimissione precoce
4. programmare un piano di assistenza caratterizzato dalla personalizzazione e dalla continuità degli interventi in cui si tenga conto degli orientamenti e delle preferenze della donna e che sia effettuato da operatori integrati tra loro (prima, durante e dopo la nascita).

7.4 Gestione del neonato nel post-partum

Assistenza al neonato alla nascita

- *Skin to Skin* nell'immediato post-partum per la migliore relazione emotiva tra la madre e il bambino
- Le procedure assistenziali non d'urgenza al neonato (primo bagnetto, profilassi oculare e vitaminica) posticipate di qualche ora per favorire l'emergere della relazione madre-bambino.

ASSISTENZA AL NEONATO FISILOGICO

Controlli clinici

Valutazione dell'aspetto clinico generale del neonato

1. la vitalità,
2. l'attività motoria e la postura,
3. il ritmo sonno-veglia,
4. la capacità di alimentarsi

Valutazione auxologia

Valutazione del calo ponderale: fenomeno fisiologico (< 10% del peso alla nascita), dovuto alla abbondante perdita di meconio e di liquidi (urine e "perspiratio insensibilis") e alla relativa perdita calorica dei primi 2-3 giorni

Cute e mucose

Valutazione: le estremità possono restare bluastre per 6-12 ore dopo la nascita (acrocianosi fisiologica). La cianosi e il pallore non sono mai fisiologici.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico :

- Comparsa di cianosi o pallore (in qualsiasi momento)
- Comparsa di lesioni cutanee (vescicole, esantemi, petecchie, ecchimosi, ...)

Temperatura

Valutazione della temperatura corporea: data la "termolabilità" del neonato è opportuno porre attenzione alle condizioni ambientali: vanno evitate un'eccessiva temperatura ambientale e il tenere il neonato eccessivamente vestito. In locali termoregolati artificialmente la temperatura ambientale ideale è 20-22°C nei primi giorni di vita e successivamente 18-22°C, con adeguata umidità (55–60%).

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- Ipertermia (temperatura ascellare >37,5°C)
- Ipotermia (temperatura ascellare <36°C)

Ittero

L'ittero cutaneo compare con valori di bilirubinemia > 6-7 mg/dl.

In assenza di fattori di rischio, il prelievo verrà effettuato valutando: intensità dell'ittero, momento della sua comparsa, condizioni cliniche generali.

Nel nato a termine, in assenza di fattori di rischio, la fototerapia è indicata quando si raggiungono i seguenti valori di bilirubina:

I giornata: 10 mg/dl;

II giornata: 15 mg/dl;

III giornata: 17 mg/dl.

La fototerapia deve essere di almeno 24 h e va sospesa quando il valore è sceso al di sotto di 15 mg/dl.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- Anamnesi positiva per fattori di rischio
- Comparsa di ittero < 24 ore di vita
- Ittero particolarmente intenso nei primi giorni di vita
- Ittero accompagnato da epato/splenomegalia, o da feci ipo/acoliche

Apparato respiratorio

Valutazione frequenza respiratoria: dopo le prime 12 ore il neonato sano presenta una FR a riposo ≤ 60 atti/min. La profondità e frequenza degli atti respiratori variano in relazione allo stato comportamentale; la variabilità è maggiore negli stati di sonno attivo e di veglia agitata.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- FR a riposo >60 atti/min;
- Presenza di dispnea.

Apparato cardiaco

Valutazione attività cardiaca: dopo le prime 12 ore i valori della frequenza cardiaca si stabilizzano tra 120-160/min. Durante le fasi di agitazione motoria e di pianto sono fisiologicamente presenti accelerazioni di 15-20 battiti al minuto; la frequenza è relativamente più bassa e la variabilità minore negli stati di sonno quieto e di veglia attenta, in cui il neonato sta quasi del tutto fermo. Frequenze tra 100 e 120/min. possono essere fisiologiche in II - IV giornata di vita e vanno valutate relativamente alle condizioni cliniche generali del bambino.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico;

- FC costantemente al di fuori dei limiti sopra riportati e/o presenza di aritmie
- Presenza di soffio cardiaco
- Edemi
- Contrazione della diuresi
- Cianosi al pianto generalizzata, prolungata e frequente
- Costante affaticamento alla poppata
- Polsi periferici patologici (asimmetrici, assenti).

Valutazione neuropsicologica

Valutazione degli aspetti motori - sensoriali - comportamentali:

La *motricità* spontanea è ricca, armonica e variabile e viene funzionalmente utilizzata nel controllo posturo-motorio (buon tono e iniziale controllo assiale antigravitario) e nell'alimentazione. La *postura* alla nascita riflette quella intrauterina, generalmente in flessione globale.

Il *comportamento* del neonato (sguardo, ascolto, mimica globale dell'attenzione, qualità dello stato di allerta, pianto e consolabilità, alternanza sonno-veglia) è un importante indice di salute globale, da valutare attentamente ad ogni controllo.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- Evidenti alterazioni della motricità (tremori, cloni e *startle* frequenti; ipotonia o ipertonìa; alterazioni qualitative e/o quantitative della motricità)

- Evidenti alterazioni del comportamento (scarsa vigilanza o reattività generale; succhia con poco vigore, fa meno di 5 pasti al dì; non guarda, non ascolta, scarsa mimica dell'attenzione; pianto flebile o eccessivamente acuto; inconsolabilità)
- Evidenti peggioramenti nel tempo (comparsa di iporeattività, letargia oppure inconsolabilità, ipertonìa)

Apparato genito-urinario e sua funzionalità

L'emissione di urine deve avvenire entro le prime 12-24 ore e, dopo la montata latte, almeno 6 volte al dì.

Apparato gastroenterico e sua funzionalità

L'emissione di meconio deve avvenire entro le prime 24 ore. Successivamente l'emissione è molto variabile e va rapportata al tipo di alimentazione e alle condizioni cliniche generali del neonato.

Valutazione di vomiti alimentari e/o biliari e rigurgiti.

7.5 Rooming in

Un aiuto alla presa di coscienza della genitorialità

Non è una tecnica da applicare, ma è la fisiologia del rapporto madre-neonato

- svolge una funzione educativa: la madre assume precocemente il suo ruolo
- promuove l'allattamento al seno
- favorisce la presenza del padre
- diminuisce il rischio di infezioni correlate all'assistenza poiché con il contatto *skin to skin* il neonato colonizza la sua cute con i germi provenienti dalla flora saprofita materna
- favorisce la continuità del contatto madre-neonato.

7.6 Sportello di ascolto

Durante gli incontri il gruppo di lavoro ha posto l'attenzione sulle problematiche inerenti proprio l'evento della nascita, sia rispetto alla madre sia al minore. Spesso gli operatori del reparto si trovano in situazioni di difficoltà per problematiche legate all'aspetto sociale: riconoscimento del minore, problematiche familiari, abbandono, problematiche economiche etc., e problematiche psicologiche: depressione, ansie, paure, mancata accettazione del ruolo genitoriale.

Per tutte queste motivazioni, ed anche perché emerge dalla letteratura come l'osservazione dei comportamenti della donna nelle prime ore dopo il parto siano fondamentali per evidenziare eventuali fragilità e criticità, è indispensabile pensare ad un supporto alla mamma e al bambino proprio all'interno della struttura: uno sportello di

ascolto, con le figure dell'assistente sociale e dello psicologo, per rispondere sia alle emergenze sia alla lettura di possibili comportamenti poco funzionali all'evento nascita. Gli operatori nella figura dell'assistente sociale e dello psicologo dovrebbero essere presenti all'interno del reparto di ostetricia almeno per due ore settimanali. Lo psicologo potrebbe anche somministrare un questionario (vedi allegato) alle donne che hanno appena partorito. Attraverso questo spazio operativo si garantirebbe la rete dei servizi territoriali anche nell'ottica della prevenzione e per assicurare con il segretariato sociale i supporti necessari alle mamme in difficoltà.

7.7 Criteri sanitari per una dimissione appropriata del neonato (48-72 ore)

1. neonato nato a termine (≥ 37 e < 42 sett.) di peso adeguato per l'età gestazionale ($> 3^{\circ}$ percentile, secondo le curve della S.I.N.) - Indice di Apgar al V minuto > 7 , qualora non siano stati praticati interventi di rianimazione
2. PROM < 18 ore dal parto
3. normale adattamento cardiorespiratorio alla vita extrauterina
4. stabilità termica
5. buone capacità nella suzione nutritiva ed avvio efficace dell'allattamento al seno
6. ittero, se presente, con caratteristiche di fisiologia
7. emissione avvenuta e registrata di urine e meconio
8. aver effettuato, se necessario, le opportune profilassi ed immunizzazioni (es. epatite B)
9. aver programmato l'effettuazione degli *screening* metabolici secondo le modalità concordate con il Centro Regionale responsabile
10. assenza di elementi anamnestici e clinici che suggeriscono la necessità di ulteriore osservazione, approfondimenti diagnostici e terapia in ospedale.

7.8 Organizzazione dei servizi per l'assistenza alla madre e al neonato

In questi tempi di riduzione dei posti letto, la possibilità di dimettere precocemente le pazienti fisiologiche consente, da un lato un rapido *turnover* e un'organizzazione più agevole e dinamica delle risorse presenti, dall'altro consente di integrare più rapidamente e armoniosamente il neonato nella realtà domiciliare, come pure di umanizzare l'evento nascita e il puerperio, consentendo alla neomamma un pronto recupero post partum nell'ambiente familiare. Tuttavia, la dimissione precoce deve necessariamente essere

supportata da una continuità assistenziale post - dimissione e da un efficace programma di *follow up* neonatale, altrimenti i rischi più temuti sono:

1. tardivo riconoscimento delle condizioni patologiche del neonato
2. mancato riconoscimento di una depressione puerperale
3. riduzione della probabilità di mantenere l'allattamento materno esclusivo.

Pertanto il protocollo prevede la possibilità per la puerpera di usufruire di un'assistenza ostetrica presso le strutture Consultoriali presenti sul territorio. Alcuni consultori della ASL si sono già organizzati per offrire momenti di incontro per le donne nel dopo parto. Durante ogni incontro l'attenzione sarà rivolta agli elementi del benessere emotivo della donna, al supporto familiare e sociale, nonché alle modalità di gestione delle attività quotidiane, ossia a tutti quegli aspetti che contribuiscono alla salute di mamma e bambino e rispetto ai quali l'ascolto, il consiglio, la condivisione possono essere fondamentali per favorire il loro benessere (al momento della dimissione si provvederà alla consegna della brochure con i recapiti telefonici).

Per gli stranieri extracomunitari di varia etnia e cultura, ove necessario, si prevede l'utilizzo della figura della mediatrice culturale con l'intento di: facilitare la comunicazione, garantire pari dignità alle donne immigrate, consentire il loro accesso ai servizi, offrire sostegno anche alle loro famiglie per promuovere l'integrazione sociale.

Al momento della dimissione alle puerpere saranno fornite informazioni esaurienti circa l'alimentazione da seguire, le indicazioni su come monitorare l'ittero del neonato rilasciando anche materiale cartaceo; verranno inoltre date anche indicazioni per l'iscrizione del neonato al pediatra di base.

Il *timing* del *follow up* sarà personalizzato (età del neonato al momento della dimissione, presenza di fattori di rischio, valutazione clinica). I casi "particolari" saranno opportunamente segnalati ai servizi presenti sul territorio per garantire un adeguato supporto.

Durante le visite di controllo porre attenzione a:

Peso del neonato

Crescita dalla dimissione

Eventuale calo ponderale (<10%)

Adeguatezza dell'apporto alimentare e tipo di alimentazione; alvo e diuresi (dopo la 4^a giornata di vita 4 pannolini bagnati al giorno, feci da meconiali a giallastre molli).

Presenza o meno di ittero mediante valutazione clinica visiva del colorito ed eventualmente con misurazione transcutanea della bilirubina o su sangue capillare).

Sono previsti periodici incontri di aggiornamento fra gli operatori coinvolti. Questi incontri consentiranno una più puntuale messa a punto e verifica dei percorsi assistenziali individuati.

La procedura "gestione della madre e del neonato nel post partum" si applica nei punti nascita della ASL di Pescara.

BIBLIOGRAFIA

Prof. N. Surico, Università del Piemonte Orientale " Amedeo Avogadro" Aou " Maggiore della Carta" - Novara Clinica Ostetrica e Ginecologica.

Facilitating discharge home following o normal term birth

Giornate Pediatriche Meridionali famiglia P. Fontana G. Lista U.O. Nido - Patologia Neonatale- TIN Ospedale dei bambini " Y. Buzzi " Azienda ICP Milano

Allattamento al seno e uso del latte umano, Policy Statement, Pediatrics, febb. 2005

The optimization of breast - feeding in the perinatal period. Clinics Perinatology 1998; 25, 2: 303 – 326.

Hospital readmission with feeding-related problems after early postpartum discharge of normal newborns. Edmonson MB, Stoddard JJ, Owensl. M. Department of Pediatrics Sciences, University of Wisconsin - Madison, 537 92-41 I 6, U.S.A. JAMA 1997 Jul23 - 30:27 8(4):299-303.

HANNO PARTECIPATO ALLA ELABORAZIONE DEL DOCUMENTO

Di Federico Lia, *ostetrica* (Ospedale Civile Pescara)

Chiarieri Luciana, *psicologa* (Consultorio Familiare Spoltore/Pianella)

Di Valerio Susanna, *medico neonatologo* (Ospedale Civile Pescara)

Macchiavelli Caterina, *ostetrica* (Ospedale Civile Pescara)

Di Pietro Lorella, *coordinatrice infermieri* (Ospedale Civile Pescara)

Molinari Rita, *infermiera* (Ospedale Civile Pescara)

Rasetta Pina, *assistente sociale* (Consultorio Familiare di via Pesaro)

Di Giulio Elena, *ostetrica* (Consultorio Familiare Scafa)

Martone Fernanda, *medico ginecologo* (Consultorio Familiare Scafa)

COORDINATORE DEL PROGETTO:

Martone Fernanda, *medico ginecologo* (Consultorio Familiare Scafa)

8 Gestione del puerperio sul territorio

Le dimissioni ospedaliere possono rappresentare per la puerpera l'inizio di un "vuoto assistenziale" dovuto alla transizione tra il ricovero, vissuto come rassicurante, e l'accesso ai servizi di medicina territoriale non ancora conosciuti e familiari. Dalla considerazione che questo periodo è invece il più delicato sia per la madre (possibili crisi di stanchezza, difficoltà nell'allattamento, baby blues, depressione post partum ecc.) sia per il neonato (calo ponderale, disidratazione, ittero, eventuali infezioni ecc.) nasce l'esigenza di un servizio di collegamento ospedale-ambiente di vita, dedicato al momento delle post dimissioni e tale da garantire interventi tempestivi e adeguati.

Obiettivi generali

La realizzazione di un programma di continuità assistenziale territorio-ospedale incentrato sulla donna e sul suo bambino prevede:

- incentivazione delle dimissioni precoci;
- assistenza nell'immediato puerperio;
- promozione dell'allattamento al seno;
- rilevazione di problematiche sociali e psicologiche (eventuali disturbi depressivi, relazione madre-bambino disturbata, etc.);

Target

L'intervento è rivolto alle puerpere e ai relativi partners e si basa su un'azione di accompagnamento condiviso dall'ambito ospedaliero a quello territoriale.

Attori coinvolti

Ostetriche (in prima istanza)

Assistenti sociali e /o psicologi (in seconda istanza)

Interventi

1. incentivazione delle dimissioni precoci

Alla luce delle esigenze psicologiche della puerpera, si tende oggi a realizzare un suo rapido rientro nelle mura domestiche. La dimissione della puerpera può avvenire a giudizio clinico del sanitario responsabile:

- dopo i primi tre giorni di puerperio: dimissione ordinaria;
- dopo 48 ore: dimissione precoce protetta.

Un'efficace collegamento ospedale-territorio, la condivisione di protocolli e l'assonanza di intenti e di obiettivi tra reparti di ostetricia e Consultori Familiari sono fondamentali per realizzare, con attenzione alla sicurezza della madre e del neonato, la "dimissione

precoce/protetta/concordata”, per la quale esistono evidenze scientifiche che la raccomandano.

La garanzia del controllo puerperale e neonatale domiciliare sono di pertinenza dei servizi territoriali, così come, al coordinamento con i pediatri di base (informati e adeguatamente coinvolti attraverso materiale illustrativo e comunicazioni ufficiali di richiesta di collaborazione), è affidata la tempestività del primo controllo medico sul bambino.

2. assistenza nell'immediato puerperio e rilevazione di eventuali problematiche psicosociali

Ogni donna deve poter fare riferimento ad un operatore sanitario territoriale, incaricato del coordinamento dell'assistenza e individuabile nella figura dell'ostetrica la cui professionalità è quella che maggiormente consente di unire la competenza di valutazione psicofisica della madre e del neonato (previa opportuna formazione ove ritenuto necessario) con la promozione della relazione, dell'allattamento al seno e di supporto ai neogenitori. Ciò rientra soprattutto nelle competenze dell'ostetrica consultoriale il cui lavoro, nell'ambito di un'equipe multidisciplinare, travalica il solo aspetto sanitario e si integra e completa con quello sociale e psicologico.

Sarà cura delle ostetriche dell'ospedale informare le neomamme sull'offerta di assistenza territoriale in puerperio da parte dei consultori. Alle puerpere che ne faranno richiesta sarà fatto compilare un modulo di adesione al programma (vedi allegato a pag. 97) che consentirà all'ostetrica del territorio di prendere contatto con la donna e di pianificare tempi e modalità degli incontri. Tali incontri saranno effettuati presso la struttura consultoriale più vicina alla puerpera. Allo stato attuale la carenza di personale ostetrico limita l'offerta di visite a domicilio solo a casi particolari.

3. rilevazione dello stato clinico, delle problematiche sociali e di eventuali disturbi depressivi

Nel contesto delle visite domiciliari, l'ostetrica valuta non solo le condizioni fisiche ma anche quelle abitative e l'eventuale insorgenza di stati d'animo depressivi: a tale scopo, compila la scheda puerperale (in allegato) in cui riportare:

a. stato clinico

- cure igieniche madre/neonato
- controllo del peso con relative istruzioni per l'aumento ponderale nel primo mese di vita
- controllo dell'ittero neonatale e misurazione transcutanea della bilirubina

- osservazione generale del neonato: colorito, idratazione cutanea, reattività, tono muscolare e postura
 - controllo/medicazione del cordone ombelicale
 - valutazione della poppate ed eventuali suggerimenti
 - interpretazione del pianto del neonato
 - stato di salute della puerpera
- b. condizione sociale
- presenza o meno di familiari disponibili all'aiuto
 - condizione abitativa
 - tipo di assistenza ospedaliera (rooming in, aiuto nell'allattamento, tempo intercorso dalla nascita all'allattamento al seno, ...).

Laddove dall'analisi delle risposte, discusse in equipe, emergesse la necessità di un intervento specialistico (medico, sociale o psicologico) è previsto l'accompagnamento a risorse di secondo livello.

4. promozione dell'allattamento al seno

Nell'ambito di sensibilizzazione e promozione dell'allattamento al seno, sarà compito dell'ostetrica:

- informare le puerpere sui vantaggi e le tecniche dell'allattamento al seno
- mostrare alle madri le posizioni migliori per l'allattamento stesso
- partecipare alla donna l'importanza del contatto pelle a pelle (le esperienze tattili nei primi mesi di vita sono infatti fondamentali). Dopo la nascita il contatto con il seno, sentirsi circondato dalle braccia, coccolato fanno sentire il bambino ancora sostenuto e sicuro.
- Tale aspetto non è secondario rispetto a quelli meramente "informativi" e didattici, in quanto aiuta a rimuovere eventuali resistenze e permette alla puerpera di aprirsi ad altre e alternative modalità di comunicazione. Importanti, in tale ottica, anche i corsi di massaggio infantile (che la donna può essere invitata a seguire presso i consultori) e che insegnano come le mani e la pelle che viene toccata sappiano parlare un linguaggio profondo e autentico, che va al di là delle parole e che madre e figlio sono certamente in grado di recepire e condividere.

Tempi

Benché il numero delle visite previste per ogni puerpera dipenda dalle singole situazioni ed esigenze, è comunque necessario programmare un primo incontro entro le 48 ore dalla

dimissione, le successive 4 visite saranno concordate con cadenza settimanale. Nell'ultimo incontro bisogna somministrare il test della scala di Edimburg.

Strumenti

Scheda puerperale

Consegna del libretto sanitario pediatrico

Test scala di Edimburg

Materiale divulgativo (allattamento, informazione sui servizi fruibili, contraccezione , ecc.)

Lettere di richiesta collaborazione pediatri di base e servizi territoriali

SOS allattamento (numero telefonico e orari di servizio).

Verifiche

Incontri di *audit* a cadenza semestrale.

INDICATORI DI PROCESSO: assistenza al puerperio

1. numero di dimissioni precoci in rapporto al numero di dimissioni totali
2. tasso di accessi per consulenze al Pronto Soccorso in relazione al numero di dimissioni precoci
3. percentuale di puerpere che vengono seguite dall'ostetrica nei primi 30gg sul totale delle puerpere che vengono dimesse dal Punto Nascita
4. numero di richieste di visite domiciliari in relazione a quelle effettivamente effettuate
5. tasso di ri-ospedalizzazione del neonato (in relazione al numero di dimissioni precoci)
6. numero delle donne che scelgono di allattare al seno rispetto al numero delle puerpere prese in carico
7. percentuale di allattamento esclusivo al seno a 30 gg dalla nascita sul numero totale di parti

INDICATORI DI PROCESSO PERCORSO ASSISTENZIALE GRAVIDANZA			
Prodotto	Caratteristica misurata	Indicatore	Rilevazione anno: 20.....
Permanenza in ospedale dopo parto EUTOCICO	Assistenza ospedaliera alla gestante/puerpera	Numero di dimissioni precoci in rapporto al numero di dimissioni totali	
Sostegno e cure sanitarie offerte	Qualità delle informazioni ricevute al momento delle dimissioni	Tasso di accessi per consulenze al Pronto Soccorso in relazione al numero di dimissioni precoci.	
Assistenza alla puerpera	Capacità di risposta	Numero di richieste di visite domiciliari in relazione a quelle effettivamente effettuate	
Assistenza alla puerpera	Assistenza ostetrica in puerperio	Percentuale di puerpere che vengono seguite dall'ostetrica nei primi 30gg sul totale delle puerpere che vengono dimesse dal Punto Nascita	
Assistenza al neonato	Assistenza ospedaliera al neonato	Tasso di ri-ospedalizzazione del neonato (in relazione al numero di dimissioni precoci)	
Assistenza alla puerpera	Assistenza ostetrica in puerperio	Numero delle donne che scelgono di allattare al seno rispetto al numero delle puerpere prese in carico	
Assistenza alla puerpera	Allattamento esclusivo al seno	Percentuale di allattamento esclusivo al seno a 30 gg dalla nascita sul numero totale di parti	

HANNO PARTECIPATO ALLA ELABORAZIONE DEL DOCUMENTO

Ambrosini Lucia, *psicologa* (Consultorio Familiare Penne)

Amoroso Antonietta, *medico ginecologo* (Consultorio Familiare di Pianella)

Conti Fiorella, *medico ginecologo* (Ospedale Civile Pescara)

D'Incecco Carmine, *medico neonatologo* (Ospedale Civile Pescara)

Giglio Antonietta, *ostetrica* (Ospedale Civile Pescara)

Izzi Marilena, *medico ginecologo* (Consultorio Familiare di via Pesaro)

Labricciosa Mirella, *infermiera* (Consultorio Familiare di Penne)

Marchegiani Katia, *infermiera* (Ospedale Civile Pescara)

Mastrogiacomo M.Teresa, *assistente sociale* (Consultorio Familiare di Loreto)

Miscia Luigia, *ostetrica* (Ospedale Civile Pescara)

Molinari Rita, *infermiera* (Ospedale Civile Pescara)

Palladoro Vincenzo, *medico ginecologo* (Ospedale Civile Pescara)

Pellegrini Franco, *medico ginecologo* (Ospedale Civile Pescara)

Rosati Cleda, *ostetrica* (Consultorio Familiare di Penne)

Rosati Valeria, *assistente sociale* (Consultorio Familiare di Penne)

COORDINATORE DEL PROGETTO:

Conti Fiorella, *medico ginecologo* (Ospedale Civile Pescara)

A cura di:

Trivelli Maria, *ostetrica* (Consultorio Familiare Via Milli)

Cartella per la gravidanza

Data..... ID.....

Cognome e Nome.....C.F.....

se trattasi di utente irregolare n. S.T.P. o ENI e relativa data di scadenza

luogo di nascita..... data di nascita

residenza/domicilio a.....Via.....n.....

Recapito telefonico.....Cittadinanza (1):.....

richiesta interprete SI NO richiesta mediatore culturale SI NO

Stato civile: nubile coniugata convivente separata divorziata vedova

Titolo di studio nessun titolo scuola elem. scuola media inf. scuola media sup. laurea
 altro.....

Condizioni lavorative casalinga studentessa in cerca di occupazione disoccupata
 occupata:
 contratto a tempo indeterminato
 contratto a tempo determinato
 cocopro contratto d'agenzia interinale
 lavoro non regolare libero professionista

Gruppo Sanguigno. **Rh**.....**test di Coombs indiretto**.....
Immunoprofilassi anti Rh, effettuata il.....sett. di grav.....
U.M.../.../ certa incerta **E.P.P**.../.../.....**E.P.P.ecografica**...../.../.....

La donna è: sola accompagnata dal partner accompagnata da familiare
 accompagnata da amica accompagnata dal mediatore culturale

Dati del PARTNER
 Età :..... Cittadinanza ¹² recapito telefonico

Emogruppo.....Rh.....HIV.....il.....TPHA/VDRL.....il.....

Emoglobinopatie.....

dati anamnestici/ clinici rilevanti.....

Titolo di studio nessun titolo scuola elementare scuola media inf. scuola media sup.
 laurea altro.....

Condizioni lavorative studente in cerca di occupazione disoccupato
 occupato:
 contratto a tempo indeterminato
 contratto a tempo determinato
 cocopro contratto d'agenzia interinale
 lavoro non regolare libero professionista

Medico curante Dr......
ANAMNESI FAMILIARE

¹² Se straniera /o specificare la cittadinanza

Madre	
Padre	
Fratelli/ Sorelle	
Figli	
Altri parenti	

CONDIZIONI PATOLOGICHE PRESENTI O SOSPETTE AL MOMENTO DEL 1° COLLOQUIO/ VISITA

Patologie respiratorie croniche o ricorrenti SI NO

Se si, specificare.....

Eventuale terapia in corso.....

Disturbi uditivi SI NO

Se si, specificare.....

Disturbi visivi SI NO

Se si, specificare.....

Problemi dell'apparato muscolo-scheletrico SI NO

Se si, specificare.....

Vaccinazioni effettuate SI NO NON SO

Se si, quali.....

Interventi chirurgici pregressi:.....

Incontinenza urinaria: SI NO

Intolleranze a cibi particolari (specificare).....

Allergie riferite:.....

Allergie documentate:.....

ANAMNESI IMMUNOEMATOLOGICA

Gruppo Sanguigno della madre documentato da Centro Trasfusionale ASL	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Incompatibilità in gravidanze precedenti	<input type="checkbox"/> Rh	<input type="checkbox"/> ABO
Profilassi Rh in gravidanze	<input type="checkbox"/> precedenti	<input type="checkbox"/> attuale per.....
Ittero neonatale in gravidanze precedenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

ANAMNESI GINECOLOGICA

Menarca ad anni.....mestruazioni successive.....durata giorni

Caratteri: regolari irregolari HPV test /PAP test aa.....esito.....

Colposcopia il.....esito.....mammelle.....

interventi ginecologici.....

.....

VALUTAZIONE DEL RISCHIO OSTETRICO

1- ANAMNESI PERSONALE

ABUSO DI FUMO O ALCOOL ATTUALI O PREGRESSE *	SI	NO
CARDIOPATIE	SI	NO
CONDIZIONE SOCIALE SFAVOREVOLE *	SI	NO
DIABETE	SI	NO
EMICRANIA	SI	NO
EMOGLOBINOPATIA / TALASSEMIE	SI	NO
ENDOCRINOPATIE *	SI	NO
EPATOPATIE ATTIVE	SI	NO
GRAVIDANZA IN PORTATRICE DI IUD	SI	NO
IPERTENSIONE ATTUALE O PREGRESSA	SI	NO
MALATTIE AUTOIMMUNI	SI	NO
MALATTIE EREDOFAMILIARI E CONGENITE ANCHE RELATIVE AL PARTNER E ALLA SUA FAMIGLIA*	SI	NO
MALNUTRIZIONI BMI < 18. OBESITÀ BMI > 30 ATTUALI *	SI	NO
NEFROPATIE/UROPATIE ATTUALI	SI	NO
PATOLOGIE ONCOLOGICHE ATTUALI O PREGRESSE	SI	NO
PATOLOGIE PSICHICHE ATTUALI E PREGRESSE *	SI	NO
PATOLOGIE DELLA TIROIDE*	SI	NO
PCOS	SI	NO
PRECEDENTI TROMBOEMBOLICI/COAGULOPATIE ATTUALI E PREGRESSE	SI	NO
PREGRESSA CHIRURGIA DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO (miomectomia, conizzazione con utilizzo di punti, resezione di setto uterino)	SI	NO
SIFILIDE – HIV – MST ATTUALI O SOSPETTE *	SI	NO
USO DI DROGHE (COCAINA, CRAC, HEROINA, ECSTASY..) ATTUALI O PREGRESSE *	SI	NO
OGNI ALTRA GRAVE PATOLOGIA O CONDIZIONE DI RISCHIO SPECIFICARE QUALE _____	SI	NO

2- GRAVIDANZE PREGRESSE

ABORTO ABITUALE > 3	SI	NO
ABORTO TARDIVO	SI	NO
CERCHIAGGIO	SI	NO
DIABETE*	SI	NO
EMORRAGIA POST-PARTO	SI	NO

IPERTENSIONE IN GRAVIDANZA, PREECLAMPSIA O ECLAMPSIA, HELLP	SI	NO
ISOIMMUNIZZAZIONE M-F	SI	NO
MALFORMAZIONI UTERINE	SI	NO
MORTE FETALE O MORTE PERINATALE *	SI	NO
PARTO PRETERMINE	SI	NO
PLACENTA RITENUTA	SI	NO
PREGRESSO NATO CON ANOMALIA CONGENITA O PATOLOGIA GENETICA*	SI	NO
PREGRESSO NATO CON PESO ALLA NASCITA < 2500 - > 4500*	SI	NO
PSICOSI PUERPERALE *	SI	NO
TAGLIO CESAREO *	SI	NO

3- GRAVIDANZA ATTUALE

DONNE CON CRISI EPILETTICHE	SI	NO
ESPOSIZIONE A RAGGI E FARMACI NELL'ATTUALE GRAVIDANZA*	SI	NO
ETÀ < 16 e > 40 *	SI	NO
GRAVIDANZA MULTIPLA ATTUALE	SI	NO
PERDITE EMATICHE VAGINALI	SI	NO
OGNI ALTRA PATOLOGIA OSTETRICA O FETALE PRESENTE O DUBBIA AL MOMENTO DEL 1° COLLOQUIO O DELLA 1ª VISITA	SI	NO

Le gravide che presentano una o più delle patologie/condizioni elencate nelle tabelle dovranno seguire un piano assistenziale diverso da quello previsto per le gravidanze a basso rischio.

*in presenza della condizione/patologia (criterio di esclusione) contrassegnata con un asterisco l'Ostetrica attiva la consulenza del Ginecologo e/o dello Psicologo/Psicoterapeuta

A seguito di tale consultazione il caso potrà:

1. rientrare nel modello assistenziale previsto per la gravidanza a basso rischio;
2. essere inviato per consulenza specialistica (genetista, endocrinologo, infettivologo, psichiatra etc....) sulla base della quale verrà rivalutato;
3. passare ad un modello assistenziale diverso

PIANO ASSISTENZIALE A BASSO RISCHIO SI NO

Dichiaro di essere stata opportunamente informata del percorso assistenziale previsto per la gravidanza a basso rischio ostetrico.

ACCETTO SI NO Firma.....

Ostetrica:..... **Ginecologo:**.....

Inizio Gravidanza: Spontaneo PMA- tecnica utilizzata: farmaci IUI GIFT FIVET ICSI altre tecniche
 grav. desiderata/prevista grav. imprevista accettazione donna No Si accettazione partner No Si

Peso pregravidico: Kg..... **Peso attuale:** Kg..... **ALTEZZA** cm..... **BMI**..... **P.A.**.....

GRAVIDANZE PRECEDENTI

Anno	Aborto	IVG	P.S.	P.I.	Parto operativo	T.C.: motivo	Sett. di gest.	Sesso	Peso Gr.

CAMERA GESTAZIONALE:

localizzazione intrauterina SI No

EMBRIONE: presente assente non visualizzabile

ATTIVITA' CARDIACA: presente; assente.

Assunzione acido folico NO SI:
 prima dopo prima e dopo il concepimento

Note dell'Ostetrica/Ginecologo:

.....

.....

.....



INFORMAZIONI SU SCREENING E TECNICHE DI DIAGNOSI PRENATALE

Noi sottoscrittidichiariamo di aver ricevuto, attraverso un approfondito colloquio e documentazione scritta, informazioni sugli screening e tecniche di diagnosi prenatale

dichiariamo quindi di:

ESSERE INTERESSATI NON ESSERE INTERESSATI

firma: Sig.ra..... Sig.

INDICAZIONI PER UN COLLOQUIO CON:

Psicologo Assistente Sociale Specialista esterno (*internista, genetista, psichiatra...*)

Motivo dell'invio:

gravidanza non desiderata conflitto coniugale gravidanza dopo morte fetale adolescenza

Sostegno sociale ed economico altro (specificare).....

Data...../...../.....

Settimana di gestazione..... **Peso Kg**..... **Lunghezza S.F**.....**PA**.....

Esami effettuati.....

Utero corrispondente all'epoca SI NO

Se NO datazione ecografia: settimane giorni U.M. ecografica

Sospette patologie annessiali e/o uterine SI NO

Se SI specificare

.....

Visita Ostetrica.....

.....

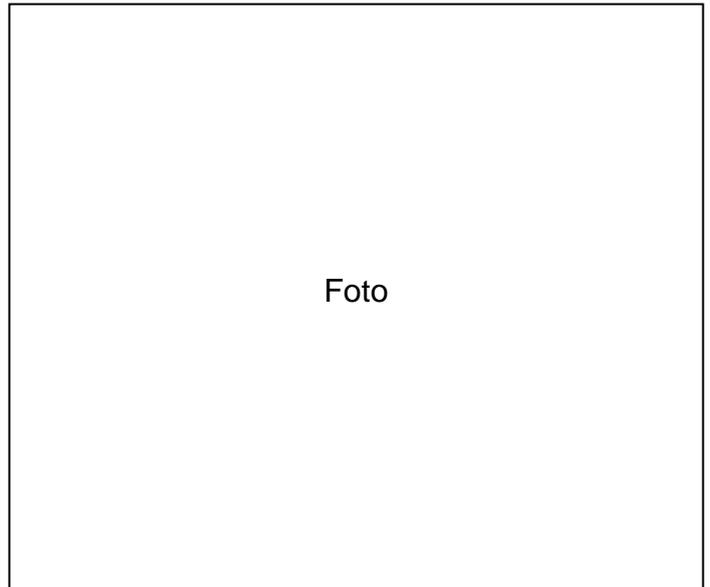
.....

BCF presente: SI NO

MAF evidenziati: SI NO

Presenza di edemi SI NO

Presenza di varici SI NO



Terapia consigliate/prescritte.....

.....

Richiesti esami protocollo, sett.....

Esami richiesti **fuori** protocollo:

.....

.....

Presenza di fattori di rischio.....

.....

Annotazioni:.....

.....

Ostetrica:.....

Ginecologo:.....

CONTROLLI OSTETRICI SUCCESSIVI AL 1° E 2° INCONTRO/VISITA

DATA

INDICARE CON UNA CROCETTA LA PRESENZA DEL FATTORE DI RISCHIO							
ASMA SEVERA							

CARDIOPATIE							
DATI DI LABORATORIO ANOMALI*							
DIABETE							
DISAGIO SOCIALE							
DISAGIO PSICHICO							
FIBROMIOMI UTERINI SINTOMATICI							
INFEZIONI GENITALI							
INFEZIONI URINARIE							
IPERTENSIONE							
ISOIMMUNIZZAZIONE M - F							
MACROSOMIA FETALE							
MALATTIE AUTOIMMUNI							
MALATTIE INFETTIVE SISTEMICHE							
MALFORMAZIONI FETALI							
MASSE PELVICHE SINTOMATICHE							
NEFROPATIE/UROPATIE							
OLIGO - POLIDRAMNIOS							
PATOLOGIE ONCOLOGICHE							
PATOLOGIE PSICHICHE							
PRESENTAZIONE ANOMALA DOPO LA 32 ^a SETTIMANA							
RITARDO DI CRESCITA INTRAUTERINA ACCERTATO O SOSPETTO							
SANGUINAMENTI ANOMALI							
TROMBOFLEBITE							
USO DI DROGHE (COCAINA, CRAC, HEROINA, ECSTASY..)							
OGNI ALTRA GRAVE PATOLOGIA O CONDIZIONE DI RISCHIO SPECIFICARE QUALE							

Alla comparsa di una o più delle condizioni/patologie elencate nella scheda l'ostetrica attiva la consulenza del medico-ginecologo o psicologo

Data...../...../.....

Settimana di gestazione..... Peso Kg..... Lunghezza S.F..... PA.....

Esami effettuati.....

Utero corrispondente all'epoca SI NO

Visita ostetrica:
.....
.....

Presenza di edemi SI NO

Presenza di varici SI NO

BCF evidenziato: SI NO

MAF presenti: SI NO



Terapia consigliate/prescritte.....
.....

Richiesti esami protocollo, sett.....

Esami richiesti **fuori** protocollo:
.....
.....

Fattori di rischio attuali:.....
.....
.....

Annotazioni:.....
.....
.....
.....

Ostetrica:.....

Ginecologo:.....

Data...../...../.....

Settimana di gestazione..... **Peso Kg**..... **Lunghezza S.F**..... **PA**.....

Esami effettuati.....

Utero corrispondente all'epoca SI NO

Visita ostetrica:
.....
.....

Presenza di edemi SI NO

Presenza di varici SI NO

BCF evidenziato: SI NO

MAF presenti: SI NO



Terapia consigliate/prescritte.....
.....

Richiesti esami protocollo, sett.....

Esami richiesti **fuori** protocollo:
.....
.....

Fattori di rischio attuali:.....
.....
.....

Annotazioni:.....
.....
.....
.....

Ostetrica:.....

Ginecologo:.....

Data...../...../.....

Settimana di gestazione..... **Peso Kg**..... **Lunghezza S.F**..... **PA**.....

Esami effettuati.....

SCREENING PRENATALI
.....

Utero corrispondente all'epoca SI NO

Visita ostetrica:
.....
.....

Presenza di edemi SI NO

Presenza di varici SI NO

BCF evidenziato: SI NO

MAF presenti: SI NO



Terapia consigliate/prescritte.....
.....

Richiesti esami protocollo, sett......

Esami richiesti **fuori** protocollo:
.....
.....

Fattori di rischio attuali:.....
.....
.....

Annotazioni:.....
.....
.....
.....

Ostetrica:..... **Ginecologo:**.....

ESAMI PROTOCOLLO (DM 10/09/1998)

Risultati nella norma SI NO,specificare.....
.....(referti allegati)

ESAMI SIEROLOGICI

Data	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

HBV								
HCV								
HIV								
VDRL/TPHA								
CMV								
TOXO								
RUBEO								
Test di Coombs ind.								
Tamp. Vagino-rettale per <i>Streptococco β Emolitico</i>								
Urinocoltura anche per <i>Streptococco β Emolitico</i>								

OGTT			
Data	s.g.	RISULTATO	NOTE
		
		
		

ESAMI RICHIESTI/EFFETTUATI FUORI PROTOCOLLO (f.p.):

- ECG e Visita cardiologica..... (ref. a.)
- Cpk e Colinesterasi.....(ref. a.)
- Screening coagulatorio.....(ref. a.)
-

Indagini di screening prenatale	ESITO	Indagini diagnostiche prenatali	ESITO
Solo TRI test	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Villi coriali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Solo Traslucenza nucale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Amniocentesi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Test COMBINATO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fetoscopia/funicolocentesi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Test INTEGRATO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

Epoca gest.	Biometria pari all'epoca?	Referto allegato?	Anatomia indagabile per l'epoca regolare	BCF/MAF presenti?	L.A. regolare?
Data..... Sett.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Note					

Data.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Sett.....					
Note					
Data.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Sett.....					
Note					
Data.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Sett.....					
Note					

ECOGRAFIE

LOCALIZZAZIONE PLACENTARE: anteriore; posteriore; fundica;

laterale dx; laterale sx.; previa marginale; previa;

FLUSSIMETRIA DOPPLER del.....

Farmaci assunti in gravidanza: NO SI,specificare.....

RICOVERI

Elementi di attenzione dall'anamnesi

.....

Periodo di ricovero	Motivo del ricovero

.....
Elementi di attenzione dall'evoluzione della gravidanza
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Problematiche psicologiche rilevate **SI** **NO**
.....
.....
.....
.....

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Data..... **s.g.**..... **P.A.**..... **Incremento ponderale: Kg**.....
.....
.....
.....
.....

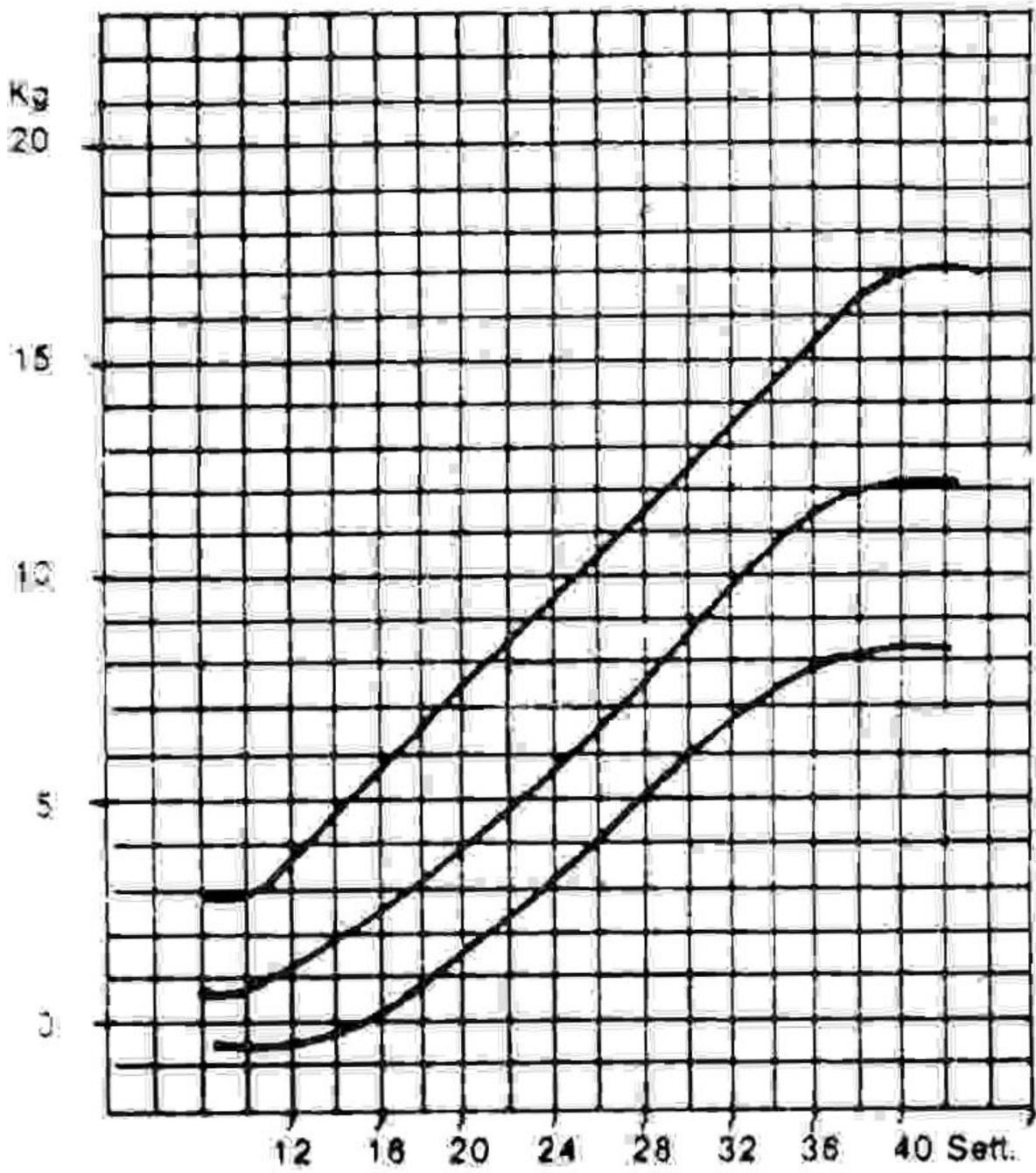
V.O.....
.....
.....
.....

BCF..... MAF..... Situazione:..... presentazione:.....

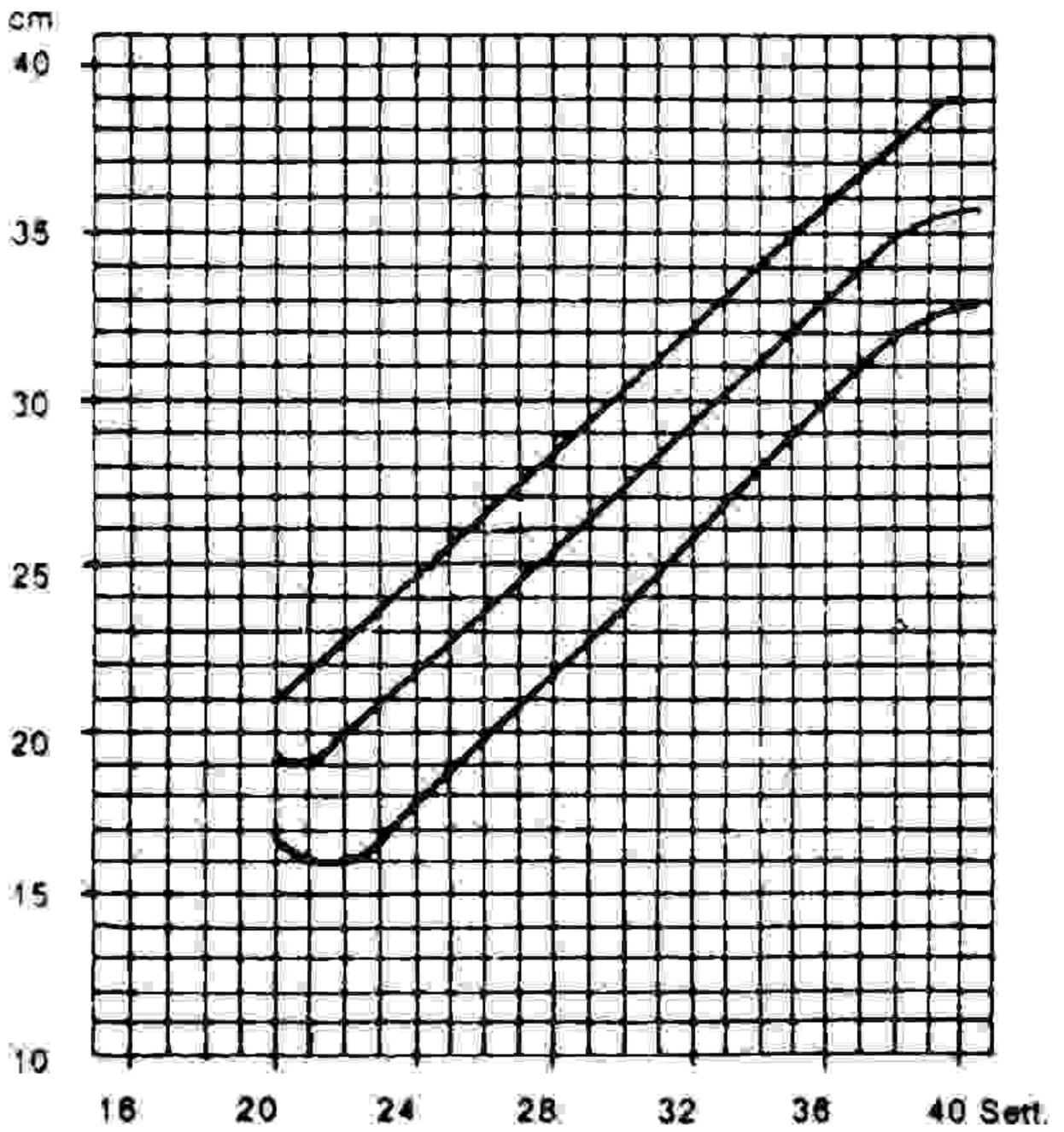
Disponibilità alla donazione/conservazione del cordone ombelicale **NO** **SI**

Ostetrica:..... Ginecologo/a.....

AUMENTO PONDERALE MATERNO



LUNGHEZZA SINFISI FONDO



Criteri per la selezione delle gravidanze a basso rischio

1- ANAMNESI PERSONALE

ABUSO DI FUMO O ALCOOL ATTUALI O PREGRESSE *	SI	NO
CARDIOPATIE	SI	NO
CONDIZIONE SOCIALE SFAVOREVOLE *	SI	NO
DIABETE	SI	NO
EMICRANIA	SI	NO
EMOGLOBINOPATIA / TALASSEMIE	SI	NO
ENDOCRINOPATIE *	SI	NO
EPATOPATIE ATTIVE	SI	NO
GRAVIDANZA IN PORTATRICE DI IUD	SI	NO
IPERTENSIONE ATTUALE O PREGRESSA	SI	NO
MALATTIE AUTOIMMUNI	SI	NO
MALATTIE EREDOFAMILIARI E CONGENITE ANCHE RELATIVE AL PARTNER E ALLA SUA FAMIGLIA*	SI	NO
MALNUTRIZIONI BMI < 18. OBESITÀ BMI > 30 ATTUALI *	SI	NO
NEFROPATIE/UROPATIE ATTUALI	SI	NO
PATOLOGIE ONCOLOGICHE ATTUALI O PREGRESSE	SI	NO
PATOLOGIE PSICHICHE ATTUALI E PREGRESSE *	SI	NO
PATOLOGIE DELLA TIROIDE*	SI	NO
PCOS	SI	NO
PRECEDENTI TROMBOEMBOLICI/COAGULOPATIE ATTUALI E PREGRESSE	SI	NO
PREGRESSA CHIRURGIA DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO (miomectomia, conizzazione con utilizzo di punti, resezione di setto uterino)	SI	NO
SIFILIDE – HIV – MST ATTUALI O SOSPETTE *	SI	NO
USO DI DROGHE (COCAINA, CRAC, HEROINA, ECSTASY..) ATTUALI O PREGRESSE *	SI	NO
OGNI ALTRA GRAVE PATOLOGIA O CONDIZIONE DI RISCHIO SPECIFICARE QUALE _____	SI	NO

2- GRAVIDANZE PREGRESSE

ABORTO ABITUALE > 3	SI	NO
ABORTO TARDIVO	SI	NO
CERCHIAGGIO	SI	NO
DIABETE*	SI	NO
EMORRAGIA POST-PARTO	SI	NO
IPERTENSIONE IN GRAVIDANZA, PREECLAMPSIA O ECLAMPSIA, HELLP	SI	NO
ISOIMMUNIZZAZIONE M-F	SI	NO
MALFORMAZIONI UTERINE	SI	NO
MORTE FETALE O MORTE PERINATALE *	SI	NO
PARTO PRETERMINE	SI	NO
PLACENTA RITENUTA	SI	NO
PREGRESSO NATO CON ANOMALIA CONGENITA O PATOLOGIA GENETICA*	SI	NO
PREGRESSO NATO CON PESO ALLA NASCITA < 2500 - > 4500*	SI	NO
PSICOSI PUERPERALE *	SI	NO
TAGLIO CESAREO *	SI	NO

3- GRAVIDANZA ATTUALE

DONNE CON CRISI EPILETTICHE	SI	NO
ESPOSIZIONE A RAGGI E FARMACI NELL'ATTUALE GRAVIDANZA*	SI	NO
ETÀ < 16 e > 40 *	SI	NO
GRAVIDANZA MULTIPLA ATTUALE	SI	NO
PERDITE EMATICHE VAGINALI	SI	NO
OGNI ALTRA PATOLOGIA OSTETRICA O FETALE PRESENTE O DUBBIA AL MOMENTO DEL 1° COLLOQUIO O DELLA 1ª VISITA	SI	NO

Le gravide che presentano una o più delle patologie/condizioni elencate nelle tabelle dovranno seguire un piano assistenziale diverso da quello previsto per le gravidanze a basso rischio.

*in presenza della condizione/patologia (criterio di esclusione) contrassegnata con un asterisco l'Ostetrica attiva la consulenza del Ginecologo e/o dello Psicologo/Psicoterapeuta

A seguito di tale consultazione il caso potrà:

4. rientrare nel modello assistenziale previsto per la gravidanza a basso rischio;
5. essere inviato per consulenza specialistica (genetista, endocrinologo, infettivologo, psichiatra etc...)
sulla base della quale verrà rivalutato;
6. passare ad un modello assistenziale diverso

Allegato 3

Esami di laboratorio per il controllo della gravidanza

Ad integrazione vengono riportati anche alcuni esami suggeriti (con pagamento ticket)

QUANDO	ESENTI TICKET	CONSIGLIATI, CON TICKET	RISCHIO ANAMNESTICO (codice esenzione M50 ¹³)
<p>All'inizio della gravidanza, possibilmente entro la 13^a settimana, e comunque al primo controllo</p>	<p>EMOCROMO Se Hb corpuscolare media (MCH) inferiore a 27 picogrammi effettuare test per emoglobinopatie</p> <p>GRUPPO SANGUIGNO ABO, Fenotipo RH completo, Kell (da eseguire preferibilmente nella ASL) Riconfermare il Gruppo Sanguigno nel corso della gravidanza, qualora non eseguito in funzione preconcezionale, e al parto.</p> <p>ANTICORPI ANTI-ERITROCITI [Test di Coombs Indiretto]</p> <p>Il coombs indiretto va ripetuto dopo ogni evento immunizzante (traumi, esami invasivi, trasfusioni, perdite ematiche) e secondo la sequenza indicata successivamente¹⁴</p> <p>In caso di donne con test di coombs indiretto positivo inviare c/o Centro Trasfusionale con impegnativa per consulenza di medicina trasfusionale urgente (codice esenzione M50).</p> <p>GOT – GPT</p> <p>PAP TEST se non effettuato negli ultimi 3 aa.</p> <p>VIRUS ROSOLIA ANTICORPI: se negativi, ripetere entro la 17^a settimana</p> <p>TOXOPLASMA ANTICORPI: se negativi ripetere ogni 30-40 gg. fino al parto</p> <p>VDRL/TPHA: esteso anche al partner se non già eseguiti in funzione preconcezionale</p> <p>HIV 1-2 ANTICORPI</p> <p>GLICEMIA PLASMATICA¹⁵ se il valore è ≥ 126 mg/dl ripetere l'esame per conferma diagnosi diabete pregestazionale; se confermato eseguire HbA1c e inviare c/o ambulatorio di diabetologia con impegnativa per visita urgente (codice esenzione M50) In caso di referto dubbio ripetere glicemia plasmatica entro la 12^a sett. (codice esenzione M50)</p> <p>ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO DELLE URINE</p> <p>ECOGRAFIA OSTETRICA</p>	<p>CITOMEGALOVIRUS (CMV) IgG e IgM¹⁶</p> <ol style="list-style-type: none"> se IgM e IgG negativi ripetere ogni 4 sett. fino alla 24^a sett. se IgG positivo ripetere alla 17^a settimana se IgM positive inviare c/o reparto malattie infettive con impegnativa per visita urgente (codice esenzione M50) <p>Visita cardiologia con ECG se:</p> <ol style="list-style-type: none"> fumatrice età > 35 anni presenti precedenti cardiologici familiarità per malattie cardiovascolari <p>TEST di SCREENING per patologie cromosomiche</p> <p>Tra la 12^a e la 16^a sett. proporre lo screening per batteriuria asintomatica (ABS) con urinocoltura. Ricerca completa microrganismi compreso GBS e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica.¹⁷</p>	<p>In caso di rischio anamnestico per MST proporre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>screening</i> per la ricerca della <i>Chlamydia trachomatis</i> HCV Gonorrea <p>In caso di rischio anamnestico per patologie della TIROIDE:</p> <ul style="list-style-type: none"> TSH <p>Legge 10/09/1998 Comma 2 Sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche, necessarie e appropriate per le condizioni patologiche che comportino un rischio materno o fetale, prescritte di norma dallo specialista.</p>

¹³ D.M. 22/07/1996 e successive modificazioni ed al relativo codice unico regionale

¹⁴ Art.2 comma 2-4 del decreto 10/09/1998

¹⁵ Lg nazionali aggiornamento 2011

¹⁶ Progetto "Ricerca per Crescere" promosso dall'AUSL di Pescara in collaborazione con la fondazione ONLUS Camillo De Lellis

¹⁷ Lg nazionali 2010-2013 pag. 130. L'urinocoltura dovrebbe essere effettuata su due campioni di urine successivi ed eseguita fra la 12^a e la 16^a settimana di gestazione. Se il risultato è negativo, questo esame non viene più ripetuto per tutto il resto della gravidanza. Se invece il risultato è positivo, il medico prescriverà una terapia antibiotica e programmerà i controlli successivi.

	<p>TOXOPLASMA ANTICORPI: se esame precedente negativo</p> <p>TEST DI COOMBS INDIRETTO a tutte le donne Rh D positive e Rh D negative</p> <p>Ricerca e Titolazione agglutinine Anti A e/o Anti B di tipo IgG se la donna è di gruppo 0 e il padre diverso da 0 solo se nella precedente gravidanza MEN da AB0 o test di Coombs diretto sul neonato positivo.</p> <p>Va praticata l'Immunoprofilassi prenatale anti D in caso di donne Rh (D) negative a rischio di immunizzazione (28° settimana). Inviare il modulo di avvenuta profilassi con il consenso al Centro trasfusionale</p> <p>ECOGRAFIA OSTETRICA di accrescimento/esclusione patologie evolutive, (se placenta bassa, controllo sede placentare)</p>		<p>Asia meridionale, Caraibi, Medio Oriente</p> <p>Se uno o più valori dell'OGTT risulta superiore ai valori soglia inviare c/o ambulatorio di diabetologia con impegnativa per visita urgente (codice esenzione M50)</p>
<p>Fra la 33^a e la 37^a settimana:</p>	<p>EMOCROMO</p> <p>URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO</p> <p>VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg se POSITIVO prescrivere HBeAg e HBV-DNA (codice esenzione M50)</p> <p>HCV ANTICORPI se POSITIVO prescrivere HCV RNA quantitativo e inviare c/o reparto di malattie infettive con impegnativa (codice esenzione M50)</p>	<p>Tampone VAGINALE e RETTALE per ricerca Streptococco β-Emolitico Gruppo B da effettuarsi preferibilmente non prima della 35^a - 37^a sett.</p> <p>Nelle gestanti allergiche alla penicillina richiedere anche l'antibiogramma.</p> <p>In caso di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gravidanza a rischio 2. TC elettivo 3. pregresso TC <p>si raccomandano: ECG, PT, APTT, Glicemia, Na+ K+ Azotemia, CPK</p> <p>(la donna può effettuare gli esami indicati presso l'ospedale di Pescara dopo valutazione del medico responsabile dell'ambulatorio gravidanza a rischio o per TC.</p> <p>In caso di paziente esterna gli esami devono essere effettuati c/o ASL di Pescara con impegnativa del medico specialista)</p>	<p>In caso di sospetta infezione da HSV eseguire:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ test immunologico (IgG anti HSV 1,2) ➤ eluato vescicolare vaginale per HSV 1,2
<p>Fra la 33^a e la 37^a settimana:</p>	<p>TEST DI COOMBS INDIRETTO: in caso di donna Rh (D) negativo</p> <p>TOXOPLASMA ANTICORPI: in caso di esame precedente negativo</p> <p>HIV in caso di rischio anamnestico</p> <p>VDRL/TPHA in caso di rischio anamnestico</p>		
<p>Tra la 38^a e la 40^a settimana</p>	<p>ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO DELLE URINE</p>		
<p>Dalla 41^a settimana:</p>	<p>ECOGRAFIA OSTETRICA per valutazione liquido amniotico e benessere fetale (solo su specifica indicazione dello specialista)</p> <p>CARDIOTOCOGRAFIA secondo protocollo ospedaliero</p>		
<p>Dopo la 41^a sett.</p>	<p>Valutazione strettamente ospedaliera – ricovero</p>		
<p>Al momento</p>	<p>RICONFERMA GRUPPO AB0 RH (D) E TEST DI COOMBS INDIRETTO</p>		

Parto	<p>La profilassi anti D deve essere praticata a tutte le donne Rh D negative che hanno partorito un neonato Rh D positivo o Rh Du positivo entro 72 ore dal parto. Inviare il modulo di avvenuta profilassi con il consenso al Centro trasfusionale</p> <p>In caso di TEST DI COOMBS IINDIRETTO POSITIVO o Rh D INCONGRUENTE CON REFERTO PRECEDENTE richiedere consulenza di Medicina Trasfusionale.</p>
DOPO il parto	<p>Le donne che hanno effettuato la profilassi anti D devono essere sottoposte a controllo TCI dopo 6 mesi dalla nascita del bambino.</p> <p>Alle donne con Rubeo test negativo si deve proporre il Vaccino Rubeolioco</p> <p>Le donne affette da Diabete gestazionale devono essere sottoposte a OGTT (75 gr) di controllo 6-12 settimane dopo il parto.</p>



Adesione al programma di assistenza territoriale

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

NON ADERIRE

ADERIRE

al programma specificando eventualmente la sua presenza 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