

III. ORGANIZZAZIONE PERCORSO GESTIONE GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

Ancona, 14/12/2015
ALLEGATO 3 ALLA
DETERMINA N. 816/DG
DEL 24 DIC. 2015

Gruppo di Lavoro (componenti del tavolo tecnico)

Ruolo
Gruppo di lavoro ASUR Gravidanza a basso rischio
Direttori UO Ostetricia e Ginecologia
Direttori di Distretto
Responsabili Consultori Territoriali

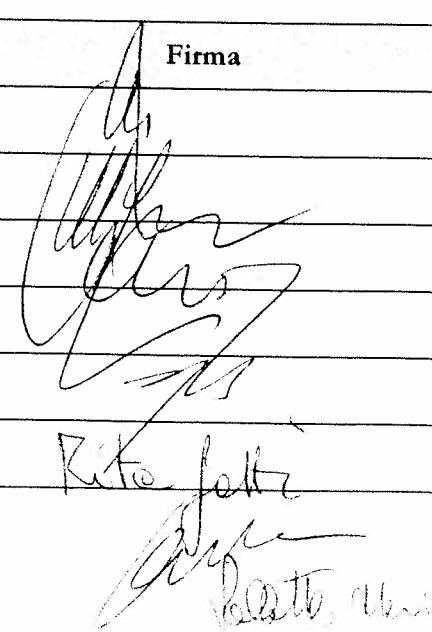
Applicazione Normativa

ASUR
DGRM 1219/2014 "Modifica della deliberazione n. 1345 del 30/9/2013 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e della deliberazione n. 551 del 17/4/2013 concernente la definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSR"
DM 70/2015: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"
Determina DG ASUR 35/2015 "Costituzione del Comitato Percorso Nascita Aziendale ASUR Marche"
Determina DG ASUR 695/2015 "Integrazione e modifica della Determina ASURDG n.35/2015"

Obiettivi
<ul style="list-style-type: none"> Definizione del protocollo per la gestione della gravidanza a basso rischio

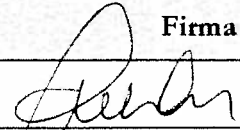
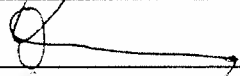
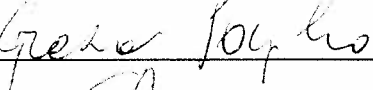
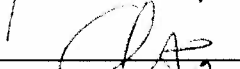
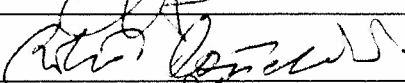
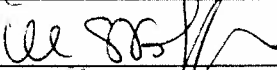
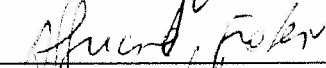


Documentazione prodotta	Barrare la casella corrispondente
1. Documento (protocollo)	✓
2. Allegati	✓
3. Flow chart	✓

Gruppo di Lavoro (componenti del tavolo tecnico)

Ruolo	Nome	Cognome	Firma
Presidente	NELVIO	CETER	
Direttore F.R.	MARIO	FAROTTI	
Presidente	Giuseppe	MICUCCI	
ADDETTO C.F.	LUIGI	VENA	
DI	GIORGIO	PICCOLI	
RESP. C.F.	RITA	GATTI	

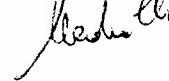
DIRETTORE
 DIRETTORE F.R.
 ANGELO
 MARIA ROSA
 COORDINATORE
 PAVETTA

Rita Gatti
 Rita Gatti

Ruolo	Nome	Cognome	Firma
AUX. MEDICO GRUPPO GBR	STEFANO	CECENI	
OSTETRI UT	MAR. VINCEN	ROSSI BERTI	
OSTETRICA	GRAZIA	COMILLO	
MEDICO ^{EXERCIZIO} AUI	EUSABETTA	ESPOSTO	
MEDICO RESPONSABILE PEDIATRIA/CONFERENZA CAPACITA' S. DEVERINO A.	ROBERTO	CASTELLINI	
PEDIATRA OSP. Mc Resp. U.O. PEDIATRIA x NCI	MIRECCA	STAFFOCANI	
DIRETTORE U.O.C. CONT. ASSIST. MAT-INFANTILE A. VS 1	ANNA LUCIA	FATTESI	
Medico responsabile Pediatria	Giuliana	Medico	
GIULIANA GIOVANNETTI	Diretto. Di sist.	MEDICO	

IL DIRETTORE SANITARIO

Dr.ssa Nadia Sperti



Allegato: PROFILO DI CURA GRAVIDANZA “NORMALE”, OVVERO IN ASSENZA DI FATTORI DI RISCHIO EVIDENZIABILI

PREMESSA

In molti paesi è diffusa e consolidata l'assistenza delle ostetriche alla gravidanza a basso rischio. In una revisione sistematica di studi clinici controllati randomizzati (11 studi, 12.276 donne) modelli assistenziali con presa in carico della gravidanza da parte di ostetriche, rispetto a modelli convenzionali di assistenza specialistica, sono risultati associati a una riduzione dei ricoveri ospedalieri in gravidanza, del ricorso all'analgesia in travaglio, della frequenza di episiotomie e parti operativi, della durata del ricovero ospedaliero del neonato e associati a un incremento dei parti vaginali spontanei, della percezione di controllo durante il travaglio e di inizio dell'allattamento al seno, senza differenze statisticamente significative nel ricorso al taglio cesareo¹.

In Italia, con il DM 740/94 il legislatore ha cercato di inquadrare il campo di attività proprio della figura professionale dell'ostetrica. *Ai sensi del DM 740/94 Art.1 “È individuata la figura dell'ostetrica/o con il seguente profilo: l'ostetrica/o è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato”.*

A questo decreto hanno fatto seguito successivi provvedimenti legislativi, in cui la gravidanza fisiologica viene collocata a pieno titolo nell'ambito delle sue competenze, che essa esercita in termini di autonomia e responsabilità. Esistono infatti prove di efficacia che mostrano come il coinvolgimento dello specialista, dove non vi siano complicanze, non migliori l'outcome materno-neonatale².

Richiamandosi a queste prove, documenti diffusi da agenzie sanitarie (Organizzazione mondiale della sanità, WHO³; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, NCC-WCH⁴; Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, SNLG-ISS⁵) hanno indicato nell'assistenza fornita dall'ostetrica un intervento con un favorevole rapporto beneficio/danno e beneficio/costo.

Sebbene la Recente Direttiva 2013/55/UE asserisca che l'ostetrico/a è in grado in modo indipendente e sotto la sua diretta responsabilità, per quanto necessario e ad esclusione del quadro patologico, di gestire l'assistenza prenatale, condurre il parto e le sue conseguenze in istituzioni approvate e controllare travaglio e nascita, assistenza postnatale e rianimazione neonatale in attesa dell'intervento di un medico, bisognerà aspettare il suo recepimento in Italia per prevedere percorsi assistenziali della gravidanza normale a completa gestione ostetrica.

L'offerta dell'assistenza alla donna durante la gravidanza, il parto e il puerperio si basa su una varietà di schemi assistenziali che includono: l'assistenza offerta in esclusiva dal medico specializzato in ostetricia o dal medico di famiglia (*medical-led model*), l'assistenza dell'ostetrica o di un gruppo di ostetriche integrata quando necessario dal ricorso al medico specialista (*midwifery-led model*) e l'assistenza condivisa da diverse figure professionali (*shared-led model*).

Nel presente protocollo, analizzato il contesto organizzativo e operativo, si è scelto il modello denominato dell'assistenza condivisa da diverse figure professionali (*shared-led model*) che prevede:

3 controlli medici, 3 ecografie e l'assistenza dell'ostetrica per tutto il percorso della GBR

1. SCOPO

Uniformare il controllo della Gravidanza in tutta la regione Marche definendo uno standard minimo di accertamenti in assenza di rischio specifico e di patologie definite.

La presente procedura si inserisce nel più ampio percorso consultoriale di presa in carico della famiglia nel delicato ciclo evolutivo della nascita di un figlio "Percorso Nascita", che prevede diverse offerte di consulenza alla donna e alla famiglia. La compresenza, nel Consultorio Familiare, di differenti professionalità consente una presa in carico dell'utente in senso globale e offre la possibilità di rispondere anche a bisogni di natura psicologica, relazionale e sociale.

L'obiettivo è quello di fornire un'appropriatezza assistenza perinatale in grado di assicurare una buona salute della mamma e del bambino mediante il minor carico di cura compatibile con la sicurezza, e di garantire la continuità assistenziale relativa al "Percorso Nascita", attraverso la creazione di un ambulatorio della gravidanza a basso rischio rivolto anche all'utenza straniera. Questo ambulatorio promuove la fisiologia dell'evento gravidanza, parto e puerperio, grazie all'utilizzo di protocolli per esami e procedure di dimostrata efficacia, a conduzione da parte dell'ostetrica, che si avvale della consulenza del medico ginecologo, presso i Consultori Familiari delle Marche e gli ambulatori dedicati dei Punti Nascita.

La sorveglianza della gravidanza deve altresì intendersi come percorso che dalla fase preconcezionale accompagna la donna fino al post partum e attraverso l'evento travaglio – parto in un continuum assistenziale.

L'ASUR si impegna quindi a sviluppare, in continuità con il presente percorso assistenziale per la gravidanza a basso rischio, un protocollo assistenziale per il travaglio ed il parto nelle gravidanze a basso rischio da applicare in ogni Punto Nascita.

Affinché questo possa diventare possibile, si devono prevedere momenti di incontro e di confronto tra il personale del territorio e dell'ospedale che si prenda cura, nei diversi momenti del percorso nascita, della donna e del nucleo familiare. Questi incontri devono avere come obiettivo l'apertura di spazi per la relazione e la comunicazione fra gli operatori. In particolare, attraverso la conoscenza e l'apprezzamento del lavoro dell'altro e la condivisione di linee guida per l'assistenza, deve maturare l'obiettivo condiviso di "restituire alla donna la coscienza del suo saper fare costitutivo". Da questa ritrovata consapevolezza di operatori e partorienti può nascere la libertà della richiesta per un travaglio e parto personalizzato. Inoltre, il passare, per la donna, dall'affidarsi passivamente all'operatore che l'assiste al divenire cosciente della propria forza e capacità nel travaglio e nel parto, è una condizione indispensabile per il mantenimento della fisiologia.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il percorso di presa in carico della gravidanza fisiologica a basso rischio da parte dell'ostetrica presso l'ambulatorio dedicato del Consultorio familiare è rivolto alle donne che abbiano una gravidanza "*diagnosticata come normale da un soggetto abilitato alla professione medica.*"⁶ La definizione del percorso è stata realizzata considerando le competenze dell'ostetrica, le risorse disponibili, le Evidenze Scientifiche divulgate dalle più autorevoli Società Scientifiche, nell'ottica dell'appropriatezza delle cure.

A garanzia della pluridisciplinarietà dell'equipe sono state definite le modalità organizzative per l'accesso alle prestazioni previste ed in particolare ai controlli del ginecologo, anche programmando nella stessa giornata la

presenza dell'ostetrica e del ginecologo.

L'assistenza alla gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica richiede valutazioni periodiche programmate sulla base del presente protocollo, validato a livello aziendale.

Gli accertamenti previsti sono gli esami specialistici, di laboratorio e di diagnostica strumentale indicati dalla normativa vigente per le donne con gravidanza fisiologica.

Il percorso verrà condiviso ed utilizzato da tutti gli operatori sanitari, ossia medici ginecologi ed ostetriche, che operano nell'Ambulatorio della "gravidanza a basso rischio" presso il Consultori e il Servizio ambulatoriale del Punto Nascita di riferimento.

3. RIFERIMENTI INTERNI

Del. Amm. Cons. Reg. n. 202/98 sui Consultori Familiari

DGR n.1088 del 25/07/2011 su Percorso Nascita

DGR n.1405 del 24/10/2011 su Percorso Nascita

PSSR 2012/2014

DGR 697 del 28/8/15 Linee di indirizzo regionale per la gravidanza a basso rischio e la corretta gestione del parto cesareo.

DGR 855 del 12/10/15 Linee di indirizzo per l'organizzazione della diagnosi prenatale.

Det del DG ASUR n. 205 del 26/3/2015

Det del DG ASUR n. 478 del 08/07/2015

3.1 Riferimenti Esterni

- Qualità "Norme ISO UNI EN 9001:2008"

- D.M. 10.09.1998 "Protocollo ministeriale esenzione esami per la gravidanza fisiologica

- Legge n. 405/75 "Istituzione dei Consultori Familiari"

- Atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo"

- DL n.151 del 26/03/2011 "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità..."

- Department of Making Pregnancy Safer World Health Organization Standards for Maternal and Neonatal Care Geneva: WHO www.who.int/.../reproductivehealth/.../maternal..

- Linee guida Istituto Superiore di Sanità Gravidanza Fisiologica (Aggiornamento 2011)

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Antenatal Care. London: NICE, 2008

- Linee guida SIEOG 2010

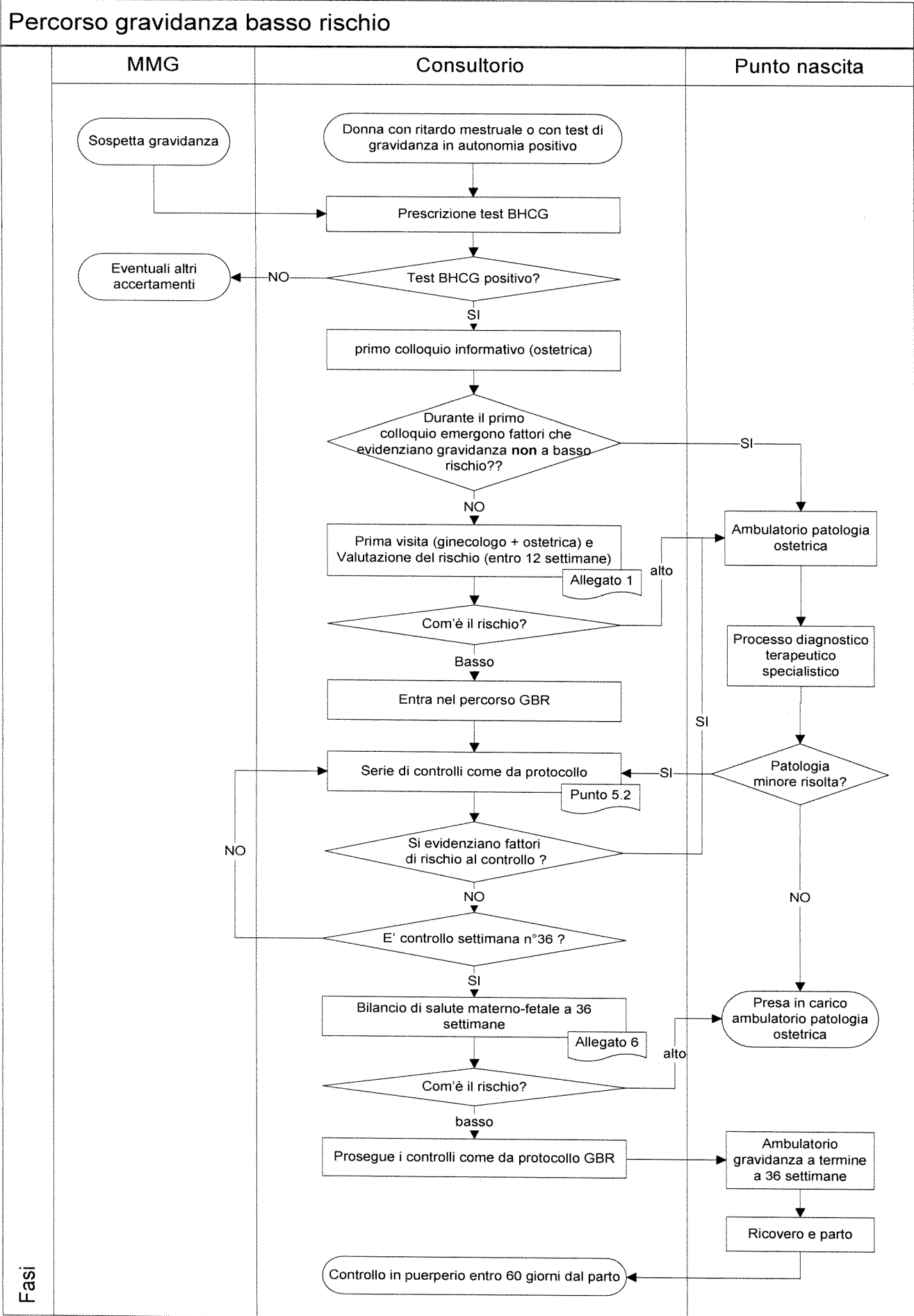
- Marchi A. Professione ostetrica: strumenti per l'assistenza della gravidanza . Firenze: Società Editrice Europeo (SEE), 2003

- SaPeRiDoc: Centro di documentazione on line sulla salute perinatale, riproduttiva e sessuale www.saperidoc.it

- Italian Cochrane Center www.cochrane.it

- Genitori Più www.genitoripiu.it

4. FLOW-CHART



5. PERCORSO

5.1 Accettazione richiesta

La richiesta può essere effettuata dall'utente nei giorni e negli orari di apertura stabiliti dai singoli Consultori Familiari, mediante presentazione diretta o telefonica.

I successivi appuntamenti verranno programmati direttamente dalle ostetriche del consultorio.

Dopo il primo contatto sarà aperta dall'ostetrica la specifica scheda della gravidanza che continuerà ad essere compilata ad ogni successivo incontro.

5.2 Calendario visite

CALENDARIO CONTROLLI AMBULATORIO GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

Entro 12^a settimana - I visita, effettuata da ginecologo + ostetrica.

- Accoglienza
- Raccolta informazioni su: Ultima Mestruazione, regolarità del ciclo, storia della gravidanza
- Raccolta Anamnesi personale, anamnesi familiare
- Valutazione della documentazione sanitaria in possesso della donna
- Misurazione peso, altezza, valutazione BMI, PA
- Osservazione dell'aspetto del corpo (mammelle, varici, cicatrici...)
- Visita ostetrica
- Eco-office se l'accesso è prima della 10 sett.
- Ecografia 1° Trimestre oltre la 10 sett.
- Colloquio su diagnosi prenatale
- Prescrizione degli esami previsti dal Protocollo Ministeriale ed eventuali ulteriori esami in base alla valutazione effettuata
- Prescrizione/effettuazione ecografia 1° trimestre se non già effettuata
- Rilascio di attestazione epoca gravidanza e data presunta del parto (su richiesta)
- Raccolta informazioni stili di vita (alimentazione, sessualità, fumo, alcool ecc.).
- Prevenzione malattie infettive (Listeria, citomegalovirus, toxoplasma)
- Informazioni su maternità e diritti lavoratrici
- Consegna di materiale informativo
- Presentazione delle offerte consultoriali
- Attestazione di rischio.
- Prenotazione appuntamento sulla base dell'attestazione di rischio.

Fra 13^a e 18^a settimana - II visita, effettuata da ostetrica.

- Presentazione e conoscenza della donna (se non già avvenuta in prima visita)
- Visione esami ed ecografia
- Misurazione Peso – PA
- Auscultazione BCF con sonicaid
- Eventuale esplorazione vaginale se non già eseguita
- Eventuale effettuazione del Pap-test se non eseguito nei tre anni precedenti
- Programmazione esami routine e verifica appuntamento per ecografia II trimestre
- Visione e valutazione degli esami di screening /diagnosi prenatale effettuati
- Presentazione del Percorso Nascita e proposta di partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita
- Nel caso si evidenzino fattori di rischio sarà coinvolto il ginecologo che provvederà ad inviare all'

Fra 19[^] e 23[^] settimana - III visita, effettuata da ostetrica.

- Visione esami ed ecografia II Trimestre
- Misurazione Peso – PA
- Auscultazione BCF con sonicaid
- Raccolta informazioni su percezione dei MAF
- Palpazione addominale
- Misurazione sinfisi fondo
- Visita vaginale in presenza di sintomatologia
- Programmazione esami prossimo controllo ed ecografia ostetrica del III° trimestre
 - Informazioni e iscrizione al Corso di Accompagnamento alla Nascita.
 - La donna frequenta CAN SI NO → promossi “corsi brevi”
- Nel caso si evidenzino fattori di rischio sarà coinvolto il ginecologo che provvederà ad inviare all'ambulatorio patologia ostetrica

Fra 24[^] e 27[^] settimana - IV visita, effettuata da ginecologo + ostetrica.

- Visione esami
- Misurazione Peso – PA
- Auscultazione BCF con sonicaid
- Raccolta informazione su percezione dei MAF
- Palpazione Addominale
- Misurazione sinfisi fondo
- Visita ostetrica in presenza di sintomatologia
- Programmazione esami routine e verifica appuntamento ecografia 3[^] Trimestre
- Informazione su caratteristiche della contrattilità uterina fisiologica
- Introduzione tema del dolore in travaglio, per le donne che non si iscrivono al CAN
- Informazioni su certificazione per l'astensione obbligatoria dal lavoro o per l'eventuale posticipo dell'astensione all'VIII mese
- Nel caso si evidenzino fattori di rischio sarà coinvolto il ginecologo che provvederà ad inviare all'ambulatorio patologia ostetrica

Fra 28[^] e 31[^] settimana - V visita, effettuata da ostetrica.

- Visione esami ed Eco 3° trim (se effettuata)
- Misurazione Peso – PA
- Auscultazione BCF con sonicaid
- Raccolta informazioni su percezione dei MAF
- Palpazione addominale
- Misurazione sinfisi fondo
- Visita ostetrica in presenza di sintomatologia
- Se il feto è in presentazione podalica informare la donna sulle possibilità previste per facilitare la versione: modalità, rischi, percentuale di successo; individuare con la donna/coppia la struttura per tale procedura. Contattare l'ospedale scelto
- Programmazione esami routine
- Informazioni su esercizi perineo in preparazione al parto
- Informazioni sull'offerta dei punti nascita limitrofi.
- Confrontarsi con la donna/coppia sulle aspettative rispetto al parto e sulle offerte proposte dai punti nascita limitrofe (es. parto analgesia, parto in acqua ecc.)
- Informare su cosa mettere in valigia per mamma e neonato.
- Nel caso si evidenzino fattori di rischio sarà coinvolto il ginecologo che provvederà ad inviare all'

ambulatorio patologia ostetrica

Fra 32[^] e 35[^] settimana - VI visita, effettuata da ostetrica.

- Visione esami ed ecografia 3[^] Trimestre (se non visionata nella visita precedente) e relative informazioni (vedi IV controllo)
 - Misurazione Peso – PA
 - Auscultazione BCF con sonicaid
 - Raccolta informazione su percezione dei Movimenti attivi fetali
 - Palpazione addominale
 - Misurazione sinfisi-fondo
 - Visita ostetrica in presenza di sintomatologia
 - Programmazione esami
 - Informare sulla possibilità di raccolta del sangue cordonale ed eventuale consegna modulistica
 - Discussione su aspettative per il parto, allattamento e rientro a casa
 - Informazioni sui servizio Spazio mamma e le altre offerte consultoriali post-nascita
- Nel caso si evidenzino fattori di rischio sarà coinvolto il ginecologo che provvederà ad inviare all'ambulatorio patologia ostetrica

Fra 36[^] e 37[^] settimana - VII visita, effettuata da ginecologo + ostetrica.

- Visione esami
- Misurazione Peso - PA
- Auscultazione BCF con sonicaid
- Raccolta informazione su percezione dei MAF
- Palpazione Addominale
- Misurazione sinfisi-fondo
- Eventuale stima del peso fetale
- Visita ostetrica ed eventuale esecuzione Tampone Vagino Rettale (screening infezione da streptococco beta-emolitico gruppo B)
- Indicazioni sui segnali di inizio del travaglio
- Indicazioni rispetto al ricovero o controllo ospedaliero a termine. Fornire numeri di telefono di riferimento del reparto.
- Proposta controllo in puerperio (entro 60 gg data parto)
- Nel caso si evidenzino fattori di rischio sarà coinvolto il ginecologo che provvederà ad inviare all'ambulatorio patologia ostetrica
- Contatto con l'ambulatorio della gravidanza a termine nel punto nascita prescelto (prenotazione da parte dell'ostetrica del consultorio su agenda dedicata)

Fra 38[^] e 40[^] settimana - VII visita, effettuata da ostetrica.

- Visione esami
- Misurazione Peso - PA
- Auscultazione BCF con sonicaid
- Raccolta informazione su percezione dei MAF
- Palpazione Addominale
- Misurazione sinfisi-fondo
- Visita ostetrica, se necessaria
- Indicazioni sui segnali di inizio del travaglio
- Nel caso si evidenzino fattori di rischio sarà coinvolto il ginecologo che provvederà ad inviare all'ambulatorio patologia ostetrica

Entro 60 giorni dal parto - controllo in puerperio, effettuato da ostetrica.

- Accoglienza (l'esperienza del parto e del rientro a casa)
- Valutazione della situazione psico-fisica della puerpera

- Valutazione obiettiva (con attenzione particolare al perineo)
- Valutazione della modalità di allattamento in corso
- Proposta incontri e corsi del CF per mamma e bambino
- Informazione e proposte sulle metodiche contraccettive ed eventuale invio per prescrizione
- Informazioni sui test di prevenzione (es. Pap-test): tempi e modalità di effettuazione

5.3 Ecografie ostetriche

Nel presente protocollo sono previste 3 ecografie:

- 1) Ecografia del Primo trimestre, entro 13 settimane e 6 giorni.
- 2) Ecografia del Secondo trimestre, dalla 19° alla 23° settimana
- 3) Ecografia del Terzo trimestre, dalla 28° alla 32° settimana

La prima ecografia può essere effettuata dal ginecologo all'interno del Consultorio Familiare, se provvisto di ecografo o presso il I livello di diagnosi prenatale del Punto Nascita di riferimento. La seconda e la terza ecografia dovranno essere effettuate presso il I livello di diagnosi prenatale, sempre del Punto Nascita. E' importante creare un canale privilegiato di prenotazione (riserva di posti) tra Punto Nascita (Servizio di diagnostica prenatale) e il Consultorio Familiare per garantire i posti necessari alle gestanti dell'Ambulatorio della GBR.

- 4) Eco-office eseguibile durante l'intera gravidanza. Esame eseguito dall'ostetrica o dal ginecologo a supporto della prima visita o dei successivi controlli, finalizzato alla ricerca di dati diagnostici che possono essere utilizzati a completamento della visita stessa. Visualizzazione della camera ovarica, dell'embrione e dell'attività cardiaca. Presentazione fetale e quantità del liquido amniotico. L'esito viene registrato in cartella.

5.4 Valutazione periodica

Ginecologo ed ostetrica hanno a disposizione momenti dedicati per la valutazione congiunta della casistica. In tali spazi è possibile avvalersi delle reciproche e specifiche competenze ed eventualmente decidere di attivare sul singolo caso una:

- a) Consulenza.
- b) Condivisione e/o assegnazione nuova casistica ad ostetrica.
- c) Passaggio caso. Il passaggio del caso da ostetrica a ginecologo e viceversa può avvenire in qualsiasi momento del percorso e può riguardare anche l'attività di certificazione di cui è competente il ginecologo. Le consulenze e gli eventuali passaggi sono registrati nella scheda della gravidanza .

Passaggio da ostetrica a ginecologo

L'ostetrica, verificata l'esistenza di un rischio rispetto alla gravidanza, richiede l'intervento del ginecologo e provvede a:

- presentare la documentazione al ginecologo nel più breve tempo possibile utilizzando preferibilmente gli spazi dedicati
- fissare l'appuntamento della donna con il ginecologo negli spazi dedicati alla gravidanza sulla base della valutazione emersa nell'incontro.

Passaggio da ginecologo ad ostetrica

Il ginecologo, verificato che la gravidanza rientra nella situazione “non a rischio”, rimanda la donna all'ostetrica di riferimento, previo passaggio documentazione.

5.5 Certificazioni

Nel corso della gravidanza i ginecologi produrranno per le donne in carico, in base alle necessità del singolo caso, le certificazioni previste per legge.

5.6 Prescrizioni esami

Fino a che la Regione Marche non normi la possibilità di prescrivere gli esami standard della gravidanza (DM 10.09.1998) da parte delle ostetriche, tali prescrizioni saranno effettuate direttamente durante la 1° visita.

5.7 Documentazione

La tenuta della documentazione comprende la registrazione puntuale delle prestazioni e l'aggiornamento della documentazione in uso a livello cartaceo e informatico. In attesa dell'avvio della scheda della gravidanza informatizzata regionale l'operatore che accoglie l'utente al 1° accesso è tenuto ad aprire e compilare la scheda della gravidanza con i seguenti dati:

- dati anagrafici, anamnestici;
- registrazione delle prestazioni sul foglio diario secondo le indicazioni contenute nel presente protocollo;
- apertura e compilazione della *Scheda Ostetrica* che viene conservata dall'utente. Una copia viene allegata alla cartella cartacea custodita presso il servizio, fino a quando non sarà operativa la cartella ostetrica informatizzata.

Ad ogni nuovo accesso, l'operatore responsabile della fase, provvede a:

- aggiornare la documentazione cartacea e informatica;
- evidenziare nel foglio diario la condizione di gravidanza a basso rischio.

Nel foglio diario e nel programma informatico andranno inserite anche le prestazioni non direttamente erogate all'utente quali: incontri per passaggio caso, riunioni d'equipe, contatti con altri operatori interni od esterni al servizio.

La scheda della gravidanza viene chiusa con il controllo in puerperio.

Nella scheda cartacea vanno inseriti tutti i documenti previsti dalla procedura e/o dai protocolli specifici.

Per la chiusura e l'archiviazione della scheda si procederà sulla base delle indicazioni aziendali.

6. MATRICE DI RESPONSABILITÀ

R = Responsabilità C = Collaborazione

AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO I IV VII			
Attività	Medici	Ostetriche	Mediatrice Culturale
Compilazione scheda della gravidanza con anamnesi. Informazioni riguardo le indagini prenatali	R	CR	C
Compilazione scheda rilevazione fattori di rischio	R		
Informazione sullo stile di vita e igiene della gravidanza		R	C
Accertamento della gravidanza uterina e vitalità dell'embrione eco-office	R	C	
Controllo peso, controllo senologico, PA, calcolo del BMI, esame obiettivo generale, verifica ultimo pap-test	R	C	
Visita ostetrica	R	C	
Prescrizione ecografia I trimestre	R	C	
Prescrizione acido folico	R	C	
Pianificazione visita successiva	R	C	C

AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO II III V VI VIII		
Attività	Ostetriche	Mediatrice Culturale
Educazione alla Salute	R	C
Aggiornamento cartella della gravidanza	R	C
Rilevazione BCF	R	
Eco-Office	R	
Controllo peso, PA, esame obiettivo, visione esami ematici	R	
Manovre di Leopold, misurazione sinfisi-fondo, visita ostetrica	R	
Invio al ginecologo per prescrizione esami secondo protocollo	R	
Compilazione scheda rilevazione fattori di rischio	R	
Pianificazione visita successiva	R	C

7. ATTIVAZIONE ALTRI OPERATORI CF/SERVIZI/ENTI

A Coinvolgimento altri operatori Consultorio Familiare.

In caso di situazioni di disagio sociale e/o psicologico l'operatore responsabile del caso può avvalersi della consulenza degli operatori competenti. In base alla valutazione congiunta potrà esserci una presa in carico allargata

con l'eventuale stesura di un piano di intervento personalizzato ed integrato.

B Collaborazione con MMG

In caso di gravidanze a basso rischio, sarà cura dell'ostetrica promuovere e mantenere i contatti con i MMG curanti.

C Collaborazione/o invio al Punto Nascita

Quando il percorso della gravidanza evidenzia un rischio aggiuntivo il ginecologo di riferimento ha la responsabilità di attivare la struttura ospedaliera e concordare le modalità di gestione in base alla specificità del caso:

Gravidanze con patologie di gestione ambulatoriale

E' previsto l'invio da parte del ginecologo CF allo specialista ospedaliero di competenza (per la patologia evidenziata) attraverso una connessione diretta telefonica e/o scritta

Gravidanze con patologia ostetrica attuale o pregressa

E' previsto l'invio da parte del ginecologo CF allo specialista ospedaliero dell'ambulatorio di patologia della gravidanza attraverso una connessione diretta telefonica e/o scritta

Gravidanze francamente patologiche in carico prevalentemente al servizio ospedaliero:

E' possibile, da parte del ginecologo CF, mantenere i contatti con gli specialisti dei vari servizi, in modo da poter essere di sostegno per la donna e la coppia, dare un aiuto per una maggior consapevolezza dell'iter diagnostico e terapeutico.

Gravidanze in situazione di alto rischio immediato

Nei casi in cui venga ravvisato un rischio imminente per la salute della donna e/o del nascituro l'operatore di riferimento provvede all'invio immediato all'ospedale anche tramite CO118, allertando telefonicamente il medico di guardia dell'UO di Ostetricia e Ginecologia.

D -Collaborazione con altre Strutture/Servizi

In base a quanto previsto dai protocolli in atto e/o in base alle specificità dei singoli casi, l'operatore attiva le necessarie collaborazioni con altri Servizi quali (DSM/DP) sulla base dei protocolli/accordi interni. Al bisogno verrà condiviso e steso un piano personalizzato d'intervento.

8. APPLICAZIONE E MONITORAGGIO

Al Direttore dell'UOC/UOS di riferimento compete il controllo circa l'applicazione del protocollo, anche mediante delega scritta ad altri operatori.

8.1 Informazione e distribuzione

L'informazione e la distribuzione prevedono:

1. pubblicazione della presente procedura e dei relativi protocolli sul sito intranet
2. comunicazione della pubblicazione sul sito intranet
3. distribuzione controllata della presente procedura e dei relativi allegati ai destinatari della stessa individuati dal Responsabile della procedura

8.2 Monitoraggio e controllo

Il monitoraggio ed il controllo del presente protocollo si realizza con l'individuazione degli indicatori di processo. Gli indicatori saranno rilevati annualmente dal responsabile e successivamente trasmessi al Servizio Qualità e Risk Management. Il presente protocollo verrà revisionato a sei mesi dall'applicazione.

Indicatori:

Si propongono di seguito alcuni indicatori da utilizzare per il monitoraggio delle Gravidanze a Basso Rischio seguite secondo le procedure contenute nel presente Protocollo GBR:

1. N° donne che vengono prese in carico nei Consultori (o negli ambulatori dei presidi ospedalieri) per GBR;
2. modalità del parto delle donne seguite al Consultorio con GBR e tasso di Tagli Cesarei;
3. esiti neonatali (Apgar alla nascita);
4. N° donne che vengono prese in carico nei Consultori (o negli ambulatori dei presidi ospedalieri) per GBR sul totale dei nati vivi;
5. N° donne che vengono prese in carico nei Consultori per GBR sul totale del n. donne che vengono prese in carico nei Consultori per la gravidanza;
6. N° donne che vengono prese in carico nei Consultori per GBR a termine sul totale delle donne seguite secondo protocollo GBR;
7. N° donne che vengono prese in carico nei Consultori per GBR con devianza della fisiologia sul totale delle donne seguite secondo il protocollo GBR;
8. N° donne che vengono prese in carico nei Consultori (o negli ambulatori dei presidi ospedalieri) per GBR con aborto spontaneo sul totale delle donne seguite secondo il protocollo GBR;
9. tasso di allattamento esclusivo al seno al momento della visita in puerperio;
10. soddisfazione della donna sulla "preparazione" al parto e alla vita con il bambino dal punto di vista emotivo ma anche per le informazioni che ha ricevute

8.3 Miglioramento

Questa fase si basa sulla valutazione degli indicatori di processo analizzati e consiste nello studio di azioni correttive e/o preventive del processo, nell'ottica di un miglioramento continuo dello stesso.

Il Responsabile emetterà un piano annuale.

8.4 Gestione documentazione originale

L'originale cartaceo della presente procedura con suoi allegati, comprese le eventuali revisioni, deve essere conservata presso il Responsabile del CF .

8.5 Archiviazione della documentazione

L'archiviazione dei documenti cartacei non più validi è curata dal Responsabile del processo che dopo 5 anni provvederà all'eliminazione sulla base delle modalità aziendali previste.

9. ALLEGATI

Seguono gli allegati al Profilo. Anche questi sono stati pensati per la maggior parte come veri e propri strumenti operativi che entrano a far parte della cartella della gravidanza:

- 1. Criteri identificazione gravidanza a basso rischio e Attestazione**
- 2. Elenco esami**
- 3. Criteri per la selezione delle gravidanze a basso rischio ai controlli ostetrici successivi al I**
- 4. Checklist prenatale – informazioni per la madre che allatta**
- 5. Checklist prenatale - informazioni per le madri che utilizzano sostituti del latte materno**
- 6. Bilancio di salute materno-fetale a 36 settimane**

Allegato 1

Scheda valutazione gravidanza a basso rischio – prima visita

Consultorio familiare di _____
 Utente: Cognome e Nome _____
 Cartella N _____ Settimana N _____ DPP _____

	SI	NO
ANAMNESI OSTETRICA		
1. Precedente morte endouterina fetale o neonatale		
2. Storia di 3 o più aborti spontanei		
3. Precedente figlio con peso alla nascita <2500gr		
4. Precedente figlio con peso alla nascita >4500gr		
5. Ipertensione o preeclampsia/eclampsia nella precedente gravidanza		
6. Pregressa chirurgia dell'apparato riproduttivo (miomectomia, resezione di setto uterino, conizzazione, cerchiaggio cervicale)		
GRAVIDANZA ATTUALE		
7. Gravidanza multipla		
8. Età materna <16 anni		
9. Età materna >40 anni		
10. Isoimmunizzazione Rh nell'attuale o precedente/i gravidanze		
11. Perdite ematiche vaginali		
12. Presenza di massa pelvica		
13. Pressione diastolica uguale o superiore a 90mmHg		
ANAMNESI GENERALE		
14. Diabete mellito insulino-dipendente		
15. Patologia renale		
16. Patologia cardiaca		
17. Abuso di sostanze (incluso alcool) attuale		
18. Altre patologie gravi e attuali (specificare)		
ULTERIORI CAUSE DI ESCLUSIONE		
19. BMI (Body Mass Index [peso(kg)/altezza (m) ²]) superiore a 30 Kg/m		
20. Precedenti malformazioni fetali/neonatali		
21. Pregresso parto pretermine (al di sotto della settimana 37) o aborto tardivo (oltre settimana 14)		
22. Pregresse patologie placentari		
23. Pregresso TC longitudinale sul corpo dell'utero, o precesarizzate più di una volta		
24. Gravidanza da PMA		
25. Multiparità ≥ 4		
26. Malformazioni uterine e/o miomi		

Una o più risposte sì ad una qualunque delle precedenti domande comporta l'esclusione dal percorso di assistenza della "Gravidanza a basso rischio"

Sulla base dei riscontri clini e strumentali attualmente valutabili la presente gravidanza è da ritenersi:

- a basso rischio
 non a basso rischio

Timbro e firma del medico _____

Data _____

Allegato 2

A) ELENCO GENERALE INDAGINI EMATOCHIMICHE E STRUMENTALI PREVISTI DAL PROTOCOLLO MINISTERIALE PER LA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA (D.M. 10/09/1998) ESENTI DA TICKET

periodo controllo (indicare barrando con una X)	batteria esami
entro la 13 [^] settimana (e comunque al primo controllo)	<ul style="list-style-type: none"> - emogruppo RH - COOMBS indiretto (se RH negativo si ripete ogni 30-40 gg) - emocromo - glicemia - GOT/GPT - esame urine - toxo test (in caso di IgG neg. ripetere entro 17w) - V.D.R.L. e TPHA - H.I.V. - ecografia ostetrica 1^o trimestre (entro 13+6w)
tra 14 [^] e 18 [^] settimana	<ul style="list-style-type: none"> - esame urine - toxotest (se recettiva) - Rubeo test (se recettiva ENTRO 17w esente) - test COOMBS indiretto (se RH neg.)
tra 19 [^] e 23 [^] settimana	<ul style="list-style-type: none"> - esame urine - toxotest (se recettiva) - test COOMBS indiretto (se RH neg.) - ecografia ostetrica II trimestre (tra 20w-23w prenotazione C.U.P.)
tra 24 [^] e 27 [^] settimana	<ul style="list-style-type: none"> - esame urine - glicemia - test COOMBS indiretto (se RH neg.) - toxotest (se recettiva)
tra 28 [^] e 32 [^] settimana	<ul style="list-style-type: none"> - emocromo - ferritina (in caso di riduzione VGM) - esame urine - COOMBS indiretto (se RH neg.) - toxotest (se recettiva) - ecografia ostetrica III trimestre (tra 30w-32w prenotazione C.U.P.)
tra 33 [^] e 37 [^] settimana	<ul style="list-style-type: none"> - emocromo - HIV - H.C.V. (virus epatite C anticorpi) - HbsAg (virus epatite B antigene HBsAg) - esame urine - toxo test (se recettiva) - test COOMBS indiretto (se RH neg.)
tra 38 [^] e 40 [^] settimana	<ul style="list-style-type: none"> - Esame urine

B) ESAMI CONSIGLIATI-RACCOMANDATI

periodo controllo (indicare barrando con una X)	batteria esami
Entro la 13 [^] settimana (e comunque al primo controllo)	- Urinocultura (per screening batteriuria asintomatica) - non esente
Tra la 14 [^] e la 24 [^] settimana	- PAP Test se non eseguito nei 3 anni precedenti (esente come pap-test di prevenzione triennale dopo i 25 anni)
Tra la 36 [^] e la 37 [^] settimana	- Tampone vagino rettale - non esente

Data.....

Ostetrica.....

Allegato 3

Scheda valutazione gravidanza a basso rischio – controlli superiori a I e II visita

Consultorio familiare di _____

Utente: Cognome e Nome _____

Cartella N _____ Settimana N _____ Controllo n° _____

	SI	NO
ANAMNESI OSTETRICA		
1. Uso di droghe (come cocaina, crac, eroina, ecstasy) SI NO		
2. Abuso di fumo o alcool		
3. Disagio sociale/disagio psichico		
4. Patologie psichiatriche		
5. Malattie autoimmuni		
6. Isoimmunizzazione MF		
7. Dati di laboratorio anomali		
8. Asma severa		
9. Malattie Infettive sistemiche		
10. Infezioni urinarie		
11. Infezioni genitali		
12. Tromboflebite		
13. Ipertensione		
14. Preclampsia, Eclampsia, HELLP		
15. Diabete		
16. Cardiopatie		
17. Nefropatie/Uropatie		
18. Malformazioni fetali		
19. Ritardo di crescita intrauterine accertato o sospetto		
20. Microsomia fetale		
21. Presentazione anomala dopo la 32 ^a settimana		
22. Oligo-polidramnios		
23. Fibromi uterini sintomatici		
24. Masse Pelviche sintomatiche		
25. Sanguinamenti anomali		
26. Ogni altra grave patologia o condizione di rischio. Se sì, specificare quale: _____		

Se la gravidanza presenta una o più delle patologie/condizioni elencate nella tabella la donna deve essere inviata in consulenza specialistica per rivalutazione

Sulla base dei riscontri clinici e strumentali attualmente valutabili, si ritiene che:

- La gravidanza è a basso rischio, la donna può proseguire il piano di assistenza presso l'ambulatorio.
- La gravidanza presenta una o più delle patologie/condizioni elencate nella tabella. La donna è inviata in consulenza specialistica, programmata in data _____, per rivalutazione.

Data _____

Ostetrica _____

Timbro e firma del medico _____

Allegato 4

CHECKLIST PRENATALE – INFORMAZIONI PER LA MADRE CHE ALLATTA

Cognome Nome: _____ Consultorio Familiare di: _____

Data presunta del parto: _____ Data compimento 34^a sett. gestazione: _____

Primigravida Sì No Precedente allattamento Sì No Durata _____

CAN in questa gravidanza Sì No Dove _____

Incontro gruppo prenatale allattamento Sì No Dove _____

Consegnato opuscolo allattamento Sì No

Tutti gli argomenti della checklist devono essere affrontati con tutte le donne in gravidanza prima della 34^o sett. L'operatore che ha fornito l'informazione deve registrare l'avvenuto colloquio e firmare il modulo.

ARGOMENTO DISCUSO*

DATA

FIRMA

Importanza dell'allattamento materno esclusivo:

- benefici per bambino e mamma;
- raccomandazioni OMS durata allattamento esclusivo e introduzione alimenti complementari;
- rischi dell'alimentazione artificiale;
- rischi uso tettarelle, biberon, ciucci e parapezzoli durante "calibrazione" _____

Un buon inizio:

- contatto pelle/pelle precoce e prolungato;
- attacco precoce ed efficace;
- allattamento a richiesta, guidato dal bambino;
- segnali di fame (precoci – tardivi);
- importanza rooming in ospedale e a casa _____

Un buon attacco:

- posizionamento e attacco efficaci;
- segni di suzione efficace con adeguato trasferimento di latte;
- segni di adeguato apporto (peso, feci e urine) _____

Spremitura manuale:

- dimostrazione pratica;
- quando può essere utile _____

Problematiche più frequenti

- ragadi, ingorgo, mastite;
- prevenzione e gestione;
- mantenimento della produzione di latte in caso di separazione dal bambino
- condivisione del letto, rischi e benefici, accorgimenti utili per rispondere al bambino durante le ore notturne. _____

Fisiologia del travaglio e del parto:

- possibilità di avere una persona di fiducia presente durante il travaglio e il parto
- possibilità di bere e mangiare cibi leggeri durante il travaglio
- possibilità di passeggiare o di muoversi durante il travaglio
- possibilità di scegliere la posizione in cui partorire
- effetti farmaci antidolorifici sulla madre e sul neonato e metodi alternativi
- informazioni adeguate per procedure invasive _____

Come e dove chiedere aiuto in caso di necessità.

Consegnata informativa su "cure amiche della madre"

Annotare altri punti discussi ed invio ad incontro personalizzato:

(*) annotare eventuale rifiuto alla discussione

Allegato 5

CHECKLIST PRENATALE - INFORMAZIONI PER LE MADRI CHE UTILIZZANO SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO

Cognome Nome madre: _____ Consultorio familiare di: _____

Data presunta del parto: _____ Data compimento 34^a sett. gestazione: _____

Primigravida	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Precedente allattamento	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Durata _____
Corso accompagnamento alla nascita	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dove _____
Incontro gruppo prenatale allattamento	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dove _____
Opuscolo ASL allattamento	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Tutti gli argomenti della checklist devono essere affrontati con le mamme seguite presso il Consultorio che per scelta personale o per motivi medici non allattano al seno.

L'operatore che ha fornito l'informazione deve registrare l'avvenuto colloquio e firmare il modulo. Tutti gli argomenti della checklist devono essere affrontati con tutte le donne in gravidanza prima della 34^o sett.

ARGOMENTO DISCUSO*

DATA FIRMA

L'importanza di:

- un'alimentazione sostitutiva AFASS (accettabile, fattibile, abordabile, sostenibile e sicura);
 - contatto pelle-a-pelle immediatamente dopo la nascita e in ogni occasione utile;
 - tenere i bambini vicini, giorno e notte, in ospedale e a casa: rooming-in;
 - raccomandazioni OMS su età adeguata per introduzione alimenti complementari
- _____

Modalità di preparazione, somministrazione e conservazione dei sostituti del latte materno:

- dimostrazione pratica individuale sulla preparazione e somministrazione del latte di formula.
- _____

Problematiche più frequenti:

- condivisione del letto, rischi e benefici, accorgimenti utili per rispondere al bambino durante le ore notturne.
- _____

Cure amiche della madre: (fisiologia del travaglio e del parto) _____

Come e dove chiedere aiuto in caso di necessità: _____

Annotare altri punti discussi e necessità di follow-up o invio a specialista:

* annotare eventuale rifiuto alla discussione

Allegato 6

**Scheda valutazione gravidanza a basso rischio
Bilancio di salute materno-fetale a 36 settimane**

Consultorio familiare di _____
 Utente: Cognome e Nome _____
 Cartella N _____ Settimana N _____ DPP _____

	SI	NO
ANAMNESI OSTETRICA		
1. Precedente morte endouterina fetale o neonatale		
2. Storia di 3 o più aborti spontanei		
3. Precedente figlio con peso alla nascita <2500gr		
4. Precedente figlio con peso alla nascita >4500gr		
5. Ipertensione o preeclampsia/eclampsia, sindrome HELLP nella precedente gravidanza		
6. Pregressa chirurgia dell'apparato riproduttivo (miomectomia, resezione di setto uterino, conizzazione, cerchiaggio cervicale)		
GRAVIDANZA ATTUALE		
7. Gravidanza multipla		
8. Età materna <16 anni		
9. Età materna >40 anni		
10. Isoimmunizzazione Rh nell'attuale o precedente/i gravidanze		
11. Perdite ematiche vaginali		
12. Presenza di massa pelvica		
13. Pressione diastolica uguale o superiore a 90mmHg		
ANAMNESI GENERALE		
14. Diabete mellito insulino-dipendente		
15. Patologia renale		
16. Patologia cardiaca		
17. Abuso di sostanze (anche alcool e fumo)		
18. Altre patologie (specificare)		

Una o più risposte sì ad una qualunque delle precedenti domande comporta l'esclusione dal percorso di assistenza della "Gravidanza a basso rischio"

Sulla base dei riscontri clinici e strumentali attualmente valutabili, si ritiene che:

- La gravidanza è a basso rischio, la donna può proseguire il piano di assistenza presso l'ambulatorio.
- La gravidanza presenta una o più delle patologie/condizioni elencate nella tabella. La donna è inviata in consulenza specialistica, programmata in data _____, per rivalutazione.

Data _____

Ostetrica _____

Timbro e firma del medico _____

Bibliografia

1 Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. *Midwife-led versus other models of care for childbearing women*. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD004667

2 Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP, Gülmezoglu AM. *Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy*. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4):CD000934.

3 Health Evidence Network (HEN), *What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement)*. Copenhagen: World Health Organization; 2005.

4 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, *Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman Clinical guideline*. Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. London: RCOG Press; 2008.

5 Sistema Nazionale Linee Guida – Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS). *Gravidanza fisiologica. Linea guida*. Roma: ISS, 2010. Testo integrale all'indirizzo: http://www.snlg-iss.it/lgn_gravidanza_fisiologica_2010 (data di consultazione: 04.07.2011).

6 Art. 48 D. Lgs 206/2007.

