



**Percorso Diagnostico Terapeutico  
Della Provincia Autonoma di Bolzano**

Assistenza alle donne in gravidanza, al parto, al puerperio a basso rischio  
ostetrico e al neonato sano fino al primo anno di vita

Provincia Autonoma di Bolzano

Novembre 2018

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL

Abteilung 23  
Gesundheit



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Ripartizione 23  
Salute

Indice .....	2
Elenco delle abbreviazioni.....	3
Introduzione .....	4
Membrî del gruppo di lavoro .....	6
Responsabile del progetto .....	6
Nucleo di progetto.....	6
General view .....	8
Sub CUP (Centro Unico di Prenotazione).....	9
Gravidanza 1^ fase percorso .....	10
Attribuzione classe di rischio ostetrico.....	13
Gravidanza a basso rischio da SG 13 .....	14
Gravidanza a basso rischio da SG 26 .....	15
Gravidanza a basso rischio da SG 30 .....	16
Attribuzione classe di rischio per il parto .....	16
Gravidanza a basso rischio da SG 40 .....	17
Nascita a basso rischio.....	18
Nascita a basso rischio.....	19
Nascita a basso rischio.....	20
Nascita/postparto/puerperio a basso rischio.....	21
Puerperio a basso rischio.....	22
Puerperio a basso rischio.....	23
Durante tutto il percorso nascita .....	24
Indicatori .....	25
Note .....	26
Fonti bibliografiche: .....	27
Allegato A: Criteri di valutazione inizio gravidanza.....	28
Allegato B: Questionario di autovalutazione per la partorente .....	29
Allegato C: Criteri per triage ostetrico di assistenza al parto per gravidanza a termine .....	30
Allegato D: Criteri per triage ostetrico di assistenza al puerperio .....	31

## Elenco delle abbreviazioni

ACE	Attività cardiaca embrionale
ACU	Attività contrattile uterina
BCF	Battito cardiaco fetale
BMI	Body Mass Index
CG	Camera Gestazionale
CRL	Crown Rump Length-Distanza Vertice Sacro
CTG	Cardiotocografia/Cardiotocogramma
DG	Diabete gestazionale
EAU	Emirati arabi uniti
FOT	Fish odor test
GDM	Gestational diabetes mellitus
LA	Liquido amniotico
LES	Lupus Eritematoso Sistemico
LG	Linea/linee Guida
M	Mese
MAF	Movimenti attivi fetali
NT	Traslucenza nucale
IUGR	Intrauterine Growth Retardation
OGTT	Oral Glucose Tolerance Test
PA	Pressione Arteriosa (misurazione)
PIH	Pregnancy Induced Hypertension
PD	Periodo dilatante
Sett.	Settimana
SF	Striscio a fresco
SG	Settimana Gestazionale
SIEOG	Società Italiana di Ecografia Ostetrica e Ginecologica
SUPC	Sudden unexpected postnatal collapse
TC	Taglio Cesareo
TCI	Test Coombs Indiretto
TIN	Terapia Intensiva Neonatale
TN	Traslucenza nucale
TVP	Trombosi venosa profonda
US	Ultrasuono/Ecografia
VE	Vacuum Extraction (ventosa ostetrica)

## Introduzione

Descrizione del processo di sviluppo di un modello provinciale percorso nascita nella Provincia autonoma di Bolzano

Il processo di sviluppo di un modello provinciale percorso nascita è iniziato nel febbraio 2016 con il Convegno "Percorso nascita" durante il quale 130 professionisti/e tra medici ginecologi/ghe, pediatri/e, anestesisti/e e neonatologi/ghe, ostetriche, infermieri/e rappresentanti della direzione sanitaria e tecnico-assistenziale dell'Azienda sanitaria nonché dell'Assessorato alla sanità si sono confrontati su tale tematica.

Utilizzando la metodologia interattiva del "Worldcafé" con diversi tavoli di lavoro, sono stati elaborati i seguenti punti cardini da affrontare e definire entro il 2020:

- modelli organizzativi,
- percorsi diagnostico-terapeutici,
- stratificazione del rischio,
- collaborazione interprofessionale,
- continuità assistenziale tra ospedale e territorio,
- altri.

Sulla base di quanto emerso, lo scrivente Assessorato alla Salute, Sport, Politiche sociali e Lavoro, ed in particolare l'Assessora, dott.ssa Martha Stocker, congiuntamente alla direzione apicale dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, hanno incaricato un gruppo di lavoro interprofessionale di elaborare, in stretta collaborazione con il Comitato percorso nascita provinciale, un modello di assistenza prima, durante e dopo il parto, unico per tutto il territorio della Provincia autonoma di Bolzano.

Questo modello organizzativo deve essere strutturato tenendo conto dei diversi gradi di rischio e delle normative nazionali, come ad esempio l'Accordo Stato-Regioni-Province autonome del 16 dicembre 2010 nonché delle evidenze scientifiche disponibili.

Il risultato emerso, di cui in allegato, concerne in primo luogo il percorso nascita a basso rischio comunemente denominato "gravidenza e parto a basso rischio ostetrico". È stata data particolare attenzione alla definizione dei criteri in modo da poter effettuare il triage tra gravidenza "a basso rischio ostetrico" e gravidenza con rischio medio o elevato. Nella descrizione dell'intero processo vengono evidenziati i momenti di valutazione del rischio in riferimento ai rispettivi criteri clinici utilizzati.

Un elemento innovativo è rappresentato dalla sala parto gestita in autonomia ed in accordo con tutti/e i/le professionisti/e sanitari/e coinvolti/e nel percorso nascita, dalle ostetriche per il parto a basso rischio all'interno dei punti nascita che rispettino tutti i requisiti e standard di qualità e sicurezza del citato Accordo Stato-Regioni-Province autonome.

Il modello elaborato esclude una sala parto cosiddetta "freestanding", cioè non collegata funzionalmente e fisicamente ad un punto nascita presso un presidio ospedaliero. I riferimenti bibliografici includono le normative nazionali e la letteratura scientifica più recente (NICE 2017)

Per poter monitorare l'implementazione del modello, sono stati quindi elaborati elementi misurabili per ciascuna macro fase dell'intero processo.

Il processo d'implementazione prevede, dopo aver acquisito il necessario parere positivo da parte del Comitato percorso nascita nazionale e provinciale, una delibera della Giunta provinciale della Provincia autonoma di Bolzano con descrizione dei macro processi, del cronogramma di attuazione e la stima delle risorse necessarie alla realizzazione dello stesso.

Il modello di cui in oggetto mira ad un'assistenza la più possibile omogenea al fine di garantire un'equità di accesso e di assistenza, che tenga conto quanto più possibile delle preferenze e delle scelte da parte delle donne senza esporle ad un rischio aggiuntivo non giustificabile.

**Nell'ambito del percorso nascita il prescrittore fa riferimento alle disposizioni provinciali in vigore concernenti i codici di esenzione per maternità.**

Il codice esenzione L9 attualmente in vigore in Pr. Aut. di Bolzano sarà sostituito, a decorrere dal 01.03.2019 ai sensi della deliberazione della G.P. n. 682 del 10.07.2018, dai codici già previsti a livello nazionale (Allegato 12 del disciplinare tecnico di cui al decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministro della Salute, 17 marzo 2008 recante modello di ricettario del Servizio sanitario nazionale). I nuovi codici di esenzione e le modalità di utilizzo sono riportati nella tabella seguente:

Codice	Tipologia di esenzione
<b>M00</b>	Esente per stato di gravidanza - in epoca preconcezionale
da <b>M01</b> a <b>M41</b> a seconda della settimana di gravidanza	Esente per stato di gravidanza - in gravidanza ordinaria
<b>M99</b>	Esente per stato di gravidanza - in gravidanza ordinaria  Codice alternativo utilizzabile dal medico di medicina generale, qualora lo stesso medico non fosse operativamente in grado di quantificare esattamente la settimana di gestazione dell'assistita, anche in ragione dei lunghi periodi intercorrenti tra la data di prescrizione e la data di erogazione della prestazione specialistica richiesta.
<b>M50</b>	Esente per stato di gravidanza - in gravidanza a rischio
<b>M52</b>	Ulteriori prestazioni in gravidanza erogate al personale navigante

Le prestazioni garantite dalla Provincia Aut. di Bolzano con o senza partecipazione al costo sono contenute nei provvedimenti provinciali di recepimento dell'art. 59 e Allegati 10A, 10B e 10C del Decreto 12 gennaio 2017 relativo all'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza.

## Membri del gruppo di lavoro

Burgmann Helene  
Cassar Prim. dott.ssa Walburga  
Daniel Monika Maria  
Delago Irene  
Di Bella Astrid  
Foppa Daiana  
Gostner Judith  
Haller dott.ssa Rita  
Haspinger Manuela  
Heidegger Prim. dott. Herbert  
Hinteregger Jessica Sophie  
Kaserer Sibylle  
Kuppelwieser Kathrin  
Lanthaler dott. Thomas  
Malleier dott.ssa Monika  
Mascheroni Stefano  
Messini Prim. dott. Sergio

Infermiera  
Pediatria  
Ostetrica  
Ostetrica  
Ostetrica  
Ostetrica  
Ostetrica  
Anestesista  
Infermiera pediatria  
Ginecologo  
Ostetrica  
Ostetrica  
Ostetrica  
Direttore sanitario  
Ginecologa  
Ginecologo

Messner Barbara  
Messner Prim. dott. Hubert  
Mongillo Giorgia  
Pedevilla dott.ssa Emanuela  
Peer dott. Hannes  
Pescolderrung Prim. dott.ssa Lydia  
Profanter Elisabeth  
Ritsch dott.ssa Nicole  
Silbernagl Monika  
Siller dott.ssa Marianne  
Staffler Prim. Dott. Alex  
Stecher dott. Heinrich  
Steinkasserer Prim. dott. Martin  
Stricker Giorgia  
Taufere Elfrieda  
Veneziano dott.ssa Micaela  
Zambelli Sara

Ostetrica  
Neonatologo  
Ostetrica  
Pediatria  
Ginecologo  
Pediatria  
Ostetrica  
Anestesista  
Ostetrica  
Direttrice tecnico assistenziale  
Ginecologo  
Ginecologo  
Ginecologo  
Ostetrica  
Assistente Sanitaria  
Ginecologa  
Ostetrica

## Responsabile del progetto

Rabensteiner dott.ssa Veronika  
Direttrice d'ufficio formazione  
del personale sanitario Ripartizione Sanità  
Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige

## Nucleo di progetto

Cattoi dott.ssa Marina

Frena Mag. Harald

Meier dott. Horand

Fisioterapista - Referente Qualità  
Direzione di Comprensorio - CS Bressanone  
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Infermiere - Coordinatore Infermieristico  
del territorio - CS Bressanone  
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Medico - Coordinatore Unità Operativa  
"Governativo Clinico" Ripartizione Sanità  
Provincia Autonoma di Bolzano - Alto Adige

# General view

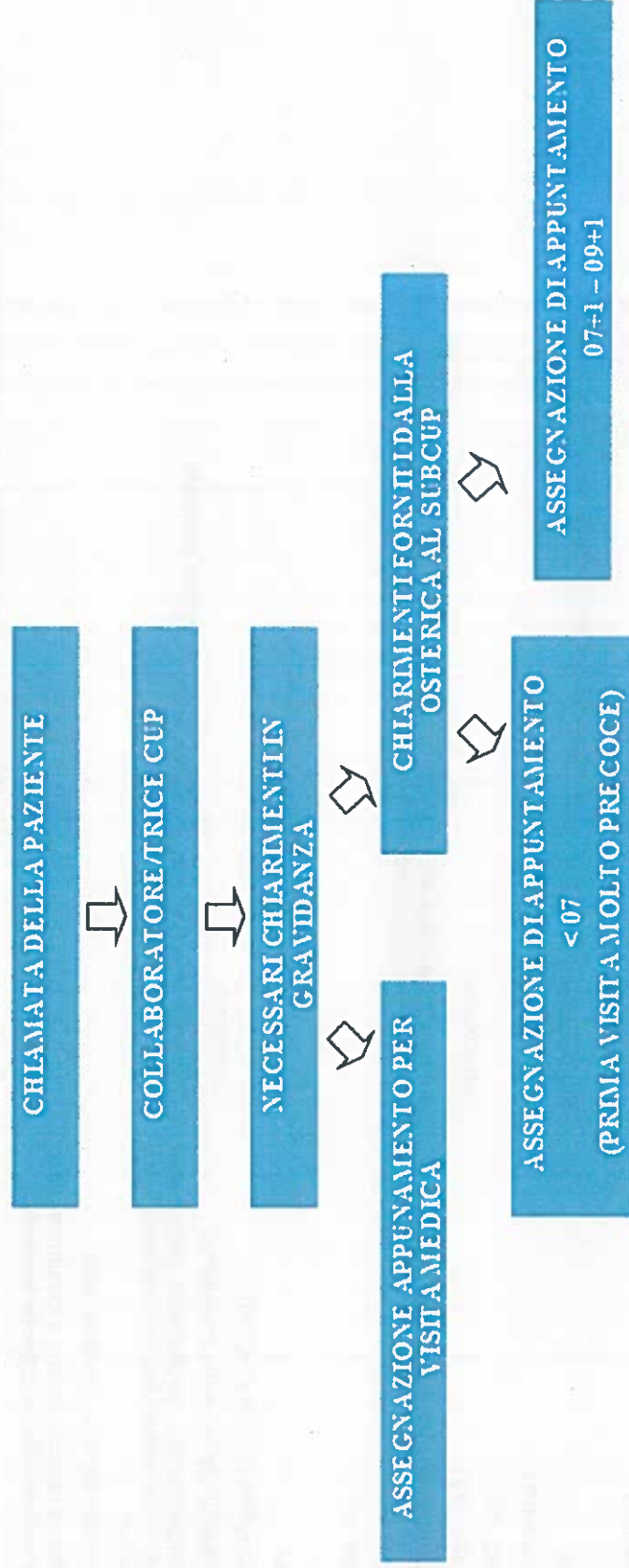


	Gravidanza a basso rischio ostetrico														ASSISTENZA ALL'UNITA' MADRE BAMBINO									
	< 07	07+1	11+1	14	16+	20+	24+	>	28+	28+	30	32+	35+	40	>41+	Ricovero in reparto ostetricia/ puerperio	Puerperio domiciliare Post-ricovero	8. giorno	4-6 Sett.	2-3 M.	5-7 M.	8-10 M.	12-15 M.	
	07	09+1	13+1	18	26+	25+	26+	30+	35	+34+	36+	Parto	Post Partum 2 ore											
Ginecologo/a																								
Ostetrica/o																								
Infermiera/e																								
Pediatra/o Neonatologa/o																								
Pediatra di base																								
Anestesista																								
Assistente Sanitaria																								
Infermiera/e Pediatrico																								
Mediatore culturale																								
Pronto Soccorso Emozionale																								
Criteri valutazioni rischi																								
Indicatori																								



CON L'INTRODUZIONE DI CHIARIMENTI SULLA GRAVIDANZA FORNITI DA UN'OSTETRICA, IL NUMERO DI VISITE PRIMA DELLA SETTIMANA SG SI RIDUCE CONSIDEREVOLMENTE

### Sub CUP (Centro Unico di Prenotazione)



## Gravidanza 1 ^ fase percorso

SG+	PRESTAZIONE	OPERATORE/LUOGO	NOTE E/O CONTENUTO PRESTAZIONALE
<p>&lt; 07 (prima visita molto precoce)</p>	<p>Anamnesi PA Peso Calcolo BMI Visita (*1) SF FOT (*2) Spot ecografico/ valutazione BCF</p>	<p>Ostetrica/o Ambulatori distrettuali ASDAA/Privati/Ospedale</p> <p>Ginecologo/a Ambulatori distrettuali ASDAA/Privati/Ospedale</p>	<p>Compilazione di prescrizione esami ematochimici</p> <p>Pre-valutazione clinica in gravidanza iniziale</p>
<p>07+1-09+1 (prima visita standard in gravidanza)</p>	<p>Anamnesi PA Peso Calcolo BMI (se non eseguito) Indicazioni igiene della gravidanza Eventualmente. compilazione. primi esami routine (se non già fatto in precedente visita precoce) Informazioni sulla Toxoplasmosi: Adottare precauzioni fino a documentazione di eventuale immunizzazione avvenuta</p>	<p>Ostetrica/o Ambulatori distrettuali ASDAA/Privati/ Ospedale</p>	<p>Prenotazione colloquio prenatale</p> <p>Valutazione se pre-prescritti oppure prescrizione esami ematochimici: In esenzione: Emocromo, Prelievo venoso, Urine, Urinocoltura, Glicemia, Rubel-test IgG + IgM se sospetto di infezione o pazienti che non sanno riferire dello stato immunitario, Rubel test solo IgG se riferiscono vaccinazione, Toxo-Test IgG+IgM, VDRL, HIV, Gruppo sanguigno, + RH (se non già noto), TCI, Screening emoglobinopatie (se indicato); PAP test (se non eseguito secondo lo screening Provinciale).</p> <p>Non in esenzione: TSH, Creatinina, gamma-GT, GOT GPT Sideremia, Ab antiVaricella IgG+IgM, previa informazione Ab antiCMV IgG+IgM, HbsAg, HCVab.</p> <p>In esenzione se fattori di rischio: HCV ab, HCV-Tipizzazione genomica (se HCV positivo), Tamponi cervicali ricerca Clamidia, Micoplasma, Neisseria, (test di genetica molecolare) (*3)</p>
<p>-Prima visita + US con CG</p>			

SG+	PRESTAZIONE	OPERATORE/LUOGO	NOTE E/O CONTENUTO PRESTAZIONALE
<p><b>Di seguito a visita di SG 07-09</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colloquio ostetrica/o per offerta screening firmato solo dalla paziente</li> <li>- Prenotazione data prelievo bitest (free <math>\beta</math>-HCG + PAPP-A 9-11 settimane)</li> <li>- Compilazione impegnative</li> <li>- Prenotazione per diagnostica prenatale premorfologica</li> </ul>	<p>Ostetrica/o dedicata Ambulatori distrettuali ASDAA/Privati/ Ospedale</p>	<p>Screening anamnestico vedi „Libretto della gravidanza“ pag. 6-7 Documentazione digitale. Compilazione di impegnative diagnostiche premorfologica.</p>
<p><b>9+0-11+6</b></p>	<p>Prelievo ematico free-<math>\beta</math>HCG e PAPP-A (Bi-Test) (*4)</p> <p>Diagnostica prenatale premorfologica, screening test combinato cromosomopatie + Selezione della gravidanza per classe di rischio</p>	<p>Laboratorio</p> <p>Ginecologo/a accreditato presso la FMF di Londra per la valutazione del rischio cromosomico (test combinato: NT e Bi-Test) &amp; Ostetrica/o Ambulatori distrettuali ASDAA/Privati/Ospedale</p>	<p>Impegnative precompilate Epoca ideale 9 +0-11+6, (esente fino alla settimana 13 + 6 ma informare la paziente che la sensibilità del test è più bassa )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PA</li> <li>- Valutazione anamnesi vedi allegato A</li> <li>- Valutazione documentazione eventuale presentata dalla gestante</li> <li>- Valutazione dati Bi-Test</li> <li>- Ecografia I trimestre secondo le linee guida SIEOG, se desiderato dalla paziente calcolo del rischio per cromosomopia mediante test combinato.</li> <li>• Basso rischio cromosomico, rischio cromosomopia sotto 1:500: si conclude lo screening cromosomico primo trimestre</li> <li>• Rischio alto se sopra 1:100 o NT superiore 99 P: &gt;3,5 mm indagine invasiva villocentesi o amniocentesi</li> <li>• Rischio intermedio fra 1:100 e 1:500: si offre screening non invasivo di II livello in esenzione: NIPT (cfDNA)</li> <li>• In seguito a NIPT se rischio alto: si offre indagine invasiva (villocentesi o amniocentesi). Se rischio basso: si conclude lo screening per cromosomopia</li> </ul> <p>- Selezione delle pazienti a rischio alto di preeclampsia precoce nel I trimestre.</p> <p>In caso di presenza di un criterio maggiore o due criteri minori, valutare prescrizione di acido acetilsalicilico 75- 100 mg al giorno da SG 12 a SG 34.</p>
<p><b>11+0-13+6</b> <b>Comunque dopo il prelievo del Bi-Test</b></p>			<p><b>Vedi pagina seguente!</b></p>



- I criteri maggiori per l'identificazione delle pazienti a rischio per preeclampsia sono:
  - *pregressa gravidanza complicata da preeclampsia o IUGR*
  - *ipertensione pregravidica*
  - *diabete pregravidico (di I o di II tipo)*
  - *nefropatia materna*
  - *sindrome antifosfolipidi (o altra patologia autoimmune con rischio di preeclampsia)*
- I criteri minori sono:
  - *età materna > 40 anni*
  - *Intervallo intergravidico > 10 anni o nulliparità*
  - *BMI > 30*
  - *gravidenza multipla*
  - *storia familiare di preeclampsia*
- Ulteriore screening per la preeclampsia precoce: Ciascun Centro dove avviene lo screening potrà autonomamente decidere se offrire, in aggiunta ai criteri sopra elencati, anche screening sulla base di:
  - *MoM PAPP- A*
  - *PA media a 11-13 settimane*
  - *Doppler delle arterie uterine a 11-13 SG*
  - *fattori anamnestici*
 Tale screening potrà essere offerto da operatori certificati FMF con apposito software.

- Documentazione digitale e nel libretto della gravidanza
- Prenotazione ecografia 20 SG

### Attribuzione classe di rischio ostetrico

Comunicazione alla gestante

Gravidanza a **BASSO RISCHIO**

Gravidanza con **RISCHIO SPECIFICO**

Gravidanza **PATOLOGICA**

Diagnostica prenatale premorfologica  
&  
selezione tipologia  
Gravidanza

Ginecologo/a accreditato  
presso la *FMF di Londra*  
per la valutazione del  
rischio cromosomico (NT  
e BI-Test)  
& Ostetrica/o  
Ambulatori distrettuali  
ASDAA/Privati/Ospedale

**11+1-13+6**  
Comunque dopo il  
prelievo del BI-Test

## Gravidanza a basso rischio da SG 13 PERCORSO

SG+	PRESTAZIONE	OPERATORE/LUOGO	NOTE E/O CONTENUTO PRESTAZIONALE
Da SG 13 settimanalmente	Rilevazione e documentazione peso	Autogestito dalla gestante	Rilevazione ed documentazione del peso 1 volta alla settimana
14-18	TRI-Test Solo se la paziente non ha potuto eseguire test combinato per lo screening delle cromosomopatie	Ginecologo/a Genetista Laboratorio centrale	Prescrizione ed esecuzione esami ematochimici - Se la paziente si è recata tardi alla prima visita e non ha potuto accedere allo screening per cromosomopia del I trimestre, si può offrire in esenzione, previo colloquio informativo dettagliato, Tri test tra SG 16 e 18. (Alfafetoproteina, Estriolo libero e HCG) si offre esame invasivo se rischio superiore a 1:250
16+	Visita + BCF (*1) SF FOT (*2) Controllo esami ematochimici Misurazione pressione arteriosa	Ostetrica/o Ambulatori distrettuali ASL/Privati/ Ospedale	Consigliare: Esami ematochimici eventualmente se indicati: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prelievo venoso</li> <li>• Rubeltest IgG (se precedentemente negativa),</li> <li>• Toxo-Test (se precedentemente negativa)</li> <li>• OGTT (*5)</li> </ul>
20+	Ecografia morfologica	Ginecologo/a Ambulatori distrettuali ASDAA/Privati/ Ospedale	Ecografia in esenzione secondo le linee guida SIEOG Biometria fetale Morfologia fetale Morfologia placentare LA Cervicometria Prescrizione esame ematochimico eventualmente se indicato: Toxo-Test (se precedentemente negativo), prelievo venoso
24+ - 25+	Visita (*1) + BCF SF FOT (*2) Esami ematochimici Screening DG (Diabete gestazionale)	Ginecologo/a o Ostetrica/o Ambulatori distrettuali ASDAA/Privati/ Ospedale	Esami ematochimici Prelievo venoso Urine, Urinocoltura Eventualmente se indicati: Toxo-Test IgG+IgM (se precedentemente negativi) Esami ematochimici non in esenzione: Emocromo, Sideremia Esente se indicazione: OGTT (*6) (nelle gestanti a rischio se non eseguito precedentemente in SG 16 o se eseguito e negativo)

Gravidanza a basso rischio da SG 26  
PERCORSO

SG+	PRESTAZIONE	OPERATORE/LUOGO	NOTE E/O CONTENUTO PRESTAZIONALE
> 26+	Corso di preparazione al parto	Ostetrica/o e Assistente sanitaria o Infermiera pediatrica Ambulatori distrettuali ASDAA/Privati/ Ospedale	Preparazione al parto, allattamento e cura al neonato
28+	Visita + BCF Controllo esami ematochimici Consegna questionario anestesiologico (vedi allegato B) Valutazione per eventuale immunoprofilassi Anti D se Rh negativo Compilazione questionario anestesiologico (vedi allegato B)	Ostetrica/o Ambulatori distrettuali ASDAA/Privati/ Ospedale	Consigliare: Esami ematochimici in esenzione: Emocromo, TCI, prelievo venoso Eventualmente se indicati: Toxo-Test IgG+IgM (se precedentemente negativo) Eventualmente se indicato: consigliare immunoprofilassi Rh secondo le modalità del singolo comprensorio  Da conservare nel Libretto della Gestante
28+ - 30+	Valutazione questionario anestesiologico (vedi allegato B)  L'ecografia biometrica solo su indicazione	Ostetrica/o Ambulatori distrettuali ASDAA/Privati/ Ospedale  Ginecologo/a Ambulatori distrettuali ASDAA/Privati/ Ospedale	Eventuale prenotazione visita anestesiologica in base a questionario  Ecografia in esenzione a discrezione della ostetrica curante se rilevata distanza sinfisi fondo anomala o altro sospetto: Biometria fetale Rivalutazione morfologia cuore, stomaco, reni Presentazione fetale Morfologia placentare LA Eventuale cervicometria se indicata

## Gravidanza a basso rischio da SG 30 PERCORSO

SG+	PRESTAZIONI	OPERATORE/LUOGO	NOTE E/O CONTENUTO PRESTAZIONALE
SG 30-35	Incontri informativi di gruppo	Ginecologo/a Anestesista Ostetrica/o Ospedale/Ambulatori distrettuali	Incontri informativi sul parto e la gestione del dolore del travaglio per gruppi di gravide in date prefissate (senza prenotazione) in presenza dell'anestesista, ginecologo, ostetrica; con eventuale ausilio di videoclip, al bisogno anche colloqui singoli; svolti nelle due lingue tedesco ed italiano a seconda del tasso di natalità (1-2 volte al mese) oppure un colloquio individuale in ambulatorio di anestesia. In ogni caso il consenso informato alla PDA deve essere acquisito prima dell'inizio del travaglio (acquisizione di consenso informato secondo la normativa vigente in materia)
32+ - 34+	Visita + BCF SF, FOT Controllo esami Ematochimici	Ostetrica/o Ambulatori distrettuali ASDAA/Privati/Ospedale	Consigliare: Esami ematochimici in esenzione Urine, urinocoltura, emocromo, prelievo venoso HbsAg, HIV, VDRL Eventualmente se indicato: Toxo-Test (se precedentemente negativo)
34+ - 36+	Ecografia biometrica	Ginecologo/a Ambulatori distrettuali ASDAA/Privati/Ospedale	US Biometria fetale Presentazione fetale LA Manning score
Attribuzione classe di rischio per il parto			
36+ - 37+	Attribuzione classe di rischio per il parto (vedi allegato C)  Screening GBS (Streptococco agalactie gruppo B) (37 sett.)	Ginecologo/a  Ostetrica	Applicazione protocollo selezione classi di rischio al parto („presa in carico “da punto nascita) (vedi allegato C)  Tampone vagino-rettale GBS (a seconda della organizzazione del singolo comprensorio, può essere eseguita in occasione della ultima ecografia ostetrica)



## Gravidanza a basso rischio da SG 40 PERCORSO

SG+	PRESTAZIONI	OPERATORE/LUOGO	NOTE E/O CONTENUTO PRESTAZIONALE
40	Visita (*1) + BCF+ US LA SF FOT (*2) CTG Programmazione controlli parto Decisione di donazione del sangue del cordone ombelicco	Ostetrica/o Ambulatori distrettuali ASL/Privati/Ospedale	Valutazione: Collo uterino se indicato Presentazione fetale BCF/Cardiotocogramma  Il triage a cura dell'ostetrica deve essere ripetuto tempestivamente al parto.
>41+	Controlli parto: Visita (*1) SF FOT (*2) US CTG	Ginecologo/a Ambulatori distrettuali ASDAA/Privati/ Ospedale	Con valutazione: Dilatazione cervicouterina Presentazione fetale BCF / Cardiotocogramma LA Manning score

## Nascita a basso rischio

	PRESTAZIONE	OPERATORE/LUOGO	NOTE E/O CONTENUTO PRESTAZIONALE
Parto	Assistenza e sorveglianza della donna durante il parto	Ostetrica/o di sala parto in struttura ospedaliera	<p><b>Gravidanza/Parto a basso rischio (Codice verde)</b></p> <p>Luogo del parto: Sala parto a conduzione ostetrica situata all'interno di struttura ospedaliera, la quale soddisfi i criteri stabiliti (vedi Conferenza Stato - Regioni 2010)</p> <p>Assegnazione di personale in sala parto secondo la Direttiva di legge: Obiettivo è l'assistenza "ONE TO ONE" in sala parto</p> <p>Ricovero per il parto a cura dell'ostetrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratificazione del rischio ostetrico/Triage secondo la direttiva</li> <li>• Anamnesi</li> <li>• Parametri vitali</li> </ul> <p>-&gt; Madre: Temperatura, pressione arteriosa, ACU, percezione del dolore, visita vaginale</p> <p>-&gt; Feto: MAF, BCF, situazione e posizione, quantità di liquido amniotico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raccolta della documentazione relativa</li> <li>• Espletamento delle pratiche burocratiche relative al ricovero</li> </ul> <p><b>First stage of Labour (1):</b> (Periodo dilatante)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratificazione del rischio ostetrico/Triage secondo la direttiva</li> <li>• CTG/BCF:</li> <li>o CTG intermittente/BCF ogni 15 Minuti in PD</li> <li>o Al presentarsi del seguenti eventi deve essere tempestivamente coinvolto il personale medico: frequenza cardiaca fetale &lt;110 battiti/minuto e &gt;160-180 battiti/minuto, decelerazioni, febbre materna, presenza di meconio, ipertensione materna</li> <li>• Visita vaginale almeno ogni 4 ore come da indicazioni WHO</li> <li>• Valutazione continua e sistematica, controllo e documentazione dell'ACU ogni 30 minuti, polso materno ogni ora, pressione arteriosa materna e temperatura ogni 4 ore</li> <li>• Sorveglianza della minzione e documentazione</li> <li>• Accompagnamento tecnico-emozionale della partoriente - sostenere, accompagnare, promuovere la mobilitazione favorente il parto</li> </ul>

Nascita a basso rischio

	PRESTAZIONE	OPERATORE/LUOGO	NOTE E/O CONTENUTO PRESTAZIONALE
Parto	Assistenza e sorveglianza della donna durante il parto	Ostetrica/o di sala parto in struttura ospedaliera	<p><b>First stage of Labour (2):</b> Documentazione del parto nel partogramma, nel PIA (fetadoc) o altro programma software</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durata Periodo dilatante:</li> <li>• Primipara: 8-18 ore con ACU regolare</li> <li>• Pluripara: 5-12 ore con ACU regolare</li> </ul> <p><b>Second stage of Labour:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primipara: 3 ore di periodo espulsivo attivo (Da considerare oltre alla fase di latenza!)</li> <li>• Multipare: 2 ore di periodo espulsivo (Da considerare oltre alla fase di latenza!)</li> <li>• CTG intermittente/BCF ogni 5 Minuti in periodo espulsivo</li> <li>• Valutazione continua e sistematica, controllo e documentazione dell'attività contrattile uterina (ACU), pressione arteriosa ogni ora, temperatura ogni 4 ore, regolarità della minzione.</li> <li>• Prestare assiduamente attenzione ai bisogni emozionali e psichici della partoriente e DOCUMENTARE</li> <li>• Auscultazione intermittente del BCF ogni 5 minuti per 1 minuto, polso materno ogni 15 minuti; CTG</li> <li>• Tenere in considerazione la percezione del dolore della partoriente, sostenerla e motivarla alla collaborazione, a cambiare e trovare le posizioni per lei migliori in travaglio, ad alimentarsi ed idratarsi</li> <li>• Favorire le posizioni erette</li> <li>• Le spinte attive secondo il bisogno della partoriente</li> </ul> <p>Solo in caso di spinte inefficaci, o se desiderato dalla partoriente: Ø Offrire la possibilità di cambiare posizione</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Svuotare la vescica</li> <li>- Motivare e sostenere</li> <li>• Hands-on = sostenere il perineo</li> <li>• Hands-polised = solo frenare la fuoriuscita della testa dal perineo</li> <li>• NESSUN aumentato bisogno di assistenza durante il parto in acqua</li> <li>• Effettuare episiotomia solo su indicazione e non di routine</li> <li>• Favorire il Bonding</li> </ul>

Nascita a basso rischio

PRESTAZIONE	OPERATORE/LUOGO	NOTE E/O CONTENUTO PRESTAZIONALE
<p>Parto</p> <p>Assistenza e sorveglianza della donna durante il parto</p>	<p>Ostetrica/o di sala parto in struttura ospedaliera</p>	<p><b>Third stage of Labour: Periodo del secondamento</b> (fino alla espulsione della placenta, completa di membrane)</p> <p>Durata:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 minuti se con assistenza attiva</li> <li>• 60 minuti se con condotta di attesa (in assenza di metrorragia)</li> <li>• Non separare madre e bambino almeno fino alla prima poppata.</li> <li>• Somministrare 10 UI di ossitocina i.m. o 5 UI e.v. al coronamento della spalla fetale secondo le linee guida internazionali e italiane per la prevenzione della emorragia post partum. Non somministrare se la paziente ha rifiutato la prevenzione, dopo adeguata informazione</li> <li>• Lasciare che il cordone smetta di pulsare prima di reciderlo o recidere il cordone non prima di un minuto dalla nascita (anticipare solo in caso di brevità del cordone ombelicale)</li> <li>• Determinazione del pH da arteria ombelicale</li> <li>• Determinazione del gruppo sanguigno del neonato</li> <li>• Controllo dei parametri vitali e perdite ematiche della donna</li> <li>• secondamento della placenta, spontaneamente staccata dall'utero con spinte attive della donna</li> </ul> <p><b>Postpartum:</b></p> <p>Controllare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrità della placenta e delle membrane dopo il secondamento</li> <li>• Utero contratto e lochiazione regolare</li> <li>• Verifica tramite ispezione di eventuali lacerazioni perineali e/o vaginali</li> <li>• Parametri vitali della madre, temperatura, pressione arteriosa e polso regolari</li> <li>• stato psico-emotivo della donna</li> <li>• Controllare svuotamento della vescica dopo il parto (al massimo entro 6 ore)</li> </ul> <p><b>Prime cure al neonato:</b></p> <p>Asciugare e tenere al caldo (v. linee guida attuali della rianimazione neonatale)</p> <p>Apgar a 1', 5', 10'</p> <p>Controllo dei segni vitali per la prevenzione della SUPC</p> <p>Documentazione relativa a madre e bambino</p>

## Nascita/postparto/puerperio a basso rischio

	PRESTAZIONE	OPERATORE/LUOGO	NOTE E/O CONTENUTO PRESTAZIONALE
Parto / postparto	Assistenza e sorveglianza della donna dopo il parto	Ostetrica/o Sala parto in struttura ospedaliera	L'ostetrica è responsabile della sorveglianza ed assistenza della donna e del neonato nel periodo post-partum salvo sospetti di anomalia funzionale. Prevenzione SUPC (vedi documenti relativi)
	Prima valutazione del neonato	Da parte dell'ostetrica salvo sospetti di anomalia funzionale. Sala parto in struttura ospedaliera	Se il punteggio di Apgar dopo 5 minuti è superiore a 7 e seguendo le linee guida della rianimazione neonatale, il neonato rimane con la madre. Prima valutazione del neonato viene fatta da parte di ostetrica (oppure se presente ginecologo, infermiera pediatrica oppure infermiera)
Degenza In puerperio	Sorveglianza ed assistenza della donna in puerperio	Ostetrica/o Reparto ospedaliero dedicato (ostetricia)	Triage ostetrico di assistenza al puerperio - vedi allegato D Entro 6 ore dopo il parto deve avvenire lo svuotamento della vescica. Controllo della regolarità delle lochiazioni, fondo uterino, temperatura, pressione arteriosa, polso (parametri vitali della puerpera), minzione, allattamento, seno, controllo di eventuali lacerazioni vaginoperineali, mobilizzazione, bonding, stato emotivo-emozionale Assistenza al puerperio integrata; controllo giornaliero del fondo uterino, parametri vitali, lochiazioni, controllo del perineo in 2° giornata dopo il parto, profilassi Rh se necessario, possibile dimissione in 2° giornata;
	Sorveglianza ed assistenza del neonato dopo il parto	Ostetrica/o oppure infermiera pediatrica oppure infermiera Reparto ospedaliero	Rooming-in 24-ore peso, lunghezza, circonferenza cranica, contatto pelle a pelle, promozione dell'allattamento, assistenza integrata al puerperio con organico adeguato, educazione alla salute, cura del neonato, cura del moncone ombelicale, Handling, cinestetica, Protocolli: bilirubinemia, profilassi oftalmica, Gruppo ABO Rh, Vitamina K, Screening, test dell'udito Il personale deve possedere competenze per il precoce riconoscimento di patologie neonatali.
	Screening Dimissione	Ostetrica/o oppure infermiera pediatrica oppure infermiera Reparto ospedaliero	Esami di screening (metabolici ed audiologici). Dimissione protetta.

## Puerperio a basso rischio

	PRESTAZIONE	OPERATORE/LUOGO	NOTE E/O CONTENUTO PRESTAZIONALE
Degenza In puerperio	Visita del neonato	Pediatra-neonatologo Reparto ospedaliero	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visita del neonato entro 24 ore dopo il parto</li> <li>2. Visita alla dimissione</li> </ol> Il Pediatra-Neonatologo decide se il neonato è normale e non presenta fattori di rischio specifici. In tal caso il neonato seguirà il percorso previsto per il "puerperio a basso rischio".
	Dimissione protetta	Ostetrica/o, assistente sanitaria oppure l'infermiera/e pediatrica/o Territorio	L'ostetrica riceve informazioni riguardanti la dimissione protetta ed indirizza al personale del distretto (ostetrica e/o assistente sanitaria, infermiera pediatrica) competente per il completamento del percorso assistenziale
		Mediatrice/mediatore Culturale Ospedale	
Dopo la dimissione (domicilio)	L'assistenza in puerperio alla diade madre-bambino comprende 2-3 visite domiciliari entro le 4 settimane dopo il parto a cura dell'ostetrica in collaborazione ed accordo con l'infermiera/e pediatrica/o ed assistente sanitaria		
	Visite domiciliari Visita di chiusura per la dimissione protetta.	Ostetrica/o Reparto ospedaliero, territorio	<p><b>Visita domiciliare:</b> Assistenza al puerperio: diade madre-bambino, 2-3 visite al domicilio entro le 4 settimane dopo il parto</p> <p><b>Visita conclusiva la dimissione protetta:</b> controlli da effettuarsi entro le 4 settimane dopo il parto: evoluzione allattamento, ev. guarigione suture, fondo uterino Consulenza per l'allattamento Ev. riabilitazione perineale</p>

## Puerperio a basso rischio

	PRESTAZIONE	OPERATORE/LUOGO	NOTE E/O CONTENUTO PRESTAZIONALE
<p>Dopo la dimissione (domicilio)</p>	<p>Dimissione protetta</p>	<p>Ostetrica Assistente Sanitaria Infermiera Pediatria Infermiera</p> <p>Territorio</p>	<p>Dimissione protetta Prima presa di contatto con la donna ovvero i genitori. Offerta: consulenza-avviamento/dimostrazione: allattamento Consulenza per l'alimentazione, cura del neonato e del moncone ombelicale, bagnetto del neonato, cambio del pannolino, accompagnamento all'utilizzo della fascia per il neonato (Tragetuch)/aiuto (nozioni di cinestetica)</p> <p>Neonato: controllo ed accrescimento ponderale ed in altezza, ombelico, bilirubina e "linea terapeutica in accordo" col pediatra;</p> <p>Per problematiche madre/bambino consultare pediatra di libera scelta /medico di base/ospedale;</p> <p>Al bisogno: visita domiciliare (gemelli, presenza di fratelli in età pediatrica, problemi logistici, malattia) informazioni per assistenza presso altri servizi ed eventualmente provvedere a fissare un appuntamento. Attività in caso di malattie croniche, cure palliative, nati prematuri; la consegna tramite l'ostetrica può avvenire anche nel periodo di degenza in puerperio</p>

Durante tutto il percorso nascita

	<b>PRESTAZIONE</b>	<b>OPERATORE/LUOGO</b>	<b>NOTE E/O CONTENUTO PRESTAZIONALE</b>
7-41 S.G	Pronto soccorso Emozionale Gruppi di sostegno	Personale adeguatamente formato Ospedale, Servizio territoriale	Prevenzione Gruppi Basic Bonding Sviluppo delle risorse personali Costruzione del legame col feto Gestione di stress acuto e cronico
7-41 S.G.	Pronto soccorso Emozionale Colloquio individuale in gravidanza	Personale adeguatamente formato Ospedale, Servizio territoriale	Promozione del legame (madre - bambino) Uscire dallo schema dello stress Sviluppo delle risorse
Degenza	Pronto soccorso Emozionale Colloquio individuale	Personale adeguatamente formato Ospedale	Promozione del legame (madre - bambino) Uscire dallo schema dello stress Sviluppo delle risorse
Dopo la dimissione (domicilio)	Pronto soccorso Emozionale Gruppi di sostegno	Personale adeguatamente formato Ospedale, Servizio territoriale	Lavoro sulla prevenzione Gruppi Basic Bonding Accompagnare i genitori in situazioni di forte espressione e di pianto, irrequietezza, problemi di sonno del bambino, dal parto al 3. anno di vita del bambino, annualmente 1-4 gruppi per Distretto
Dopo la dimissione (domicilio)	Pronto soccorso emozionale Dopo il parto	Personale adeguatamente formato Ospedale, Servizio territoriale	Promozione del legame (madre - bambino) Uscire dallo schema dello stress Sviluppo delle risorse Contemporaneamente contestualmente accompagnamento durante crisi, interdisciplinare con TIN, psichiatra, psicologa, aiuto precoce, assistente sociale, madri minorenni, droghe, dalla gravidanza al 3. anno di vita del bambino, ambulatorio specialistico



	<b>PRESTAZIONE</b>	<b>OPERATORE/LUOGO</b>	<b>NOTE E/O CONTENUTO PRESTAZIONALE</b>
8 giorno-6 Sett.	1° Bilancio di salute	Pediatra di libera scelta Ambulatorio in territorio	Bilancio di salute, peso
4-6 Sett.	Ecografia delle anche	Pediatra-neonatalogo Reparto ospedaliero	Ecografie anche
2-3 M	2° Bilancio di salute	Pediatra di libera scelta Ambulatorio in territorio	Bilancio di salute + vaccino
5-7 M	3° Bilancio di salute	Pediatra di libera scelta Ambulatorio in territorio	Bilancio salute + vaccino
8-10 M	4° Bilancio di salute	Pediatra di libera scelta Ambulatorio in territorio	Bilancio salute
12-15 M	5° Bilancio di salute	Pediatra di libera scelta Ambulatorio in territorio	Bilancio salute + vaccino

## Indicatori

1. Sub-CUP attivo?
2. Contatto Sub CUP presente sul sito internet [www.ASDAA.it](http://www.ASDAA.it) .
3. Numero gravidanza seguita con questo percorso in confronto al numero totale di parti in Provincia di Bolzano/Alto Adige.
4. Numero dei parti che hanno fatto il triage ostetrico di assistenza al parto per gravidanza a termine in confronto numero totale di parti in Provincia di Bolzano/Alto Adige.
5. Numero di gravidanze codificate alla settimana 12 come basso rischio (codice verde) che poi hanno sviluppato patologia in confronto con il numero totale di codifiche basso rischio (codice verde).
6. Numero di donne seguite in puerperio a domicilio (casa) da una ostetrica in confronto al numero totale di parti in Provincia di Bolzano/Alto Adige.
7. Numero tagli cesarei (criteri di Robson) nelle gravide a basso rischio in rapporto alle gravide a medio ed alto rischio
8. Rilevazione outcome materni (febbre in puerperio, lacerazioni III e IV grado, anemia) e fetali (pH arteria ombelicale, indice di Apgar)
9. Sondaggi sulla soddisfazione delle pazienti e dei dipendenti un anno dopo l'implementazione
10. Allattamento a 6 mesi dal parto

Note	<p>Per "visita ostetrica" si intende la valutazione clinica della paziente. La visita vaginale alla prima visita è consigliata allo scopo di identificare eventuali malformazioni uterine o vaginali o esiti di mutilazioni genitali femminili. Nelle visite successive la palpazione vaginale può essere eseguita ogniqualevolta il medico o l'ostetrica lo ritenga opportuno. La visita ostetrica deve comunque comprendere, ad ogni appuntamento, anche la misura con metodica standardizzata della distanza sinfisi fondo, che deve essere annotata sul libretto e sulla documentazione informatica</p>	
(*1)	<p>Striscio vaginale a fresco e FOT devono essere eseguiti sempre alla prima visita. Nelle visite successive possono essere eseguiti ogniqualevolta il medico o l'ostetrica lo ritenga opportuno. L'esecuzione dello striscio a fresco e FOT permette di riconoscere infezioni vaginali che, trattate precocemente nel I trimestre, possono ridurre l'incidenza di parto pretermine.</p>	<p>Valutazione microbiologica vaginale corrispettiva di tamponi vaginale</p>
(*2)	<p>I tamponi cervico-vaginali e HCvab sierico possono essere eseguiti in esenzione solo in caso di presenza di fattori di rischio secondo le linee guida per la Gravidanza Fisiologica 2011.</p>	<p><a href="http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1436_allegato.pdf">http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1436_allegato.pdf</a></p>
(*3)	<p>Bi-Test = Prelievo ematico <math>\beta</math>-HCG e PAPP-A Test combinato = Bi-Test e esame NT</p>	
(*4)	<p>OGTT deve essere prescritto a 16-18 settimane in esenzione in caso di presenza di uno o più dei fattori di rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BMI &gt; 30</li> <li>- pregresso GDM</li> </ul>	<p>Se OGTT a 16-18 SG è negativo, eseguire comunque OGTT anche a 24 SG</p>
(*5)	<p>OGTT deve essere prescritto a SG 24 in esenzione solo in caso di presenza di uno o più dei fattori di rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BMI &gt; 25</li> <li>- età materna &gt; 35 anni</li> <li>- pregresso GDM</li> <li>- pregressa macrosomia fetale (&gt;4,5 kg)</li> <li>- anamnesi familiare positiva per DG</li> <li>- famiglia originaria di aree ad alta prevalenza di diabete (Asia meridionale, Caraibi, Medio Oriente) #"</li> </ul>	<p>#: - India, Pakistan, Bangladesh - Popolazione afro-caraibica - Arabia Saudita, EAU, Oman, Qatar, Kuwait, Iraq, Siria, Libano, Giordania, Egitto"</p>
(*6)		
NB	<p>Nelle caselle con la dizione ostetrica/o le attività possono essere svolte da ostetrica/o oppure da medico/a specialista ginecologo/a</p>	

## Fonti bibliografiche:

- Chaoui R, Benoit B, Heling KS, Nicolaides KH. Assessment of intracranial translucency (IT) in the detection of spina bifida at the 11-13 week scan. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009.
- Cicero s., Rembouskos G, Vandecruys H, Hogg M, Nicolaide KH. Likelihood ratio for trisomy 21 in fetuses with absent nasal bone at the 11-14 week scan: *Ultrasound Obstet Gynecol.*, 2004.
- Clur SA, Ottenkamo J., Bilardo CM. The nuchal translucency and the fetal heart: a literature review. *Prenatal Diagn.*, 2009.
- Conferenza Stato - Regioni 2010
- Mainz N, Valencia C, Emmanuel EE, Staboulidou I, Nicolaides KH. Screening for adverse pregnancy outcome by ductus venosus Doppler at 11-13+6 weeks of gestation. *Obstet Gynecol.*, 2008.
- Ministero della Salute. Linee Guida . Screening prenatale non invasivo basato sul DNA. Roma 2015.
- Nicolaides KH Nuchal translucency and other first-trimester sonographic markers of chromosomal abnormalities. *Am J Obstet Gynecol.*, 2004.
- Nicolaides KH, Azar G., Byrne D, Mansur Fetal nuchal translucency: ultrasound screening for chromosomal defects in first trimester of pregnancy, *BMJ* 1992.
- Poon LC, Stratieva V, Piras S, Piri S, Nicolaides KH. Hypertensive disorders in pregnancy : combined screening by uterine artery doppler, blood pressure and serum PAPP-A at 11-13 weeks. *Prenat. Diagn.* 2010.
- Salomon Lj; Alfirevic Z, Audibert F, Kagan KO, Paladini D, Yeo G, Raine-Fenning N. ISUOG consensus statement on the impact of non-invasive prenatal testing (NIPT) on prenatal.
- Souka AP, Von Kaisenberg CS, Hyett JA , Sonek Jd, Nicolaides KH. Increased nuchal translucency with normal karyotype. *Am J Obstet Gynecol.*, 2005.
- Souka AP, Pilalis A, Kavalakis I, Antsaklis P Screening for major structural abnormalities at the 11-to 14-week ultrasound scan. *Am J Obstet Gynecol.* 2006.
- Linee guida SIEOG edizione 2015 : ecografia ostetrica nel 1 trimestre, screening prenatale della trisomia 21, test del DNA libero circolante nel sangue materno.
- Makrydimas G, Sotoriadis A, Huggon IC, Simpson J, Sharland G Nuchal translucency and fetal cardiac defects: a pooled analysis of major fetal echocardiography centers. *Am J Obstet Gynecol* 2005.
- <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf?ua=1> (03.2017)
- <https://pathways.nice.org.uk/pathways/postnatal-care> (08.2016)
- [https://www.fetalmedicine.com/Internet/course " The 11-13 weeks scan"](https://www.fetalmedicine.com/Internet/course%20The%2011-13%20weeks%20scan) (02.2017)
- [https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/fertility-pregnancy-and-childbirth/intrapartum-care-\(08.2016\)](https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/fertility-pregnancy-and-childbirth/intrapartum-care-(08.2016))
- <https://www.nice.org.uk/guidance/qs105> (08.2016)
- [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1436\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf) (04.2018)
- [http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG\\_Gravidanza.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Gravidanza.pdf) (03.2017)
- [http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG\\_Cesareo\\_finaleL.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Cesareo_finaleL.pdf) (03.2017)

# Allegato A: Criteri di valutazione inizio gravidanza

PARTE A	PARTE B	PARTE C	PARTE D																				
<b>Anamnesi personale</b>																							
<input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa essenziale <input type="checkbox"/> Patologia ematologica <input type="checkbox"/> Patologia autoimmune <input type="checkbox"/> Anomalie metaboliche <input type="checkbox"/> glucidico <input type="checkbox"/> Infezioni (HIV, HCV) <input type="checkbox"/> Obesità Patologia renale <input type="checkbox"/> Patologia cardiaca <input type="checkbox"/> Patologia tiroidea <input type="checkbox"/> Abuso di sostanze voluttuarie/tabagismo BMI < 18 > 28 <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Consanguineità <input type="checkbox"/> Esposizione agenti teratogeni/infettivi <input type="checkbox"/> Patologie genetiche o malformative in famiglia <input type="checkbox"/> Età materna > 35 an <input type="checkbox"/> Altro:	NT e bitest <input type="checkbox"/> eseguito <input type="checkbox"/> non eseguito Indagine invasiva <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Consulenza ematologica <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Consulenza genetica <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Ecografia specifica <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Terapia <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Dosaggio:																				
<b>Anamnesi ostetrica</b>																							
<input type="checkbox"/> Tre o più aborti spontanei pregressi <input type="checkbox"/> Pregresso parto pretermine o aborto tardivo <input type="checkbox"/> Precedente IUGR <input type="checkbox"/> Precedente figlio con anomalia cromosomica o malformativa <input type="checkbox"/> Pregresso distacco intempestivo di placenta <input type="checkbox"/> Precedente figlio > 4500 gr <input type="checkbox"/> Pregresso diabete gestazionale <input type="checkbox"/> PIH o preeclampsia nella precedente gravidanza <input type="checkbox"/> Precedente morte neonatale o intrauterina fetale <input type="checkbox"/> Pregressa chirurgia uterina compreso taglio cesareo <input type="checkbox"/> Malformazioni o anomalie uterine (fibromi) <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Tromboembolia <input type="checkbox"/> Pregressa tromboembolia <input type="checkbox"/> Trombofilia <input type="checkbox"/> Pregresso parto pretermine <input type="checkbox"/> Pregresso aborto tardivo <input type="checkbox"/> Trachelotomia <input type="checkbox"/> Malformazione uterina <input type="checkbox"/> Altro:	Screening: cervicometria SG ..... <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Doppler arterie uterine: <input type="checkbox"/> eseguito <input type="checkbox"/> non eseguito a SG .....	Terapia tipo <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Monitoraggio cervicometria <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no																				
<b>Gravidanza attuale</b>																							
<input type="checkbox"/> Epoca gestazionale incerta <input type="checkbox"/> Gravidanza multipla <input type="checkbox"/> Età materna > 35 anni al concepimento <input type="checkbox"/> ISO immunizzazione Rh nella gravidanza attuale <input type="checkbox"/> Infezione CMV - TOXO <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Dismetabolismo glicidico <input type="checkbox"/> Pregresso diabete gestazionale <input type="checkbox"/> Glicemia I trimestre > 100 < 126 <input type="checkbox"/> BMI > 28 <input type="checkbox"/> Pregresso neonato macrosoma > 4500 gr	OGGT <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Gestione specifica	ASA low dose <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Percorso multidisciplinare Gestione specifica																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><b>Parte A e B</b></td> <td style="width: 20%;"><b>SG 07+1</b></td> <td style="width: 20%;"><b>SG 11+1</b></td> <td style="width: 20%;"><b>SG 20+</b></td> <td style="width: 20%;"><b>SG 30+</b></td> </tr> <tr> <td><b>Parte A, B e C</b></td> <td><b>- 09+1</b></td> <td><b>- 13+1</b></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>NB 4</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>NB 4</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				<b>Parte A e B</b>	<b>SG 07+1</b>	<b>SG 11+1</b>	<b>SG 20+</b>	<b>SG 30+</b>	<b>Parte A, B e C</b>	<b>- 09+1</b>	<b>- 13+1</b>			<b>NB 4</b>					<b>NB 4</b>				
<b>Parte A e B</b>	<b>SG 07+1</b>	<b>SG 11+1</b>	<b>SG 20+</b>	<b>SG 30+</b>																			
<b>Parte A, B e C</b>	<b>- 09+1</b>	<b>- 13+1</b>																					
<b>NB 4</b>																							
<b>NB 4</b>																							
<b>GINECOLOGO/A</b> <b>CRITERI DI VALUTAZIONE INIZIO GRAVIDANZA</b>																							

## Allegato B: Questionario di autovalutazione per la partorente

	SI	NO
Soffre di patologie cardiovascolari (cardiomiopatie, valvulopatie, ipertensione)?		
Assume terapia antiaritmica o antiipertensiva?		
Assume terapia anticoagulante o antiaggregante (Aspirina®, Tiklid®, Coumadin®, Clexane®, Fraxiparina®)?		
Soffre di patologie della coagulazione (emofilia, piastrinopenia congenita o acquisita) e quindi sanguina abbondantemente dopo un piccolo trauma?		
Ha avuto malattie del fegato?		
Soffre di patologie della colonna o ha subito interventi alla colonna vertebrale (ernia discale, stabilizzazioni vertebrali, scoliosi, spina bifida)?		
Presenta grave obesità (BMI >35)?		
Soffre di patologie neurologiche (epilessia, interventi per emorragie o neoplasie cerebrali)?		
Presenta patologie infiammatorie dermatologiche in particolare sulla cute del dorso (herpes zoster, ascessi ecc..)?		
Soffre di malattie muscolari (distrofie, miastenia gravis)?		
Ha precedenti di allergia agli anestetici locali (per esempio durante cure odontoiatriche)?		

Se anche ad una sola di queste domande ha risposto SI, deve sottoporsi a visita anestesiológica pre- parto (tra la 34a e la 37a settimana gestazionale)  
**Prenotare la visita**

## Allegato C: Criteri per triage ostetrico di assistenza al parto per gravidanza a termine

Criteri per il triage ostetrico di assistenza al parto per gravidanza a termine

**Criteri codice VERDE gestanti a basso rischio**

Etichetta  
Nome e cognome  
Paziente

Se tutto "SI" queste gravidanze possono essere gestite in autonomia dal personale ostetrico

Criteri per il triage ostetrico di assistenza al parto per gravidanza a termine

**Criteri codice ROSSO gestanti con patologia o ad alto rischio**

Etichetta  
Nome e cognome  
Paziente

Queste pazienti saranno gestite dal personale medico strutturato o dall'ostetrica su indicazioni prescrittive mediche

	SI	No
Miastenia grave		
Patologia cerebrovascolare progressiva		
Disordini epatici		
Disordini psichiatrici che richiedono cure in regime di ricovero o/e Pregressa psicosi, schizofrenia o disturbi bipolari		
Abuso di droghe		
Problemi sociali, che compromettono il benessere materno (segnalazioni dei Servizi Sociali o Tribunale)		
Progressive/Attuali complicanze ostetriche		
Induzione di travaglio di parto		
Anamnesi ostetrica positiva per preeclampsia		
Anamnesi ostetrica positiva per macrosomia (Neonato di peso > 9 4500)		
Scolo di LA tinto al ricovero		
Anamnesi ostetrica positiva per distocia di spalla		
Temperatura corporea < 37 .5 al ricovero		
Anamnesi ostetrica positiva per distacco di placenta		
ISO immunizzazione Rh o altri anticorpi materni, che causano anemia emolitica del neonato		
Placenta praevia e/o accreta		
Importante trauma cervico-uterino, vaginale e perineale a precedente parto: progressiva lacerazione III-IV grado in pazienti attualmente asintomatiche		
Presentazione podalica o presentazioni anomale		
Gravidanze multiple		
Progresso taglio cesareo		
Taglio cesareo elettivo		
Anamnesi positiva per eclampsia progressiva		
Pregressa MEF		
Preeclampsia attuale		
Mutilazione genitale		
Complicanze fetali		
IUGR		
Anomalie fetali (documentate)		

	SI	No
Anamnesi patologica materna non ostetrica		
BMI > 35		
Emoglobinopatie		
Anemie Hb <10,0 G7DL		
Cardiopatía materna		
Iperensione arteriosa pre-gestazionale e gestazionale-indotta		
Malattie respiratorie, che compromettono il benessere materno e fetale		
Trombocitopenia autoimmune o altri disordini piastrinici		
Epatite B attiva Se paziente in buone condizioni cliniche ed assenza di controindicazioni neonatali al parto vaginale		
HIV		
Paziente, che non acconsente alla trasfusione di emocomponenti		
Disordini della coagulazione, che compromettono il benessere materno e fetale		
Infezioni virali attive: morbillo, rosolia, herpes genitale materno		
Tubercolosi attiva anche se in terapia		
LES attivo		
Sclerodermia		
Insufficienza renale		
Diabete mellito incluso il dismetabolismo glicidico gestazionale-Indotto scompensato e/o con macrosomia fetale		
Epilessia anche se in terapia		

	SI	No
Gravidanza a decorso regolare previa valutazione di basso rischio ostetrico a SG 12 (Assistenza alla gravidanza per intensità di bisogni codice verde) ed assenza di intercorse complicanze		
Valore di emoglobina >10,0 g/dl a 39SG		
Assenza di nodi di mioma o presenti ma di piccole dimensioni (<2cm di diametro) non localizzati in sede istmica/cervicale		
Assenza di malattie sessualmente trasmesse o con infezione		
NON attiva e parto vaginale NON controindicato (per es. esclusa condilomatosi fiorida)		
Assenza di progressi TC e/o interventi di metroplastica/miomectomia		
Tampone per Streptococco β-emolitico gruppo B: negativo o positivo con terapia sec. protocollo		
Rottura intempestiva delle membrane <24 h		
Assenza di ogni altro criterio rosso		
N.B.		
Se tutti SI codice verde		
Se anche un solo NO passa a codice rosso		

## Allegato D: Criteri per triage ostetrico di assistenza al puerperio

Criteri per il triage ostetrico di assistenza al puerperio

Criteri codice VERDE  
gestanti a basso rischio

Etichetta  
Nome e cognome  
Paziente

Se tutti SI codice verde

Queste gravidanze possono essere gestite in autonomia  
personale ostetrico (Se anche un solo NO passa a codice rosso)

Criteri per il triage ostetrico di assistenza al  
puerperio

Criteri codice ROSSO  
puerpere con patologia o ad alto rischio

Etichetta  
Nome e cognome  
Paziente

Se anche un SI codice rosso

Queste pazienti saranno gestite dal personale  
medico strutturato  
o dall'ostetrica su indicazioni prescrittive mediche

	SI	No
Parto vaginale a decorso regolare (non VE non TC) indipendentemente da induzione o da PDA		
Assenza di suture per lacerazione di 3 o 4 grado e per lacerazioni vaginali complesse, ma indipendentemente da episiorrafia non complicata		
Assenza di eventi patologici nel postpartum Assenza d'ogni altra patologia (criteri rossi)		
Giudizio medico favorevole alla gestione ostetrica nei seguenti casi: -Anemia lieve con Hb >09,0 -Ipotiroidismo lieve in terapia -BMI materno alla prima visita in gravidanza > 18 ed < 30 -Diagnosi nella gravidanza di DGM senza complicanze -Presenza di malattie sessualmente trasmesse -ISO immunizzazione Rh o altri anticorpi materni (in gravidanza) -Patologia feto-neonatale (specie con ricovero in TIN)		

	SI	No
Anamnesi patologica materna non ostetrica		
Emoglobinopatie		
Cardiopatía materna		
Iperensione arteriosa pregestazionale e gestazione-indotta		
Malattie respiratorie, che compromettono il benessere materno e fetale		
Trombocitopenia autoimmune o altri disordini piastrinici		
Epatite B attiva Se paziente in buone condizioni cliniche ed assenza di controindicazioni neonatali al parto vaginale		
HIV		
Paziente, che non acconsente alla trasfusione di emocomponenti		
Disordini della coagulazione, che compromettono il benessere materno e fetale		

	SI	No
Infezioni virali attive: morbillo, rosolia, herpes genitale materno		
Tubercolosi attiva anche se in terapia		
LES attivo		
Sclerodermia		
Insufficienza renale		
Diabete mellito incluso il dismetabolismo glicidico gestazione-indotto scompensato e/o con macrosomia fetale		
Epilessia anche se in terapia		
Miastenia grave		
Patologia cerebrovascolare pregressa		
Disordini epatici		
Disordini psichiatrici che richiedono cure in regime di ricovero o/e Pregressa psicosi, schizofrenia o disturbi bipolari		
Abuso di droghe		
Problemi sociali, che compromettono il benessere materno (segnalazioni dei Servizi Sociali o Tribunale)		
Anamnesi patologica ostetrica recente		
Lacerazione di 3° o 4° grado o altre lacerazioni vaginali gravi		
Parto operativo (VE o TC)		
Preeclampsia attuale		
Mutilazione genitale		

