

REGIONE PUGLIA
Prot. AOO. 183 20 MAG. 2019 n. 0006339



REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE,
DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
Sezione Strategie e Governo dell'Offerta

Assegnato a Servizio..... *[Signature]*

REGIONE PUGLIA

Deliberazione della Giunta Regionale

N. **882** del 15/05/2019 del Registro delle Deliberazioni

Codice CIFRA: SGO/DEL/2019/00042

OGGETTO: Qualificazione del Percorso Nascita in attuazione dell'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010: "Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della Regione Puglia di accompagnamento all'evento nascita e dell'Agenda della Gravidanza". Modifica e integrazione della D.G.R. n. 678 del 9/5/2017.

L'anno 2019 addì 15 del mese di Maggio, in Bari, nella Sala delle adunanze, si è riunita la Giunta Regionale, previo regolare invito nelle persone dei Signori:

Sono presenti:		Sono assenti:	
Presidente	Michele Emiliano	Assessore	Leonardo di Gioia
V. Presidente	Antonio Nunziante	Assessore	Giovanni Giannini
Assessore	Cosimo Borraccino	Assessore	Raffaele Piemontese
Assessore	Loredana Capone	Assessore	Alfonsino Piscichio
Assessore	Sebastiano Leo		
Assessore	Salvatore Ruggeri		
Assessore	Giovanni F. Stea		

Assiste alla seduta il Segretario Generale: Avv. Silvia Piemonte

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile A.P. e confermate dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue.

Visto:

- il D.Lgs. 502/1992 s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali.
- la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, rispettivamente in data 10.7.2014 e 5.08.2014, ha sancito l'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5.6.2003, n. 131, concernente il Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014- 2016 e l'intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, concernente il regolamento recante "definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- la legge 23 dicembre 1996, n. 662 avente ad oggetto "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica":

L'art. 1 "Misure in materia di sanità, pubblico impiego, istruzione, finanza regionale e locale, previdenza e assistenza" comma 28 introduce per la prima volta nell'ordinamento giuridico italiano il concetto di PDT: *"Allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio delle gestioni, i medici abilitati alle funzioni prescrittive conformano le proprie autonome decisioni tecniche a percorsi diagnostici e terapeutici, cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa. I percorsi diagnostici e terapeutici sono individuati ed adeguati sistematicamente dal Ministro della sanità, avvalendosi dell'Istituto superiore di sanità, sentite la Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri e le società scientifiche interessate, acquisito il parere del Consiglio superiore di sanità. Il Ministro della sanità stabilisce, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, gli indirizzi per l'uniforme applicazione dei percorsi stessi in ambito locale e le misure da adottare in caso di mancato rispetto dei protocolli medesimi, ivi comprese le sanzioni a carico del sanitario che si discosti dal percorso diagnostico senza giustificati motivi."*

I PDT erano quindi stati inizialmente concepiti come uno strumento di coordinamento finalizzato, tra le altre cose, al conseguimento di una maggiore razionalizzazione delle risorse.

- il decreto del Ministero della Sanità del 10 settembre 1998 "Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità";
- il Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 avente ad oggetto: "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419":

L'art. 1 *"Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza"* comma 10, lettera h, stabilisce che il Piano sanitario nazionale indica "le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza" riconoscendo pertanto i PDT come strumento di garanzia dei LEA e mezzo di revisione e valutazione della pratica clinica.

- l'Accordo siglato nel dicembre 2006 tra la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per l'attivazione del Sistema nazionale per le linee guida (SNLG);
- la Legge 27 dicembre 2006, n. 296 avente ad oggetto "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)":

L'art 1, comma 796, lettera m, stabilisce che *"I percorsi diagnostico-terapeutici sono costituiti dalle linee-guida di cui all'articolo 1, comma 283, terzo periodo, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, nonché da percorsi definiti ed adeguati periodicamente con decreto del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Comitato strategico del Sistema nazionale linee-guida, di cui al decreto del Ministro della salute 30 giugno 2004, integrato da un rappresentante della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri"*.

L'art. 5, comma 3 della Legge 8 marzo 2017, n. 24 ha previsto che il Sistema nazionale Linee Guida (SNLG), istituito con D.M. del giugno 2004, venga riorganizzato con decreto del Ministro della Salute.

- l'Accordo n. 137/CU del 16 dicembre 2010, ai sensi dell'articolo 9 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 2528 del 23/11/2010 avente ad oggetto: "Recepimento Accordo Stato Regioni n. 62/CSR del 29/04/2010. Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, previsto dall'articolo 3, comma 1, dell'Ordinanza del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali 26 febbraio 2009, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sull'esportazione di campioni di sangue da cordone ombelicale per uso autologo";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 131 del 31/01/2011 e ss.mm.ii. con cui la Regione Puglia ha recepito il suddetto Accordo Stato - Regioni concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" e ha istituito il Comitato Percorso Nascita regionale (CPNR), con funzione di coordinamento e verifica delle attività;

- il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 avente ad oggetto "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera":

L'art. 1, comma 2 dell'Allegato 1 stabilisce che *"...l'ospedale assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico (PDT) del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera, affinché possa essere assicurata, anche in fase successiva alla prima accettazione, l'allocazione dei pazienti presso i presidi che dispongano di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare. (...) L'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDT per le patologie complesse ed a lungo termine ..."*.

- la Legge 28 dicembre 2015, n. 208 avente ad oggetto: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)":

L'art. 1, comma 539 dispone che *"... tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) (...) per la rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici..."*;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 413 del 11/03/2015 la Giunta regionale ha recepito delle Linee guida "Gravidanza fisiologica" realizzate dall'Istituto Superiore di Sanità. Nelle predette linee guida, nell'ambito del capitolo "L'organizzazione dell'assistenza alla donna in gravidanza" definisce il contenuto dell'Agenda della Gravidanza;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 780 del 31/05/2016 avente ad oggetto: "Recepimento progetto dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ad oggetto "Sorveglianza della mortalità materna". Costituzione Comitato regionale";

- la deliberazione di Giunta regionale n. 1659 del 26/10/2016 avente ad oggetto: "Approvazione Linee Guida "Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) mediante Mifeprestone (Ru 486) e Misoprostolo". Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 1009 del 28/05/2013;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 1933 del 30/11/2016 di approvazione, tra l'altro, del Protocollo Operativo "Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato(STEN)";

- la Legge 8 marzo 2017, n.24, (legge Gelli) avente ad oggetto "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie":

L'art. 5 "Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee-guida" prevede che *"Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco..."*;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 678 del 9/5/2017 avente ad oggetto: "Qualificazione del Percorso Nascita e attuazione dell'Accordo 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". Approvazione del modello unico regionale dell'Agenda della Gravidanza";

- la deliberazione di Giunta regionale n. 796 del 29/05/2017 avente ad oggetto: "Qualificazione del Percorso Nascita e attuazione dell'Allegato 7 -Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto" dell'Accordo Stato – Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010. Approvazione del protocollo regionale per la partoanalgesia";
- il Regolamento regionale di riordino della rete ospedaliera 10 marzo 2017, n. 7 e ss.mm.ii. avente ad oggetto: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015", modificato dal Regolamento regionale n. 3/2018 e dalla D.G.R. n. 1141/2018;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 658 del 24/04/2018 di approvazione del modello unico regionale del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA);
- Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 avente ad oggetto: "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1439 del 2/8/2018 avente ad oggetto: "Istituzione della Rete regionale di radiologia interventistica. Definizione del modello organizzativo e del setting assistenziale per procedura";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 128 del 6 febbraio 2018 relativa all'approvazione del Piano Operativo della Regione Puglia 2016-2018, sottoscritto con i Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF);
- la deliberazione di Giunta regionale n. 191 del 20/02/2018 avente ad oggetto: "Qualificazione del Percorso Nascita e riduzione del quota di parti cesarei primari in attuazione dell'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010. Costituzione della la "task – forze punti nascita per la riduzione del taglio cesareo";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 328 del 13/3/2018 avente ad oggetto: "Banca del Sangue Cordonale della Regione Puglia: disposizioni utilizzo di emocomponenti topici (gel piastrinico da sangue cordonale/collirio). Modifica e integrazione della D.G.R. n. 1498 dell'1/8/2008".

Atteso che:

- a) il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e, specificamente, il punto 8 "Reti ospedaliere" prevede (cfr. 8.1.1.) che all'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale con particolare riferimento alle reti infarto, ictus, traumatologica, neonatologica e punti nascita, medicine specialistiche, oncologica, pediatrica, trapiantologica, terapia del dolore e malattie rare;
- b) lo stesso D.M. n.70/2015 prevede altresì che "per la definizione delle reti sopra elencate le regioni adottino specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-regioni sulle rispettive materie;

c) l'Allegato n. 3 "Integrazione Territorio-Ospedale: presa in carico e continuità per il miglioramento della qualità assistenziale" dell'Accordo Stato Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010 in cui è stato definito che:

- *"Molto spesso l'assistenza durante la gravidanza, il parto ed il puerperio è erogata da più caregivers, in differenti strutture assistenziali, non collegate tra loro.*

La "continuità" è lo strumento attraverso il quale l'assistenza può diventare personalizzata dando centralità alla diade madre-bambino al fine di armonizzare i bisogni di sicurezza e umanizzazione.

La continuità assistenziale va vista anche come omogeneità dell'assistenza erogata, perseguendo modelli di continuità assistenziale che consentano la distinzione tra gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio.

Un sistema fortemente integrato (integrazione funzionale e cooperazione tra i vari livelli istituzionali, in ospedale come sul territorio, in ambito sanitario e sociosanitario) potrebbe essere supportato da un modello organizzativo di tipo dipartimentale mirante a garantire unità, efficienza e coerenza negli interventi dell'area materno infantile sinergizzando le attività territoriali e ospedaliere e valorizzando le interdipendenze esistenti fra le strutture operative.

Questa rete di servizi integrati comprende l'ospedale, il distretto, i consultori familiari e gli altri servizi attivi nell'ambito dell'area materno-infantile.

I Consultori familiari, adeguati nei numeri, nelle modalità organizzative, e negli organici (sarebbe necessario garantire per ciascun consultorio principale una dotazione organica minima che comprenda almeno: 1 ostetrica ed 1 assistente sociale a tempo pieno; 1 operatore socio sanitario; 1 ginecologo ed 1 psicologo con orario determinato in base ai carichi di lavoro) vengono identificati come un importante strumento, all'interno del Distretto per attuare gli interventi previsti per la gravidanza.

Nello specifico il consultorio assicura:

- *la prima presa in carico della donna gravida con lo scopo di:*
 - *eseguire una prima valutazione del livello di rischio,*
 - *consegnare la cartella unica di gestione integrata della gravidanza*
- *la gestione della gravidanza fisiologica fino alla 36 settimana*
- *l'invio guidato al punto nascita alla 36a settimana (ambulatorio gravidanza a termine)*
- *l'invio guidato al punto nascita in qualunque momento in caso di gravidanza a rischio o patologia (ambulatorio gravidanza a rischio)*

I corsi di accompagnamento alla nascita a gestione integrata (territoriale/ospedaliera) e metodologia adeguata possono favorire la continuità assistenziale e l'empowerment delle donne, relativamente a gestione del parto, allattamento e funzione genitoriale.

Nel consultorio viene anche individuato il luogo per la continuità dell'assistenza alla puerpere e al neonato.

In particolare:

- *l'intervento di sanità pubblica sulle tecnologie per la nascita devono garantire cure non invasive alle gravidanze fisiologiche e un'adeguata identificazione e monitoraggio delle gravidanze a rischio;*
- *la situazione oggi in Italia è caratterizzata da discontinuità dell'assistenza al processo riproduttivo: discontinuità fra periodo della gravidanza e del parto e fra parto e puerperio;*
- *discontinuità durante il travaglio. Inoltre è caratterizzata dalla mancanza di chiare distinzioni fra i percorsi delle gravidanze a basso rischio e quelle ad alto rischio o patologiche.*

La grande esigenza, da parte delle donne, di una figura di riferimento che garantisca la continuità è dimostrata dal ricorso massiccio all'assistenza privata (> 75% dei casi), quasi sempre di un medico che opera anche in ospedale;

• *esistono convincenti evidenze scientifiche che, nella gravidanza fisiologica, un'assistenza fornita da sole ostetriche, in un contesto di supporto alla naturalità dell'evento nascita, in una visione olistica, continuativa e personalizzata, migliora la qualità delle cure, la sicurezza e la soddisfazione delle persone assistite;*

• *le Ostetriche ed i Ginecologi devono essere inclusi in team integrati, in grado di garantire continuità ed appropriatezza dell'assistenza anche quando insorgano situazioni di rischio.*

Nel percorso nascita deve essere offerta un'assistenza EBM che includa: corrette informazioni, screening appropriati, accessibilità dei servizi e, altrettanto importante, il corretto care giver per soddisfare e prendere in carico i bisogni specifici della donna.

• *infine, un aspetto critico della continuità assistenziale è il travaglio di parto, sia nelle gravidanze fisiologiche che in quelle a rischio. Assicurare la continuità in travaglio oggi comporta: modificare l'attività ed i ritmi di lavoro delle ostetriche; un'educazione continua che insegni l'arte e la scienza del supporto in travaglio; cambiamenti organizzativi che permettano maggiore flessibilità nelle presenze del personale che assiste i travagli.*

d) nell'ambito del Piano Operativo 2016-2018, sottoscritto con i Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e Finanze), di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 129 del 6/2/2018, è stato previsto tra l'altro, nell'ambito del "Percorso Nascita", quanto segue:

GOOSP - CRONOPROGRAMMA		indicatore
GOOSP 01.02.01	PERCORSO NASCITA Attuazione Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 137/CU del 16/12/2010	1. Delibera di implementazione parto analgesia farmacologica e non nei Punti nascita > 1000 parti
		2. DGR di definizione del modello unico Regionale dell'Agenda della gravidanza
		3. Attivazione STAM e STEN
		4. Atto regionale che disciplini la formazione sulle tematiche del percorso nascita
		5. Revisione del Regolamento regionale sui requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici delle UU.OO. di Ostetricia e ginecologia e neonatologia.
		6. Linee guida regionali per la realizzazione di Protocolli diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) condivisi tra PN e consultori/strutture ambulatoriali
		7. Riorganizzazione rete consultoriale
		8. Monitoraggio trimestrale punti nascita <500 parti e del trasporto STAM e STEN per il tramite del Comitato Punti Nascita regionale

Pertanto, rispetto ai predetti obiettivi, la Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" ha elaborato il Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) di accompagnamento all'evento nascita ed i Ministeri affiancanti nel verbale della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, tenutasi in data 18 luglio 2018, hanno espresso il seguente parere:

- *Con nota (prot. 83_18 del 04/07/18) la regione ha trasmesso la bozza di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale di accompagnamento all'evento nascita (PDTA Percorso Nascita), così come ratificato dal Comitato Percorso Nascita Regionale. **Tavolo e Comitato prendono atto del PDTA relativo al percorso nascita, auspicandone una completa e capillare diffusione e un'implementazione in tutte le sue componenti.***

Il predetto PDTA è stato approvato dal Comitato Percorso Nascita Regionale e dai Referenti aziendali del Rischio clinico.

e) nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", all'art. 59 è stata definitiva l'assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità ed in particolare al comma 9 è stato stabilito che: "Il decreto del Ministro della sanità del 10 settembre 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 245 del 20 ottobre 1998, è abrogato".

In particolare, all'art. Art. 59 "Assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità" è stato precisato quanto segue:

“1. Sono escluse dalla partecipazione al costo, ai sensi dell’art. 1, comma 5, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, le prestazioni specialistiche ambulatoriali per la tutela della maternità indicate dal presente Articolo e dagli allegati 10 e 10B, fruite presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, ivi compresi i consultori familiari. Sono comunque escluse dalla partecipazione al costo le visite periodiche ostetrico-ginecologiche, i corsi di accompagnamento alla nascita (93.37 training prenatale) nonché l’assistenza in puerperio erogati dalle medesime strutture.*

2. La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali è effettuata dai medici di medicina generale o dagli specialisti operanti presso le strutture accreditate, pubbliche o private, ivi compresi i consultori familiari. La prescrizione dello specialista è obbligatoria nei casi previsti dai commi 3 e 5 e nei casi specificamente indicati dagli allegati 10A e 10B.

3. In funzione preconcezionale, oltre alle prestazioni di cui all’Allegato 10A, sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie per accertare eventuali rischi procreativi correlati ad una condizione patologica o un rischio genetico di uno o entrambi i genitori, evidenziati dall’anamnesi riproduttiva o familiare della coppia e prescritte dallo specialista.

4. Nel corso della gravidanza, oltre alle prestazioni di cui all’Allegato 10B, sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie ed appropriate per le condizioni patologiche che comportino un rischio materno o fetale, prescritte dallo specialista o dal medico di medicina generale.

5. Nelle specifiche condizioni di rischio fetale indicate dall’allegato 10C, sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie ed appropriate per la valutazione del rischio e la successiva diagnosi prenatale, prescritte dallo specialista. Le regioni e le province autonome individuano le strutture di riferimento per l’esecuzione di tali prestazioni, garantendo che le stesse strutture forniscano alle donne e alle coppie un adeguato sostegno.

6. In caso di minaccia d’aborto sono escluse dalla partecipazione al costo tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie per il monitoraggio dell’evoluzione della gravidanza.

7. In presenza delle condizioni di rischio di cui al presente articolo, le prescrizioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali devono indicare la diagnosi o il sospetto diagnostico.

8. Qualora dalle visite ostetrico-ginecologiche periodiche, durante la frequenza ai corsi di accompagnamento alla nascita o nel corso dell’assistenza in puerperio emerga il sospetto di un disagio psicologico, è escluso dalla partecipazione al costo un colloquio psicologico clinico con finalità diagnostiche.

9. Il decreto del Ministro della sanità del 10 settembre 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 245 del 20 ottobre 1998, è abrogato”.

Inoltre, all’art. 64, comma 2 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 è stato stabilito che: *“Le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell’economia e delle Finanze, sentita l’Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell’art. 8 -sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni”.*

In particolare, nell'Allegato B del D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 sono riportate le "Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo", distinte per I, II e III Trimestre, alcune delle quali introdotte dai nuovi LEA e per le quali, ad oggi, non è stata definita una tariffa massima di rimborso e quindi attualmente escluse dal vigente DM 18 ottobre 2012. Le citate prestazioni di specialistica ambulatoriale, non ancora tariffate, sono da intendersi come extra-LEA e quindi non erogabili con oneri a carico del S.S.N. La sentenza della Corte Costituzionale n. 104/2013, infatti, ha rilevato il contrasto dell'erogazione di prestazioni aggiuntive ai LEA nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro con gli obiettivi di risanamento e contenimento della spesa pubblica sanitaria. Il Tavolo interministeriale MEF - Ministero della Salute, deputato ha segnalato con verbale del 27/11/2013 l'impossibilità per la Regione Puglia di erogare prestazioni extra LEA a carico del bilancio autonomo.

Pertanto, nelle more che vengano tariffate con apposito Decreto ministeriale le prestazioni di nuova istituzione, viene confermato quanto espressamente previsto dal decreto del Ministro della sanità del 10 settembre 1998.

Inoltre, in riferimento al predetto PDTA si precisa che:

- a) il percorso assistenziale della donna in gravidanza è coerente con tutte i provvedimenti regionali in materia già adottati con apposita deliberazione di Giunta regionale;
- b) il PDTA, di cui all'allegato del presente provvedimento, deve essere puntualmente implementato in ogni sua parte dalle aziende sanitarie, così come espressamente richiesto dai Ministeri affiancanti. I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Enti, sedi di Punto nascita, dovranno procedere al recepimento del PDTA regionale con apposito atto aziendale, previa condivisione dello stesso con tutti i Direttori delle Unità Operative coinvolti alla gestione del percorso nascita e nella gestione del rischio clinico;
- c) le raccomandazioni riportate nel PDTA si orientano alla produzione di un risultato lasciando un margine di flessibilità a chi le dovrà applicare; l'obiettivo è quello di fornire una guida, per i professionisti sanitari e per gli utenti, sulla scelta di modalità assistenziali più appropriate in determinate situazioni cliniche garantendo la chiarezza dei percorsi e delle responsabilità.

Infine, in base alle nuove evidenze scientifiche e di quanto dettagliatamente riportato nel PDTA sul percorso nascita, si è reso necessario modificare in parte il contenuto dell'Agenda della Gravidanza, approvata con la deliberazione di Giunta regionale n. 678 del 9/5/2017.

Alla luce di quanto sopra esposto, si propone di:

1. approvare il documento "Percorso Diagnostico - Terapeutico e Assistenziale della Regione Puglia di Accompagnamento all'evento Nascita", di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
2. di approvare l'Agenda della Gravidanza, a parziale modifica del contenuto riportato nella deliberazione di Giunta regionale n. 678/2017, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;

3. stabilire che i documenti allegati al presente schema di provvedimento – PDTA di accompagnamento al percorso nascita e Agenda della Gravidanza - possano essere modificati o aggiornati con atto dirigenziale della Sezione “Strategie e Governo dell’Offerta”, qualora si evidenzino criticità in fase applicativa o emergano in letteratura nuove evidenze scientifiche nonché intervengano ulteriori disposizioni normative nazionali e regionali in materia;

4. stabilire che le Aziende Sanitarie ed Enti, sedi di Punto nascita, diano puntuale applicazione a quanto espressamente previsto nell’allegato PDTA, previo formale recepimento con provvedimento aziendale che dovrà essere condiviso da tutte le Unità Operative coinvolte nel percorso assistenziale in questione. Il PDTA delle Asl dovrà garantire l’integrazione ospedale – territorio. Pertanto, eventuali provvedimenti già adottati dalle Asl e non coerenti con quanto espressamente previsto dall’allegato documento, dovranno essere rettificati secondo le presenti disposizioni regionali, al fine di garantire uniformità regionale nella organizzazione e gestione del percorso nascita;

5. stabilire che la Sezione “Strategie e Governo dell’Offerta”, con il supporto del Comitato Percorso Nascita, elabori, entro un mese dalla pubblicazione del presente schema di provvedimento sul B.U.R.P., un report di monitoraggio semestrale dell’attuazione del PDTA;

6. stabilire che le Aziende Sanitarie Locali consegnino alle donne l’Agenda della Gravidanza prioritariamente per il tramite dei Consultori familiari e delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia. Resta inteso che, nel pieno rispetto della libertà di scelta della donna, l’Agenda della gravidanza debba essere resa disponibile anche alle donne seguite prima della nascita al di fuori della rete ospedaliera o consultoriale;

7. di confermare quant’altro definito nella parte narrativa del presente schema di provvedimento;

8. di stabilire che sul sito internet “Puglia Salute” venga istituita una sezione per la Rete “Percorso Nascita”. Ogni Azienda Sanitaria dovrà dettagliare tutte le informazioni relative a: Ospedali sedi di Punti nascita, rete consultoriale, servizi offerti alle donne e ai neonati;

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l’adozione del seguente atto finale ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. k.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal responsabile A.P. e dal Dirigente di Sezione;

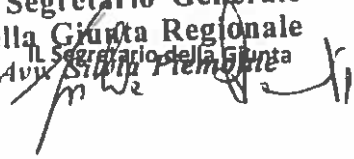
a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di approvare il documento "Percorso Diagnostico – Terapeutico e Assistenziale della Regione Puglia di Accompagnamento all'evento Nascita", di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare l'Agenda della Gravidanza, a parziale modifica del contenuto riportato nella deliberazione di Giunta regionale n. 678/2017, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di stabilire che i documenti allegati al presente provvedimento – PDTA di accompagnamento al percorso nascita e Agenda della Gravidanza - possano essere modificati o aggiornati con atto dirigenziale della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta", qualora si evidenzino criticità in fase applicativa o emergano in letteratura nuove evidenze scientifiche nonché intervengano ulteriori disposizioni normative nazionali e regionali in materia;
4. di stabilire che le Aziende Sanitarie ed Enti, sedi di Punto nascita, diano puntuale applicazione a quanto espressamente previsto nell'allegato PDTA, previo formale recepimento con provvedimento aziendale che dovrà essere condiviso da tutte le Unità Operative coinvolte nel percorso assistenziale in questione. Il PDTA delle Asl dovrà garantire l'integrazione ospedale – territorio. Pertanto, eventuali provvedimenti già adottati dalle Asl e non coerenti con quanto espressamente previsto dall'allegato documento, dovranno essere rettificati secondo le presenti disposizioni regionali, al fine di garantire uniformità regionale nella organizzazione e gestione del percorso nascita;
5. di stabilire che la Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta", con il supporto del Comitato Percorso Nascita, elabori, entro un mese dalla pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.P., un report di monitoraggio semestrale dell'attuazione del PDTA;
6. di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali consegnino alle donne l'Agenda della Gravidanza prioritariamente per il tramite dei Consultori familiari e delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia. Resta inteso che, nel pieno rispetto della libertà di scelta della donna, l'Agenda della gravidanza debba essere resa disponibile anche alle donne seguite prima della nascita al di fuori della rete ospedaliera o consultoriale;
7. di confermare quant'altro definito nella parte narrativa del presente provvedimento;
8. di stabilire che sul sito internet "Puglia Salute" venga istituita una sezione per la Rete "Percorso Nascita". Ogni Azienda Sanitaria dovrà dettagliare tutte le informazioni relative a: Ospedali sedi di Punti nascita, rete consultoriale, servizi offerti alle donne e ai neonati;
9. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" alla Sezione "Risorse strumentali e tecnologiche", ai Direttori Generali delle ASL, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS pubblici e privati, Enti Ecclesiastici nonché ai componenti del Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR);
10. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" ai Ministeri affiancanti;

11. di pubblicare il presente atto sul BURP

**Il Segretario Generale
della Giunta Regionale**
Il Segretario della Giunta
Avv. Silvia Piemonte



Il Presidente della Giunta

dott. MICHELE EMILIANO

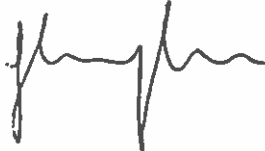


I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato e' stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dal Responsabile A.P. e quindi dalla Sezione Strategia Governo dell'Offerta, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, e' conforme alle risultanze istruttorie.

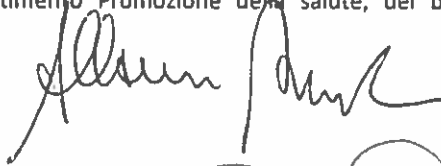
IL RESPONSABILE A.P.: Antonella CAROLI



IL DIRIGENTE di Sezione: Giovanni CAMPOBASSO



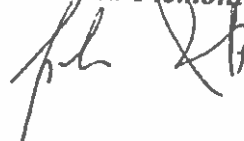
IL DIRETTORE di Dipartimento Promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti:
Angelosante ALBANESE



IL PRESIDENTE: Michele EMILIANO



Il Presente provvedimento è esecutivo
Il Segretario della Giunta
Avv. Silvia Piemonte



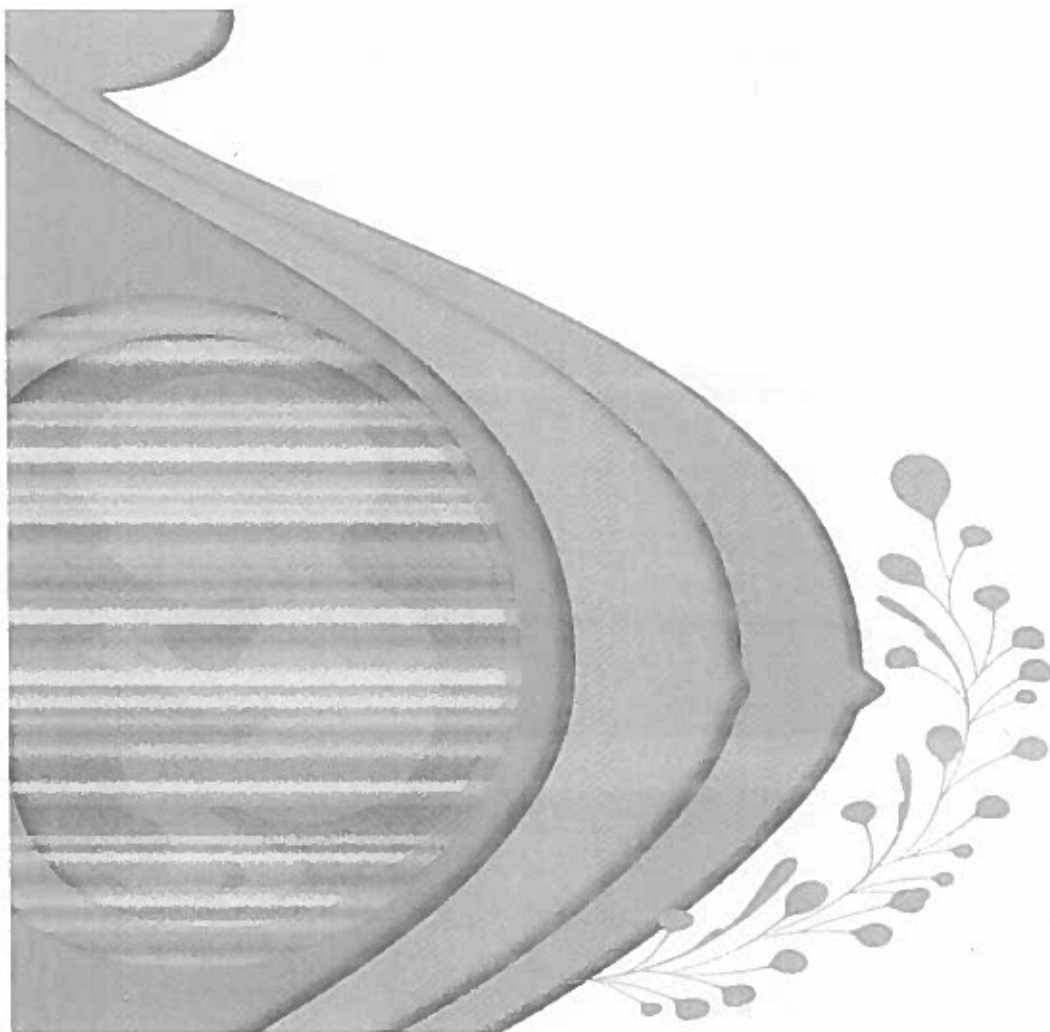
**PERCORSO DIAGNOSTICO - TERAPEUTICO E ASSISTENZIALE DELLA REGIONE
(PDTA) PUGLIA DI ACCOMPAGNAMENTO ALL'EVENTO NASCITA**



**REGIONE
PUGLIA**

**Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per
tutti"- Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta"**

Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR)



**Documento predisposto dalla Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" in collaborazione con il Comitato Percorso
Nascita Regionale ed i Direttori delle Unità Operativa di Rischio clinico delle Asl**



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
 SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

INDICE:	n.pag.
1. INTRODUZIONE PDTA	3-6
2. OBIETTIVI	7-12
3. DESTINATARI	13
4. LE TAPPE DEL PERCORSO NASCITA	14-26
4.1 <i>Visita preconcezionale</i>	
4.2 <i>Primo trimestre</i>	
4.3 <i>Secondo trimestre</i>	
4.4 <i>Terzo trimestre</i>	
5. ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	27-29
5.1 <i>Gli screening Prenatali</i>	
5.2 <i>Ambulatorio della Gravidanza a Termine (GAT)</i>	
5.3 <i>Ambulatorio Della Gravidanza A Rischio (GAR)</i>	
5.4 <i>Centri Regionali per la Cura della Gravidanza ad Alto Rischio</i>	
5.5 <i>Consulenza ostetrica di pronto soccorso</i>	
5.6 <i>Supporto psicologico</i>	
5.7 <i>Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN)</i>	
6. IL RICOVERO	30-35
6.1 <i>Il travaglio</i>	
6.2 <i>Parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo (V-BAC)</i>	
6.3 <i>Parto analgesia</i>	
7. LA NASCITA	36-39
7.1 <i>La donazione del sangue cordonale</i>	
7.2 <i>Il parto in anonimato</i>	
8. IL NEONATO	40- 41
9. LA DIMISSIONE	42-44
9.1 <i>La continuità assistenziale Ospedale-Territorio dopo la dimissione</i>	
9.2 <i>L'assistenza domiciliare alla mamma e al neonato</i>	
10. INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA	45
11. RAZIONALE DEL PDTA DELLA GRAVIDANZA IN PUGLIA	46-47
12. INDICATORI	48-49
13. INDICAZIONI DI MIGLIORAMENTO	50
14. LINEE DI INDIRIZZO PER LE ATTIVITÀ DI IMPLEMENTAZIONE DEL PDTA NELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE	51-52
LISTA ABBREVIAZIONI	53
<i>Allegati</i>	
<i>Scheda stratificazione fattori di rischio gravidanza</i>	54-55
<i>Stratificazione di rischio e livello di punto nascita</i>	56 -57
<i>Check List Sala parto secondo Raccomandazioni WHO</i>	58



1. INTRODUZIONE AL PDTA

*"Il Parto è evento rivelatore di ogni società"*¹, il cui grado di civiltà può essere misurato proprio in base a come accoglie e si prende cura della nascita di una nuova persona.

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale di accompagnamento all'evento Nascita risponde all'esigenza di garantire alla donna e alla coppia non solo l'assistenza sanitaria, ma anche il sostegno e l'ascolto di cui necessitano nelle diverse fasi della gravidanza, del parto e del puerperio.

L'attivazione del PDTA è inoltre in linea con gli orientamenti più avanzati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) che definisce la gravidanza come un processo fisiologico e non una malattia e riconosce *"l'esperienza positiva del parto"* come un obiettivo significativo per tutte le partorienti, definendola come quella che soddisfa o supera le convinzioni e le aspettative personali e socioculturali di una donna, compreso la nascita di un bambino sano in un ambiente clinicamente e psicologicamente sicuro con continuità di supporto pratico ed emotivo da parte di un compagno e di uno staff clinico gentile e tecnicamente competente".

(WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience 2018)

Secondo un modello biosociale di salute l'evento nascita diventa così un evento biologico, sociale ed affettivo, per tutta la durata del percorso che va dall'inizio della gravidanza sino ai primi mesi di vita del bambino.

Secondo la stessa O.M.S. sarebbe infatti opportuno attivare " la vigilanza di tutte le gestanti che dovrebbero essere considerate come potenzialmente capaci di avere una gravidanza fisiologica fino a quando non ci sono chiare evidenze del contrario"².

Sebbene però la gravidanza non vada trattata come una patologia, bensì come una condizione fisiologica a basso rischio di complicanze in assenza di evidenze contrarie, l'approccio da parte degli Operatori Sanitari si caratterizza per l'estrema eterogeneità dovuta in larga parte all'assenza di un percorso comune ed uniforme per l'individuazione delle gravidanze a basso rischio.

Questa situazione produce a sua volta delle ricadute negative non solo sulla corretta gestione della gravidanza, ma anche sugli aspetti organizzativi dell'attività assistenziale.

Ne deriva pertanto la necessità di definire un percorso regionale uniforme che consenta di intercettare tutte le gravidanze e di classificarle in base al rischio, assegnando all'ostetrica/o la gestione di quelle a

¹ Franca Pizzini, La costruzione sociale della gravidanza e del parto, in Bucchi M., Neresini F. (a cura di), Sociologia della salute, cit., pag. 241

² World Health Organization. Regional Office for Europe. Essential antenatal, perinatal and postpartum care: training modules. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (<http://www.who.int/iris/handle/10665/107482>)

basso rischio e riservando al medico specialista la cura dei casi che presentino significativi fattori di rischio o gravi complicanze.

Il presente PDTA descrive infatti una specifica sequenza spaziale e temporale di attività e comportamenti che individuano chiaramente “chi fa cosa, come e quando”, le modalità di collegamento funzionale dei diversi luoghi deputati all’assistenza, le regole affinché il paziente possa accedere a determinati servizi/prestazioni in maniera semplificata, chiara ed equa.

Il presente PDTA definisce dunque i percorsi assistenziali integrati che i Servizi Territoriali e Ospedalieri devono attivare nei tre trimestri della gravidanza, nel puerperio e nei primi sei mesi di vita del bambino.

La fase attuativa del PDTA coinvolge tutti gli attori del percorso nascita, dal Consultorio Familiare (C.F.) agli altri servizi territoriali, ai reparti ospedalieri di ostetricia, neonatologia e pediatria, al volontariato sociale, che devono operare in stretta collaborazione tra loro in un sistema di rete. A questa impostazione devono uniformarsi anche i Percorsi Nascita Aziendali che, nel rispetto degli orientamenti legislativi e delle indicazioni regionali, devono prevedere la partecipazione attiva di tutti i servizi interessati, primo fra tutti il Consultorio Familiare.

Al fine di garantire comportamenti omogenei anche tra operatori diversi è infatti opportuno che in tutte le strutture territoriali, pubbliche o private, siano implementate delle Linee Guida con Procedure Aziendali, riportate e validate dall’ISS/SNLG secondo quanto previsto dal regolamento del DM 2 agosto 2017, e dalla legge n° 24/2017, e che nelle strutture ospedaliere siano implementate e monitorate le Raccomandazioni Ministeriali n. 6³ (Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto) e n. 16⁴ (Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita).

L’attuazione di un percorso integrato tra Ospedale e Territorio viene anche sollecitata dal Ministero della Salute che ha inserito la “predisposizione di protocolli diagnostico terapeutici tra Ospedale e territorio” nell’elenco delle Azioni che la Regione Puglia deve attuare, definendola “ancora in itinere”⁵.

Sebbene negli ultimi anni siano stati fatti diversi passi avanti in tal senso, persiste ancora oggi la necessità di mettere a punto un percorso diagnostico terapeutico assistenziale che, unitamente all’introduzione della Cartella Unica della Gravidanza, possa fungere da valido aiuto e supporto per tutte le Aziende Sanitarie nell’attuazione di quanto previsto dalla L. 23/2015. In questo percorso risulta prioritaria l’integrazione dei processi di cura fra ospedale e territorio, in nome di una collaborazione concreta, multidisciplinare e

³ http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=629

⁴ http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2157

⁵ ANALISI AL 31 DICEMBRE 2014 DELL’ATTUAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE DALL’ACCORDO PERCORSO NASCITA DEL 16 DICEMBRE 2010, pubblicata dal Ministero della Salute ad opera del Comitato Percorso Nascita Nazionale

sinergica fra le Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia dei Presidi Ospedalieri, i Consultori Familiari e gli ambulatori pubblici e privati di Ginecologia ed Ostetricia.

Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale della gravidanza rappresenta dunque un continuum che inizia dai servizi territoriali Consultori Familiari (C.F.), ambulatori pubblici e privati) e giunge al Punto Nascita, per poi concludersi con il ritorno al consultorio familiare per gli interventi a domicilio previsti dal POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile)⁶.

L'effettiva integrazione tra Territorio ed Ospedale si realizza attraverso la cooperazione dei professionisti della nascita, l'integrazione con i colleghi delle altre specialità, la condivisione di protocolli comuni per l'assistenza alla gravidanza e la valorizzazione delle competenze professionali delle ostetriche.

La Regione Puglia con deliberazione di Giunta regionale determina le modalità di attivazione di un percorso informativo che metta in rete tutti gli attori coinvolti per garantire la rintracciabilità e verificabilità di tutte le azioni assistenziali e terapeutiche intraprese attraverso una corretta gestione e condivisione della documentazione clinica (cartella unica della gravidanza e cartella di ricovero), presupposti necessari per realizzare un'effettiva e concreta continuità assistenziale.

In quest'ottica un primo strumento di grande utilità ed efficacia per consentire l'azione integrata delle diverse strutture coinvolte nel percorso diagnostico terapeutico assistenziale è l'Agenda della Gravidanza⁷, di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 678 del 09/05/2017, finalizzata a:

- ricevere informazioni sugli stili di vita da seguire;
- avere a disposizione l'elenco di tutte le impegnative necessarie per un ottimale monitoraggio della gravidanza secondo quanto previsto dal decreto del Ministro della sanità del 10 settembre 1998⁸
- avere informazioni relative al Percorso Nascita;
- raccogliere i dati clinici da monitorare durante la gravidanza;
- stimolare scelte consapevoli rispetto alle diverse opzioni assistenziali possibili;
- avere informazioni sui diritti legati alla maternità e alla paternità.

Essa inoltre permette agli operatori dei Punti Nascita di accedere facilmente ai dati richiesti per la compilazione del Cedap (Certificato di Assistenza al Parto), favorisce il collegamento tra assistenza territoriale e ospedaliera e viceversa, promuove l'uso di formulazioni di consenso informato uniformi su

⁶ DM 24 aprile 2000 Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile relativo al Piano sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000

⁷ Allegata in copia al presente PDTA

⁸ pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 245 del 20/10/1998, abrogato dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (nuovi LEA), ma ancora vigente fino alla determinazione delle tariffe ministeriali delle prestazioni previste dal predetto decreto.

tutto il territorio e permette la conservazione dei documenti della gravidanza sia essa a basso rischio o a rischio⁹.

La gravidanza ed il parto pur essendo eventi fisiologici possono complicarsi in modo non sempre prevedibile. Per questo motivo si è scelto di adottare il termine di "gravidanza a basso rischio" anziché quello di "gravidanza fisiologica".

*"E bene sottolineare che non è mai possibile azzerare il profilo di rischio, ma è comunque necessario individuare e, ove possibile, intervenire sui fattori di rischio ritenuti più rilevanti, prevedibili e prevenibili. La stratificazione del rischio nasce da esigenze di indirizzo della donna nei setting assistenziali appropriati"*¹⁰.

E' dunque necessario che tutte le donne in gravidanza ricevano sin dall'inizio del proprio percorso la propria Agenda della Gravidanza e che la portino con sé in tutti i successivi appuntamenti affinché sia costantemente aggiornata.

In ultima analisi il PDTA, unitamente all'Agenda della Gravidanza, alle Linee Guida e alle Carte dei Servizi aziendali, consente di conoscere le dinamiche organizzative di gravidanza, parto e puerperio, di effettuare scelte corrette e consapevoli, volte a migliorare l'esito della gravidanza, e di avere notizie sulle leggi che regolano i diritti correlati alla maternità.

Non si tratta tuttavia di un processo chiuso e rigido, ma di uno strumento in continuo divenire, oggetto di monitoraggio e valutazione in termini di impatto clinico ed economico, mediante l'utilizzo di specifici indicatori, in una prospettiva di crescente miglioramento della qualità secondo il noto ciclo di Deming o PDCA (Plan-Do-Check-Act - Progettare- Gestire il cambiamento- Monitorare - Standardizzare), al fine di avvicinare sempre più il percorso effettivo al percorso ideale, migliorando continuamente il processo assistenziale attraverso l'analisi delle criticità, l'identificazione precoce delle situazioni a rischio e la conseguente individuazione di possibili strategie di miglioramento.

⁹ https://www.sigo.it/wp-content/uploads/2015/10/gravid_parto_21.pdf pag.76



2. OBIETTIVI

Obiettivi specifici del presente PDTA sono il miglioramento dell'efficacia, efficienza e appropriatezza dell'assistenza in favore delle donne in gravidanza e la riduzione della variabilità nelle cure e del rischio sanitario.

Il PDTA, inoltre, si sviluppa in una sequenza predefinita di fasi che tengono conto della letteratura scientifica^{10,11}, e di tutta la normativa di riferimento nazionale e regionale di seguito riportata:

1. La Conferenza Stato Regioni del 16 dicembre 2010 ha sancito l'Accordo n. 137/CU del 16 dicembre 2010, concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", recepito con deliberazione di Giunta della Regione Puglia n. 131 del 31/01/2011 e ss.mm.ii., che ha previsto l'istituzione anche del **Comitato Punti Nascita Regionale**.
2. Il Regolamento regionale 4/06/2015, n. 14, all'art. 7 "Sistema di trasporto di emergenza neonatale (STEN) e di trasporto protetto della gravida a rischio (STAM)" è stato stabilito che deve essere operativo su tutta la regione il sistema di trasporto di emergenza neonatale (STEN) e il sistema di trasporto protetto della gravida a rischio (STAM), attraverso la definizione di un modello Hub & Spoke.
3. la deliberazione di Giunta regionale n. 413 del 11/03/2015 la Giunta regionale ha recepito delle linee guida "Gravidanza fisiologica" realizzate dall'Istituto Superiore di Sanità. Nelle predette linee guida, nell'ambito del capitolo "L'organizzazione dell'assistenza alla donna in gravidanza" definisce il contenuto dell'Agenda della Gravidanza;
4. la deliberazione di Giunta regionale n. 780 del 31/05/2016 avente ad oggetto: "Recepimento progetto dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ad oggetto "Sorveglianza della mortalità materna". Costituzione Comitato regionale";
5. la deliberazione di Giunta regionale n. 1933/2016 di approvazione del Regolamento regionale di riordino della rete ospedaliera RR. Nn. 7/2017, con cui, in attuazione del Regolamento regionale n. 14/2015 la Regione Puglia, è stato definito il Protocollo Operativo del Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato(STEN), elaborato con la collaborazione di: Comitato Punti Nascita Regionale (CPNR), Direttori dei tre centri HUB delle Terapie Intensive Neonatali (T.I.N.) e Direttori delle Centrali Operative 118.

¹⁰ https://www.sigo.it/wp-content/uploads/2015/10/gravid_parto_21.pdf pag.76

¹¹ http://www.epicentro.iss.it/itoss/pdf/gravidanza%20fisiologica_allegato.pdf



“L'intero percorso nascita, sulla base del predetto Accordo Stato-Regioni, va predisposto e pianificato, su base regionale, utilizzando preferenzialmente modelli di rete organizzativa di assistenza perinatale, quali il sistema Hub & Spoke che vede il coinvolgimento, oltre che delle strutture ospedaliere (Unità di ostetricia e ginecologia, Unità di neonatologia, Terapie intensive neonatali), anche del territorio attraverso un'azione più strutturata e capillare dei consultori nonché con il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta. Tali modelli organizzativi permettano di effettuare un corretto inquadramento della gravidanza ed un accurato screening delle gravidanze a rischio, in modo da indirizzare la gestante al punto nascita più idoneo a fornire un adeguato livello di cure, garantendo così più alti livelli di appropriatezza, qualità, sicurezza del percorso nascita, al fine di ridurre la mortalità materna, la mortalità perinatale e neonatale e gli esiti a distanza. Una corretta e appropriata gestione della donna in gravidanza e del neonato presuppongono, inoltre, l'organizzazione di un adeguato sistema di trasporto della madre e/o del neonato nei casi in cui situazioni di rischio o di vera e propria emergenza impongano il trasferimento di questi in strutture in grado di gestire tali condizioni”.

6. la deliberazione di Giunta regionale n. 1659 del 26/10/2016 avente ad oggetto: “Approvazione Linee Guida “Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) mediante Mifeprestone (Ru 486) e Misoprostolo”. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 1009 del 28/05/2013;
7. la deliberazione di Giunta regionale n. 678 del 9/5/2017 avente ad oggetto: “Qualificazione del Percorso Nascita e attuazione dell'Accordo 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". Approvazione del modello unico regionale dell'Agenda della Gravidanza”;
8. la deliberazione di Giunta regionale n. 796 del 29/05/2017 avente ad oggetto: “Qualificazione del Percorso Nascita e attuazione dell'Allegato 7 -Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto” dell'Accordo Stato – Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010. Approvazione del protocollo regionale per la partoanalgesia”;
9. il Regolamento regionale di riordino della rete ospedaliera 10 marzo 2017, n. 7 avente ad oggetto: “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015”, modificato dal Regolamento regionale n. 3/2018 e dalla D.G.R. n. 1141/2018;
10. Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 avente ad oggetto: “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

In particolare, all'art. Art. 59. "Assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità" del D.P.C.M del 12 gennaio 2017 è stato precisato quanto segue:

"1. Sono escluse dalla partecipazione al costo, ai sensi dell'art. 1, comma 5, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, le prestazioni specialistiche ambulatoriali per la tutela della maternità indicate dal presente Articolo e dagli allegati 10* e 10B, fruite presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, ivi compresi i consultori familiari. Sono comunque escluse dalla partecipazione al costo le visite periodiche ostetrico-ginecologiche, i corsi di accompagnamento alla nascita (93.37 training prenatale) nonché l'assistenza in puerperio erogati dalle medesime strutture.

2. La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali è effettuata dai medici di medicina generale o dagli specialisti operanti presso le strutture accreditate, pubbliche o private, ivi compresi i consultori familiari.

La prescrizione dello specialista è obbligatoria nei casi previsti dai commi 3 e 5 e nei casi specificamente indicati dagli allegati 10A e 10B.

3. In funzione preconcezionale, oltre alle prestazioni di cui all'Allegato 10A, sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie per accertare eventuali rischi procreativi correlati ad una condizione patologica o un rischio genetico di uno o entrambi i genitori, evidenziati dall'anamnesi riproduttiva o familiare della coppia e prescritte dallo specialista.

4. Nel corso della gravidanza, oltre alle prestazioni di cui all'Allegato 10B, sono escluse dalla partecipazione

al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie ed appropriate per le condizioni patologiche che

comportino un rischio materno o fetale, prescritte dallo specialista o dal medico di medicina generale.

5. Nelle specifiche condizioni di rischio fetale indicate dall'allegato 10C, sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie ed appropriate per la valutazione del rischio e la successiva diagnosi prenatale, prescritte dallo specialista. Le regioni e le province autonome individuano le strutture di riferimento per l'esecuzione di tali prestazioni, garantendo che le stesse strutture forniscano alle donne e alle coppie un adeguato sostegno.

6. In caso di minaccia d'aborto sono escluse dalla partecipazione al costo tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie per il monitoraggio dell'evoluzione della gravidanza.

7. In presenza delle condizioni di rischio di cui al presente articolo, le prescrizioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali devono indicare la diagnosi o il sospetto diagnostico.

8. Qualora dalle visite ostetrico-ginecologiche periodiche, durante la frequenza ai corsi di accompagnamento alla nascita o nel corso dell'assistenza in puerperio emerga il sospetto di un disagio

psicologico, è escluso dalla partecipazione al costo un colloquio psicologico clinico con finalità diagnostiche.

9. Il decreto del Ministro della sanità del 10 settembre 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 245 del 20 ottobre 1998, è abrogato”.

Atteso che per le prestazioni di specialistica ambulatoriale introdotte nei nuovi LEA, anche nell’ambito del percorso nascita, non è stata definita una tariffa di rimborso e non già previste nel vigente DM 18 ottobre 2012, le stesse sono da intendersi come extra –LEA. La sentenza della Corte Costituzionale n. 104/2013, infatti, ha rilevato il contrasto dell’erogazione di prestazioni aggiuntive ai LEA nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro con gli obiettivi di risanamento e contenimento della spesa pubblica sanitaria. Il Tavolo interministeriale MEF - Ministero della Salute, deputato ha segnalato con verbale del 27/11/2013 l’impossibilità per la Regione Puglia di erogare prestazioni extra LEA a carico del bilancio autonomo.

Pertanto, nelle more che vengano tariffate con apposito decreto ministeriale le prestazioni di nuova istituzione, viene confermato quanto espressamente previsto dal decreto del Ministro della sanità del 10 settembre 1998.

11. la deliberazione di Giunta regionale n. 1439 del 2/8/2018 e s.m.i avente ad oggetto: “Istituzione della Rete regionale di radiologia interventistica. Definizione del modello organizzativo e del setting assistenziale per procedura”;

12. la deliberazione di Giunta regionale n. 191 del 20/02/2018 avente ad oggetto: “Qualificazione del Percorso Nascita e riduzione del quota di parti cesarei primari in attuazione dell'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010. Costituzione della la “task – forze punti nascita per la riduzione del taglio cesareo”;

13. la deliberazione di Giunta regionale n. 328 del 13/3/2018 avente ad oggetto: “Banca del Sangue Cordonale della Regione Puglia: disposizioni utilizzo di emocomponenti topici (gel piastrinico da sangue cordonale/collirio). Modifica e integrazione della D.G.R. n. 1498 dell’1/8/2008”.

14. La Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, con l’Accordo del 24/01/2018, ha approvato il documento: “Linee guida sulla revisione delle reti cliniche- Le reti tempo dipendenti” ai sensi del punto 8.1 dell’Allegato 1 al Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n.70.

Tale accordo definisce le caratteristiche della Rete clinico assistenziale per la Neonatologia e i Punti Nascita (ReNPuN), basate sulle previsioni dell’Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, nonché del D.M. n.70/2015 e s.m.i, e sulla base di un atto programmatico regionale formalizzato, e identifica “soglie di volume di attività e soglie di rischio di esito”.



“Per le soglie di volume di attività, come da Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 e richiamato dal D.M. n.70/2015, è necessaria la progressiva riduzione dei punti nascita con parti < 1000/anno, con l’abbinamento per pari complessità delle U.O. Ostetriche con quelle neonatologico-pediatrie; in particolare sono previsti due livelli erogativi: il I livello che individua Punti Nascita con numero parti compreso tra 500 e 1000 (centri Spoke)” con U.O. Pediatriche/Neonatologiche di I livello (500-1000 nati/anno), “e il II livello che caratterizza Punti Nascita con numero parti > 1000/anno (centri Hub)” con U.O. Neonatologiche di II livello-Centri TIN.

È utile precisare che esistono strutture con più di 1000 parti all’anno, sprovviste di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) classificate come Punti Nascita di 1° livello.

Per le soglie di rischio di esito, come previsto dal PNE e richiamato nel D.M. n.70/2015 i valori soglia individuati sono rispettivamente $\leq 15\%$ di tagli cesarei primari nei punti nascita di primo livello e nella misura massima del 25% nei punti nascita di secondo livello.

La ReNPuN deve applicare al contesto regionale le linee di indirizzo dei servizi di trasporto assistito materno (STAM) e dei servizi di trasporto neonatale d’urgenza (STEN) prodotte dal Comitato Percorso Nascita Nazionale, richiedendo il rispetto e la verifica della presenza nei Punti Nascita degli standard operativi, organizzativi, di sicurezza, e tecnologici individuati nell’Accordo del 16/12/2010 (allegato 1B) e ribaditi dal D.M.70/2015. Il rispetto degli standard operativi, organizzativi, di sicurezza e tecnologici, permette ai punti nascita di risultare idonei alla gestione delle condizioni di emergenza/urgenza, sia in ambito materno che neonatale.

È necessario riconoscere precocemente le gravidanze ad ALTO RISCHIO, nonché organizzare i livelli di cura per migliorare gli esiti perinatali.

Nell’elaborazione di protocolli e procedure operative relativi al passaggio di setting della madre e/o del neonato, deve essere chiaramente specificata la precisa responsabilità del centro Hub di riferimento di farsi carico dell’accoglienza della madre e/o del neonato proveniente dal “proprio” centro Spoke. È necessario che nei suddetti protocolli e procedure sia definito l’eventuale Hub alternativo, ove trasferire la madre e/o il neonato, in assenza, dimostrabile, di posto disponibile presso il centro Hub di riferimento; ciò è importante al fine di ridurre al minimo i tempi di trasferimento della madre/neonato. Qualora la donna in gravidanza o la partoriente necessitino di cure intensive o di altre cure specialistiche o la gravidanza, inizialmente inquadrata a basso rischio, vada incontro a complicanze, il cambio setting organizzativo può avvenire nello stesso DEA (DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE di appartenenza, costituito da centri Spoke e un centro Hub di riferimento), nel caso in cui siano presenti le strutture

specialistiche necessarie al trattamento della condizione clinica della paziente (con trasferimento della paziente, nello stesso DEA, verso il centro Hub di riferimento). In caso contrario è necessario, mediante attivazione dello STAM, il trasferimento della donna in gravidanza presso strutture ospedaliere con caratteristiche adeguate (esterne rispetto al DEA di appartenenza). Il rispetto del D.M. n.70/2015 e dell'Accordo Stato-Regioni del 16/12/10 riduce al minimo il cambio di setting.

È fondamentale che siano definiti e individuati, sia nella fase del travaglio parto che nella fase di adattamento neonatale, quei segni clinici che portano allo snodo decisionale dell'attivazione dello STAM per garantire adeguati livelli di cure alla nascita alle donne che presentano patologie in gravidanza o patologie per la gravidanza, ovvero all'attivazione dello STEN sulla base di appropriate valutazioni cliniche.”

Il PDTA, quindi, si propone di garantire la qualità delle cure e la messa a fuoco degli interventi da eseguire nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute materna e fetale, in ottemperanza a quanto precedentemente definito.

Attraverso una più efficace ed immediata integrazione Territorio/Ospedale ottenuta mediante il costante coordinamento dei servizi e la condivisione ed attuazione di protocolli comuni, il PDTA mira, pertanto, ad assicurare un livello minimo ed uniforme di qualità dell'assistenza su tutto il territorio regionale, un'assistenza qualificata rivolta a tutte le donne in gravidanza ed in particolare a quelle che vivono in condizioni socio-economiche particolarmente disagiate e/o di difficile integrazione.



3. DESTINATARI

Il presente documento si rivolge a tutti gli attori coinvolti nell'assistenza delle donne in gravidanza in ambito sia pubblico che privato:

- Direzioni Sanitarie Aziendali
- Direzioni Mediche Ospedaliere
- Dipartimenti ospedalieri materno-infantili
- Punti Nascita regionali
- Distretti Socio-sanitari
- Consultori Familiari
- Professionisti dei punti nascita, dei consultori familiari e degli ambulatori territoriali: Medici Ostetrici-Ginecologi, Ostetriche, Neonatologi, Pediatri, Psicologi, Sociologi, Assistenti Sociali, Mediatori Culturali, Fisioterapisti, Anestesisti, Operatori Socio-Sanitari, Infermieri, ecc...
- Medici Ginecologi libero-professionisti
- Medici di Pediatria di Libera Scelta
- Medici di Medicina Generale



4. LE TAPPE DEL PERCORSO NASCITA

Il percorso nascita si sviluppa a partire dalla visita preconcezionale sino alla fine del primo semestre di vita del bambino, attraverso i tre trimestri della gravidanza, il parto ed il puerperio (6-8 settimane dopo il parto).

4.1 Visita preconcezionale

E' possibile accedervi su richiesta e viene offerta in modo attivo dai Consulori Familiari in caso si desideri programmare una gravidanza.

I Consulori svolgono attività di informazione, consulenza ed assistenza sanitaria per la donna e la coppia che si appresta a concepire un figlio, offrendo servizi di accoglienza ed orientamento, visite ginecologiche e prescrivendo accertamenti ed esami di laboratorio preconcezionali compreso il pap test.

Se ritenuto necessario i Consulori possono attivare l'accompagnamento della coppia c/o i Centri Specialistici di secondo livello, al fine di individuare e definire possibili condizioni mediche a rischio preesistenti alla gravidanza e pianificarne l'eventuale trattamento.

In presenza di problemi di infertilità o sterilità, due aborti consecutivi, pregresse patologie della gravidanza con morte prenatale o anamnesi familiare positiva per patologie ereditarie, i Consulori devono fornire informazioni attraverso un primo colloquio di accoglienza ed orientamento ed il successivo accompagnamento a Centri Specialistici di secondo livello per ulteriori trattamenti.

4.2 Primo trimestre

La prima visita, da eseguire preferibilmente entro la 6a-7a settimana, viene garantita a tutte le donne in gravidanza entro 10 gg. La visita viene effettuata dal medico in collaborazione con l'ostetrica del C.F. o dell'ambulatorio distrettuale e prevede l'accoglienza della donna con successiva accettazione e presa in carico.

In occasione della prima visita, e delle successive articolazioni, vengono preliminarmente valutati, sempre in collaborazione tra medico ed ostetrica, gli eventuali fattori di rischio preesistenti (es. diabete, ipertensione, malattie cardiache, obesità, malattie ereditarie, abuso di sostanze tossiche, ecc.) e/o insorti in gravidanza.

STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO (vedi allegato 1)

La stratificazione del rischio in gravidanza deve tener conto di:

- Fattori sociali
- Malattie preesistenti alla gravidanza
- Malattie in gravidanza
- Rischio Fetale
- Rischio Attuale

Saranno la presenza di patologie o condizioni cliniche concomitanti e coesistenti potenzialmente in grado di causare aggravamento dello stato di salute globale a determinare la graduazione del rischio. Ciò condiziona la scelta del percorso e della modalità di presa in carico ottimale della gravida. Si sottolinea, a tal riguardo, che la classificazione qui proposta, e che fa riferimento alla tabella riportata come "Allegato 1", ha solo lo scopo di guidare gli operatori nell'individuazione e successiva classificazione del rischio, poiché non contempla tutte le possibili combinazioni delle variabili di rischio.

La classificazione prevede 4 livelli di rischio a cui la gravida sarà assegnata in relazione alla complessità delle sue condizioni cliniche e al mix dei fattori di rischio.

Ci sono delle condizioni cliniche particolari che devono essere attribuite ad una classe di rischio patognomonica definita; tali condizioni cliniche sono indicate nella tabella con il simbolo dell'asterisco ed in particolare con:

un asterisco (*);

due asterischi (**);

tre asterischi (***).

Sarà il medico, quindi, sulla base della valutazione clinica, ad assegnare a tutti gli altri fattori di rischio non contrassegnati con l'asterisco, il livello di rischio corrispondente ed il percorso di presa in carico più appropriato.

Pertanto, la gravidanza si classifica in:

- **Gravidanza a basso rischio:** assenza di fattori di rischio inquadrati in fase ambulatoriale (in anamnesi: fattori sociali, malattie preesistenti alla gravidanza, malattie in gravidanza, rischio fetale, rischio attuale);
- **Gravidanza a medio rischio:** presenza di uno o più fattori di rischio inquadrati in fase ambulatoriale (in anamnesi: fattori sociali, malattie preesistenti alla gravidanza, malattie in gravidanza, rischio fetale, rischio attuale) per cui è indispensabile la valutazione del medico ginecologo;



- **Gravidanza a medio/alto rischio:** ogni gravidanza con patologia e/o quadro clinico associato (materna/fetale o della diade materno-fetale) in trattamento, per cui è indispensabile una valutazione multidisciplinare;
- **Gravidanza ad alto rischio:** ogni gravidanza con patologia e/o quadro clinico associato (materna/fetale o della diade materno-fetale), in trattamento, per cui è necessaria una presa in carico multidisciplinare in centri ad elevata complessità assistenziale.

La presenza di uno o più fattori di rischio tra quelli elencati (vedi Allegato 1) identifica la gravidanza a rischio ed esclude quella a basso rischio.

Se la gravidanza viene classificata a rischio la gravida sarà indirizzata presso uno degli ambulatori per la gravidanza a rischio (GAR) operanti presso tutti punti nascita regionali. Al contrario se la gravida viene classificata a basso rischio proseguirà il percorso visite presso gli ambulatori generali di gravidanza sia ospedalieri che territoriali.

E' importante ricordare che in caso di insorgenza anche successiva di fattori che evidenzino un incremento del rischio è sempre possibile riqualificare la gravidanza a basso rischio in gravidanza a rischio, indirizzando la donna verso gli ambulatori ospedalieri GAR.

Pertanto:

alla prima visita in ambulatorio si procederà ad effettuare le seguenti attività/prestazioni che si completeranno con la valutazione del rischio ostetrico (allegato 1) e del percorso più appropriato:

- Colloquio conoscitivo con la donna/coppia
- Apertura e compilazione della cartella della gravidanza e raccolta anamnestica: (familiare, sociale, patologica prossima e remota, ostetrica pregressa e attuale, verifica dello stato di benessere psichico e relazionale, verifica dell'eventuale presenza di condizioni di rischio nei rapporti interpersonali)
- Misurazione di peso, altezza, BMI: indicatore di una corretta alimentazione e stile di vita.
- Misurazione della Pressione Arteriosa (PA) per diagnosticare un'eventuale ipertensione preesistente alla gravidanza, è effettuato di routine ad ogni controllo.
- Visita ostetrica con l'auscultazione del battito del feto (dopo la 12esimasettimana) E l'esplorazione vaginale (effettuata al primo incontro e ogni volta che se ne ravvisa la necessità).

• Richiesta esami^{12, 13}:

– Ematochimici:

- **Emocromo** È l'unico esame valido per lo screening dell'anemia in gravidanza. È richiesto ad ogni trimestre.
- **Gruppo sanguigno - Fattore RH** Raccomandato nel 1° trimestre è utile per rilevare le donne RH negative.
- **Test di Coombs indiretto** Importante nel monitoraggio delle donne in gravidanza RH negative. Raccomandato a tutte le donne nel corso della prima visita e successivamente ripetuto nel 3° trimestre.
- **Glicemia** È il test utilizzato per individuare un diabete preesistente alla gravidanza. È consigliato alla prima visita.
- **Transaminasi** Solo nel 1° trimestre, serve per identificare le donne alle quali proporre il test per l'epatite C.
- **Emoglobine anomale** L'esame viene proposto a tutte le donne nel 1° trimestre di gravidanza se non effettuato prima della gravidanza: permette di identificare le portatrici sane di anemia mediterranea e altre forme di anemia.

– Esami infettivologici:

- **HIV** È proposto di routine nel 1° e nel 3° trimestre perché è dimostrata l'efficacia del trattamento con farmaci antivirali nelle donne in gravidanza sieropositive.
- **Rubeo-Test (Rosolia)** Raccomandato di routine al 1° trimestre, è da ripetersi nel 2° trimestre nel caso in cui il primo test fosse negativo (vedi scheda informativa "Vaccinazioni e gravidanza").
- **Toxo-Test (Toxoplasmosi)** Raccomandato nel 1° trimestre è da ripetere ogni 30 - 40 giorni in caso di sieronegatività. In questo caso verranno consigliati quei comportamenti utili per prevenire l'infezione (vedi scheda informativa sugli "Stili di vita in gravidanza").

¹² Raccomandazioni O.M.S. sulla qualità dell'assistenza prenatale per un'esperienza positiva di gravidanza 2016 https://oporp.it/custom/oporp/writable/news/Raccomandazioni%20O_M_S_%20sulla%20qualit%C3%A0%20dell'assis%20prenatale%20per%20un'esperienza%20positiva%20di%20gravidanza.pdf

¹³ 8 Cfr. DPCM 1 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 3 dicembre 1999, n. 5" - Allegato 10 B "Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo" e la Deliberazione di Giunta Regionale 11 marzo 15, n. 413 "Recepimento delle linee guida "Gravidanza fisiologica" del sistema nazionale. Linee guida ed indicazioni per l'accesso alle prestazioni a tutela della maternità in regione Puglia. Avvio dell'agenda della gravidanza" e ss.mm.ii

- **Test per la Sifilide** È raccomandato nel 1° trimestre e da ripetere nel 3° trimestre. L'infezione materna può essere trattata con una specifica terapia antibiotica, valida anche per prevenire la trasmissione dalla madre al feto.
 - **Test per HCV (epatite C)** Il test è proposto nel 1° trimestre alle donne che presentano fattori di rischio
- **Esame delle urine:** per la diagnosi di alcune malattie preesistenti alla gravidanza, per la diagnosi delle infezioni urinarie in gravidanza e per rilevare l'eventuale presenza di proteine nell'urina. È raccomandato a ogni trimestre. Un ciclo di antibiotici è raccomandato per tutte le donne in gravidanza con batteriuria asintomatica (ASB) al fine di prevenire una batteriuria persistente, parto pretermine e basso peso alla nascita.
- **Urinocoltura:** per verificare la presenza di una carica batterica elevata nelle urine (batteriuria) che a volte non dà nessun sintomo. La batteriuria asintomatica normalmente non è preoccupante, ma in gravidanza va identificata per avviare un trattamento.
- **Test per malattie sessualmente trasmesse (clamidia, gonorrea)** Il test viene proposto alle donne con fattori di rischio, ad esempio, a chi ha avuto rapporti sessuali non protetti con più partner, a chi ha subito violenza, a chi ha una storia di prostituzione, a chi ha fatto abuso di alcol e droghe, ecc. In caso di risultato positivo, va iniziata subito una terapia antibiotica per evitare che l'infezione si trasmetta al bambino durante il parto.
- **Pap test:** proposto alle donne con più di 25 anni che non lo abbiano eseguito negli ultimi 3 anni, per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina. Eseguire il test durante la gravidanza non comporta rischi di aborto e altre complicanze.
- **Ecografia primo trimestre a otto settimane** per confermare la "gravidanza in utero", nei casi di cicli mestruali irregolari, di Ultima Mestruazione (UM) incerta e di dubbi sulla datazione o di altre necessità cliniche, in coerenza con il D.P.C.M.12 gennaio 2017

- Ecografia primo trimestre tra la 11^a e 13^a settimana, in modo da associare i test di screening per le aneuploidie e, quando possibile, per la preeclampsia.¹⁴ In particolare il Test combinato, esame comprendente un'ecografia e un esame del sangue. Fornisce una stima del rischio che il feto sia affetto da sindrome di Down. Si effettua tra 11 settimane e 13 settimane più sei giorni di gestazione.

• Prescrizioni:

- di acido folico, se ancora non assunto
- supplementazione vitaminiche mirate, in caso di rischio di carenza
- Ad alcune donne, con particolari fattori di rischio, sono inoltre proposti ulteriori accertamenti:
 - il test per l'epatite C, ad esempio, a pazienti sottoposte a emodialisi, a chi convive con persone con epatite C, a chi ha fatto uso di droghe iniettabili, ecc.;
 - il test per malattie sessualmente trasmesse (HIV, clamidia, gonorrea),

• Informazioni e counselling su:

– stili di vita in gravidanza:

- alimentazione (cibi a cui prestare attenzione ai fini della prevenzione di listeriosi, salmonellosi, toxoplasmosi, uso di dolcificanti, consumo di zuccheri, bevande quali tè e caffè, bevande alcoliche, consumo di integratori)
- prevenzione del sovrappeso e l'obesità, prevenzione e trattamento dell'anemia in gravidanza;
- esposizione a sostanze dannose (detersivi, vernici, pesticidi, insetticidi per ambienti, repellenti per insetti ecc.)
- fumo di sigaretta, consumo di sostanze stupefacenti e cannabis

– abitudini di vita:

- attività lavorativa
- sportiva
- sessuale
- viaggi

¹⁴ Deliberazione di Giunta Regionale n.161 del/1 /16 "Qualificazione assistenza materno - infantile. Individuazione Centro Regionale di Riferimento per la "Diagnosi e gestione della patologia materno - fetale". Approvazione pacchetti di prestazioni sanitarie".

- tinte per capelli e permanente

- **igiene personale e il frequente lavaggio delle mani**

- **benessere psico-fisico:**
 - terapie in corso precedenti alla gravidanza
 - attività fisica moderata
 - cure odontoiatriche
 - consulenze relative a situazioni particolari che richiedano l'intervento dell'assistente sociale e/o dello psicologo

- **vaccinazioni e gravidanza:**
 - rosolia
 - varicella
 - influenza
 - pertosse

- **screening e diagnosi prenatale:**
 - Ecografia tra la 11^a e 13^a settimana, in modo da associare i test di screening per le aneuploidie e, quando possibile, per la preeclampsia. In particolare il Test combinato, esame comprendente un'ecografia e un esame del sangue. Fornisce una stima del rischio che il feto sia affetto da sindrome di Down. Si effettua tra 11 settimane e 13 settimane più sei giorni di gestazione. In caso di rischio intermedio al test combinato la gestante dovrebbe essere informata della presenza di altri test, quale il test del DNA fetale, in coerenza con le disposizioni nazionali e regionali in materia.
 - esecuzione di un' ecografia ostetrica (tra la 19a e la 21a settimana) per lo screening di eventuali malformazioni maggiori congenite del feto.
 - test di diagnosi prenatale di cromosomopatie: amniocentesi e villocentesi.

- **percorso di assistenza e sostegno in gravidanza**

- **come prevenire l'infezione da citomegalovirus¹⁵:**
 - misure preventive, da adottare in gravidanza se a contatto con bambini piccoli, specie se frequentano l'asilo nido o la scuola materna, quali per esempio: non condividere con il bimbo stoviglie (es. tazze, bicchieri, posate), cibo (es. assaggiare la pappa con lo stesso cucchiaino), biancheria (asciugamani, tovaglioli) strumenti per l'igiene (spazzolino da denti), non portare alla bocca succhiotti o ciò che il bimbo possa aver messo in bocca, non baciare il bambino sulla bocca, lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone dopo aver cambiato il pannolino, pulito il naso e la bocca del bambino, e avergli fatto il bagnetto lavare frequentemente giocattoli e superfici varie (es seggiolone, box)
- **informazioni su test invasivi per la diagnosi prenatale:**
 - villocentesi (prelievo di un campione dei villi coriali) che si effettua nel primo trimestre;
 - amniocentesi (prelievo di un campione di liquido amniotico) che si effettua nel secondo trimestre.
- **informazioni sui diritti-doveri della madre-lavoratrice in gravidanza.** La legge italiana (D. Lgs. 151/2001) garantisce la protezione della salute della madre lavoratrice e il diritto del bambino ad un'assistenza adeguata¹⁶. **La donna lavoratrice dipendente ha diritto:**
 - a permessi retribuiti per effettuare esami prenatali, accertamenti clinici, visite mediche specialistiche, nel caso in cui questi debbano essere eseguiti durante l'orario di lavoro;
 - a non essere licenziata: il divieto di licenziamento decorre dall'inizio della gravidanza fino al compimento di 1 anno di età del bambino;
 - a non essere adibita a lavori a rischio, gravosi e insalubri;
 - a 5 mesi di astensione obbligatoria (congedo di maternità) dal lavoro retribuita all'80% (in alcuni casi al 100%) tra prima e dopo la nascita del bimbo;
 - agli assegni familiari e agli sgravi fiscali per coniugi e figli a carico anche per le donne immigrate. Se ha la cittadinanza italiana ha diritto agli assegni familiari anche per i figli minori residenti all'estero;
 - alla maternità retribuita anche se ha un contratto a tempo determinato;
 - alla riduzione dell'orario di lavoro per tutto il primo anno di vita del bambino.

¹⁵ Prevention of Primary Cytomegalovirus Infection in Pregnancy Maria Grazia Revello et al. EBioMedicine 2 (2015) 1205–1210

¹⁶ www.inps.it - digitare "Maternità e paternità" nel motore di ricerca interno



- entrambi i genitori lavoratori dipendenti hanno diritto a un periodo di astensione facoltativa (congedo parentale), retribuita al 30% dello stipendio, entro i primi sei anni di età del bambino e per un periodo massimo complessivo (madre e/o padre) di sei mesi e, non retribuita, fino al 12 anno di età.
- alle donne lavoratrici autonome è riconosciuta una indennità di maternità per i due mesi precedenti la data del parto e per i tre mesi successivi alla data medesima. L'indennità non comporta comunque obbligo di astensione dall'attività lavorativa autonoma.
- Le donne con lavori atipici e discontinui che non beneficiano di indennità di maternità o che beneficiano di una indennità inferiore a un certo tetto, possono rivolgersi all'INPS dove troveranno assistenza e informazioni.
- Le donne che non lavorano, italiane, comunitarie o extracomunitarie in possesso di carta di soggiorno, possono presentare domanda per l'assegno di maternità presso l'Assessorato ai Servizi Sociali del Comune di residenza e/o alla sede INPS di residenza, entro 6 mesi dalla nascita del bambino.
- Le donne straniere senza carta di soggiorno possono rivolgersi al Consultorio e alle Associazioni di Volontariato che offrono accoglienza, informazioni, assistenza senza correre il rischio di segnalazione finalizzata all'espulsione poiché la legge italiana garantisce l'assistenza sanitaria anche ai migranti senza documenti. Possono fare richiesta di permesso di soggiorno per maternità che ha validità fino al sesto mese di vita del bambino.
- Inoltre, in Italia la legge riconosce alla donna il diritto a partorire in anonimato in ospedale. La legge italiana consente alla madre di non riconoscere il bambino e di lasciarlo nell'ospedale in cui è nato (DPR 396/2000, art. 30, comma 2) affinché sia assicurata l'assistenza, l'adottabilità e la sua tutela giuridica

– **certificazioni medico-legali per l'astensione anticipata e/o obbligatoria dal lavoro**

La prima visita si completa con:

- Assegnazione rischio ostetrico con compilazione dell'allegato 1
 - Eventuale rilascio della certificazione per esenzione dal pagamento del ticket e delle certificazioni medico-legali per l'astensione anticipata e/o obbligatoria dal lavoro
- la consegna dell'Agenda della Gravidanza contenente le indicazioni dei servizi disponibili per la gravidanza e il post partum a livello distrettuale;



- la programmazione delle visite successive sulla base del rischio assegnato e del percorso visite corrispondente AMBULATORIO GENERALE DI GRAVIDANZA/GAR

4.3 Secondo trimestre

Nel secondo trimestre le visite vengono generalmente programmate ogni 4-5 settimane, salvo diversa indicazione.

Nel corso di ciascuna visita si procede alla rivalutazione del rischio ostetrico, effettuando nuovamente l'anamnesi ostetrica della gravidanza attuale secondo quanto indicato nell' allegato 1.

In presenza di comparsa di fattori di rischio non presenti alle visite precedenti in gravide classificate a basso rischio, le stesse verranno indirizzate verso il percorso di visite ambulatoriali per gravidanza a rischio GAR, se le gravide sono già prese in carico da un ambulatorio GAR di I livello e la rivalutazione del rischio conclude con una nuova e più alta classificazione del rischio, la gravida verrà indirizzate al GAR di II livello.

Pertanto, le attività prevedono:

- aggiornamento dell'anamnesi e valutazione dello stato di benessere psichico e relazionale mediante ascolto e colloquio con la donna e la coppia
- monitoraggio dell'aumento ponderale
- rilevazione della PA: indispensabile per diagnosticare un'eventuale ipertensione indotta dalla gravidanza, viene effettuato di routine ad ogni controllo.
- misurazione sinfisi- fondo dell'utero: a partire da 24 settimane si verifica che il feto stia crescendo in modo adeguato attraverso una valutazione dell'aumento della dimensione dell'utero.
- esecuzione di un' ecografia ostetrica (tra la 19a e la 21a settimana) per lo screening di eventuali malformazioni maggiori congenite del feto.
- la prescrizione ed esecuzione degli esami di seguito proposti^{13,14}:
 - **Emocromo**: unico esame valido per lo screening dell'anemia in gravidanza. È richiesto ad ogni trimestre. Un livello di emoglobina è inferiore a 10,5 g/100 ml, è indicativo di anemia in gravidanza e necessita di una correzione terapeutica
 - **Glicemia - Curva da carico di glucosio**: proposto alle donne che sono a rischio di sviluppare il diabete gestazionale sulla base della presenza di alcuni fattori di rischio (obesità o sovrappeso, diabete gestazionale in una gravidanza precedente, storia familiare di diabete, età superiore a 35 anni, essere originaria di paesi dell'Asia meridionale, in particolare India, Bangladesh, Pakistan, Caraibi, Medio-Oriente)

- **Rubeo-test per Rosolia:** da ripetersi nel 2° trimestre in caso di negatività
 - **Toxo-test per Toxoplasmosi:** da ripetersi ogni 30 – 40 giorni in caso di negatività.
 - **Esame delle urine:** Utile per la diagnosi delle infezioni urinarie in gravidanza e per rilevare l'eventuale presenza di proteine nell'urina. È raccomandato a ogni trimestre. Un ciclo di antibiotici è raccomandato per tutte le donne in gravidanza con batteriuria asintomatica (ASB) al fine di prevenire una batteriuria persistente, parto pretermine e basso peso alla nascita
- rivalutazione degli esami ematochimici eseguiti ogni trimestre
 - consigli sullo stile di vita
 - informazioni sugli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN) organizzati dai Consulenti Familiari ed invito a parteciparvi.
 - la vaccinazione anti-influenzale, offerta gratuitamente dal Servizio Sanitario alle donne che all'inizio della stagione influenzale (ottobre-dicembre) si trovano al secondo e terzo trimestre di gravidanza.

Nel corso del secondo trimestre è inoltre necessario discutere ed eventualmente programmare le vaccinazioni contro difterite, tetano, pertosse (DTPa) e influenza che devono essere ripetute ad ogni gravidanza.

Di grande rilievo è la vaccinazione DTPa da effettuare ad ogni gravidanza, anche se la donna sia già stata vaccinata o sia in regola con i richiami decennali o abbia avuto la pertosse. Infatti, la pertosse contratta dal neonato nei primi mesi di vita può essere molto grave o mortale e la fonte di infezioni è frequentemente la madre. Il periodo raccomandato per effettuare la vaccinazione è il terzo trimestre di gravidanza, idealmente intorno alla 28° settimana, al fine di consentire alla gestante la produzione di anticorpi sufficienti e il conseguente passaggio transplacentare. Il vaccino DTPa (difterite, tetano, pertosse) si è dimostrato sicuro sia per la donna in gravidanza sia per il feto. La vaccinazione anti-influenzale è raccomandata e offerta gratuitamente alle donne che all'inizio della stagione epidemica dell'influenza si trovino nel secondo o terzo trimestre di gravidanza.

Le visite si completano con:

- Assegnazione rischio ostetrico con compilazione dell'allegato 1
- Eventuale rilascio della certificazione per esenzione dal pagamento del ticket
- Aggiornamento della cartella della gravidanza e dell'Agenda della Gravidanza
- La programmazione delle visite successive sulla base del rischio assegnato e del percorso visite corrispondente AMBULATORIO GENERALE DI GRAVIDANZA/GAR

4.4 Terzo trimestre

Nel corso delle visite programmate nel terzo trimestre si procederà nuovamente alla rivalutazione del rischio ostetrico, effettuando l'anamnesi ostetrica della gravidanza attuale, sempre secondo quanto indicato nell'allegato 2. In presenza di comparsa di fattori di rischio non presenti alle visite precedenti in gravide classificate a basso rischio, le stesse verranno indirizzate verso il percorso di visite ambulatoriali per gravidanza a rischio GAR.

Le attività prevedono:

- Ecografia del III trimestre di gravidanza su indicazione per valutare la crescita del feto, la posizione della placenta e la quantità di liquido amniotico.
- Controllo del peso
- Controllo della pressione arteriosa
- Misurazione sinfisi-fondo
- La prescrizione e l'esecuzione degli esami di seguito proposti^{13,14}:
 - **Emocromo:** unico esame valido per lo screening dell'anemia in gravidanza. È richiesto ad ogni trimestre. Un livello di emoglobina è inferiore a 10,5 g/100 ml, è indicativo di anemia in gravidanza e necessita di una correzione terapeutica
 - **Test per HIV:** proposto di routine nel 1° e nel 3° trimestre perché è dimostrata l'efficacia del trattamento con farmaci antivirali nelle gestanti sieropositive
 - **Toxo-Test (Toxoplasmosi)**
 - **Test per la Sifilide:** raccomandato di routine nel 1° trimestre e da ripetere nel 3° trimestre. L'infezione materna può essere trattata con una specifica terapia antibiotica, valida anche per prevenire la trasmissione dalla madre al feto
 - **Epatite B:** consigliato al 3° trimestre. In caso la madre risulti positiva, vengono avviate le terapie efficaci per prevenire la trasmissione dell'infezione al bambino
 - **Esame delle urine:** per la diagnosi delle infezioni urinarie in gravidanza e per rilevare l'eventuale presenza di proteine nell'urina. È raccomandato a ogni trimestre. Un ciclo di antibiotici è raccomandato per tutte le donne in gravidanza con batteriuria asintomatica (ASB) al fine di prevenire una batteriuria persistente, parto pretermine e basso peso alla nascita
 - **Tampone vaginale:** per identificare una infezione da streptococco beta-emolitico gruppo B: viene proposto a tutte le donne dopo le 36 settimane. Alle donne che risultano positive al test, il medico proporrà un trattamento antibiotico durante il travaglio di parto

- Immunoprofilassi AN-RH(D) Questa terapia viene offerta di routine a tutte le donne Rh negative a 28 settimane con test di Coombs negativo.
- La vaccinazione anti-influenzale, offerta gratuitamente dal Servizio Sanitario alle donne che all'inizio della stagione influenzale (ottobre-dicembre) si trovano al secondo e terzo trimestre di gravidanza.

Inoltre verranno fornite informazioni:

- sull'esecuzione del tampone vagino-rettale per la ricerca di streptococco
- sulle tecniche di controllo del dolore,
- sull'assistenza durante il parto e sulla degenza;
- sui punti nascita di I livello
- sui punti nascita di II livello

Nel caso di gravidanza a basso rischio, a 37 settimane si provvede a:

- Inviare la donna, con tutta la documentazione del caso, all'ambulatorio della gravidanza a termine (GAT) presso il Punto Nascita ove intende partorire per programmare ed effettuare gli incontri informativi sull'assistenza durante il parto.

Nel caso di gravidanza a basso rischio, a 40 settimane, nell'ambulatorio GAT si provvede a:

- eseguire nuova visita ostetrica, con controllo del peso, della pressione e degli esiti degli esami precedentemente prescritti
- programmare il calendario dei tracciati cardiocografici a partire dalla 40a +1g. settimana, salvo diverse indicazioni rivenienti dalla presenza di rischi materno-fetali
- informare la gravida circa:
 - la modalità di riconoscimento dei segni di travaglio o delle condizioni che richiedono un ricovero urgente
 - l'iter ospedaliero da seguire durante il parto e il puerperio o assistenza territoriale dopo il parto
 - l'allattamento al seno.

5. ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

L'accesso alle prestazioni erogate dalle strutture del Servizio Sanitario Regionale si effettua dietro presentazione della relativa impegnativa e previa prenotazione, tenuto conto delle relative disposizioni regionali. La Regione appositamente provvedimento determina la modalità di attivazione del percorso differenziato per la prenotazione e la esecuzione degli esami delle donne in gravidanza (Percorso rosa). Nel caso dei Consultori Familiari è possibile accedere direttamente senza prenotazione e senza impegnativa. Ciascuna Azienda è tenuta ad adeguare, anche in considerazione del numero dei parti registrati, la propria rete di servizi ambulatoriali ospedalieri e territoriali, affinché possano essere tempestivamente erogate le ecografie di screening e le ecografie del 2° trimestre a tutte le donne gravide che ne facciano richiesta ed in particolare a quelle seguite dai Consultori Familiari a cui dovrà essere garantito l'accesso diretto.

5.1 Gli screening Prenatali

La Regione Puglia, con Deliberazione di Giunta Regionale 21 dicembre 2016, n. 2161, avente ad oggetto "Qualificazione assistenza materno -infantile. Individuazione Centro Regionale di Riferimento per la "Diagnosi e gestione della patologia materno - fetale". Approvazione di pacchetti di prestazioni sanitarie" ha definito ed approvato 5 pacchetti di diagnosi prenatale:

- Screening del I trimestre
- Gravidanze ad alto rischio per aneuploidie
- Gravidanze ad alto rischio di patologia congenita fetale
- Gravidanze gemellari monocoriali
- Gravidanze ad alto rischio di preeclampsia e restrizione della crescita fetale.

La citata Deliberazione di Giunta Regionale 21 dicembre 2016, n. 2161 ha inoltre stabilito che dopo una prima fase di avvio che prevede l'implementazione del test sulla preeclampsia, che si somma a quelli già citati, previsti nel percorso visite ambulatoriali, solo presso le Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia degli ospedali pugliesi con numero di parti superiore a 1000, l'esecuzione del test venga esteso a tutto il territorio regionale, previa adeguata formazione degli operatori all'esecuzione dell'esame.

5.2 Ambulatorio della Gravidanza a Termine (GAT)

Alla 37a settimana di gravidanza la gestante inquadrata nel profilo di basso rischio correlato alla gravidanza viene inviata, con tutta la sua documentazione, all'ambulatorio della gravidanza a termine presso il Punto Nascita ove intende partorire.



Si tratta di un ambulatorio specializzato nel follow up delle gravidanze con età gestazionale di 37 settimane e il cui obiettivo principale è quello di garantire il benessere materno e fetale in attesa dell'insorgenza del travaglio spontaneo o dell'induzione del travaglio di parto.

Le principali attività svolte dall'ambulatorio della gravidanza a termine sono:

- Monitoraggio delle condizioni di salute materna e fetale mediante cardiocografia ed ecografia
- Valutazione dell'eventuale insorgenza di condizioni di rischio materno o fetale
- Informazione su modalità e tempi di accesso al reparto al momento del ricovero per il travaglio di parto
- Spiegazione e valutazione delle possibili modalità di espletamento del parto, da effettuarsi in condivisione con l'ostetrica e/o i medici e tenuto conto delle esigenze espresse dalla donna
- Consenso scritto sulle opzioni di espletamento del parto condivise
- Eventuale attivazione del servizio di Psicologia e/o dei Servizi Sociali tramite richiesta di consulenza.

In assenza di travaglio attivo e di sintomi sospetti, ogni controllo si conclude con la programmazione del controllo successivo, ad intervalli da definirsi in base al caso specifico e fino all'espletamento del parto.

5.3 Ambulatorio della Gravidanza a Rischio (GAR)

Se nel corso della prima visita o dei controlli successivi viene accertata la presenza di uno o più fattori di rischio materno-infantile la donna viene indirizzata presso uno degli ambulatori per la gravidanza a rischio presenti in tutti i punti nascita regionali di primo e secondo livello.

Gli ambulatori di gravidanza a rischio si avvalgono di un'intensa collaborazione multidisciplinare. La donna viene sottoposta a controlli più frequenti rispetto a quanto previsto per le gravidanze a basso rischio con una tempistica definita in base allo specifico quadro clinico e sino a quando non si rende necessario il ricovero per monitoraggio intensivo o espletamento del parto.

5.4 Centri Regionali per la Cura della Gravidanza ad Alto Rischio

Nell'ambito del processo di riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera già previsto dal "Patto per la Salute 2010-2012"¹⁷ in Puglia sono identificati con DGR, i centri regionali di riferimento per le gravidanze ad alto rischio finalizzati non solo alla cura delle

¹⁷ Rep. n. 243/CSR del 3 dicembre 2009

patologie più complesse, ma anche alla diagnosi precoce, alla prevenzione delle gravi complicanze materno fetali e al relativo follow-up

Tutti i centri di gravidanza ad alto rischio saranno inoltre dotati di posti letto di terapia sub-intensiva.

5.5 Consulenza Ostetrica di Pronto Soccorso

Tutti i PUNTI NASCITA regionali di II livello devono disporre di un servizio di Pronto Soccorso Ostetrico e di posti letto destinati all'osservazione breve (O.B.I) delle gravide che, sulla base del codice di triage ostetrico assegnato all'ingresso, risultano meritevoli di sorveglianza clinica e monitoraggio strumentale, pur in assenza di necessità immediata di ricovero ospedaliero.

5.6 Supporto Psicologico

Viene fornito dagli psicologi del Consultorio Familiare (C.F.) che devono prestare particolare attenzione all'individuazione precoce di situazioni di fragilità emotiva ed alla prevenzione della depressione post partum. Ove necessario lo psicologo consultoriale può attivare l'invio guidato della donna presso il Dipartimento di Salute Mentale territorialmente competente.

5.7 Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN)

Gli IAN costituiscono una parte integrante e fondamentale dell'assistenza perinatale ed hanno l'obiettivo di accompagnare la donna e la coppia in un percorso educativo, informativo e di sostegno che consenta di affrontare in modo consapevole e sereno il travaglio, il parto, il puerperio e tutte le altre situazioni legate all'evento nascita. E' compito dei Consultori Familiari, coerentemente con la propria natura istitutiva, organizzare e gestire gli IAN, anche se in stretta collaborazione con le UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia di riferimento.

6. IL RICOVERO

Al momento del ricovero è necessario:

- fornire alla donna informazioni semplici, chiare e comprensibili sulle modalità di svolgimento del travaglio e del parto, facendo ricorso, in caso si tratti di donna straniera e/o immigrata, all'intervento del mediatore culturale che resta indispensabile anche nelle circostanze di urgenza
- visionare l'Agenda della Gravidanza e la Scheda di valutazione del rischio, compilare la cartella clinica, procedendo innanzitutto alla raccolta dell'anamnesi (familiare, personale, prossima e remota, ostetrica) e alla valutazione degli esami effettuati nel corso della gravidanza
- effettuare un esame obiettivo comprensivo di ispezione, palpazione, auscultazione dei rumori respiratori ed esplorazione vaginale
- valutare i parametri vitali materni e gli esami strumentali di base: frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, peso corporeo, pressione arteriosa e controllo della contrattilità uterina
- controllare e monitorare il benessere fetale mediante auscultazione del battito cardiaco fetale e/o cardiocografia e/o ecografia
- Se ritenuto utile per un corretto inquadramento del caso possono essere effettuati esami di routine e ulteriori indagini e accertamenti.

In caso di gravidanza a basso rischio la gestione dell'assistenza al travaglio e al parto viene preferibilmente affidata all'ostetrica.

Ogni Punto Nascita deve attuare programmi di formazione, percorsi assistenziali e procedure definite per favorire il processo di autonomia dell'ostetrica nell'assistenza al parto a basso rischio.

La gestione del travaglio-parto delle gravidanze a rischio è invece affidata al medico ostetrico ginecologo che potrà avvalersi di altre figure professionali (neonatologo, anestesista, psicologo, ecc...).

6.1 Il travaglio

Rappresenta una delle fasi più delicate ed importanti del percorso nascita e richiede pertanto un modello di assistenza personalizzato ed umanizzato, volto a garantire il benessere psico-fisico della donna e del neonato evitando, laddove possibile, distacchi traumatici dall'ambiente familiare.

Questo in sintonia con le prime quattro Raccomandazioni dell'OMS¹⁸ sulla qualità dell'assistenza prenatale per un'esperienza positiva di gravidanza:

- 1) Sono raccomandate *CURE MATERNE RISPETTOSE* - per garantire la dignità, l'intimità e la riservatezza, la protezione dal dolore e dalle procedure scorrette, consentendo scelte chiare e un sostegno continuo durante il travaglio e il parto.
- 2) È raccomandata una *COMUNICAZIONE EFFICACE* tra il personale di assistenza e le donne che partoriscono utilizzando metodi semplici e culturalmente comprensibili.
- 3) È raccomandata un *ACCOMPAGNAMENTO DURANTE IL TRAVAGLIO E IL PARTO* ovvero la presenza di una persona scelta dalla donna per tutte le donne durante il travaglio ed il parto
- 4) E' raccomandata una *CONTINUITA' DELLE CURE* ovvero modelli di continuità delle cure sotto la direzione delle ostetriche, tra cui un'ostetrica o un piccolo gruppo di ostetriche conosciute dalla donna in un percorso continuativo dal periodo prenatale al postnatale per tutte le gravide

1° STADIO¹⁸

E' RACCOMANDATA la seguente definizione di 1° Stadio del Travaglio di parto, che caratterizzato da una " fase latente" e da una " fase attiva"

a) la fase di latenza è un periodo caratterizzato da contrazioni uterine dolorose e modificazioni variabili del collo uterino che includono un certo grado di appianamento ed una lenta progressione della dilatazione fino ai 5 centimetri sia per la primigravida che per la pluripara

b) la fase attiva del travaglio è caratterizzata da contrazioni uterine dolorose e regolari, da un significativo appianamento cervicale e da una dilatazione del collo dell'utero più rapida e che va dai 5 centimetri alla dilatazione completa sia per la primigravida che per la pluripara. (Raccomandazione n°5 OMS)

Le donne dovrebbero essere informate che la durata standard della fase di latenza non è definita e può notevolmente variare da una donna all'altra. Tuttavia la durata della fase attiva (dai 5 centimetri fino alla dilatazione completa) non supera generalmente le 12 ore nella primigravida e le 10 ore nella pluripara. (Raccomandazione n°6 OMS).

¹⁸ <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4959693.pdf> WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience 2018



Per le gravide con inizio del travaglio spontaneo la progressione della dilatazione di 1 centimetro all'ora durante la fase attiva (linea di allerta del partogramma) non identifica correttamente le donne a rischio di esito negativo del parto e quindi NON E' RACCOMANDATA per questa finalità. Una velocità della dilatazione di almeno 1 cm/ora durante la fase attiva del travaglio è poco realistica e per certe donne troppo rapida e quindi NON E' RACCOMANDATA per definire la normalità di progressione del travaglio. La sola dilatazione cervicale ad una velocità inferiore a 1 cm/ora non dovrebbe essere indicazione di routine per un intervento ostetrico. (Raccomandazioni 7-8 OMS)

Il travaglio può non accelerare spontaneamente prima che la dilatazione sia arrivata a 5 centimetri. Quindi gli interventi medici per accelerare il travaglio e il parto (ossitocina o taglio cesareo) prima dei 5 cm NON SONO RACCOMANDATI se le condizioni materne e fetali sono rassicuranti. (Raccomandazione n°9 OMS).

Per le gravide in buona salute con insorgenza spontanea del travaglio una politica di attesa fino all'inizio della fase attiva prima del ricovero (ammissione in sala travaglio/parto) E' RACCOMANDATA SOLO in un contesto di ricerca clinica. (Raccomandazione n°10 OMS)

Una visita vaginale E' RACCOMANDATA ogni 4 ore per valutare la fase attiva del primo stadio del travaglio nelle donne a basso rischio ostetrico. (Raccomandazione n°16 OMS).

La cardiocografia in continuo NON È RACCOMANDATA per la valutazione del benessere fetale nelle donne gravide in buona salute durante un travaglio spontaneo. (Raccomandazione n° 17 OMS).

L'Auscultazione intermittente della frequenza cardiaca fetale È RACCOMANDATA per donne gravide in buona salute durante un travaglio spontaneo (Raccomandazione n° 18 OMS).

Il ricorso all'amniorexi precoce per prevenire il prolungamento del travaglio NON È RACCOMANDATO. Il ricorso all'amniorexi precoce con una accelerazione precoce del travaglio con ossitocina per prevenire un prolungamento del travaglio NON E' RACCOMANDATO. (Raccomandazione n° 28 e 29 OMS).

La somministrazione di ossitocina per prevenire il prolungamento del travaglio nelle donne con analgesia peridurale NON E' RACCOMANDATO. L'uso di antispastici NON È RACCOMANDATO. L'uso di liquidi e.v. per accorciare la durata del travaglio NON È RACCOMANDATO (Raccomandazione n°30-31-32 OMS)

2° STADIO¹⁸

È raccomandata L'adozione della definizione seguente e della durata della seconda fase del travaglio nella

pratica clinica.

a) la seconda fase del travaglio è il periodo compreso tra la dilatazione completa del collo e la nascita del bambino, durante la quale la donna sente il bisogno involontario di spingere seguito dalle contrazioni espulsive

b) le donne dovrebbero essere informate che la durata della seconda fase varia da una donna all'altra. Durante il primo parto la durata del secondo stadio è generalmente inferiore a 3 ore mentre nei parti successivi è generalmente inferiore a 2 ore. (Raccomandazione n°33 OMS).

Per le donne con o senza analgesia epidurale, È RACCOMANDATO incoraggiare l'adozione di posizioni libere, incluse le posizioni verticali (Raccomandazioni n°34 e 35 OMS).

Le donne nella fase espulsiva della seconda fase del travaglio dovrebbero essere incoraggiate e sostenute a seguire il proprio impulso di spingere. (Raccomandazione n°36 OMS).

Per le donne nella seconda fase del travaglio, SONO RACCOMANDATE tecniche per ridurre il trauma perineale e facilitare la nascita spontanea (incluso il massaggio perineale, compresse calde e protezioni "hands on" del perineo), sulla base della preferenza delle donne e delle opzioni disponibili. (Raccomandazione n°38 OMS).

L'Episiotomia di routine e il suo largo utilizzo NON SONO RACCOMANDATI in donne con travaglio vaginale spontaneo (Raccomandazione n°39 OMS).

NON È RACCOMANDATA l'applicazione di pressioni sul fondo dell'utero (Manovre di Kristeller) per agevolare la nascita nel secondo stadio (Raccomandazione n°40 OMS).

In caso si renda necessaria l'induzione del travaglio di parto, i relativi tempi e modi devono essere attuati solo previa corretta informazione e consenso da parte della donna.

6.2 Parto Vaginale dopo Progresso Taglio Cesareo (V-BAC)

L'ammissione al travaglio in assenza di controindicazioni specifiche deve essere offerta a tutte le donne che hanno partorito mediante taglio cesareo. (Linee guida Taglio Cesareo ISS Livello Evidenza 1A)

In Italia, dopo un lungo periodo di automatica reiterazione del taglio cesareo anche nelle gravidanze successive, si sta assistendo ad un'importante inversione di tendenza.

È necessario che i professionisti sanitari forniscano alla donna con pregresso taglio cesareo informazioni rispetto alla probabilità di partorire per via vaginale in base alla sua storia clinica e in base alla casistica della struttura ospedaliera. Tale informazione deve essere fornita tempestivamente, e le conclusioni del consenso raggiunto circa le modalità del parto, devono essere documentate. La 36ª settimana di gestazione costituisce il limite massimo per attivare un consenso informato sul travaglio di prova dopo cesareo.¹⁹

Alle donne che hanno partorito mediante taglio cesareo deve essere garantita un'adeguata sorveglianza clinica e un monitoraggio elettronico fetale continuo nella fase attiva del travaglio. Ogni tentativo di parto vaginale in donna con precedente taglio cesareo deve essere espletato in centri che siano in grado di affrontare possibili emergenze ostetriche, neonatologiche, anestesilogiche e rianimatorie, nonché trasfusionali. Le partorienti che hanno fornito il consenso al travaglio di prova dopo taglio cesareo devono essere pertanto indirizzate nei punti nascita regionali dotati di aspetti organizzativi quali: Rianimazione Adulti, Servizio Emo-Trasfusionale e servizio di Anestesia in regime di guardia attiva h-24, nonché di criteri strutturali (vedi DM n° 70 -2015) quali la presenza di una sala operatoria strutturalmente integrata e funzionalmente attiva nel blocco travaglio parto. La struttura sanitaria deve assicurare l'accesso immediato alla sala operatoria e alla rianimazione e la pronta disponibilità di emotrasfusioni nell'eventualità di un taglio cesareo d'urgenza.¹⁷

6.3 Parto analgesia

L'analgesia peridurale E' RACCOMANDATA per le gravide in buona salute che chiedono un sollievo dal dolore durante il travaglio, in base alle richieste della donna. (Raccomandazione n°19 OMS).

Anche in linea con quanto stabilito dai nuovi LEA²⁰, nei Punti Nascita regionali preferibilmente con numero di parti > 1000, e comunque in strutture che abbiano i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e di risorse umane previste dalla DGR n. 796 del 9 maggio del 2017, deve essere possibile per le donne che ne facciano richiesta, accedere al trattamento farmacologico di analgesia

¹⁹ <http://www.epicentro.iss.it/itoss/LineeGuida> Linea guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole"

²⁰ Art. 38 comma 3 del DPCM 1 gennaio 17 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1999, n. 5 "

epidurale²¹.

Gli Oppiacei parenterali, come il fentanyl, la diamorfina e la petidina, sono le opzioni RACCOMANDATE per le donne in buona salute che richiedono sollievo dal dolore durante il travaglio, a seconda delle loro preferenze (Raccomandazione n°20 OMS).

Le Tecniche di rilassamento, incluso il rilassamento muscolare progressivo, la respirazione, la musica, gli esercizi di meditazione e altre tecniche, SONO RACCOMANDATE per le gravide in buona salute che richiedono sollievo al dolore durante il travaglio, a seconda delle loro preferenze (Raccomandazione n°21 OMS).

Tecniche manuali, come il massaggio o l'applicazione di calore SONO RACCOMANDATE per donne in buona salute che richiedono sollievo dal dolore durante il travaglio, a seconda delle loro preferenze (Raccomandazione n°22 OMS).

L'apprendimento di tecniche di controllo del dolore rappresenta una risorsa di indiscutibile importanza per la donna che le consente di affrontare con maggiore serenità, consapevolezza e partecipazione il travaglio ed il parto.

Gli IAN organizzati dai Consultori Familiari dedicano particolare attenzione all'insegnamento delle tecniche non farmacologiche di controllo del dolore.

Tutti i Punti Nascita devono garantire tutti i requisiti clinico-organizzativi e tecnologici così come previsti dal DM 70/2015 nonché dalle disposizioni regionali in materia.

²¹ Deliberazione della Giunta Regionale 9 maggio 17, n. 796 "Qualificazione del Percorso Nascita e attuazione dell'Allegato 7 "Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto" dell'Accordo n. 137/CU del 16 dicembre 1. Approvazione del protocollo regionale per la partoanalgesia".

7. LA NASCITA

Nel corso degli IAN la donna riceve adeguate informazioni in merito alle tempistiche della legatura o clampaggio del cordone ombelicale. L'OMS raccomanda che venga effettuata non prima di 60 secondi dopo il parto, per garantire la protezione della salute della madre e del neonato (Raccomandazione n°44 OMS) e assicurare il necessario apporto nutrizionale al bimbo ed in alcune situazioni è preferibile un clampaggio tardivo del cordone per apportare numerosi benefici al neonato tra cui un minore rischio di insorgenza di anemia.

Il clampaggio del funicolo viene pertanto attuato, salvo diversa valutazione clinica insorta nel corso del parto, secondo le volontà espresse dalla donna ed acquisite al ricovero, previa discussione con ostetrica e medico.

Dopo la nascita, al primo ed al quinto minuto di vita del bambino il neonatologo calcola l'Apgar score.

Laddove le condizioni del neonato e della madre lo consentano, il neonato viene appoggiato sul ventre materno e lasciato libero di cercare il seno per la prima poppata che può avvenire in circa 15-20 minuti, realizzando la pratica del breast crawl (ricerca del seno), fortemente sostenuta dall'Unicef e dall'OMS come azione di promozione dell'allattamento al seno.

Mentre il neonato viene affidato alla madre, l'ostetrica esegue un prelievo dalla arteria ombelicale al fine di determinare sia l'emogasanalisi che il gruppo sanguigno (obbligatorio solo in caso di madre Rh⁻ negativa).

Il neonatologo pediatra provvede inoltre alla profilassi della malattia emorragica, della congiuntivite batterica e gonococcica.

La madre viene solitamente trattenuta in sala parto per le due ore successive alla nascita. La sorveglianza del tono o contrattura uterina nel post partum per riconoscere precocemente una atonia uterina è **RACCOMANDATA** per tutte le donne. (Raccomandazione n°52 OMS)

Tutte le donne nel post partum dovrebbero avere un controllo di routine periodico della perdita ematica vaginale, della contrattura uterina, dell'altezza del fondo uterino, della temperatura corporea e della frequenza cardiaca nelle prime 24 ore dal parto. La pressione arteriosa dovrebbe essere misurata poco dopo il parto e se è normale andrebbe ricontrollata nelle successive sei ore. Si dovrebbe controllare il residuo post minzionale entro sei ore dal parto. (Raccomandazione n°55 OMS). A tal proposito l'OMS



raccomanda l'adozione del Modified Early Obstetrics Warning Score (MEOWS)²² quale strumento di sorveglianza della donna, soprattutto nella prevenzione delle complicanze di condizioni cliniche quali l'emorragia post-partum e la sepsi, con il fine di individuare precocemente il deterioramento dei parametri vitali e di intervenire tempestivamente, evitando l'aggravamento irreversibile del quadro clinico.

Il ricorso alla profilassi della emorragia post-partum, mediante la somministrazione di uterotonici e la pratica dell'allattamento precoce al seno, con conseguente stimolo della contrazione uterina, hanno permesso di ridurre l'insorgenza di questa grave complicanza post partum ancora oggi di difficile trattamento e risoluzione.

Trascorso questo periodo e constatato che le perdite ematiche genitali siano solo fisiologiche, in assenza di ulteriori condizioni che necessitino di assistenza e terapia intensiva, la madre viene inviata in reparto.

Eccezion fatta per i casi che richiedano particolare assistenza per la madre e/o per il bambino, ivi comprese eventuali indicazioni al ricovero di quest'ultimo nel reparto di terapia intensiva neonatologica, è opportuno e consigliabile che il neonato possa restare accanto alla madre in sala parto per tutta la durata della sua permanenza.

7.1 La donazione del Sangue Cordonale

Il sangue placentare contiene cellule staminali emopoietiche che possono essere utilizzate come fonte alternativa per il trapianto di midollo nella cura di numerose gravi patologie, anche neoplastiche.

In Italia non è consentita la conservazione del sangue del cordone ombelicale per uso autologo, cioè personale, tranne nei casi di patologie tra i consanguinei del nascituro. In questo caso si parla di donazione dedicata ed dunque possibile l'utilizzo terapeutico delle cellule staminali derivate dal sangue del cordone ombelicale del proprio figlio. La normativa nazionale e regionale²³ consente tuttavia di esportare presso una biobanca estera, a proprie spese, il sangue di cordone ombelicale prelevato al momento della nascita del proprio figlio, al fine di utilizzarlo in futuro per un eventuale uso familiare.

²² Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla SNLG 2016

²³ Vedasi la Deliberazione di giunta Regionale n. 2528 DEL 23/11/2010 "Recepimento Accordo Stato Regioni n. 62/CSR del 29/04/2010. Accordo ai sensi dell'art. 4 del Accordo Stato Regioni n. 62/CSR del 29/04/2010. Accordo ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs.28/08/97, n. 281, previsto dall'art. 3, c.1, dell'Ordinanza del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali 26 febbraio 2009, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sull'esportazione di campioni di sangue da cordone ombelicale per uso autologo".

La legge italiana consente invece la donazione allogenica (non familiare): l'unità di sangue prelevata dal cordone ombelicale (SCO) viene donata a una banca pubblica volontariamente, gratuitamente e anonimamente. In Italia esistono attualmente 18 banche di sangue cordonale, riunite nella Rete italiana ITCBN, istituita con il D.M. 18 novembre 2009²⁴.

In Puglia è possibile raccogliere e conservare le cellule del cordone ombelicale, per uso allogenico solidaristico e dedicato e per un periodo massimo di 15 anni, presso la Banca regionale del cordone ombelicale istituita presso il Servizio di Medicina Trasfusionale dell'Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo (FG).²⁵

Le donne interessate alla donazione del sangue del cordone ombelicale possono rivolgersi, a partire dal 7° mese di gravidanza, al reparto di Ginecologia ed Ostetricia dell'Ospedale presso cui intendono partorire, per manifestare la propria volontà alla donazione. Trascorsi 6-12 mesi dalla donazione, la mamma si impegna a fornire informazioni sullo stato di salute del suo bambino, certificate dal medico pediatra di riferimento.

Recenti studi scientifici hanno dimostrato che la raccolta del sangue cordonale può essere effettuata tra i 60 e i 120 secondi dopo la nascita: in questo modo viene garantita un'unità di volume adeguato e un'adeguata concentrazione di cellule staminali.

L'unità di sangue cordonale, dopo la raccolta, viene inviata alla banca, dove sottoposta a specifici controlli per verificarne l'idoneità alla conservazione e al successivo utilizzo per la cura di pazienti, HLA compatibili (minimo 4 HLA identici su 6), affetti da gravi patologie che necessitino di un trattamento con trapianto emopoietico.

Se l'unità non risulta idonea, previa informazione e specifico consenso rilasciato dalla mamma, può essere utilizzata per finalità di ricerca. In caso di mancato consenso, l'unità non può essere impiegata per alcun uso alternativo consentito²⁶ e viene eliminata.

²⁴ "Istituzione di una rete nazionale di banche per la conservazione di sangue da cordone ombelicale".

²⁵ Deliberazione della Giunta regionale 3 agosto 2007, n. 14 "Documento di indirizzo Economico – Funzionale del Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2007. Assegnazione alle Aziende Unità Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere, agli Enti Ecclesiastici ed Istituti Ricovero Cura Carattere Scientifico dei limiti di remunerazione a valere sul FSR 207" e deliberazione di Giunta regionale n. 328 del 13/3/2018

²⁶ Deliberazione della Giunta Regionale 13 marzo 2018, n. 38 "Banca del Sangue Cordonale della Regione Puglia: disposizioni utilizzo di emocomponenti topici (GEL PIASTRINICO DA SANGUE CORDONALE/COLLIRIO). Modifica e integrazione della D.G.R. n. 1498 dell'1/8/2008"

A tal proposito la Regione Puglia ha recentemente stabilito che ciascuna Azienda/Ente provvista di Servizio Trasfusionale costituisca, entro tre mesi dall'approvazione della presente deliberazione, un CoBUS, Comitato per il buon uso del sangue e delle cellule staminali da sangue cordonale²⁷.

Infine, con la deliberazione di Giunta regionale n. 328 del 13/3/2018 sono state date disposizioni per l'utilizzo di emocomponenti topici (gel piastrinico da sangue cordonale/collirio) ed è stata inoltre modificata la D.G.R. n. 1498 dell'1/8/2008, individuando ulteriori Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia deputate alla raccolta del cordone ombelicale per finalità solidaristiche.

7.2 Il parto in anonimato

La presenza di condizioni di estrema difficoltà o fragilità sociale, economica, affettiva o psicologica richiedono un'attenzione ed un sostegno ancora maggiori nei confronti della donna in gravidanza, non solo per assicurare un'adeguata tutela a lei e al nascituro, ma anche per aiutarle a decidere in maniera libera, consapevole e responsabile.

Possono tuttavia verificarsi delle situazioni in cui la mamma decida, per ragioni diverse e non modificabili, di non riconoscere il suo bambino. La legge italiana consente alla madre di non riconoscere il bambino e di lasciarlo nell'ospedale in cui è nato affinché sia assicurata l'assistenza, l'adottabilità e la sua tutela giuridica.

In questi casi è necessario garantire la massima riservatezza e mettere in atto interventi adeguati ed efficaci a tutela dell'anonimato, come previsto dal DPR 396/2000, art. 30, comma 2.

Il nome della madre rimane quindi segreto e nell'atto di nascita del bambino viene scritto "nato da donna che non consente di essere nominata". Dopo la nascita la donna e il neonato non riconosciuto vengono considerati dalla legge come due entità distinte, ognuno con specifici diritti.

²⁷ Deliberazione della Giunta Regionale 13 marzo 2018, n. 36 "Accordo, ai sensi degli artt. 2, comma 1, lett. b e 4 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente "Revisione e aggiornamento della costituzione e del funzionamento del Comitato del Buon Uso del Sangue" - Rep. Atti n. 251/CSR del 21 dicembre 2017 - Recepimento".

8. IL NEONATO

Come già detto, salvo indicazioni specifiche del neonatologo o del pediatra, è necessario evitare o ridurre al minimo ogni separazione della diade madre-neonato, facendoli restare uniti sia in sala parto che durante il ricovero.

Nei neonati nati con liquido amniotico chiaro che iniziano a respirare da soli dopo la nascita, l'aspirazione della bocca e del naso NON DEVE ESSERE ESEGUITA (Raccomandazione n°47 OMS)

I neonati senza complicazioni devono essere tenuti a contatto pelle a pelle Early skin-to-skin contact (SSC)²⁸ con la mamma durante le prime ore dalla nascita per prevenire l'ipotermia e promuovere l'allattamento. Tutti i neonati, compresi quelli di basso peso (LBW), che sono in grado di essere allattati, devono essere attaccati al seno il più presto possibile dopo la nascita quando sono clinicamente stabili e quando la madre e il bambino sono pronti. A tutti i neonati deve essere somministrato 1mg di vitamina K per via intramuscolare alla nascita (dopo la prima ora durante la quale il neonato dovrebbe essere in contatto pelle a pelle con la mamma e l'allattamento dovrebbe essere iniziato). (Raccomandazione n°48. 49. 50. 52 OMS)

Il bagno deve essere ritardato di almeno 24 ore dopo la nascita. Se ciò non è possibile a causa di motivi culturali, dovrebbe essere ritardata di almeno 6 ore. Si raccomanda il neonato in modo adeguato in funzione della temperatura ambientale. Questo significa da uno a due strati di abiti più degli adulti e l'uso di cappelli o berretti. La madre e il bambino non dovrebbero essere separati e dovrebbero stare nella stessa stanza 24 ore al giorno (Raccomandazione n°51 OMS).

Il rooming-in ha infatti l'obiettivo di stabilire un forte legame tra madre e figlio, garantendo al neonato la sicurezza della presenza della madre e permettendogli di attaccarsi al seno tutte le volte che lo richiede.

In sintonia con quanto scritto finora, tutti i reparti di neonatologia ed ostetricia devono fare riferimento ed attenersi alle seguenti regole contenute nel programma "I dieci passi UNICEF-OMS":

- 1) Definire un protocollo scritto per l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario
- 2) Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo
- 3) Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno

²⁸ Early skin-to-skin contact (SSC) for mothers and their healthy newborn infants. Moore et al - Cochrane 2016

- 4) Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare, offrendo aiuto se necessario
- 5) Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati
- 6) Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica
- 7) Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in), in modo che trascorrono insieme ventiquattr'ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale
- 8) Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento
- 9) Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento
- 10) Promuovere la collaborazione tra il personale della struttura, il territorio, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione dall'ospedale.

9. LA DIMISSIONE

La durata media della degenza ospedaliera della mamma e del neonato dopo il parto si sta riducendo sempre di più, specialmente laddove non si riscontrino particolari complicanze. Le nuove politiche ospedaliere tendono infatti ad accelerare i tempi di dimissione, anche qualora la nascita sia avvenuta tramite taglio cesareo. Uno dei capisaldi delle nuove linee guida dei punti nascita è infatti quello di ridurre al minimo l'“ospedalizzazione” della gravidanza e del parto, per rendere questi eventi quanto più naturali e spontanei possibile.

Per la mamma e il neonato la dimissione avviene in genere il 2-3° giorno dopo un parto naturale ed in terza giornata se è stato eseguito un taglio cesareo.

In caso di dimissione precoce entro le 48 ore è necessario che il neonatologo/pediatra provveda all'esecuzione degli screening previsti, o anticipandoli o prevedendoli nel corso dei successivi controlli ambulatoriali del neonato.

I casi che necessitino del supporto di altri operatori socio-sanitari (psicologo, assistente sociale, ecc...) devono essere tempestivamente segnalati, prima della dimissione, alla sede territoriale di competenza per garantire la necessaria continuità assistenziale.

Al momento della dimissione, oltre ad una relazione sulle modalità del parto, alla madre viene consegnata una relazione clinica sulle condizioni del neonato in cui sono contenuti i dati clinici rilevati in corso di ricovero, la terapia effettuata e consigliata, gli esami eseguiti e quelli ancora in corso, le indicazioni su eventuali controlli clinici e/o ulteriori accertamenti diagnostici o terapie da effettuare. Le viene inoltre consegnata una lettera di dimissione del neonato che riporta tutto ciò che è stato effettuato durante il ricovero.

Anche se il neonato va iscritto quanto prima ad un pediatra di famiglia, che diventa il riferimento per ogni eventuale problematica, è necessario che ciascun reparto di Neonatologia/Pediatria preveda la possibilità di controlli gratuiti del neonato, nel quadro di una continuità assistenziale nel primo mese di vita e qualora venga richiesta dai genitori.

9.1 La continuità assistenziale Ospedale-Territorio dopo la dimissione

Alla dimissione la mamma viene invitata a ripresentarsi presso il Consultorio Familiare (C.F.) di riferimento o, in alternativa, presso gli ambulatori del Distretto. Qui le verranno fornite tutte le informazioni per l'accesso ai servizi distrettuali dedicati, come ad esempio le fasce orarie dedicate o le modalità di accesso diretto. Alle mamme dovrebbero inoltre essere riservati all'interno dei consultori spazi dedicati “madre-



bambino” a cui accedere liberamente per ottenere risposte e consigli su quesiti specifici concernenti il proprio benessere psico-fisico e quello del bambino.

In occasione della prima visita post-dimissione è consigliabile che venga effettuata anche una valutazione del pavimento pelvico per verificare la risoluzione di eventuali problemi di incontinenza urinaria e di prolasso genitale nel post-partum. A tal proposito è necessario che gli IAN prevedano degli incontri sulla rieducazione del pavimento pelvico nel post partum e si adoperino per il sostegno all'allattamento materno previsto dal decalogo OMS.

L'accoglienza madre-bambino deve realizzarsi entro il 1° mese di vita con il coinvolgimento di ostetriche, neonatologi, pediatri, assistenti sanitarie ed infermiere. Nel corso del primo incontro viene aperta e compilata una cartella e, laddove possibile, si procede alla registrazione dei dati.

Negli incontri successivi viene attuata la presa in carico di eventuali problemi rilevati all'accoglienza (allattamento, difficoltà nella gestione del bambino, ecc.) e viene attivata la continuità assistenziale adatta alle specifiche necessità (Medico Medicina Generale, Pediatra Libera Scelta, Ginecologo, Assistente sociale, altri specialisti). In caso di particolare fragilità, il personale del Consultorio attiva la rete di sostegno sociale prevista per le famiglie in difficoltà.

9.2 L'assistenza domiciliare alla mamma e al neonato

In caso di dimissione precoce o di particolari situazioni patologiche materne, è necessario garantire continuità assistenziale domiciliare da parte delle strutture territoriali, secondo specifici protocolli aziendali che dovranno essere appositamente predisposti.

In questa prima fase può avere un ruolo determinante il Consultorio il quale può esplicare attività di supporto e accompagnamento alla mamma nel post-parto.

Su richiesta, nei giorni subito successivi alla dimissione è possibile una prima visita domiciliare da parte di un'ostetrica consultoriale, finalizzata alla valutazione clinica della puerpera, al sostegno dell'allattamento, alle cure del neonato. Se l'ostetrica ravvisa una condizione clinico patologica della madre e/o del bambino degna di ulteriori approfondimenti deve segnalarla con urgenza ai relativi reparti di degenza. L'intervento assistenziale è orientato a prevenire le possibili complicanze puerperali, a confermare alla donna le sue competenze naturali di accudimento e a promuovere l'allattamento al seno.

L'ostetrica dovrà valutare:

- stato generale della donna,
- colorito cutaneo

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

- polso e PA
- altezza del fondo uterino
- caratteristiche delle lochiazioni, delle eventuali ferite e degli arti inferiori
- avvio dell'allattamento
- consulenza contraccettiva



10. IVG - Interruzione Volontaria della Gravidanza

La Legge 194/78 "Norma per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione di gravidanza", nel garantire il rispetto della volontà della donna e il suo diritto ad una procreazione consapevole, sancisce la legittimità da parte delle donne di ricorrere alla interruzione volontaria della gravidanza entro i primi 90 gg. (Art. 4) e oltre il 90° giorno (Art. 6).

In Puglia, con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1202 del 18 giugno 2014²⁹, è stato introdotto il PCA31 "Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia". Con successiva Deliberazione di Giunta Regionale n. 1659 del 26 ottobre 2016³⁰ è stata inoltre regolamentata l'IVG farmacologica in Day Hospital. Attualmente è in fase di revisione anche il protocollo operativo che disciplina le diverse modalità di accesso all'IVG.

²⁹ Modifica e integrazione day service (DD.GG. n. 433/2011 e 2863/2011) e modifica Nomenclatore Tariffario Regionale (DGR n. 951/2013 e s.m.i.).

³⁰ Approvazione Linee Guida "Interruzione Volontaria della Gravidanza IVG mediante Mifepristone Ru 486 e Misoprostolo". Modifica e integrazione della Deliberazione di Giunta Regionale n. 19 del 8/ 5/13"



11. RAZIONALE DEL PDTA DELLA GRAVIDANZA IN PUGLIA

I contenuti del presente PDTA necessitano, per essere concretizzati, delle necessarie disposizioni attuative da parte delle strutture pubbliche e private, che tengano conto delle esigenze territoriali e delle criticità delle strutture/risorse a disposizione.

Attualmente la Regione Puglia dispone di una rete di servizi sanitari e socio-sanitari in condizione di garantire a tutte le donne che lo richiedano un accompagnamento specifico alla gravidanza, mediante sostegno ed ascolto, dalla consulenza pre-concezionale sino al primo anno di vita del bambino.

Con l'approvazione del presente PDTA, la Regione Puglia implementerà le possibilità di prestare assistenza a tutte le donne gravide che lo richiedano, garantendo risposte di carattere multidisciplinare e ad alto grado di complessità in un rapporto di reciproca cooperazione e continuità assistenziale delle varie strutture deputate all'assistenza si dispone che :

- se la gravidanza è inquadrata come gravidanza a basso rischio, il percorso può proseguire presso il Consultorio Familiare, gli Ambulatori ospedalieri Pubblici e Privati
- Se la gravidanza è inquadrata come gravidanza a rischio, la presa in carico finalizzata al percorso visite avviene presso gli ambulatori per la gravidanza a rischio GAR delle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di tutti i punti nascita di 1° e 2° livello
- Se la gravidanza è inquadrata come gravidanza a rischio, la presa in carico finalizzata all'espletamento del parto avviene presso le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia dei punti nascita di 1° e di 2° livello a seconda del livello di rischio assegnato, per cui:
 - Medio Rischio: Punti Nascita di I e II livello (a seconda dei contesti locali in relazione a requisiti strutturali, tecnologici, clinico-organizzativi e/o discipline presenti);
 - Medio/Alto Rischio: Punti Nascita di I e II livello (a seconda dei contesti locali in relazione a requisiti strutturali, tecnologici, clinico-organizzativi e/o discipline presenti);
 - Alto Rischio: Punti Nascita di II livello e/o Centri Hub (a seconda dei contesti locali in relazione a requisiti strutturali, tecnologici, clinico-organizzativi e/o discipline presenti);
- Tutte le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia dei Punti Nascita di 1° livello devono attivare, oltre ai tradizionali ambulatori generali, anche gli ambulatori di gravidanza a termine e di gravidanza a rischio e posti di sub-intensiva.

- Le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia sede di Punti Nascita 2° livello, in aggiunta alle strutture ambulatoriali, devono disporre di un servizio di Pronto Soccorso Ostetrico nonché di posti letto destinati all'osservazione breve (O.B.I) delle gravide che, sulla base del codice di triage ostetrico assegnato all'ingresso, risultano meritevoli di sorveglianza clinica e monitoraggio strumentale, pur in assenza di necessità immediata di ricovero ospedaliero.
- La compilazione dell'Agenda della Gravidanza è uno strumento essenziale sia per la presentazione della paziente all'ospedale, sia in fase post-dimissione, quando la puerpera viene riaffidata alle strutture territoriali, prevedendo anche l'integrazione anche del neonato, sino a 6 mesi di vita, nel percorso assistenziale e deve essere compilato da tutte le strutture pubbliche e private



12. INDICATORI

I risultati delle azioni conseguenti al PDTA devono essere oggetto di monitoraggio e valutazione in termini di impatto clinico ed economico, mediante l'utilizzo dei seguenti specifici indicatori da applicare preferibilmente su base provinciale:

INDICATORI DI PRIMO LIVELLO ³¹

Rappresentano indicatori direttamente implementabili sulla base dei flussi informativi disponibili e riguardano la valutazione della Rete negli aspetti più strettamente legati all'ospedalizzazione, nonché sull'uso integrato degli stessi flussi informativi, quali ad esempio CEDAP e SDO, che consentono anche una valutazione combinata dell'assistenza ospedale-territorio.

La maggior parte di questi indicatori vengono routinariamente calcolati dai flussi correnti e dal PNE e possono essere utilizzati anche ai fini del monitoraggio delle Reti.

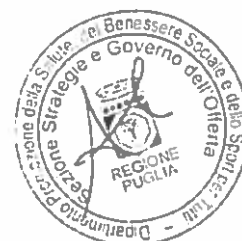
INDICATORI DI SECONDO LIVELLO:

Non sono direttamente calcolabili a partire dai flussi informativi correnti ma possono essere implementati attraverso l'uso integrato di sistemi informativi già esistenti, quali ad esempio SDO, CEDAP, EMUR, con il Sistema Informativo Anagrafe Tributaria e possono altresì essere integrati con ulteriori indicatori proxy della valutazione dell'assistenza territoriale.

PRIMO LIVELLO:

- Parti: volume di ricoveri
- Proporzione di parti con taglio cesareo primario
- Parto naturale: complicanze durante il parto e il puerperio
- Parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio
- Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio
- Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio
- Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio
- Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio
- Partoanalgesia
- Lacerazioni di III e IV grado

³¹ Indicatori previsti dall'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 24/01/2018):



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

- Isterectomie post partum
- Donne con emorragia > 1000 ml
- Numero di neonati ricoverati in TIN
- Numero di donne trasferite
- Numero di neonati trasferiti
- Numero di neonati trasferiti perchè nati in luogo non appropriato
- Percentuale di neonati, in PN senza TIN, trasferiti entro le prime 72 ore

SECONDO LIVELLO

- Volume dei back transport da hub a spoke per donne
- Volume dei back transport da hub a spoke per neonati
- Supporto alle donne in sala parto (one to one)
- Proporzione di neonati ricevono contatto "pelle a pelle" con la mamma, immediatamente dopo il parto rispetto a tutti i parti con le stesse caratteristiche.



13. AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Come detto nell'introduzione, il PDTA non rappresenta uno strumento chiuso e rigido, ma in divenire in un processo di continuo miglioramento.

In particolare sono state individuate le seguenti azioni di possibile miglioramento:

1. Ottimizzazione strutturale e tecnologica degli Ambulatori e dei Punti Nascita secondo quanto previsto dal DM 70/2015;
2. Formazione continua del personale sanitario sulle procedure operative del presente PDTA;
3. Implementazione e monitoraggio costante delle procedure relative alle Raccomandazioni Ministeriali 6 e 16;
4. Recepimento e Implementazione delle Linee Guida specifiche riconosciute nel SNLG dell'ISS/SNLG e delle direttive regionali;
5. Implementazione della checklist di sala parto promossa dall'OMS. (Vedi allegato 2)
6. N. di segnalazioni pervenute attraverso il sistema di Incident Reporting all'U.O. Rischio Clinico (SIMES)
7. N° RCA effettuate/N. segnalazioni pervenute all'U.O. Rischio Clinico
8. N° RCA effettuate /numero totale di eventi sentinella
9. N. operatori formati sulla Procedura Aziendale per anno/numero totale di personale coinvolto nel processo assistenziale



14. LINEE DI INDIRIZZO PER LE ATTIVITÀ DI IMPLEMENTAZIONE DEL PDTA NELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE^{32,33}.

Ciascuna struttura pubblica o privata implementerà il PDTA regionale in relazione al proprio contesto clinico-organizzativo, strutturale e di risorse umane e tecnologiche. Sarà cura delle Direzioni Aziendali, Ospedaliere e Territoriali pubbliche e private attivare un Piano di Implementazione del PDTA che deve comprendere anche un piano di monitoraggio dello stesso. A tale fine si riportano di seguito le indicazioni per la progettazione di un piano di implementazione.

Fase I

Le Direzioni sanitarie delle strutture pubbliche e private accreditate dovranno costituire dei gruppi di lavoro dei professionisti delle aree di interesse (ostetriche, ginecologi, neonatologi, anestesisti, infermieri) che, dopo aver condiviso la rilevanza e la validità del PDTA della gravidanza, ne valuteranno le modalità per l'applicabilità nel contesto specifico in cui operano.

Fase II

Il gruppo di lavoro identificherà i fattori favorevoli e/o ostacolanti l'implementazione del PDTA (fattori legati all'organizzazione, all'ambiente di lavoro e agli individui) al fine di promuovere azioni di miglioramento per rimuovere le eventuali barriere e valorizzare i fattori facilitanti.

Sono fattori favorevoli:

- cultura dell'organizzazione orientata alla qualità ed al miglioramento continuo;
- motivazione del personale coinvolto e sua disponibilità al cambiamento;
- chiarezza dei benefici conseguenti all'applicazione del PDTA e dei rischi connessi al suo mancato utilizzo;
- presenza di indicatori misurabili che dimostrino la riduzione degli eventi avversi

Sono fattori negativi o barriere:

- obiettivo non compreso e condiviso dai professionisti;
- il tema affrontato non è considerato prioritario;
- leadership debole a livello di reparto/dipartimento;
- insufficiente condivisione dei contenuti del PDTA e delle sue effettive ricadute sulla pratica clinica;

³² Linee guida per la pratica clinica. Metodologia per l'implementazione di Alessandro Liberati, Luciana Ballini Ed. Pensiero Scientifico 2009

³³ http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=250&area=qualita&menu=sicurezza



- inerzia al cambiamento di abitudini e prassi consolidate;
- ambiguità nella definizione di ruoli e responsabilità all'interno dell'équipe.

Fase III

Nella scelta delle modalità più efficaci per implementare il PDTA, così come per qualsiasi strumento di governo clinico, è utile individuare i valori, gli interessi e le persone con forte motivazione, coinvolgere opinion leader ed altri portatori di interesse.

Fase IV

Per promuovere i cambiamenti comportamentali, dopo aver elaborato la propria procedura locale che rende applicabili il PDTA regionale, si suggerisce di fare ricorso ad alcune metodologie di implementazione, documentate in letteratura, e da utilizzare in associazione quali:

- diffusione tramite gli strumenti già in uso nell'azienda (intranet, distribuzione di materiale informativo, ecc.);
- incontri formativi interattivi, seminari e lezioni frontali;
- focus group con i professionisti, per identificare ed analizzare le barriere al cambiamento;
- Audit e feed-back sui casi e analisi e discussione di dati ed indicatori;
- Visite di facilitatori/esperti che incontrano i professionisti nel loro contesto di lavoro (Educational Outreach Visit – EOVI);

Fase V

Elaborazione del piano di implementazione che specifichi le azioni, i tempi, le responsabilità e gli strumenti di valutazione (indicatori che consentano di misurare in maniera oggettiva il miglioramento ottenuto).

Lista delle principali abbreviazioni

BMI = Body Mass Index o Indice di Massa Corporea

U.M.= Ultima Mestruazione

SSC= Early skin-to-skin contact

MEOWS = Modifies Early Obstetrics Worning Score

C.F.= Consultorio Familiare

HLA = Human leucocyte antigens

IAN = Incontri di Accompagnamento alla Nascita

I.S.S. = Istituto Superiore di Sanità

IVG = Interruzione Volontaria di Gravidanza **LEA** = Livelli Essenziali di Assistenza

LL.GG. = Linee Guida

NT = Translucenza nucale

O.B.I. = Osservazione Breve Intensa

O.M.S. = Organizzazione Mondiale della Sanità **PA** = Pressione Arteriosa

PDTA = Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale **PLS** = Pediatra di Libera Scelta

POMI = Progetto Obiettivo Materno Infantile **SCO** = Sangue da Cordone Ombelicale

VBAC = Vaginal Birth After Cesarean section o parto vaginale dopo taglio cesareo



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

Allegato 1

FATTORI SOCIALI (Da 1 a 9)	Principali fattori di rischio materno/fetale (da rivalutare ad ogni visita e al ricovero)	Nome e Cognome Paziente:
<p>MALATTIE PRE-ESISTENTI ALLA GRAVIDANZA (da 10 a 31)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etá < 16 > 35 > 40* (>RT) 2. Malnutrizione BMI < 18; Obesità BMI > 30; BMI > 35* (>RT) BMI= Kg/m2 3. PMA (procreazione medico-assistita)* 4. Svantaggio sociale /Violenza di genere / Mutilazioni genitali femminili 5. Scarsi o ritardati controlli in gravidanza 6. Esposizione a raggi e farmaci nell'attuale gravidanza 7. Abuso di tabacco (LBWI / >>Monossido di carbonio >> Ematocrito fetale) 8. Abuso di alcool (Sindrome alcolica fetale /Malformazioni congenite) ** 9. Uso di Droghe (Cocaina Eroina e metadone morfina) ** 10. Malattie Cardiache (congenite, ischemiche, valvolari) Rischio lieve-medio* -alto** 11. Iperensione / Preeclampsia in precedenza 12. Malattie respiratorie (Asma severo, fibrosi cistica)* 13. Malattie renali (insufficienza renale acuta o cronica)* 14. Alterazioni endocrino-dismetaboliche o Diabete compensato o scompensato* 15. Malattie neurologiche (es. sclerosi multipla, epilessia) 16. Malattie muscolo-scheletriche (scoliosi, M. connettivo, Traumi bacino) 17. Attuali o pregressi incidenti cerebrovascolari** 18. Malattie Ematologiche (Trombocitopenia, trombofilia) (>RT) Isoimmunizz. M.F** 19. Trapianto d'Organo** 20. Malattie autoimmuni (>RT) -Malattie reumatiche 21. Malattie psichiatriche trattate con farmaci 22. Malattie infettive (Influenza, Sifilide, HIV, HCV, HBV, MST, TORCH, Streptococco. TBC)* 23. Epatopatie attive (steatosi, insufficienza epatica lieve, media, grave**) 24. Infezioni urinarie- Cistiti ricorrenti-Calcolosi renale 25. Tumori maligni* 26. Pregressa Tromboembolia (>RT) 27. Malformazioni Uterine/ Metroplastiche 	<p>Nome e Cognome Medico:</p> <p>Nome e Cognome Ostetrica/o:</p>

Gravidanza a basso rischio: assenza di patologie e di condizioni di rischio

Gravidanza a medio rischio: presenza di uno o più fattori di rischio (esclusione) - valutazione medica e obitero la valutazione del medico ginecologo)

Gravidanza a medio-alto rischio*: patologia e/o quadro clinico in trattamento che necessita di valutazione multidisciplinare.

Gravidanza ad alto rischio ** (anche ***) presenza di patologie e condizioni di rischio che richiedono gestione multidisciplinare in centri ad elevata complessità assistenziale.

In caso di *** Rischio placentazione (previa con placenta previa) *** il trattamento deve avvenire in strutture di 1° livello e con presenza di Radiologia Interventistica.

In rosso ** -> RISCHIO TROMBOEMBOLICO (>RT); BMI>35; Trombofilia; Malattie autoimmuni; Pregressa tromboembolia; Parità>3

Sottolineato= fattori di rischio per PPH



GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

Assenza di fattori di rischio inquadrati in fase ambulatoriale (anamnesi generale pre-gravidica, gravidica precedente, gravidica attuale)

Presenza in carico ambulatoriale	37 ^a settimana	PARTO
Consultorio/Ambulatorio ospedaliero generale di gravidanza	GAT	PUNTO NASCITA I e II LIVELLO

GRAVIDANZA A RISCHIO

Presenza di uno o più fattori di rischio inquadrati in fase ambulatoriale (anamnesi generale pre-gravidica, gravidica precedente, gravidica attuale)

A sua volta classificata:

- **medio rischio** se presente uno o più fattori di rischio senza patologia

Presenza in carico ambulatoriale	TRAVAGLIO/PARTO
Ambulatorio GAR (Punto di Spoke e II Livello)	PUNTO NASCITA I e II LIVELLO IN RELAZIONE AGLI STANDARD POSSEDUTI

- **medio/alto rischio** ogni gravidanza con patologia e/o quadro clinico associato (materna/fetale o della diade materno-fetale), in trattamento per cui è indispensabile una valutazione multidisciplinare

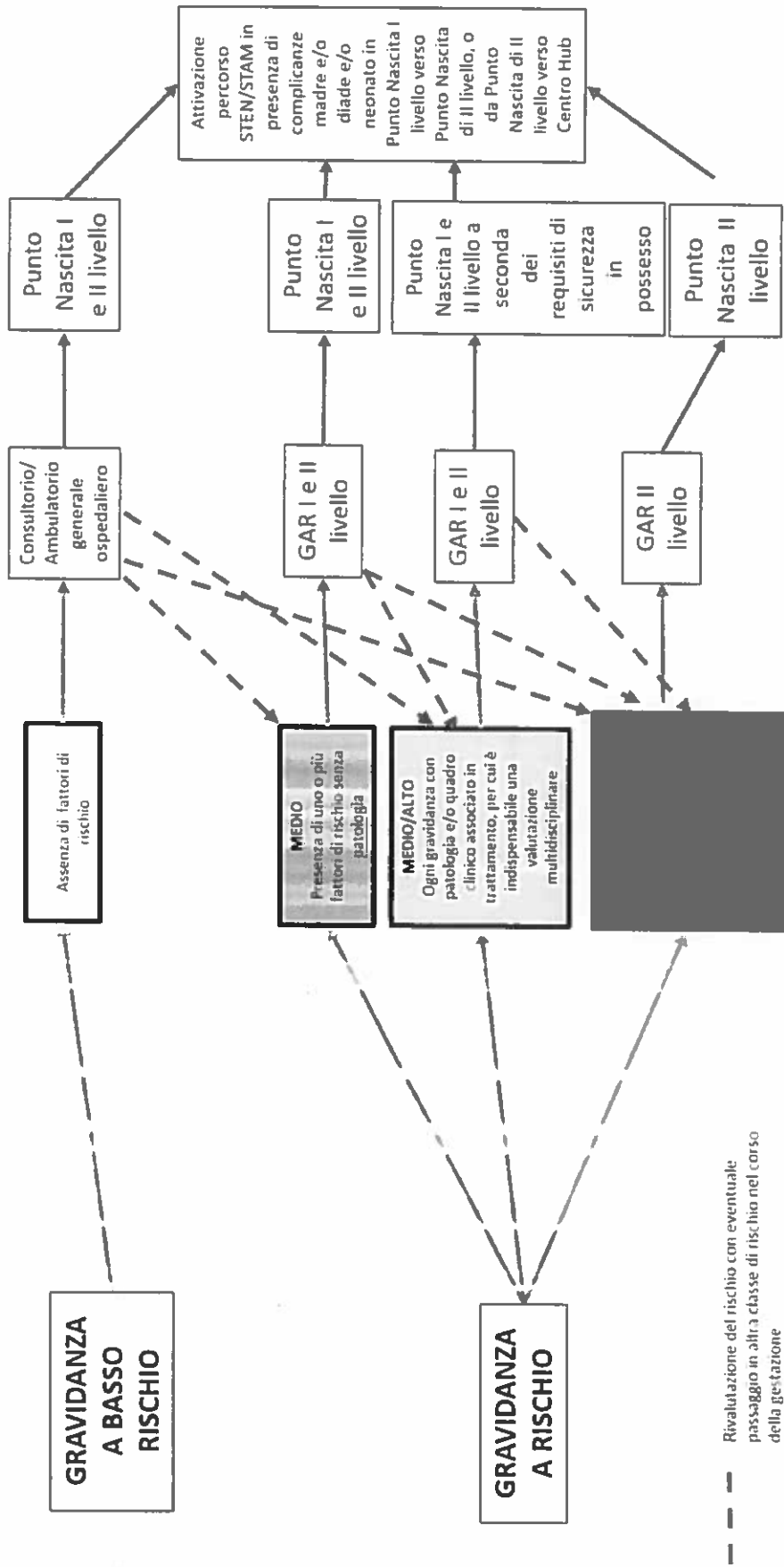
Presenza in carico ambulatoriale	TRAVAGLIO/PARTO
Ambulatorio GAR (Punto Nascita I e II livello)	PUNTO NASCITA I e II LIVELLO IN RELAZIONE AGLI STANDARD POSSEDUTI

- **alto rischio** ogni gravidanza con patologia e/o quadro clinico associato (materna/fetale o della diade materno-fetale), in trattamento, per cui è necessaria una presa in carico multidisciplinare in centri ad elevata complessità assistenziale.

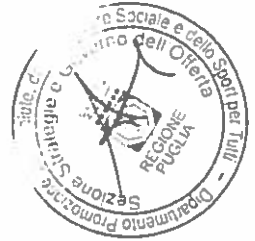
Presenza in carico ambulatoriale	TRAVAGLIO/PARTO
Ambulatorio GAR (Punto Nascita II livello)	PUNTO NASCITA II LIVELLO O CENTRI HUB IN BASE ALLA DISCIPLINA APPROPRIATA

N.B. L'insorgenza di complicanze a carico della gravida, del neonato, o di entrambi, durante il ricovero per travaglio e parto, non gestibili in un Punto Nascita di I o II livello, attiverà il percorso STEN/STAM secondo il modello Spoke su Hub, sia all'interno del DEA di appartenenza, sia verso Hub di altro DEA in base alla specialità richiesta.





--- Rivalutazione del rischio con eventuale passaggio in altra classe di rischio nel corso della gravidanza



Check list sala parto



IDENTIFICAZIONE MADRE

Cognome: _____
 Nome: _____
 Data di nascita: _____
 N° braccialetto: _____

PRE PARTO Data: ____/____/____

Accoglienza

Presentazione staff
 Identificazione della madre
 Identificazione rischio
 Rilevazione parametri vitali
 Compilazione moduli
 Rilevazione ECG
 Pulso arteriale a 20-30 sec
 Cardiotocografia
 Compilazione partogramma
 Richiesta partografica
 Chiamata del ginecologo I/A
 Valutazione Terapia antibiotica I/A
 Valutazione Terapia antipertensiva I/A
 Valutazione Terapia reovirale I/A

Compilatore _____

IDENTIFICAZIONE FIGLIO

Cognome: _____
 Nome: _____
 Data e ora di nascita: _____
 N° braccialetto: _____

INTR. PARTO Data: ____/____/____

Parto vaginale

Presenza presidi necessari all'assistenza al parto
 Chiamata seconda ostetrica
 Somministrazione Bolo (2U, 2litri) I/A
 Chiamata del ginecologo I/A
 Chiamata del pediatra I/A
 Presenza presidi necessari all'assistenza del neonato
 Punte ematiche braccialeto materno e neonato
 Esecuzione emogas I/A

Secondamento

Valutazione perdita ematiche
 Valutazione tono uterino
 Chiamata del ginecologo (perde > 50ml) I/A
 Chiamata dell'anestesista I/A

Valutazione parametri vitali
 Consegnare cartella
 STU
 Compilazione STU neonato I/A
 Partografica I/A
 Registro parto
 Cartella - foglio di PAU

Compilatore _____

EQUIPE

I Ostetrica _____
 II Ostetrica _____
 I Ginecologo _____
 II Ginecologo _____
 Anestesista _____
 Pediatra _____
 INFERMIERA _____

POST PARTO Data: ____/____/____

Nelo 2 ore

Spiegazione brochure segni di rischio neonatale
 Valutazione parametri vitali neonato
 Raccomandazione alla madre principali rischi del post-parto
 Compilazione scheda neonato
 Chiamata del pediatra I/A

Dopo 2 ore / Materno

Valutazione perdite ematiche
 Valutazione tono uterino
 Valutazione parametri vitali I/A
 Chiamata del ginecologo I/A
 Chiamata dell'anestesista I/A
 Valutazione VAS I/A

Dopo 2 ore / Neonatale

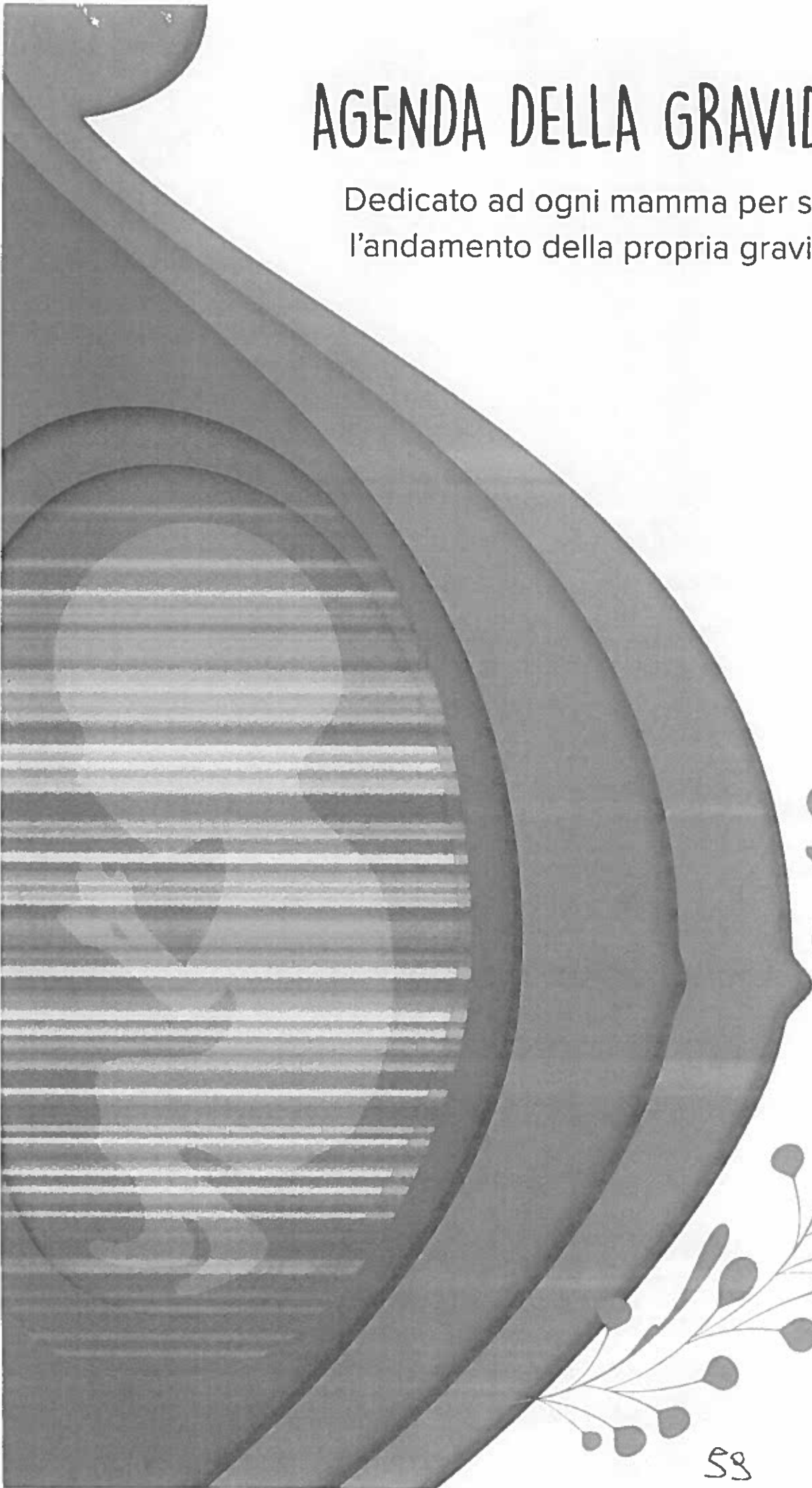
Valutazione parametri vitali
 Esecuzione profilassi
 Compilazione scheda neonato
 Spiegazione rischi all'allattamento
 Chiamata del pediatra I/A
 Telefonata reparto di degenza

Compilatore _____



AGENDA DELLA GRAVIDANZA

Dedicato ad ogni mamma per seguire
l'andamento della propria gravidanza



58



Per ricordare le emozioni di un periodo così magico

Potrai consultare i consigli dei nostri ginecologi e comprendere tutti i passaggi trimestre dopo trimestre.

In questo periodo delicato, un buon rapporto tra la mamma e i servizi socio-sanitari è fondamentale per promuovere la salute del bambino e per fornire loro una migliore assistenza.



**REGIONE
PUGLIA**

**L'Agenda è stata realizzata dal Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR) del
Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti"**

Illustrazioni e progetto grafico di

Stampato da

2019



COS'È L'AGENDA DELLA GRAVIDANZA?

È un **mezzo informativo** che accompagna la donna, durante tutto il periodo della gravidanza, sostenendola nella gestione di uno dei momenti più belli ed importanti della vita.

Il Percorso Nascita che la Regione Puglia propone con l'Agenda della gravidanza, non limita l'evento nascita al parto, ma ne considera i bisogni, le implicazioni psicologiche, sociali e relazionali dal concepimento fino alla delicata fase del rientro a casa.

L'Agenda è un prezioso strumento di collegamento tra le mamme, i servizi territoriali (Consultori) e quelli ospedalieri (Punti nascita).

Mediante l'Agenda le mamme ricevono informazioni sulle:

- diverse alternative assistenziali, in particolare negli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN);
- direttive scientifiche ispirate alle linee guida per l'assistenza alla gravidanza fisiologica emanate dall'Istituto Superiore di Sanità.

L'agenda è divisa in tre sezioni:

il **"Diario della gravidanza"**, di colore verde, pensato come una guida che, trimestre dopo trimestre, illustra l'assistenza che ti viene proposta.

la **"Scheda della gravidanza"** o bilancio di salute, di colore rosa, in cui l'operatore che segue la gravidanza ne descrive il decorso;

le **"Schede informative"**, di colore arancione, dedicate ognuna ad un tema specifico (stili di vita, sostegno durante il travaglio, allattamento al seno, tutele normative, etc..) per individuare facilmente le risposte ai dubbi ed alle perplessità più comuni in gravidanza e nei primi giorni dopo la nascita.

La lettura del Diario della gravidanza e delle Schede informative sarà integrata dalle spiegazioni riceverai dialogando con i professionisti (ostetrica, ginecologo, medico di medicina generale, pediatra, psicologo).

L'Agenda della Gravidanza ti viene consegnata dall'operatore sanitario durante la prima visita a tutte le donne gravide residenti nella **Regione Puglia** all'interno di:

- Consultori Familiari (anche durante Incontri di Accompagnamento alla Nascita);
- Ambulatori pubblici ubicati nei Distretti e nelle U.O. di Ginecologia e Ostetricia della Regione, compresi i medici del reparto che svolgono attività in ALPI o in extramoenia;

Come si usa l'Agenda della Gravidanza

Potrai conservare la tua Agenda personale durante tutto il percorso di gravidanza e fino al momento della nascita. Ogni operatore sanitario (pubblico o privato) avrà cura di compilare e tenere aggiornata l'agenda con i dati clinici, le indicazioni terapeutiche, i documenti raccolti durante la gravidanza (referti di consulenze specialistiche, ricoveri ospedalieri, passaggi in Pronto Soccorso, esami di laboratorio) i percorsi scelti dalla donna.



La signora

Consegnata da

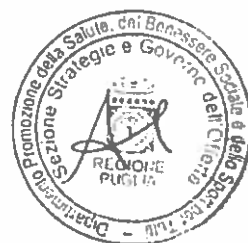
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio distrettuale | <input type="checkbox"/> Ambulatorio ospedaliero |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio privato | <input type="checkbox"/> Consultorio Familiare |
| <input type="checkbox"/> Consultorio Familiare-Incontro Accompagnamento alla Nascita IAN | |

Data di consegna / /



INDICE

Il Diario della Gravidanza	6
Primo trimestre	7
Secondo trimestre	8
Terzo trimestre	9
Vaccinazioni della madre	10
Vaccinazioni del bambino	10
Attestato di gravidanza	11
Incontri di accompagnamento alla nascita	12
Calendario degli incontri di accompagnamento alla nascita	13
Informazioni utili per il percorso nascita	14
Bilancio di salute	15
Scheda della gravidanza	15
Criteri per l'attribuzione del profilo assistenziale appropriato	18
Diario degli esami di laboratorio	20
<i>Screening prenatale</i>	22
<i>Informazioni per il consenso all'esecuzione del test HIV</i>	27 29
<i>Modulo di invio dal servizio territoriale al Punto Nascita</i>	31 33
<i>Scheda accettazione</i>	34 36
<i>Foglio dimissione ospedaliera</i>	37 39
<i>Adesione al programma di assistenza territoriale in puerperio</i>	40 42
Assistenza in puerperio	43
Registro visite	44
Schede informative	45
Esami di laboratorio	45
Ecografie	46
Gravidanza a termine	47
Fisiologia del travaglio e del parto	48
Allattamento	51
Benessere psichico	52
Donazione del cordone ombelicale	52
Alimentazione e igiene	53
Altre informazioni utili	55



IL DIARIO DELLA GRAVIDANZA

Potrai scegliere se intraprendere il percorso di cura tramite il Consultorio (dove è presente una Ostetrica e un Ginecologo) oppure tramite un Ginecologo presso un Ambulatorio pubblico o privato. L'ostetrica, il Medico di Medicina Generale (MMG), i consultori e le altre strutture territoriali costituiscono la **rete di assistenza integrata** alla donna in gravidanza.

Lo stato di salute della donna influenza l'andamento della gravidanza: una donna non portatrice di malattie croniche, che non assume farmaci o droghe, ha elevata probabilità di avere una normale gravidanza, un parto e dopo-parto normali.

La gravidanza con queste caratteristiche viene definita "**gravidanza fisiologica senza fattori di rischio** (a basso rischio)" (circa 85% delle donne).

Alle donne con gravidanza fisiologica (a basso rischio) è offerto il modello assistenziale basato sulla **presa in carico da parte dell'ostetrica**.

Per le gravidanze con problemi di salute della madre e/o del feto è prevista un'assistenza addizionale di un medico-ostetrico che, quando necessario, terrà i contatti con gli altri specialisti. La gravidanza con queste caratteristiche è definita "**gravidanza a rischio**". Il rischio può essere medio, medio-alto o alto.

Il Bilancio di Salute, contenuto nella tua Agenda, è un importante strumento di comunicazione della relazione di cura e cambia a seconda dello stato della gravidanza. In entrambi i casi (gravidanza fisiologica o a rischio), l'operatore sanitario **raccoglie l'anamnesi**, si affida alle evidenze scientifiche, valuta gli elementi clinici, indica alla donna il percorso che la condurrà alla nascita del suo bambino all'interno del **Bilancio di salute**.

Il **primo incontro** con l'operatore sanitario ha durata maggiore rispetto ai successivi e dovrebbe avvenire subito dopo la scoperta della gravidanza, allo scopo di programmare senza difficoltà i controlli clinici opportuni.

Durante il primo colloquio:

- presenterai all'operatore gli eventuali esami già effettuati (gruppo sanguigno, referti con eventuali patologie, la documentazione relativa a precedenti visite ginecologiche, esiti di pap-test;
- l'operatore sanitario raccoglierà le informazioni sulla tua salute, del tuo partner e delle rispettive famiglie, informazioni utili per fare diagnosi di gravidanza a basso rischio o a rischio;
- si valuterà la presenza di eventuali rischi per la gravidanza o per il bambino e la necessità di assistenza addizionale.

Dopo aver valutato lo stato di salute:

- la donna con gravidanza a basso rischio (fisiologica) continuerà il percorso con l'operatore prescelto e da cui verrà presa in carico;
- la donna con gravidanza a rischio (medio, medio-alto ed alto rischio) continuerà il suo percorso presso l'ambulatorio ospedaliero di gravidanza a rischio (GAR).

N.B. In caso di patologie croniche, malattie in corso, assunzione regolare di farmaci o nel caso si vogliano eseguire esami di screening e/o diagnosi prenatali, si rende ancora più necessario essere tempestivi nel fissare la prima visita. Se non hai mai effettuato la determinazione del Gruppo sanguigno, verrà programmata al primo controllo.

Durante le visite successive vengono valutati i dati che permettono di verificare il buon andamento della gravidanza attraverso indagini cliniche.

Potrebbero essere necessarie:

- l'**esplorazione vaginale** in presenza di contrazioni o altri disturbi vaginali;
- il **controllo ecografico** quando l'operatore sanitario sospetta delle anomalie.

La valutazione clinica terrà conto delle sensazioni, percezioni e preoccupazioni della donna, inclusi i movimenti del feto, che inizierai a percepire a partire da 16-20 settimane di gravidanza. Durante gli incontri vengono valutati i risultati degli esami di laboratorio già effettuati e ne vengono prescritti di nuovi secondo le necessità cliniche.

PRIMO TRIMESTRE

Primo appuntamento con l'ostetrica e controllo

Il primo appuntamento con l'ostetrica dovrebbe avvenire entro la 6°-7° settimana per avere il tempo di pianificare nel modo migliore l'assistenza alla gravidanza.

In questo incontro saranno offerte informazioni su:

- assistenza e il sostegno alla donna in gravidanza, sui benefici di legge per maternità e paternità, sugli incontri di accompagnamento alla nascita, sugli stili di vita e su come gestire i sintomi più comuni;
- saranno misurati il peso e la pressione arteriosa;
- sulle diverse possibilità di diagnosi prenatale delle sindromi cromosomiche.

Sono proposti:

- esame delle urine per verificare la funzionalità renale;
- urinocoltura per rilevare una eventuale infezione delle vie urinarie;



- esame del sangue per determinare il gruppo sanguigno e il fattore Rh (se non già eseguito);
- esami per eventuale presenza di anemia o di altre malattie fra cui quelle infettive (toxoplasmosi, rosolia, sifilide, HIV);
- esame urine;
- Pap Test, se non è stato effettuato da almeno tre anni;
- esecuzione della 1^a ecografia da effettuare la 11^a e la 13^a settimana e programmazione dell'ecografia da effettuare nel secondo trimestre per rilevare eventuali anomalie del feto.

*n.b. esiste anche la possibilità di una ulteriore ecografia nelle prime settimane di gravidanza da erogare su indicazione.

SECONDO TRIMESTRE

(da 14 Settimana a 26 settimane)

Negli appuntamenti con l'operatore sanitario saranno commentati i risultati degli esami eseguiti e pianificata l'assistenza offerta durante il trimestre.



Durante gli incontri l'operatore sanitario verificherà:

- il piano di assistenza ed eventualmente propone le modifiche necessarie;
- se il livello di emoglobina è inferiore a 10,5 g/100 ml (eventualmente indica una terapia) e la pressione arteriosa;
- la distanza fondo uterino-sinfi pubica per la verifica dell'accrescimento fetale dalla 24esima settimana;
- l'esame del sangue per rosolia (fino alla 17 sett.) e quello della toxoplasmosi fino al termine (se non si è immuni);
- la necessità di esaminare la curva da carico di glucosio, se si appartiene a un gruppo a rischio per il diabete;
- la necessità dell'ecografia morfologica per la diagnosi di eventuali anomalie del feto, da eseguire fra la 19esima e 21 settimana. Informare la partoriente sugli incontri di accompagnamento alla nascita (IAN").

Nel corso del secondo trimestre è inoltre necessario discutere ed eventualmente **programmare le vaccinazioni contro DTPa** (difterite, tetano, pertosse) e influenza che devono essere ripetute ad ogni gravidanza. *Vedi La sezione Vaccini (pag 10)*

TERZO TRIMESTRE

(dalla 26 Settimana)

Durante questo periodo verranno commentati i risultati degli esami eseguiti e discusse, insieme, le forme di assistenza prescelte per gli ultimi mesi di gravidanza e per il parto.



Durante gli incontri l'operatore sanitario verificherà:

- il piano di assistenza proponendo le eventuali modifiche;
- se il livello di emoglobina è inferiore a 10,5 g/100 ml, indicando eventualmente una terapia;
- il livello della pressione arteriosa;
- la distanza fondo uterino-sinfi pubica per la verifica dell'accrescimento fetale;
- la toxoplasmosi (se non immuni) e altre malattie infettive (epatite B e C, sifilide, HIV);
- il tampone per streptococco;
- la profilassi anti-D alle donne con fattore Rh negativo;
- l'esame delle urine.

Durante questi incontri sarai informata:

- sugli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN) organizzati nei Consultori presenti sul territorio;
- sulle tecniche per aumentare la possibilità che un feto in presentazione podalica si giri (versione cefalica), come la moxibustione o le manovre esterne (a partire dalla 32-33esima settimana).

Dalla 34 esima settimana con l'operatore potrai:

- discutere del parto, del travaglio e delle opportunità a disposizione per affrontare il dolore;
- pianificare i contatti con l'ospedale prescelto per partorire;
- ricevere informazioni necessarie sull'assistenza dalla 40esima settimana e sull'assistenza post-parto (esami necessari dopo la nascita, sull'allattamento al seno e sulla cura del neonato).

Verso la **37^a settimana** il tuo "Bilancio di salute materno-fetale" potrà essere programmato presso il Punto Nascita individuato per il parto.

I medici prescelti, predisporranno la cartella clinica ospedaliera che verrà utilizzata durante il ricovero per la nascita.

Inoltre riceverai informazioni sul programma di monitoraggio del benessere fetale a partire dalla 41esima settimana, qualora il parto non fosse ancora avvenuto.

N.B. L'ecografia del 3^o trimestre è da eseguire solo su indicazione del medico

VACCINAZIONI PER LA MADRE

Di grande rilievo è la **vaccinazione dTpa** da effettuare ad ogni gravidanza, anche se la donna sia già stata vaccinata o sia in regola con i richiami decennali o abbia avuto la pertosse.

Infatti, la pertosse contratta dal neonato nei primi mesi di vita può essere molto grave o mortale e la fonte di infezioni è frequentemente la madre.

Il periodo raccomandato per effettuare la vaccinazione è il terzo trimestre di gravidanza, idealmente intorno alla 28° settimana, al fine di consentire alla gestante la produzione di anticorpi sufficienti e il conseguente passaggio transplacentare. Il vaccino dTpa si è dimostrato sicuro sia per la donna in gravidanza sia per il feto. La vaccinazione anti-influenzale è raccomandata e offerta gratuitamente alle donne che all'inizio della stagione epidemica dell'influenza si trovino nel secondo o terzo trimestre di gravidanza.

VACCINAZIONI PER IL NEONATO

Le vaccinazioni rappresentano uno degli interventi più efficaci e sicuri in Sanità Pubblica per proteggere soggetti sani che, per alcune condizioni epidemiologiche, di salute, occupazionali o comportamentali, possono essere esposti al pericolo di contrarre determinate infezioni.

I programmi di vaccinazione hanno anche lo scopo di ottenere la riduzione e, quando possibile, l'eradicazione di alcune malattie infettive per le quali non esiste una terapia o che possano essere causa di gravi complicazioni.

Nel **Calendario Vaccinale per la Vita** della Regione Puglia sono riportate le vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fascia d'età. Salvo alcune rare eccezioni, il primo appuntamento vaccinale è previsto al terzo mese, tra il 61° e il 90° giorno di vita del neonato.

Di solito, i neo-genitori ricevono una comunicazione dalla ASL di appartenenza con le indicazioni sulle modalità e sul servizio vaccinale cui rivolgersi. Il pediatra curante del piccolo è il riferimento più idoneo con cui confrontarsi per avere delucidazioni e chiarimenti. Ulteriori informazioni sono disponibili sul Portale della Salute della Regione Puglia, nella sezione Prevenzione/Vaccinazioni.



ATTESTATO DI GRAVIDANZA

La signora

nata a

il

residente a

in via

è attualmente in stato di gravidanza

Data dichiarata ultima mestruazione

data presunta del parto

Gravidanza diagnosticata con:

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

Data

Firma e timbro dell'Operatore Sanitario attestante

L'elenco e la descrizione delle prestazioni dell'INPS (Istituto Nazionale Previdenza Sociale) per la maternità si trovano, nella formulazione più aggiornata, sul sito Inps www.inps.it

Sul portale è possibile reperire:

- il numero verde del servizio informativo (**803164**);
- i moduli utili che possono essere scaricati e compilati (domanda di congedo per maternità delle lavoratrici dipendenti, autocertificazione relativa ai periodi di maternità e malattia, domanda di assegno di maternità, etc.).

69



INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA (IAN)

Il Consultorio Familiare organizza gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita.

Gli incontri di accompagnamento alla nascita rappresentano una preziosa opportunità per potenziare la prevenzione primaria in molteplici direzioni:

- favorire una **cultura della nascita in sintonia con i ritmi naturali** del parto e i bisogni affettivi della coppia e del bambino;
- ridurre il ricorso al taglio cesareo;
- promuovere condizioni di protezione rispetto agli incidenti domestici;
- diffondere la pratica dell'allattamento al seno;
- prevenire condizioni di vulnerabilità psico-sociale della coppia o del singolo;
- prevenire i disturbi di coppia;
- migliorare il benessere psico-affettivo del bambino, della neo-mamma e della coppia genitoriale.

Mediante gli IAN è possibile:

- aiutarti a comprendere le emozioni e i cambiamenti psico-fisici che intervengono in gravidanza;
- confrontarsi su aspettative e paure;
- ricevere informazioni sul travaglio, parto e allattamento al seno;
- istruirti all'uso di tecniche di contenimento del dolore;
- sostenerti nelle scelte e nel riconoscere i suoi bisogni;
- sviluppare la tua autostima attraverso l'empowerment.

Negli Incontri di Accompagnamento alla Nascita sarai guidata verso una maggiore consapevolezza del tuo corpo attraverso la sperimentazione di movimenti, posizioni, modi di respirare (tecniche di gestione dello stress, tecniche del contenimento del dolore del parto).

70



INFORMAZIONI UTILI PER IL PERCORSO NASCITA

I Servizi aziendali coinvolti nel percorso di nascita

- Consultorio Ambulatorio territoriale
 Ambulatorio ospedaliero Ambulatorio privato

Indirizzo

Telefono

Fax

Email

Giorni/Orari apertura

- | | | | | | |
|------------------------------------|-------|------|----------------------------------|-------|------|
| <input type="checkbox"/> Lunedì | dalle | alle | <input type="checkbox"/> Giovedì | dalle | alle |
| <input type="checkbox"/> Martedì | dalle | alle | <input type="checkbox"/> Venerdì | dalle | alle |
| <input type="checkbox"/> Mercoledì | dalle | alle | <input type="checkbox"/> Sabato | dalle | alle |

Medico Ginecologo

Ostetrica

Assistente Sociale

Psicologo

Altro Operatore

Punto Nascita

Unita Operativa

Indirizzo

Telefono

Fax

Email

Operatore di collegamento

Modulo di risposta

Nome

Cognome

Telefono

Giorni/Orari apertura

- | | | | | | |
|------------------------------------|-------|------|----------------------------------|-------|------|
| <input type="checkbox"/> Lunedì | dalle | alle | <input type="checkbox"/> Giovedì | dalle | alle |
| <input type="checkbox"/> Martedì | dalle | alle | <input type="checkbox"/> Venerdì | dalle | alle |
| <input type="checkbox"/> Mercoledì | dalle | alle | <input type="checkbox"/> Sabato | dalle | alle |

Al primo incontro è utile chiedere indicazioni precise su cosa fare in caso di bisogno, dove e a chi rivolgersi in caso di emergenza.



BILANCIO DI SALUTE

SCHEMA DELLA ANAMNESI

Nome e Cognome

Indirizzo

Telefono

Data di nascita

Nata a

Anni

Stato civile

Cittadinanza

Professione

Titolo di studio

Codice Fiscale

Se straniera:

Anno di ingresso in Italia

Necessita di mediazione si no

Conoscenza dei diritti in gravidanza si no

Coniuge – partner

Nome e Cognome

Gruppo sanguigno

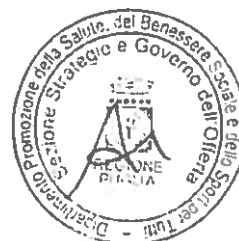
Fattore RH

età

Professione

Titolo di studio

Rilievi anamnestici (familiarità per malattie genetiche, etc.)



12.11

Coabita con:

Partner si no

Altri adulti si no

Minori si no

In carico ai servizi sociali si no

Note

12.12

Malattie generiche si no

Iperensione si no

Diabete si no

Trombofilia si no

Tireopatie - Endocrinopatie si no

Altro

12.13

Peso Altezza BMI

Alimentazione

Patologie di rilievo

Interventi chirurgici

Malattie genetiche

Emoglobinopatie

Allergie

Terapie in corso

N. sigarette/die (prima della gravidanza)

N. sigarette/die (durante la gravidanza)

Alcool si no

Sostanze stupefacenti si no



Margherita ...

Ultima mestruazione

Data presunta del parto

Risultato di ...

...

Cicli regolari si no Ultimo PAP TEST

Patologie ginecologiche

Chirurgia collo dell'utero

Chirurgia utero-annessi

...

Anno	Parto eutocico	Parto distocico	T.C.	Aborti	IVG	Peso	Figli viventi	Parto in analgesia	Allattamento
------	----------------	-----------------	------	--------	-----	------	---------------	--------------------	--------------

Note

75



Data / /

Altri fattori di rischio della gravidanza attuale

- 32 Diabete gestazionale
- 33 Preeclampsia/eclampsia/HHELLP
- 34 Precedente EPP/Trasfusioni rischio rifiuto trasfusionale
- 35 Colestasi gravidica/Atrofia giallo acuta del fegato**
- 36 Taglia cesareo pregresso
- 37 Pregressa chirurgia addomino pelvica
- 38 Metrorragie (I-2-3 Trimestre)
- 39 Placenta previa*
- 40 Rischio placentazione (previa con pregresso TC/ accreta/pariacreta/increta)***
- 41 Altra patologia
- 42 Rischio fetale individuato dai test di screening
- 43 Morte fetale o perinatale aborto tardivo/parto pretermine (>23 e <34 w)**
- 44 Pregresso nato con basso peso alla nascita (lbw) e ricoverato in TIN*
- 45 Diagnosi prenatale invasiva con biaggio*
- 46 Rilevi ecografici anomali (strutturali/fetali/anomali e genetici)**
- 47 Gravidanza gemellari monozigoti o di mono-bi-antitocione**
- 48 Anemia o megaloeritropatia (1° e 3° TRM, HP < 110, 2° Trim. HB < 10, 5)
- 49 Livello alto di acido lattico (lactato) a 35settimane. Manifestazioni fetali
- 50 Presentazione anomala alla 32esima settimana
- 51 Oligo Polioramias Anframmios

Rischio fetale

nome e cognome paziente

nome e cognome medic*

nome e cognome ostetric*

Rischio: basso medio medio/alto alto

Condizioni cliniche che giustificano l'assegnazione alla classe di rischio:

Livello assistenziale assegnato: ambulatorio generale di gravidanza/consultorio
 GAR I Livello Gar II livello Punto nascita I Livello Punto nascita II livello
 Altro

Firma del Medic*

Firma dell'ostetric*



DIARIO DEGLI ESAMI DI LABORATORIO

di Dr. ...

Esami eseguiti

In
previsione
a inizio
gravidenza

Settimane di gravidanza

≤ 13

14-18

19-23

Gruppo ABO

Fattore Rh

Coombs indiretto

HIV

Rubeo test

Toxotest

GOT/GPT

VDRL/TPHA

HBs Ag

Emocromo

Screening reg. Emoglobinopatie

Ferritinemia

Glicemia

OGTT (se pregresso diabete gestazionale 16-18 W e succ. 28W, se presenti fattori di rischio tra 24 e 27 W)

Diabete
Gest.le.
Preg.so

HCV

Esame urine

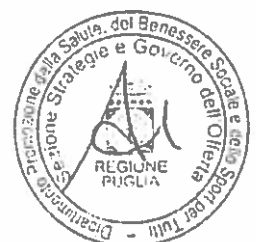
Urinocoltura

Citologico vaginale (se > 3 anni)

Tampone vaginale e rettale per ricerca streptococco Beta emolitico (34-36 sett.)

Esami del padre eseguiti prima o ad inizio di Gruppo sanguigno ABO
RH HIV TPHA/VDRL Screening reg. Emoglobinopatie

- settimane in cui si raccomanda l'esecuzione dell'esame
 settimane in cui si raccomanda l'esecuzione nelle condizioni esplicitate nelle note



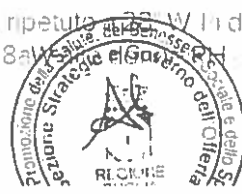
78

In questa tabella è utile per indicare le date in cui vengono eseguiti gli esami di laboratorio previsti dal Servizio Sanitario Nazionale.

Settimane di gravidanza				Segnalazioni e note
24-27	28-32	33-37	38-41	
				In donne "RH -" ripetere ogni mese
		Se rischio anamnesi		Se negativo ripetere ogni mese fino a 17w Se negativo ripetere ogni mese
				Se MCH < 27 Elettroforesi Emoglobina

* il test di Coombs va eseguito a tutte le gravide ad inizio di gravidanza e ripetuto a 28-32 W. In donne Rh negative va ripetuto ogni mese. Le LG consigliano l'immunoprofilassi anti D alla 28^a settimana di gravidanza in donne Rh negative

79



VERBALE PRENATALE

I test di screening prenatale servono ad evidenziare il rischio di alcune trisomie (21, 13, 18). Se da questi test emerge un rischio aumentato, si renderanno necessarie indagini diagnostiche specifiche invasive, che possano essere in grado di esprimersi con certezza.

I test disponibili sono:

- il **test combinato** 11-13 sett. + 6 gg (ecografia + prelievo ematico)
- il **cfDNA (o NIPT) test del DNA fetale circolante (*)**

Eseguiti presso

Test Combinato

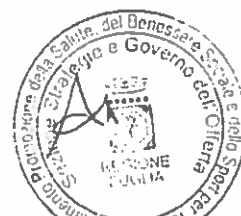
Data

Esito

Valutazione:

Firma

NB. I test di screening non sono invasivi e quindi non comportano alcun rischio né per la donna né per il bambino.



Eseguiti presso

Amniocentesi

Data

Esito

Villocentesi

Data

Esito

Valutazione:

Firma

* si suggerisce che, nel caso in cui la gestante si sottoponga al test del DNA fetale circolante, attualmente non erogabile con oneri a carico del SSN, salvo diverse disposizioni in materia, quest'esame venga eseguito dopo il test combinato (con esito: rischio intermedio). Le informazioni sullo screening e sulla diagnostica prenatale sono discusse durante il primo incontro

31



CONSENSO INFORMATO SCREENING PRENATALE

La seguente dichiarazione è la "dichiarazione di consenso informato". Deve essere compilata e firmata in duplice copia: una resterà allegata all'Agenda, l'altra è legata all'impegnativa per l'esame e sarà conservata dal laboratorio. Firmando il documento "Manifestazione di volontà della donna relativamente allo screening per anomalie cromosomiche", la donna autorizza la esecuzione degli esami di screening e degli accertamenti diagnostici.

Manifestazione di volontà della donna sullo screening per anomalie cromosomiche

Sono consapevole che la decisione di sottopormi ad un test di screening è una mia scelta e non costituisce un obbligo o un esame routinario. Sono stata informata riguardo le possibilità e i limiti dei test di screening e delle tecniche di diagnosi prenatale per la sindrome di Down (anche conosciuta come trisomia 21) e per le trisomie 18 e 13. Ho compreso che per le trisomie 21, 13 e 18 non esiste una terapia. Sono stata inoltre informata che, qualora le precedenti anomalie vengano riscontrate prima che il feto abbia possibilità di vita autonoma, una mia eventuale richiesta di interruzione di gravidanza verrà valutata dal medico del Servizio al quale mi rivolgerò, che verificherà se esistono le condizioni per accettarla, nel rispetto delle norme previste dalla Legge 194/1978. Ho compreso che la diagnosi delle anomalie cromosomiche può attualmente essere effettuata solo mediante tecniche invasive, quali prelievo di liquido amniotico (amniocentesi) o di tessuto placentare (biopsia dei villi coriali), a seguito di ciascuna delle quali può verificarsi l'aborto in circa l'1% dei casi. Mi è stato spiegato che esistono test di screening che consentono di identificare il rischio, cioè la probabilità che il feto sia affetto da sindrome di Down, al di là del dato relativo all'età materna. In particolare mi sono state date informazioni relative ai seguenti test di screening più adeguato attualmente erogabile con oneri a carico del SSN.

Test combinato **11-13 sett. + 6 gg (ecografia + prelievo ematico)**

Ho compreso che se il test di screening è "positivo" (cioè presenta un rischio elevato di trisomie 21, 13 o 18), si può procedere alla diagnosi mediante amniocentesi o prelievo dei villi coriali; se il test è "negativo" (basso rischio) non vengono suggerite ulteriori indagini, anche se ciò non dà "certezza" che il feto sia sano.

Ho discusso con l'ostetrica/medico dr. _____
in merito alla capacità del test di screening di individuare correttamente i feti realmente affetti e la possibilità di risultati falsi positivi e falsi negativi.

Firma del sanitario

Ritengo queste informazioni sufficienti e complete e dichiaro di aver pienamente compreso le informazioni che mi sono state date. Avendo chiaro quanto sopra esposto decido di:

non sottopormi al test di screening Firma

sottopormi al test di screening Firma

Data

INDAGINI DIAGNOSTICHE PRENATALE

Test COMBINATO Si No

Villi coriali Si No

Amniocentesi Si No



CONSENSO INFORMATO SCREENING PRENATALE

La seguente dichiarazione e la "dichiarazione di consenso informato". Deve essere compilata e firmata in duplice copia; una resterà allegata all'Agenda, l'altra è legata all'impegnativa per l'esame e sarà conservata dal laboratorio. Firmando il documento "Manifestazione di volontà della donna relativamente allo screening per anomalie cromosomiche", la donna autorizza la esecuzione degli esami di screening e degli accertamenti diagnostici.

Manifestazione di volontà della donna sullo screening per anomalie cromosomiche

Sono consapevole che la decisione di sottopormi ad un test di screening è una mia scelta e non costituisce un obbligo o un esame routinario. Sono stata informata riguardo le possibilità e i limiti dei test di screening e delle tecniche di diagnosi prenatale per la sindrome di Down (anche conosciuta come trisomia 21) e per le trisomie 18 e 13. Ho compreso che per le trisomie 21, 13 e 18 non esiste una terapia. Sono stata inoltre informata che, qualora le precedenti anomalie vengano riscontrate prima che il feto abbia possibilità di vita autonoma, una mia eventuale richiesta di interruzione di gravidanza verrà valutata dal medico del Servizio al quale mi rivolgerò, che verificherà se esistono le condizioni per accettarla, nel rispetto delle norme previste dalla Legge 194/1978. Ho compreso che la diagnosi delle anomalie cromosomiche può attualmente essere effettuata solo mediante tecniche invasive, quali prelievo di liquido amniotico (amniocentesi) o di tessuto placentare (biopsia dei villi coriali), a seguito di ciascuna delle quali può verificarsi l'aborto in circa l'1% dei casi. Mi è stato spiegato che esistono test di screening che consentono di identificare il rischio, cioè la probabilità che il feto sia affetto da sindrome di Down, al di là del dato relativo all'età materna. In particolare mi sono state date informazioni relative ai seguenti test di screening più adeguato attualmente erogabile con oneri a carico del SSN:

Test combinato 11-13 sett. + 6 gg (ecografia + prelievo ematico)

Ho compreso che se il test di screening è "positivo" (cioè presenta un rischio elevato di trisomie 21, 13 o 18), si può procedere alla diagnosi mediante amniocentesi o prelievo dei villi coriali; se il test è "negativo" (basso rischio) non vengono suggerite ulteriori indagini, anche se ciò non dà "certezza" che il feto sia sano.

Ho discusso con l'ostetrica/medico dr. _____
in merito alla capacità del test di screening di individuare correttamente i feti realmente affetti e la possibilità di risultati falsi positivi e falsi negativi.

Firma del sanitario _____

Ritengo queste informazioni sufficienti e complete e dichiaro di aver pienamente compreso le informazioni che mi sono state date. Avendo chiaro quanto sopra esposto decido di:

non sottopormi al test di screening Firma _____

sottopormi al test di screening Firma _____

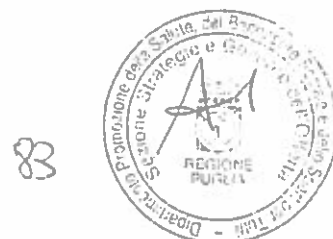
Data _____

INDAGINI DIAGNOSTICHE PRENATALE

Test COMBINATO Si No

Villi coriali Si No

Amniocentesi Si No



Acciaia per la struttura



86

L'HIV (Human Immunodeficiency Virus) è il virus che causa l'AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), una malattia infettiva che attacca e compromette gravemente le difese del nostro organismo mettendo a rischio la vita, se non curata. Una persona che contrae l'HIV diventa sieropositiva e può trasmettere l'infezione ad altre persone. **Tutti lo possiamo contrarre.**

L'HIV si trasmette prevalentemente attraverso i rapporti sessuali non protetti (senza preservativo) con persone con HIV, tramite sangue (ad esempio attraverso aghi adoperati da persone con HIV), oppure da madre con HIV a figlio durante la gravidanza, al momento del parto o attraverso l'allattamento.

Effettuare il test HIV è particolarmente importante per le donne in gravidanza.

Esistono terapie specifiche per ridurre fortemente la trasmissione dell'HIV dalla mamma al figlio.

L'unico modo per sapere se si è contratto l'HIV è fare un'analisi che prevede uno o più prelievi successivi di campioni di sangue. I tempi per l'esecuzione del test e per il ritiro dei risultati sono variabili per ragioni di tipo tecnico e indipendentemente dall'esito dell'analisi.

Gli operatori sanitari della struttura dove viene effettuato il test HIV sono a disposizione per fornire spiegazioni relative ai risultati dell'indagine diagnostica.

Se il risultato del test HIV è:

- **NEGATIVO/NON REATTIVO** significa che non ci si è infettati.
- **POSITIVO/REATTIVO**, occorre rivolgersi quanto prima a un Centro di Malattie Infettive per ricevere le cure necessarie a controllare l'infezione.

Si può imparare a proteggersi dall'infezione chiedendo informazioni al proprio medico o telefonando al Servizio (anonimo e gratuito) "**Telefono Verde AIDS**" dell'Istituto Superiore di Sanità – **800 861061**, dal lunedì al venerdì, dalle ore 13,00 alle ore 18,00.

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Nel momento in cui si effettua l'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV, ai sensi e per gli effetti del d. lgs. n. 196/2003, previa informativa, i dati vengono raccolti ai soli fini del consenso informato. Essi sono soggetti al segreto professionale e non saranno comunicati ad alcuno, ma conservati esclusivamente all'interno della struttura presso cui si è effettuato il test.

Consenso all'esecuzione del test hiv

Io sottoscritto/a (cognome e nome)

nato/a

il / /

in proprio - nella qualità di

Dichiaro

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario attraverso:

- l'informativa fornita;
- il colloquio con un operatore sanitario.

Liberamente, spontaneamente e consapevolmente, esprimo il consenso all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV.

Data

/ /

Firma leggibile

Firma dell'Operatore

Privacy e gratuità

Il test HIV è gratuito e si può chiedere di eseguirlo in anonimato, in ogni caso è garantita la massima tutela della privacy ed il segreto professionale, anche per le persone straniere prive del permesso di soggiorno. La comunicazione del risultato del test HIV può essere data esclusivamente alla persona che si è sottoposta al prelievo (Legge 135 del 5 giugno 1990). La legge vigente protegge da discriminazioni derivanti dal risultare positivo all'HIV e assicura a tutte le persone, italiane e straniere, le eventuali terapie necessarie.



ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Nel momento in cui si effettua l'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV, ai sensi e per gli effetti del d. lgs. n. 196/2003, previa informativa, i dati vengono raccolti ai soli fini del consenso informato. Essi sono soggetti al segreto professionale e non saranno comunicati ad alcuno, ma conservati esclusivamente all'interno della struttura presso cui si è effettuato il test.

Consenso all'esecuzione del test hiv

Io sottoscritto/a (cognome e nome)

nato/a

il / /

in proprio - nella qualità di

Dichiaro

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario attraverso:

- l'informativa fornita;
- il colloquio con un operatore sanitario.

Liberamente, spontaneamente e consapevolmente, esprimo il consenso all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV.

Data

/ /

Firma leggibile

Firma dell'Operatore

Privacy e gratuità

Il test HIV è gratuito e si può chiedere di eseguirlo in anonimato, in ogni caso è garantita la massima tutela della privacy ed il segreto professionale, anche per le persone straniere prive del permesso di soggiorno. La comunicazione del risultato del test HIV può essere data esclusivamente alla persona che si è sottoposta al prelievo (Legge 135 del 5 giugno 1990). La legge vigente protegge da discriminazioni derivanti dal risultare positivo all'HIV e assicura a tutte le persone, italiane e straniere, le eventuali terapie necessarie.

87



REGIONE PUGLIA

28



MODULO DI INVIO DAL SERVIZIO TERRITORIALE AL PUNTO NASCITA

Data / /

Servizio di invio

Telefono

Medico ginecologo

Ostetrica

Cognome Nome

data nascita

età

U.M. / /

E.P.P. / /

E.P. ecografica / /

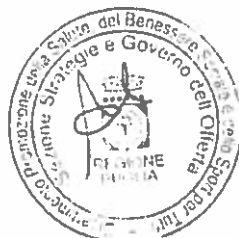
W

Priorità

Elementi di attenzione dall'anamnesi

Elementi di attenzione dall'evoluzione della gravidanza

89



copie per la struttura

90



MODULO DI INVIO DAL SERVIZIO TERRITORIALE AL PUNTO NASCITA

Data / /

Servizio di invio

Telefono

Medico ginecologo

Ostetrica

Cognome Nome

data nascita

età

U.M. / /

E.P.P. / /

W

E.P. ecografica / /

Priorità

Elementi di attenzione dall'anamnesi

Elementi di attenzione dall'evoluzione della gravidanza

91



origie per la struttura



FOGLIO DIMISSIONE OSPEDALIERA (A CURA DEL PUNTO NASCITA)

Data / /

Madre: Cognome Nome

data nascita

età

Neonato: Cognome Nome

data nascita

sexo

PARTO

Data / / ora W

Profilassi antibiotica

Travaglio: spontaneo Indotto con

Rottura del sacco amniotico: spontaneo artificiale

Modalità parto: Eutocico Distocico
 TC

Secondamento: Spontaneo Manuale

Profilassi anti D

NEONATO

APGAR Peso

Rianimazione: No Si, con

Taglio del funicolo: Si, immediato Si, ritardato

Contatto pelle a pelle: Si No

Allattamento: Precoce Ritardato

Profilassi: Oculare Antiemor. Altro

ESAME CLINICO DELLA PUERPERA (alla dimissione) Data / /

Utero

Perineo sutura: Si No Emorroidi: Si No

Cicatrice laparotomia: Si No Minzione: Regolare Irregolare

Alvo: Regolare Irregolare

Fondo Cervice

ALLATTAMENTO ALLA DIMISSIONE

Nella struttura presenza di Rooming in: Si No

Materno esclusivo Complementare Artificiale

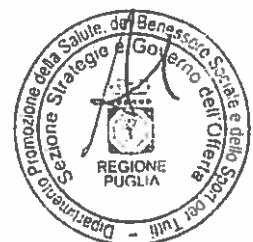
Controindicazioni all'allattamento naturale



95

copiati per la struttura

96



FOGLIO DIMISSIONE OSPEDALIERA (A CURA DEL PUNTO NASCITA)

Data / /

Madre: Cognome Nome

data nascita

eta

Neonato: Cognome Nome

data nascita

sesto

PARTO

Data / / ora W

Profilassi antibiotica

Travaglio: spontaneo Indotto con

Rottura del sacco amniotico: spontaneo artificiale

Modalita parto: Eutocico Distocico

TC

Secondamento: Spontaneo Manuale

Profilassi anti D

NEONATO

APGAR Peso

Rianimazione: No Si, con

Taglio del funicolo: Si, immediato Si, ritardato

Contatto pelle a pelle: Si No

Allattamento: Precoce Ritardato

Profilassi: Oculare Antiemor. Altro

ESAME CLINICO DELLA PUERPERA (alla dimissione)

Data / /

Utero

Perineo sutura: Si No

Emorroidi: Si No

Cicatrice laparotomia: Si No

Minzione: Regolare Irregolare

Alvo: Regolare Irregolare

Fondo

Cervice

ALLATTAMENTO ALLA DIMISSIONE

Nella struttura presenza di Rooming in: Si No

Materno esclusivo Complementare Artificiale

Controindicazioni all'allattamento naturale



ADESIONE AL PROGRAMMA DI ASSISTENZA TERRITORIALE IN PUERPERIO (A CURA DEL PUNTO NASCITA)

Io sottoscritto/a (cognome e nome)

nato/a

il / /

informata sull'offerta di assistenza territoriale in puerperio da parte dei Consultori di questa ASL, che prevede una visita di controllo da parte degli operatori consultoriali entro sette giorni dalla dimissione ospedaliera, dichiaro di:

NON ADERIRE

ADERIRE al programma specificando eventualmente la sua preferenza per:

assistenza domiciliare

assistenza ambulatoriale

Data

/ /

Firma

La sottoscritta autorizza altresì il personale del Punto Nascita a segnalare i propri recapiti telefonici al Consultorio di
per essere inserita nel programma di assistenza territoriale in puerperio.

Data

/ /

Firma

L'operatore del punto nascita

Firma

Segnalazione al consultorio di riferimento per presa in carico

No Sì

Segnalazione al pediatra di base per presa in carico

No Sì



ADESIONE AL PROGRAMMA DI ASSISTENZA TERRITORIALE IN PUERPERIO (A CURA DEL PUNTO NASCITA)

Io sottoscritto/a (cognome e nome)

nato/a

il / /

informata sull'offerta di assistenza territoriale in puerperio da parte dei Consultori di questa ASL, che prevede una visita di controllo da parte degli operatori consultoriali entro sette giorni dalla dimissione ospedaliera, dichiara di

NON ADERIRE

ADERIRE al programma specificando eventualmente la sua preferenza per:

assistenza domiciliare

assistenza ambulatoriale

Data

/ /

Firma

La sottoscritta autorizza altresì il personale del Punto Nascita a segnalare i propri recapiti telefonici al Consultorio di

per essere inserita nel programma di assistenza territoriale in puerperio.

Data

/ /

Firma

L'operatore del punto nascita

Firma

Segnalazione al consultorio di riferimento per presa in carico

No Sì

Segnalazione al pediatra di base per presa in carico

No Sì



07/02/2018



100

ASSISTENZA AL PUPILLO
101

PUERPERA

Visita domiciliare Visita ambulatoriale

I settimana

data / /

Genitali

Cicatrici

Alvo

Utero

Lochiazioni

Mammella

Minzione

Note

NEONATO

Visita domiciliare Visita ambulatoriale

Giorni/settimane dal parto

data / /

Calo ponderale

Ritmi del bambino (sonno, pianto, evacuazione)

Ittero

Allattamento esclusivo

Allattamento misto

Allattamento artificiale

Preso in carico dal PLS

Note



REGISTRO VISITE

visita/controllo	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°
Eta gestazionale								
Pa.								
Peso								
Edemi								
Albumina								
Glucosio								
Sedimento								
Urinocoltura								
WBE								
RCB								
HGB								
HTC								
MCV								
MCH								
PLT								
Glicemia								
Test Coombs Indiretto								
Toxoplasmosi Ab								
Rosolia Ab								
LUE (VDRL-TPHA)								
HCV Ab								
Epatite B (HBs Ag)								
HIV Ab								
Tampone vagino-rettale								
Streptococco B Emolitico								
Screening Chlamidia								
OGTT								
BCF								
Movimenti fetali								
Presentazione								
Esplorazione vaginale								
Presentazione								
Problemi clinici emergenti								

Firma del professionista che ha in carico la Paziente

102



SCHEDE INFORMATIVE

ESAMI DI LABORATORIO

Gli esami di laboratorio servono a verificare la presenza di eventuali patologie che potrebbero avere effetti negativi sulla salute della mamma e del neonato. Diamo di seguito una sommaria descrizione degli esami previsti dal PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) per la gravidanza fisiologica.

Gli esami che, secondo il calendario ministeriale, sono necessari per valutare il benessere di mamma e bambino, sono esenti da ticket.

1. **EMOCROMO:** rileva la quantità di globuli rossi, bianchi, emoglobina, piastrine presenti nel sangue. I valori di riferimento sono diversi in gravidanza. L'esame va eseguito entro le 13 settimane e ripetuto tra 28-32 e tra 33-37 settimane.
2. **GLICEMIA:** rileva la quantità di zucchero presente nel sangue. I valori di riferimento sono gli stessi, anche in gravidanza. Serve per valutare l'equilibrio dell'assorbimento degli zuccheri. Va eseguito entro le 13 settimane e va ripetuto tra 24-27 settimane in situazioni di rischio (OGTT).
3. **IG ANTITREPONEMA:** Verifica l'assenza della sifilide, malattia che ha inizialmente un decorso senza sintomi. La sifilide, che si può contrarre attraverso rapporti sessuali con persone malate, se non viene curata, comporta gravi danni fetali, fino alla morte del feto. La cura è a base di antibiotici che è possibile assumere anche in gravidanza.
4. **TOXOTEST:** ricerca gli anticorpi contro il toxoplasma, in assenza dei quali c'è rischio di infezione; pertanto l'esame va ripetuto. La toxoplasmosi contratta in gravidanza può essere causa di lesioni fetali. La cura varia in base all'età gestazionale.
5. **RUBEO TEST:** ricerca gli anticorpi contro la rosolia. Se la donna non ha mai contratto la rosolia, il rubeo test è negativo. In questo caso occorrerà evitare ogni contatto con persone malate e sottoporsi alla vaccinazione dopo il parto.
6. **ANTICORPI ANTI HIV:** ricerca la presenza o assenza di anticorpi contro il virus dell'AIDS. Si tratta di un esame della massima importanza. In caso di sieropositività è possibile intraprendere un percorso assistenziale specifico che limita le possibilità di contagio al figlio. Questo esame è tutelato dal consenso informato.
7. **ESAME URINE:** rileva le sostanze presenti nelle urine e l'eventuale presenza di batteri. L'esame delle urine deve essere effettuato con frequenza mensile.
8. **UROCULTURA:** verifica se la quantità di batteri eventualmente presenti nelle urine è segno di infezione delle vie urinarie.
9. **HCVAB:** ricerca la presenza di epatite C e ne valuta la contagiosità.
10. **HBSAG:** ricerca la presenza di epatite B. L'epatite B può essere trasmessa al neonato. Si esegue nel 3° trimestre. In caso di positività, al neonato verranno somministrate

gammaglobuline ed anticipata la prima vaccinazione alla nascita, invece che al terzo mese di vita.

11. **RICERCA DELLO STREPTOCOCCO BETA EMOLITICO GRUPPO B:** ricerca la presenza del batterio nel tampone vaginale e rettale. Si esegue a 36 – 37 settimane. Se l'esito è positivo, sarà necessario sottoporre la mamma ad una terapia antibiotica ed effettuare controlli sul neonato.
12. **ELETTROFORESI DELL'EMOGLOBINA:** è utilizzato per la prevenzione della Talassemia e di altre forme di emoglobinopatie. Deve essere richiesta se all'Emocromo l'MCH è < a 27.

Possono verificarsi circostanze che richiedano assistenza addizionale e, quindi, l'esecuzione di ulteriori e più specifiche indagini. Questi esami saranno richiesti dal ginecologo e sono esenti ticket, se sull'impegnativa è indicata la patologia ed il relativo codice di esenzione. Tutti gli altri esami eventualmente richiesti sono a carico dell'utente.

ECOGRAFIE

Con l'approvazione dei nuovi Lea, Livelli essenziali di assistenza, le ecografie previste dal Ministero della Salute durante i 9 mesi sono due, eppure un'indagine ISTAT dice che in media ogni donna ne esegue sei per gravidanza.

Ma serve davvero questo "supplemento"?

Intorno alle ecografie in gravidanza si crea un'aspettativa che spesso supera le reali potenzialità di questo strumento. Ci si aspetta che possa dirci "tutto" sul nostro piccolo e che più ne facciamo più sono le informazioni e le rassicurazioni che possiamo trarne. In realtà, in una gravidanza che procede in modo fisiologico le due indagini consigliate a livello ministeriale sono più che sufficienti, a meno che non insorgano fattori di rischio che richiedano esami più approfonditi ed ecografie di II livello.

Vediamo allora quali sono le caratteristiche delle due ecografie di routine, quali le informazioni che ci forniscono e le differenze rispetto a quelle "speciali". Le due ecografie in gravidanza previste dal Ministero della Salute sono completamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, purché vengano effettuate nelle settimane previste. Le altre possono essere eseguite gratuitamente solo su specifica richiesta del ginecologo, che dovrà attestare la condizione di rischio della gravidanza.

LE ECOGRAFIE DEL PRIMO TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

È forse quella più emozionante per la futura mamma, poiché le dà finalmente la certezza visiva di portare in grembo un bebe. È un esame molto importante poiché consente di confermare il corretto annidamento dell'ovulo fecondato nell'utero e di datare con maggiore precisione la gestazione. Un'informazione utile per calcolare, con un margine di errore di 3-4 giorni al massimo, la data presunta del parto (la "DPP" indicata nel referto). Si effettua tra la 11^a settimana e la 13^a settimana, e si può abbinare anche la valutazione della translucenza nucale che però deve essere eseguita solamente da ginecologi accreditati. Si tratta della misurazione della falda liquida che si accumula dietro la nuca del feto in quel periodo gestazionale e che, unita all'esame di un campione ematico, fornisce una stima del rischio

che il bambino sia affetto da alcune patologie, come le trisomie 21, 13 e 18. Si esegue per via addominale, cioè semplicemente appoggiando la sonda sulla pancia, come accade per le ecografie in gravidanza del secondo e del terzo trimestre.

Se necessario, si può eseguire prima della 11^a settimana, per motivi clinici o per una datazione dubbia, e in questo caso può essere necessario eseguirla per via transvaginale. Inoltre si può vedere se la gravidanza è singola o multipla e, nella seconda ipotesi, se i gemelli "abitano" nella stessa camera gestazionale e se hanno placente separate (corionicità), in modo da stabilire i controlli più appropriati.

L'ECOGRAFIA DEL 2° TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

In base alle nuove linee guida deve essere effettuata tra la 19^a e la 21^a settimana di gestazione. Viene comunemente denominata morfologica poiché valuta l'anatomia dei vari organi del feto, al fine di individuare eventuali anomalie.

Tale ecografia va eseguita in questa epoca gestazionale perché il feto è abbastanza grande per poter analizzare alcune caratteristiche anatomiche che, col passare delle settimane, sarebbero più difficili da visualizzare a causa della fisiologica crescita fetale. Essendo un'indagine più complessa rispetto alla prima, richiede anche più tempo: 20-30 minuti rispetto ai 10-15 della precedente. Sul monitor, la futura mamma non riesce più a vedere il suo bambino per intero, ma solo per segmenti: la testolina, il braccio, la colonna vertebrale.

L'ECOGRAFIA DEL 3° TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

Si esegue fra la 30^a e la 32^a settimana, ma con l'approvazione dei nuovi Lea, i Livelli essenziali di assistenza, viene offerta gratuitamente solo in presenza di un rischio di patologia materna o fetale. Questa ecografia serve per ricercare eventuali anomalie anatomiche che si possono manifestare tardivamente, verificare alcuni parametri per monitorare la crescita del bambino, controllare la quantità di liquido amniotico e la posizione della placenta, visualizzare la posizione fetale.

I nuovi Lea prevedono? (Verificare) invece, un'ecografia gratuita alla 41^a settimana, per verificare la quantità di liquido amniotico presente nell'imminenza del parto.

GRAVIDANZA - TERMINI

A37 - IL SECONDO

Il bilancio di salute materno-fetale va effettuato presso il **Punto Nascita** scelto per il parto, o individuato come adatto per la situazione clinica.

Durante il primo incontro presso l'Ambulatorio per la Gravidanza a termine del Punto Nascita, vengono valutati:

- l'anamnesi
- lo stato di salute attuale
- l'esito degli esami ematochimici eseguiti in gravidanza
- le modalità previste per il parto.

105



In quest'occasione è molto importante discutere e chiarire ogni dubbio della donna sul parto, quali sono le sue aspettative e/o i suoi bisogni, e verificare se il Punto Nascita è in grado di dare risposte adeguate a richieste specifiche (es. situazioni cliniche particolari, orientamento per modalità del parto particolari, come l'immersione in acqua o l'analgesia peridurale, la donazione del sangue del cordone ombelicale, etc.).

In questo primo incontro viene anche illustrato alla donna il piano di assistenza personalizzato per le successive settimane di gravidanza e chiarite le regole del reparto quali la possibilità di essere accompagnate da un parente, orari di ricevimento, tempi di degenza per il parto.

DA 37^a A 42^a SETTIMANA

Si considerano a termine le gravidanze tra 37 e 42 settimane. Il giorno della nascita non è prevedibile ma la maggioranza dei bambini nasce intorno alla 40^a settimana. In quest'ultimo periodo il bambino perfeziona la maturazione di alcune funzioni, acquisisce peso e si posiziona per il parto. La mamma, a partire dalla 38^a settimana in genere respira meglio perché "l'addome si abbassa" ed incomincia a percepire le contrazioni che preparano al travaglio. Se appaiono segnali come gonfiori (edemi) alle gambe, ai polsi, al viso, o perdite di sangue o di liquido amniotico, dolori addominali, disturbi della vista o altre sensazioni percepite come fastidiose, o se non si percepiscono i movimenti abituali del feto, è importante andare al più presto al Punto Nascita per escludere condizioni di rischio materno e/o fetale.

Nelle gravidanze oltre le 41 settimane, o in quelle in cui si manifestano specifiche indicazioni cliniche, si rende necessario il monitoraggio della gravidanza con più frequenza.

Cosa preparare per l'ospedale

- L'Agenda di Gravidanza
- Documento d'identità e tessera sanitaria
- Tessera TEAM per le donne straniere provenienti da paesi dell' UE
- Codice STP (stranieri temporaneamente presenti) per le donne appartenenti a paesi extra comunitari e senza permesso di soggiorno
- Codice ENI per le donne di paesi comunitari e senza permesso di soggiorno
- Effetti personali della mamma e del bambino consigliati dal Punto Nascita.

Quando andare in ospedale

- Quando le contrazioni sono regolari per intensità, frequenza e durata da almeno un paio di ore
- Quando avviene la rottura delle membrane amniotiche con fuoriuscita di liquido (perdita o rottura delle "acque")
- Quando le perdite di sangue sono maggiori di qualche goccia
- In tutti i casi in cui si hanno dubbi

FISIOLOGIA DEL TRAVAGLIO E DEL PARTO

La natura ha programmato il parto in ogni dettaglio: normalmente è il feto a dare l'inizio, mettendosi in posizione favorevole alla nascita e stimolando l'inizio delle contrazioni uterine



Sintomi prima del travaglio

Già nelle ultime settimane di gravidanza si possono manifestare dei sintomi che precedono il travaglio vero e proprio, cioè:

- contrazioni (compressione e indurimento dell'addome con sensazione di dolore alla schiena) saltuarie e irregolari, che possono anche sparire in breve tempo;
- perdita di muco mista a tracce di sangue (perdita del tappo mucoso);
- nausea e/o vomito.

Travaglio e parto

Nelle ore che precedono il travaglio (da poche ore a più di 24 ore), possono manifestarsi i seguenti sintomi:

Contrazioni

- diventano regolari per intensità, durata e frequenza;
- a differenza delle contrazioni precedenti il travaglio, queste contrazioni non si attenuano, anzi aumentano nel tempo;
- Piccole perdite di sangue legate alla preparazione del collo dell'utero;
- la perdita in genere è di poche gocce, rosso vivo.

Perdita di liquido amniotico

È dovuta alla rottura del sacco amniotico che avvolge il bambino. Il liquido amniotico di solito è incolore e inodore. La perdita è solitamente improvvisa ed abbondante.

Diarrea

È dovuta agli ormoni che preparano il collo dell'utero ed è utile per liberare l'intestino e preparare il corpo al parto.

FASI DEL TRAVAGLIO

Fase prodromica consiste nella "trasformazione del collo dell'utero", che si ammorbidisce, si assottiglia e si accorcia sino a diventare completamente piatto. La durata di questa fase può essere compresa tra qualche ora e qualche giorno.

Fase dilatante e il travaglio vero e proprio: serve a dilatare completamente il collo dell'utero, grazie alle contrazioni che diventano regolari per durata e frequenza. Ha inizio quando il collo uterino è completamente piatto. La durata è variabile: può essere anche molto veloce se il collo dell'utero è ben assottigliato e la testa del bambino è ben flessa nel bacino. La durata media è di 6-8 ore per una donna al primo parto e di 3-5 ore per una donna che ha già avuto almeno un parto.

Fase espulsiva è il momento finale del travaglio che porta alla nascita del bambino. Inizia quando la dilatazione raggiunge il diametro sufficiente a permettere il passaggio del feto.

Secondamento è la parte finale del parto. In questa fase avviene l'espulsione della placenta solitamente a breve distanza dal parto e comunque entro un'ora.

Post parto Dalle prime ore dopo il parto, e nei giorni successivi, l'ostetrica o il ginecologo controllano l'utero e le perdite vaginali (chiamate lochi o lochiazioni).

107



È di fondamentale importanza nei primissimi momenti, il contatto pelle a pelle e l'attacco precoce del bambino al seno della mamma.

Accogliere bene mamma e bambino vuol dire: rispettare la loro voglia/necessità di stare insieme, sforzarsi di capire le loro richieste e comunicare serenità. Avere il bambino vicino durante tutta la giornata permette alla madre di riconoscere le sue esigenze e di rispondergli a tempo; permette, inoltre, di adeguare i suoi ritmi a quelli del bambino, approfittando delle sue pause di sonno per riposare.

Il momento della dimissione dall'ospedale è l'occasione per un dialogo con gli operatori della nascita per concludere consapevolmente l'esperienza della gravidanza e del parto e aprire la nuova fase di vita della donna e della famiglia.

Puerperio è il periodo di tempo che va dal parto a circa 6 settimane dopo.

La donna può scegliere dove partorire.

Tuttavia, in presenza di condizioni cliniche che richiedano assistenza specialistica o intensiva alla mamma ed al bambino è opportuno che la scelta si orienti, già prima del parto, verso quei Punti Nascita che forniscono tale assistenza (come la Terapia Intensiva Neonatale).

Modalità del parto

Il parto spontaneo vaginale e il parto prescelto dalle mamme in condizione fisiologica del parto.

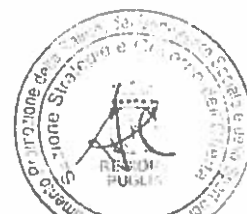
Cosa è bene sapere sul parto spontaneo vaginale:

- provoca meno dolore dopo la nascita
- consente una ripresa fisica più facile dopo il parto
- aumenta il senso di autostima
- facilita la relazione con il bambino
- è associato con minor frequenza alla depressione dopo il parto
- consente una migliore esperienza per l'allattamento
- è associato con minor frequenza ad infezioni dopo il parto

Il parto cesareo (intervento chirurgico che consiste nell'incisione dell'addome e dell'utero) si rende necessario qualora ci siano condizioni di rischio per te e/o per il bambino.

Cosa è bene sapere sul parto cesareo:

- richiede una degenza più lunga
- provoca più dolore e maggiori difficoltà a muoversi e ad accudire il bambino nei giorni successivi al parto
- comporta maggiore rischio di infezione e di anemia
- comporta maggiori difficoltà all'avvio dell'allattamento
- ha un rischio più alto di mortalità materna
- aumenta la frequenza di patologie a carico della placenta nelle gravidanze successive.



Posizioni in cui si può partorire

Non esiste un'unica posizione raccomandata per il travaglio e il parto: l'ostetrica propone quelle più favorevoli alla progressione del parto ed al contenimento del dolore e invita la donna a scegliere quelle per lei più confortevoli.

In generale sono sconsigliate le posizioni sdraiate e supine.

La possibilità di muoversi e la posizione eretta durante il periodo dilatante e quella accovacciata/carponi durante il periodo espulsivo, sembrano quelle in grado di ridurre la durata del travaglio e garantire un maggiore benessere.

Dolore durante il parto

Il dolore del travaglio ha caratteristiche del tutto particolari e serve a promuovere il naturale svolgersi del parto e della nascita. Ogni donna ha una percezione del dolore in travaglio del tutto soggettiva, condizionata dalle condizioni fisiche, dalle emozioni, dalle circostanze sociali, culturali ed assistenziali.

Tuttavia i moderni ospedali dispongono di strategie per contenere il dolore in travaglio (naturali o farmacologiche):

Naturali, senza utilizzo di farmaci

- continuità dell'assistenza durante il travaglio e il parto
- rapporto "uno-a-uno" (una donna-un'ostetrica) al momento del travaglio-parto
- sostegno emotivo: comunicazione, informazione, ascolto, coinvolgimento nelle scelte
- azioni di sollievo: potersi muovere durante il travaglio, poter scegliere la posizione per il parto, un ambiente-parto confortevole
- tecniche di rilassamento, massaggi

Queste semplici strategie e tecniche, in generale, riducono il bisogno di farmaci per il contenimento del dolore, riducono la necessità di interventi medici per il parto (uso di ossitocina, episiotomia, taglio cesareo) e aumentano la soddisfazione della donna per l'esperienza vissuta.

ALLATTAMENTO

È utile informarsi e discutere sulla scelta dell'allattamento già in gravidanza, coinvolgendo il partner magari anche i nonni per condividere con la famiglia informazioni e conoscenze indispensabili.

Allattare al seno è la naturale continuazione del rapporto speciale che si è creato con il piccolo durante la gravidanza.

È un momento ricco di emozioni, crea un legame intenso, unico e che aiuta te, mamma e il tuo piccolo a conoscervi e crescere. L'allattamento ottimale contribuisce a prevenire ogni forma di malnutrizione con effetti positivi permanenti su bambini e sulle madri.



BENESSERE PSICHICO

Entrambi i genitori durante la gravidanza vivono delle intense emozioni al pensiero del bambino che sta crescendo nell'utero della mamma.

Condividere le nostre preoccupazioni con persone di fiducia, o con i professionisti scelti (ostetrica, ginecologo, psicologo), chiedere aiuto durante la gravidanza o nel periodo del puerperio è importante per raggiungere e mantenere lo stato di benessere, non solo fisico, ma anche psichico.

SITIZIA ASSOCIATI - **ASSISTENZA NELLA DONAZIONE**

È bene scegliere il Punto Nascita in cui partorirai anche in base alla presenza del rooming-in, consentendoti di rimanere sempre insieme al tuo bambino.

Il Punto Nascita è l'occasione per te, mamma e il tuo neonato per iniziare a conoscervi meglio, in un ambiente in cui possono avvalersi dell'esperienza degli operatori, per raccogliere conferme ed aiuto.

DONAZIONE DEL SANGUE CORDONALE UMBELICALE

Il sangue cordonale contiene cellule staminali del tutto simili a quelle contenute nel midollo osseo dal quale hanno origine i globuli rossi, i globuli bianchi e le piastrine, per queste caratteristiche possono essere utilizzate per curare diverse malattie del sangue.

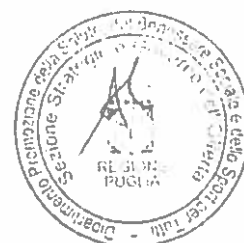
Il trapianto di cellule del sangue cordonale è una valida alternativa al trapianto del midollo osseo e presenta alcuni vantaggi per chi riceve il trapianto (minor rischio di rigetto, pronta disponibilità delle cellule).

Il sangue viene raccolto dal cordone ombelicale in una sacca sterile dopo il taglio del funicolo e prima dell'espulsione della placenta, in maniera indolore.

Per donare il sangue cordonale è necessario accertare con l'ostetrica o il ginecologo la propria idoneità alla donazione, la disponibilità del punto nascita al prelievo e firmare il consenso informato.

Esistono alcune controindicazioni alla donazione:

- Durata della gravidanza inferiore a 35 settimane
- Stato febbrile della madre
- Malformazioni congenite
- Malattie congenite della madre o del padre
- Rottura membrane da più di 12 ore
- Stress fetale
- Positività sierologica o rischio dei genitori di trasmettere malattie infettive.



ALIMENTAZIONE E DIGIUNI

L'alimentazione concorre al buon andamento della gravidanza e, se non vi sono carenze nutrizionali o altri problemi, non c'è motivo di modificare il proprio stile alimentare. Bisogna rispettare i propri desideri e, se si segue una dieta particolare, comunicarlo all'ostetrica/ginecologo.

Buone norme sempre, e tanto più in gravidanza, sono:

- preferire un'ampia varietà di alimenti come verdura e frutta di stagione (consumarne cinque porzioni frazionate nella giornata), pane, pasta, riso e altri cereali, latticini, carne, uova, pesce
- evitare sia digiuni prolungati che pasti molto abbondanti
- bere molta acqua
- consumare con moderazione grassi di origine animale, zucchero, sale
- mangiare possibilmente cibi freschi o ben cotti quando non si è certi della loro igiene
- evitare cibi preconfezionati
- riscaldare uniformemente i piatti e ad alte temperature
- si consiglia di non superare i 300 mg di caffeina al giorno, corrispondenti a due caffè, e di consumare con moderazione cioccolato e tè.

Per ulteriori informazioni:

Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - www.inran.it

Ci sono alcuni alimenti che se non consumati con le giuste accortezze possono essere la causa dell'insorgenza di alcune malattie, ad esempio *Listeria monocytogenes* e *Toxoplasma gondii*. La tabella riporta l'elenco dei cibi a cui fare attenzione, le malattie che possono generare ed i consigli per il consumo.

Igiene dei cibi

Se il **toxotest** è negativo (cioè non si è mai contratta la toxoplasmosi) è necessario proteggersi in gravidanza e quindi occorre:

- lavare bene frutta e verdura
- evitare di mangiare carne cruda e di farla mangiare ai gatti
- indossare i guanti per maneggiare la carne cruda o lavarsi le mani subito dopo averla maneggiata
- lavare subito tutti gli utensili che sono stati a contatto con la carne cruda
- indossare i guanti per il giardinaggio e lavare bene le mani se si è toccata la terra
- se si ha un gatto in casa evitare di cambiare la cassetta della sabbia oppure farlo con i guanti. **Non è necessario allontanare il gatto.**
- qualunque animale si abbia in casa non è un pericolo ma è necessario seguire attentamente le comuni norme igieniche per la pulizia.



Per non contrarre la listeriosi è importante:

- bere solo latte pastorizzato o UHT
- non mangiare formaggi fatti con latte crudo
- non mangiare pate di carne freschi
- non mangiare pesce affumicato
- non contaminare i cibi in preparazione con cibi crudi
- non mangiare carne o cibi di gastronomia che non siano stati riscaldati ad alte temperature.

Per non contrarre la salmonella è importante:

- non mangiare uova crude o poco cotte
- cuocere bene tutti i cibi di origine animale
- tenere separati i cibi crudi da quelli cotti
- refrigerare a piccole dosi, per garantire il rapido abbattimento della temperatura
- proteggere i cibi dalla contaminazione di insetti e roditori
- lavare bene le mani prima, durante e dopo la preparazione degli alimenti. In generale è sconsigliata l'assunzione di fegato per l'alto contenuto di vitamina A.

Per prevenire l'infezione da citomegalovirus*:

- non condividere stoviglie (es. tazze, bicchieri, posate), cibo (es. assaggiare la pappa con lo stesso cucchiaino), biancheria (asciugamani, tovaglioli) strumenti per l'igiene (spazzolino da denti);
- non portare alla bocca succhiotti o ciò qualsiasi bimbo possa aver messo in bocca;
- non baciare altri bambini sulla bocca;
- lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone dopo aver cambiato il pannolino, pulito il naso e la bocca del bambino o dopo fatto il bagnetto lavare frequentemente giocattoli e superfici varie (es seggiolone, box)

*Prevention of Primary Cytomegalovirus Infection in Pregnancy Maria Grazia Revello et all. EBioMedicine 2 (2015) 1205–1210.

Integratori

L'**acido folico** è l'unico integratore alimentare di cui è scientificamente dimostrata l'utilità per ogni donna a partire da due mesi prima del concepimento e nei primi tre mesi di gravidanza (la dose raccomandata è 0,4 mg al giorno).

Altri integratori alimentari sono necessari solo in particolari condizioni cliniche:

- la **Vitamina D**, quando c'è una scarsa esposizione al sole o si segue una dieta vegana
- il **Ferro**, quando è accertata la presenza di un'anemia da mancanza di Ferro
- in caso di diete particolari valutare l'assunzione di **Vitamina B12**.

Suggerimenti per il mattino

Al mattino è consigliabile mangiare cibi secchi croccanti (tipo fette biscottate e pane tostato) ed evitare cibi ricchi di acqua o liquidi. Questo piccolo accorgimento permetterà di superare la crisi mattutina e di poter assumere cibi tradizionali nel resto della giornata.

Disturbi urinari

Acidità gastrica: si può trovare sollievo modificando l'alimentazione (pasti piccoli e frequenti, riduzione dei cibi irritanti) e la postura dopo i pasti (eretta) e durante il sonno (sollevata). Gli antiacidi sono utilizzabili, per gli altri farmaci non ci sono dati sulla sicurezza.

Stipsi: l'introduzione di fibre alimentari può risolvere il disturbo o le emorroidi.

Vene varicose: indossare calze elastiche non previene le vene varicose ma potrebbe alleviarne i sintomi.

Perdite vaginali: un aumento nelle perdite vaginali è un cambiamento fisiologico della gravidanza. Un approfondimento diagnostico è necessario solamente quando le perdite sono associate a prurito, dolore, cattivo odore o dolore alla minzione.

Disturbi circolatori

Tabacco

È severamente sconsigliato il fumo durante la gravidanza.

Il fumo aumenta il rischio di aborto spontaneo, di ridotta crescita fetale, di morte in culla del neonato, di malattie respiratorie del bambino.

Si consiglia di **non assumere alcoolici** durante il periodo dell'intera gravidanza. I danni più frequenti sono: aborto spontaneo, malformazioni fetali, ritardo di crescita fetale, ritardo mentale dopo la nascita. Se vi sono difficoltà, è necessario consultare i servizi specializzati nella cura e nell'aiuto.

Sostanze stupefacenti

L'uso abituale di tali sostanze in gravidanza comporta danni differenti a seconda del tipo di sostanza assunta. I più frequenti sono: **aborto spontaneo, malformazioni fetali, parto pre-termine, ridotta crescita fetale, crisi di astinenza del bambino alla nascita, rischio maggiore di morte in utero o nei primi mesi dopo la nascita, alterazioni del comportamento e dell'apprendimento del bambino durante la crescita.**

La gravidanza in donne che fanno uso abituale di stupefacenti è considerata ad alto rischio e deve essere seguita in servizi specializzati.

Informazioni per i familiari

Centro antiveneni degli Ospedali Riuniti di Bergamo, tel. **800883300** attivo 24 ore.

Tossicologia Perinatale dell'Azienda Ospedaliera Careggi di Firenze, tel. **055/4277731**, attivo lunedì ore 14.00-16.00, mercoledì e venerdì ore 10.00-12.00.

Telefono Rosso del Policlinico Universitario A. Gemelli di Roma, tel. **06/3050077** attivo da lunedì a venerdì, ore 9.00-13.00 e 14.00-16.00.

112



Servizio di Informazione Teratologica CEPIG (Centro per l'informazione genetica) dell'Università degli Studi - Azienda Ospedaliera di Padova, tel. **049/8213513**, fax **049/8211425**, attivo da martedì a venerdì, ore 15.00-17.00.

Filo Rosso, tel. **02/8910207**, **06/5800897**, **081/5463881**. Filo Rosso Genetico, tel. **0882/416291**.

Centro Antiveneni dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR." di Foggia, tel. **800183459**, https://www.sanita.puglia.it/ricerca_det/-/journal_content/56/54480/organizzazione

NB: È sempre necessario parlare di tutti i disturbi con chi ci segue e concordare la terapia insieme, dopo aver valutato il sintomo.

Le evidenze scientifiche dimostrano che i rapporti sessuali in gravidanza non creano problemi né alla mamma né al neonato. Alcune condizioni cliniche possono richiederne la momentanea sospensione (es. perdite ematiche, diagnosi invasive, presenza di contrazioni uterine, etc.).

La gravidanza può influire sul desiderio della donna, tali variazioni devono essere considerate normali e rispettate anche dal partner.

Attività fisica

In gravidanza avvengono modificazioni fisiche che aumentano temporaneamente la lassità dei legamenti, utile per il parto. Una moderata attività fisica (es. camminate, nuoto) favorisce la circolazione ed il benessere fisico generale. Sono da evitare attività che richiedano un intenso sforzo muscolare, sport particolarmente pesanti o a rischio di caduta.

Cura del corpo

Le modificazioni fisiche che avvengono in gravidanza (aumento di volume dell'addome e del seno, modificazione della circolazione capillare) possono incoraggiare una diversa attenzione alla cura del corpo. In generale non è necessario cambiare le proprie abitudini e le tradizioni culturali nelle cure igieniche personali. Dal momento che non esistono studi scientifici sui prodotti per la cura del corpo si consiglia, in generale, di leggere attentamente l'etichetta e di controllare la compatibilità dei prodotti con la gravidanza.

Viaggi

Per viaggiare in Paesi per i quali sono consigliate vaccinazioni specifiche e bene attenersi alle indicazioni dei Centri di Medicina dei Viaggi (Struttura di Diagnosi e Cura delle Malattie del Viaggiatore - Vaccinazioni Internazionali ASL Roma/E di Via Plinio 31, tel. **06/68354005**).

In aereo

I lunghi viaggi aerei, a causa dell'immobilità che impongono, aumentano il rischio di trombosi venosa, ma non sono stati evidenziati rischi maggiori in gravidanza e comunque consigliabile l'uso di calze elastiche compressive.

Ogni compagnia aerea ha regole proprie in tema di viaggi aerei e gravidanza. È sempre opportuno chiedere informazioni precise al momento della prenotazione del volo. Nell'interesse delle passeggere gravide, generalmente, è consigliato un limite che si colloca a 36 settimane per le gravidanze fisiologiche ed a 32 per quelle gemellari.

Dopo le 28 settimane le gestanti sono invitate a portare un certificato del medico che confermi il buon andamento della gravidanza e la data presunta del parto.

In auto

numerosi studi documentano anche per le donne in gravidanza i benefici derivanti dall'uso della cintura di sicurezza, posizionata correttamente. Sebbene la legge preveda la possibile esenzione per le donne in stato di gravidanza (Legge 284, 4 agosto, 1989, art. 1, punto f), l'uso della cintura di sicurezza è sempre raccomandato, salvo casi assolutamente eccezionali certificati dal medico curante.

Durante lunghi viaggi in auto è consigliabile programmare delle soste per sgranchirsi le gambe, svuotare la vescica, cambiare posizione, riattivare la circolazione.

Diritti della lavoratrice

La legge italiana (D. Lgs. 151/2001) garantisce la protezione della salute della madre lavoratrice ed il diritto del bambino ad un'assistenza adeguata

La donna lavoratrice dipendente ha diritto:

- a permessi retribuiti per effettuare esami prenatali, accertamenti clinici, visite mediche specialistiche, nel caso in cui questi debbano essere eseguiti durante l'orario di lavoro
- al divieto di licenziamento che decorre dall'inizio della gravidanza fino al compimento di 1 anno di età del bambino
- a non essere sottoposta a lavori gravosi e/o insalubri
- a 5 mesi di astensione obbligatoria (congedo di maternità) dal lavoro, retribuita all'80% (in alcuni casi al 100%), tra prima e dopo la nascita del bimbo
- agli assegni familiari e agli sgravi fiscali per coniugi e figli a carico, anche per le donne immigrate; se la donna ha la cittadinanza italiana ha diritto agli assegni familiari anche per i figli minori residenti all'estero
- alla maternità retribuita anche se ha un contratto a tempo determinato
- alla riduzione dell'orario di lavoro per tutto il primo anno di vita del bambino.

Inoltre, entrambi i genitori lavoratori dipendenti hanno diritto ad un periodo di astensione facoltativa (congedo parentale), retribuita al 30% dello stipendio solo entro il terzo anno di vita del bambino, di cui si può fruire dopo il periodo di astensione obbligatoria ed entro l'8° anno di vita del bambino.

Può spettare sia alle madri che ai padri, fino a un massimo di 6 mesi (anche frazionati) per la madre, e di 7 mesi (anche frazionati) per il padre.

Alle donne lavoratrici autonome è riconosciuta una indennità di maternità per i due mesi precedenti la data del parto e per i tre mesi successivi alla data medesima.

L'indennità non comporta comunque obbligo di astensione dall'attività lavorativa autonoma.

Le donne con lavori atipici e discontinui che non beneficiano di indennità di maternità o che beneficiano di una indennità inferiore a un certo tetto, possono rivolgersi all'INPS dove troveranno assistenza e informazioni.

Le donne **non lavoratrici**, italiane, comunitarie o extracomunitarie in possesso di carta di soggiorno, possono presentare domanda per l'assegno di maternità presso l'Assessorato ai Servizi Sociali del Comune di residenza e/o alla sede INPS di residenza, entro 6 mesi dalla nascita del bambino.

Le donne senza permesso di soggiorno possono rivolgersi al Consultorio ed alle Associazioni di Volontariato che offrono accoglienza, informazioni, assistenza poiché la legge italiana garantisce l'assistenza sanitaria anche coloro che non detengono regolari documenti. Le mamme in queste condizioni possono fare richiesta di permesso di soggiorno per maternità con validità fino al sesto mese di vita del bambino.

Inoltre, in Italia, la Legge riconosce alla donna il diritto a partorire in anonimato in ospedale. La legge italiana consente alla madre di non riconoscere il bambino e di lasciarlo nell'ospedale in cui è nato (DPR 396/2000, art. 30, comma 2), affinché sia assicurata l'assistenza, l'adottabilità e la sua tutela giuridica.

Per saperne di più

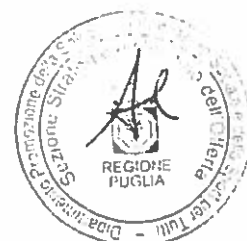
Listeriosi: Ulteriori informazioni sulla listeriosi sono disponibili nel sito internet del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/listeria/listeria.asp>

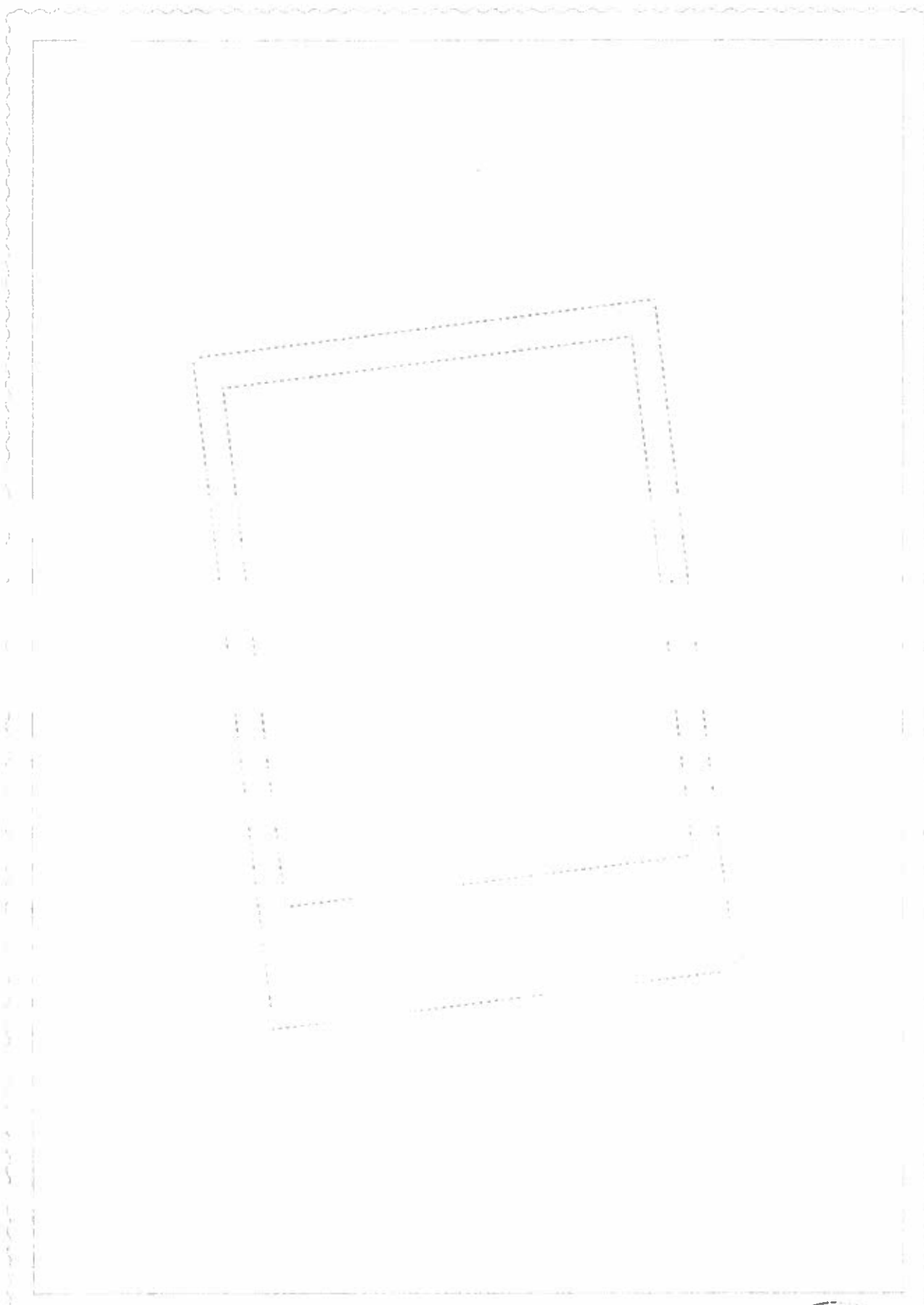
Salmonellosi: Ulteriori informazioni sulla salmonellosi sono disponibili nel sito internet del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/salmonella/salmonella.asp>

Alimentazione: Ulteriori informazioni sulla dieta corretta in gravidanza sono disponibili nel documento Linee guida per una sana alimentazione dell'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti, all'indirizzo: http://www.inran.it/648/linee_guida.html

Diritti della madre che lavora: Altre informazioni riguardo la tutela della salute sul lavoro della donna in gravidanza possono essere reperite nel documento Quando arriva un bambino (terza edizione) disponibile nel sito dell'Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) all'indirizzo: [http://www.inail.it:80/Portale/appmanager/portale/desktop?nfpb=true&_pageLabel=PAGE_PUBBLICAZIONI&nextPage=PUBBLICAZIONI/Tutti_i_titoli/Pari_opportunita/Quando_arriva_un_bambino_\(terza_edizione\)info-752606768.jsp](http://www.inail.it:80/Portale/appmanager/portale/desktop?nfpb=true&_pageLabel=PAGE_PUBBLICAZIONI&nextPage=PUBBLICAZIONI/Tutti_i_titoli/Pari_opportunita/Quando_arriva_un_bambino_(terza_edizione)info-752606768.jsp)

MS





116





**Regione
Puglia**

L'Agenda è stata realizzata
dal Comitato Percorso
Nascita Regionale (CPNR) del
Dipartimento "Promozione
della Salute, del Benessere
sociale e dello Sport per tutti"



[Signature]
Il Dirigente di Sezione
Giovanni Campobasso

IL PRESENTE ALLEGATO
SI COMPONE DI
117 (CENTODICIASSETTE)
PAGINE



117



Allegato unico alla deliberazione
n. 882 del 15-5-2019
composta da n. 117 fasciate (centoventisei)

Il Segretario della G.R.

Ann. Silvia Piemonte