

D) ATTI DIRIGENZIALI

Giunta regionale

D.G. Welfare

D.d.g. 5 ottobre 2018 - n. 14243

Linee di indirizzo del percorso nascita fisiologico: definizione delle relative modalità operative di programmazione e attuazione, ai sensi della d.g.r. 268 del 28 giugno 2018 allegato 1)

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamata la d.g.r. n. X/7600 del 20 dicembre 2017 «*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario per l'esercizio 2018*» ed, in particolare, il punto 3.10. «*La rete per l'assistenza materno-infantile*» che, tra l'altro, prevede:

«(...) sarà favorita l'attivazione di modelli organizzativi che, nelle situazioni a basso rischio ostetrico, pur rispondendo a criteri di qualità e sicurezza, garantiscano una maggiore continuità dell'assistenza in gravidanza, parto e puerperio e il rispetto della fisiologia dell'evento. Tale obiettivo deve prevedere un potenziamento delle attività territoriali del consultorio per la sorveglianza della gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica (assistenza ostetrica one to one nell'intero percorso) e un'operatività integrata con la struttura di riferimento per il parto, ove saranno prioritariamente attivate Aree funzionalmente collegate o adiacenti alla U.O. di Ostetricia e Ginecologia finalizzate all'assistenza alle gravidanze a basso rischio, gestite da personale ostetrico»;

Richiamata la d.g.r. n. XI/268 del 28 giugno 2018 «*Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale: indirizzi per l'appropriatezza e sicurezza del percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica*» che, tra l'altro, ha approvato il documento tecnico «*Linee di indirizzo del percorso nascita fisiologico*», dando mandato alla Direzione Generale Welfare di:

- definire le successiva modalità di divulgazione alle ASST e ai consultori privati accreditati del documento «*Agenda del Percorso Nascita*»;
- definire le modalità operative di programmazione e attuazione degli esami di laboratorio e strumentali secondo quanto previsto dal d.p.c.m. del 12 gennaio 2017;

Evidenziato che la suddetta delibera ha definito altresì, con decorrenza dal 1 luglio 2018, le seguenti prestazioni di presa in carico a gestione ostetrica:

Codice	Descrizione	Descrizione completa	Tariffa
89.26.8	Bilancio di salute ostetrico, prima visita	Bilancio di salute ostetrico prima visita, prenatale e/o postnatale	22,50 €
89.26.9	Bilancio di salute ostetrico, controllo	Bilancio di salute ostetrico controllo prenatale e/o postnatale	17,90 €

specificando che tali prestazioni siano da riferirsi alla donna in gravidanza (fase prenatale) e in puerperio (fase post-natale) a cura del profilo sanitario dell'ostetrica\o e siano erogate in regime di esenzione della quota di compartecipazione alla spesa;

Ritenuto di approvare, ai sensi della d.g.r. n. XI/268 del 28 giugno 2018:

- l'Allegato A «*Indirizzi operativi per l'attuazione della d.g.r. n. XI/268 del 28 giugno 2018 «Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale: indirizzi per l'appropriatezza e sicurezza del percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica*», parte integrante del presente provvedimento;
- l'Allegato B «*Agenda del percorso Nascita*», ed i relativi sub-allegati;
- Sub-allegato B1) - Lettera di invio per la presa in carico della gestante da parte del punto nascita;
- Sub-allegato B2) - Note per i sanitari;
- Sub-allegato B3) - Attestato di gravidanza;
- Sub-allegato B4) - Accertamenti per il controllo della gravidanza fisiologica;

Ritenuto pertanto, al fine di dare attuazione alla d.g.r. n. XI/268/2018, di inserire tra le prestazioni escluse dalla partecipazione al costo per tutta la durata della gravidanza le seguenti:

- 89.26.8 Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita;
- 89.26.9. Bilancio di Salute Ostetrico, controllo;

Specificato che sulla prescrizione dovrà essere apposto il codice di esenzione per gravidanza (da M01 a M41, in relazione alla settimana di gestazione);

Ritenuto di individuare il codice M60 per le esenzioni durante l'assistenza in puerperio, inteso dal momento del parto fino al termine delle otto settimane successive. L'apposizione di tale codifica sulla prescrizione comporta l'esenzione dalla partecipazione al costo per prestazioni di cui al punto precedente;

Precisato che, nelle more di indicazioni dal livello statale riguardo alle codifiche uniformi da adottare sull'intero territorio nazionale, l'esenzione M60 delle prestazioni 89.26.8 «Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita» e «89.26.9. Bilancio di Salute Ostetrico, controllo» trovano applicazione esclusivamente per le donne residenti in Regione Lombardia;

Ritenuto di dare mandato alla UO Programmazione polo ospedaliero di trasmettere il presente provvedimento alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST);

Ritenuto di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURL e sul Portale di Regione Lombardia (www.regione.lombardia.it);

Viste:

- la l.r. 30 dicembre 2009 n. 33 «Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità» e s.m.i.;
- la l.r. n. 20/2008, nonché i provvedimenti organizzativi dell'XI legislatura;

DECRETA

1. di approvare, ai sensi della d.g.r. n. XI/268 del 28 giugno 2018:

- l'Allegato A «*Indirizzi operativi per l'attuazione della DGR n. XI/268 del 28 giugno 2018 «Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale: indirizzi per l'appropriatezza e sicurezza del percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica*», parte integrante del presente provvedimento
- l'Allegato B «*Agenda del percorso Nascita*», ed i relativi sub-allegati;
- Sub-allegato B1) - Lettera di invio per la presa in carico della gestante da parte del punto nascita;
- Sub-allegato B2) - Note per i sanitari;
- Sub-allegato B3) - Attestato di gravidanza;
- Sub-allegato B4) - Accertamenti per il controllo della gravidanza fisiologica.

2. di inserire tra le prestazioni escluse dalla partecipazione al costo per tutta la durata della gravidanza le seguenti:

- 89.26.8 Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita;
- 89.26.9. Bilancio di Salute Ostetrico, controllo.

3. di specificare che sulla prescrizione dovrà essere apposto il codice di esenzione per gravidanza (da M01 a M41, in relazione alla settimana di gestazione).

4. di individuare il codice M60 per le esenzioni durante l'assistenza in puerperio, inteso dal momento del parto fino al termine delle otto settimane successive. L'apposizione di tale codifica sulla prescrizione comporta l'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni di cui al punto precedente.

5. di precisare che, nelle more di indicazioni dal livello statale riguardo alle codifiche uniformi da adottare sull'intero territorio nazionale, l'esenzione M60 trova applicazione esclusivamente per le donne residenti in Regione Lombardia.

6. di dare mandato alla UO Programmazione polo ospedaliero di trasmettere il presente provvedimento alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST).

7. di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURL e sul Portale di Regione Lombardia (www.regione.lombardia.it).

Il direttore generale
Luigi Cajazzo

— • —

Allegato A)

**INDIRIZZI OPERATIVI PER L'ATTUAZIONE DELL'ALLEGATO 1) DELLA D.G.R. N° XI/268 DEL
28 GIUGNO 2018 "RETE REGIONALE PER L'ASSISTENZA MATERNO-NEONATALE:
INDIRIZZI PER L'APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DEL PERCORSO NASCITA FISIOLGICO
A GESTIONE OSTETRICA".**

Documento a cura di

UO Programmazione Polo Ospedaliero
UO Programmazione Rete Territoriale

Comitato Percorso Nascita regionaleper la Direzione Generale Welfare

Aldo Bellini UO Programmazione Polo Ospedaliero;
Mozzanica Davide Struttura Fattori produttivi.

componenti esterni

- Gargantini Gianluigi Coordinatore Comitato Percorso Nascita regionale. Esperto in Neonatologia e Pediatria;
- Bettinelli Maria Enrica ATS della Città Metropolitana di Milano;
- Canella Massimo ASST di Vimercate;
- Dell'Arciprete Liberata Segretario Regionale Cittadinanza Attiva Lombardia;
- Ferrazzi Enrico Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico di Milano;
- Mangiacavalli Barbara ASST di Bergamo Ovest;
- Meroni Mario ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda;
- Mosca Aurelio ATS della Città Metropolitana di Milano;
- Mosca Fabio Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico di Milano;
- Olini Giuseppina ASST Spedali Civili di Brescia;
- Pellegrini Edda ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo;
- Picco Carlo AREU;
- Pirola Flavia Simonetta ASST di Lecco;
- Rovelli Nadia Delegata dei Collegi provinciali delle Ostetriche Regione Lombardia;
- Tagliabue Paolo Sezione lombarda Società Italiana di Neonatologia;
- Vergani Patrizia Fondazione MBBM Ospedale San Gerardo Monza;
- Visconti Alessandro ASST Fatebenefratelli e Sacco di Milano.

Sommario

Introduzione
Riferimenti normativi
Obiettivo generale
Obiettivi specifici
Strumenti
Indirizzo operativo dell'obiettivo specifico 1
Indirizzo operativo dell'obiettivo specifico 2
Indirizzo operativo dell'obiettivo specifico 3
Risorse
Azioni
Monitoraggio
Ulteriori disposizioni
Abbreviazioni
Riferimenti bibliografici

INTRODUZIONE

Per **Regione Lombardia**, il 2018 rappresenta un continuum coordinato di diversi provvedimenti regionali a seguito dell'Accordo Stato Regioni del 16.12.2010, del D.M. 70/2015, delle indicazioni del Comitato Percorso Nascita nazionale e regionale (CPNn, CPNr), delle recenti d.g.r. n.XI/267 del 28 giugno 2018 "*Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale: interventi di riorganizzazione dei punti nascita*" e d.g.r. n.XI/268 del 28 giugno 2018 "*Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale: indirizzi per l'appropriatezza e sicurezza del percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica*".

L'indirizzo nazionale per la promozione dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo, messo a punto dal ministero della Salute e approvato in Conferenza Stato-Regioni (2010), sostiene l'opportunità di predisporre percorsi differenziati per l'assistenza alla gravidanza fisiologica e per quella a rischio e valorizza il ruolo dei consultori familiari e delle ostetriche, promuovendo la loro autonomia nell'assistenza alla fisiologia. Il piano si articola in diversi punti che riguardano la razionalizzazione dei punti nascita, l'integrazione territorio-ospedale, l'elaborazione e l'implementazione di linee guida *evidence based*. Prevede inoltre l'attivazione di procedure di monitoraggio/valutazione e di pratiche di audit permanente tra professionisti sanitari. Difatti, in entrambi i contesti la sfida non può basarsi sulla sola disponibilità di raccomandazioni, ma sulla presa in carico delle situazioni e sull'implementazione di azioni il cui impatto possa essere valutato.

Nonostante la contrazione dei nati, il parto risulta essere la causa singola più frequente di ricovero. In Italia, per il terzo anno consecutivo, i nati nel 2017 sono meno di mezzo milione (458.151, meno 15 mila sul 2016), di cui 68 mila stranieri (14,8% del totale), anch'essi in diminuzione. Come per il trend nazionale, anche in Regione Lombardia continua il calo delle nascite, in atto dal 2008; i parti registrati nel 2017 sono stati poco meno di 79.000.

Con la D.g.r. n. XI/268 del 28 giugno 2018, Regione Lombardia ha consolidato il proprio modello per l'assistenza materno-neonatale, non solo come opportunità offerta alle donne ma anche come proposta istituzionale routinaria da parte delle strutture del sistema sociosanitario regionale. E' un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione alla salute hanno in tale ambito sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura. In particolare, Regione Lombardia vuole offrire alle donne, sul territorio regionale, un percorso assistenziale continuativo di qualità e appropriatezza, diversificato per il decorso fisiologico del percorso nascita a gestione ostetrica. Il percorso nascita fisiologico

assicurato dall'ostetrica è rappresentato come un itinerario, senza soluzione di continuità, che accompagna la donna in tutte le tappe, attraverso i servizi offerti dal sistema sociosanitario regionale, sia territoriale che ospedaliero, dal periodo pre-concezionale a quello postnatale.

Questo documento di indirizzo operativo è delimitato al periodo prenatale e postnatale del percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica nell'area territoriale (consultoriale e ambulatoriale) secondo gli indirizzi dell'allegato 1) della d.g.r. n.XI/268 del 28.06.2018.

Con provvedimento successivo sarà emanato l'indirizzo operativo di cui all'allegato 2) della d.g.r. n.XI/268/2018 relativo al "basso rischio" nei luoghi perinatali ove i criteri di fisiologia, di rischio a priori, di rischi emergenti saranno definiti sulla base di evidenze scientifiche internazionali e nazionali, condivisi da una consensus di panel di esperti (medici specialisti ostetrici-ginecologi esperti di medicina materno fetale, ostetriche, pediatri/neonatologi, medici anestesisti e da altri professionisti).

In sintesi, il modello sociosanitario scelto da Regione Lombardia prevede che alla donna nel Percorso Nascita Fisiologico sia garantita:

- la continuità assistenziale dell'ostetrica/o nelle diverse fasi (dalla fase pre-concezionale alla fase postnatale), in rete con il medico specialista in ostetricia-ginecologia, il pediatra/neonatologo e le altre professionalità coinvolte nel percorso nascita quali il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e altri professionisti, ove necessario;
- la successione coordinata degli interventi coerenti con i bisogni della persona.

Ogni incontro della donna con l'ostetrica implica la rivalutazione della condizione di fisiologia; qualora emergano fattori di rischio o una problematica la donna viene prontamente presa in carico da un medico specialista ostetrico-ginecologo, in collaborazione con l'ostetrica.

Per comprendere il valore innovativo del Percorso Nascita Fisiologico a gestione ostetrica è necessario affermare che, per un efficientamento della rete materno-neonatale, è importante una condivisione e ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione di processi innanzitutto condivisi. All'interno della relazione del "prendersi cura" promosso da Regione Lombardia, vi è pertanto un modellamento epistemico-metodologico, ed è in quest'ottica che va intesa la promozione di modelli di tipo organizzativo/assistenziale innovativi. Da un lato, promuovere il rispetto delle preferenze delle donne, riconoscere il ruolo materno nel sistema "salute" suo e della collettività e, dall'altro, promuovere un'appropriata e personalizzata assistenza perinatale. Infine, mantenere nel team professionale e con la donna una buona comunicazione,

basata su una linea di cura condivisa e sul mutuo rispetto, è un punto cruciale e raccomandato per assicurare esiti materno, feto-neonatali ottimali.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- D.M. 14 settembre 1994, n. 740 *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Ostetrica/o;*
- Legge 26 febbraio 1999, n. 42 *Disposizioni in materia di professioni sanitarie;*
- Decreto Legislativo 09 Novembre 2007, n.206 *Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania .(GU Serie Generale n.261 del 09-11-2007 - Suppl. Ordinario n. 228)*, così come modificato dal Decreto Legislativo 28 Gennaio 2016, n.15 *"Attuazione della direttiva 2013/55/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, recante modifica della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali e del regolamento (UE) n. 1024/2012, relativo alla cooperazione amministrativa attraverso il sistema di informazione del mercato interno «Regolamento IMI»"* (16G00021) (GU Serie Generale n.32 del 09-02-2016) all'art.48 autorizza le ostetriche ad " [...] b) accertare la gravidanza e in seguito sorvegliare la gravidanza normale, effettuare gli esami necessari al controllo dell'evoluzione della gravidanza normale; c) prescrivere gli esami necessari per la diagnosi quanto più precoce di gravidanze a rischio; [...]".
- LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*
[...] Art. 5 *Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida*
1. *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 istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali [...].*

OBIETTIVO GENERALE

Il presente documento ha l'obiettivo di esplicitare gli indirizzi operativi del documento tecnico "*Linee di indirizzo del percorso nascita fisiologico*", allegato 1 alla d.g.r. n. XI/268 del 28.06.2018 ed, in particolare di:

- definire l'Agenda del Percorso Nascita e le successiva modalità di divulgazione alle ASST e ai consultori privati accreditati;
- definire le modalità operative di programmazione e attivazione degli esami di laboratorio e strumentali secondo quanto previsto dal D.P.C.M. del 12 gennaio 2017.

Le indicazioni del presente documento riguardano il periodo prenatale e postnatale del percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica nell'area consultoriale e ambulatoriale.

Il presente documento non concerne né modifica le competenze dei medici in ordine alle prescrizioni su ricettario SSN; nulla è modificato, altresì, per quanto attiene le competenze del medico pediatra/neonatologo e del pediatra di libera scelta.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. presentazione e utilizzo dello strumento documentale definito **Agenda del Percorso Nascita** e i Sub-Allegati correlati;
2. **erogazione delle prestazioni** rese alla donna nel percorso nascita fisiologico a cura del profilo sanitario dell'ostetrica/o, da erogarsi in ambito consultoriale e ambulatoriale;
3. programmazione e attivazione degli **esami di laboratorio e strumentali** secondo quanto previsto per il controllo della gravidanza fisiologica.

STRUMENTI

Uniformi strumenti di Regione a supporto delle Linee di indirizzo di cui alla d.g.r. XI/268 del 28 giugno 2018, Allegato 1), delimitati al periodo prenatale e postnatale, sono:

- a) Agenda del Percorso Nascita (Allegato B)
i modelli correlati (Sub-Allegato B1; Sub-Allegato B2; Sub-Allegato B3);
- b) Accertamenti per il controllo della gravidanza fisiologica. (Sub-Allegato B4);
- c) Codifica delle prestazioni rese dal profilo sanitario dell'Ostetrica/o;
Seguirà sviluppo informatizzato dei punti a) e b).

Specifici strumenti locali ed operativi della struttura sociosanitaria e sanitaria, per percorsi e processi interni dovranno essere definiti localmente e condivisi con tutti i professionisti coinvolti, nell'ambito delle Reti Integrate Materno Infantili.

INDIRIZZO OPERATIVO dell'OBIETTIVO SPECIFICO 1

1. Presentazione e utilizzo dello strumento documentale definito Agenda del Percorso Nascita e i Sub-Allegati correlati.

1.1. Coordinamento – Redazione - Consensus

a) *Strutture coinvolte:*

Programmazione Polo Ospedaliero, Programmazione Rete Territoriale, Promozione della salute e screening.

b) *Hanno coordinato il lavoro:*

Aldo Bellini, Laura Lanfredini, Gianluigi Gargantini, Edda Pellegrini, Luca Maria Bassoli, Rinaldo Zanini, Elisabetta Colciago.

c) *Ha partecipato alla redazione il seguente Panel multidisciplinare di esperti:*

Elisabetta Colciago, Barbara Acaia, Patrizio Antonazzo, Enrica Breda, Fiorenza Cartellà, Maria Teresa Castiglioni, Giovanni Cavalli, Sonia Ferrarini, Simona Fumagalli, Manuela Ghilardi, Gianpaolo Grisolia, Anna Locatelli, Andrea Lojacono, Maria Luisa Muggiasca, Elisabetta Nelli, Sonia Pizzinga, Stefania Raffaldoni, Stefania Rampello, Nadia Rovelli, Luigia Soldati, Patrizia Vergani, Virna Franca Zobbi, Stefania Zorzan.

L'Agenda del Percorso Nascita è stata avviata nel 2016 e presentata durante le sedute del Comitato Percorso Nascita regionale; la discussione che è emersa ha portato alla definizione del formato attuale.

1.2. Razionale

Nel documento "*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*", approvato dalla Conferenza unificata Stato/Regioni nella seduta del 16.12.2010 sono previste una serie di linee di azione che rispetto all'integrazione (relativa All.to n.3) esigono "[...] di assicurare l'utilizzo di una cartella gravidanza-parto-puerperio integrato". Regione Lombardia, già con d.g.r. n.5954/2016, evidenzia che la continuità assistenziale e il corretto passaggio delle informazioni tra le varie fasi del processo assistenziale della gravidanza, travaglio, parto, nascita e puerperio, rappresentano l'aspetto fondamentale per incrementare i livelli di sicurezza per madri e neonati. L'Agenda del Percorso Nascita è lo strumento documentale che nasce in questo contesto; è stata redatta sulla base delle Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, del National Institute for Health and Care Excellence, di Società scientifiche di Ostetricia – Ginecologia, di Società scientifiche delle Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali, di Società scientifiche Pediatriche e Neonatologiche, nazionali ed internazionali, ed è in linea con le

prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica (Livelli Essenziali di Assistenza).

1.3. Finalità

La documentazione dell'assistenza alla donna in gravidanza ha la funzione di:

- accertare e confermare la normale evoluzione della gestazione,
- identificare le condizioni di rischio materno e fetale/neonatale per consentire ai professionisti di offrire alle donne il percorso assistenziale individuale (PAI) appropriato,
- facilitare la comunicazione tra i professionisti che assistono la donna, la progettazione di audit, di indagini epidemiologiche e la raccolta di dati amministrativi;
- consentire la tracciabilità, per le diverse attività assistenziali-diagnostico-terapeutiche svolte, di responsabilità delle azioni, cronologia delle stesse, modalità della loro esecuzione.

1.4. Presentazione e utilizzo

L'Agenda del Percorso Nascita si configura come uno strumento documentale; è affidata alla donna nei punti di accesso del Sistema Regionale Lombardo dedicati al percorso nascita (consultorio, ambulatorio ...). Come raccomanda la linea guida 20 del 2010,2011 dell'Istituto Superiore di Sanità, *"la raccolta dei dati di salute prenatale deve essere effettuata con criteri e modalità standardizzati (per esempio tramite checklist) al fine di identificare e registrare le condizioni di rischio; i professionisti e i servizi di assistenza alla gravidanza devono affidare alla donna la cartella con la documentazione clinica prenatale"*. Pertanto, l'Agenda del Percorso Nascita è affidata alla donna, si "**apre**" all'inizio del percorso e si "**chiude**" a sei-otto settimane dal parto (puerperio o fase postnatale), sia che la gravidanza permanga con un decorso fisiologico sia quando si ravveda un fattore di rischio o una problematica. In questo caso, il medico specialista ostetrico-ginecologo, responsabile del piano diagnostico-terapeutico, definisce e documenta le cure e le prestazioni aggiuntive. L'Agenda del Percorso Nascita può essere utilizzata anche dalla donna che sceglie di non avvalersi dei servizi e dei professionisti del Servizio Sanitario Regionale. **Alla futura madre** è chiesto di conservarla e di presentarla ad ogni consultazione in modo tale che sia costantemente aggiornata e in grado di attestare l'assistenza fornita. **Ai sanitari**, si dispone di registrare gli eventi e le attività che si verificano durante i processi di assistenza in ambito consultoriale/ambulatoriale, e di mantenere agli atti evidenza documentale in forma cartacea e/o informatizzata secondo disposizioni, risorse, indicazioni locali, in

attesa della fase evolutiva-informatizzata. L'assistenza ostetrica alla donna erogata invece in regime di ricovero ospedaliero, nel periodo del peripartum e\o per altra condizione, è documentata negli strumenti clinici adottati dal Punto Nascita scelto dalla donna. In entrambi i casi, ai sanitari si rammenta il vincolo di registrare e dare evidenza documentale, come previsto dalle diverse disposizioni di legge, provvedimenti, linee guida regionali in tema di documentazione sociosanitaria e sanitaria, e di trattamento dei dati. *La Lettera di invio per la presa in carico della gestante da parte del punto nascita (Sub-Allegato B1)* viene redatta dall'ostetrica o dal sanitario in cura, consente di presentare la donna e il decorso della sua gravidanza ai clinici del punto nascita.

Gli elementi che compongono l'Agenda del Percorso Nascita sono i seguenti

Informativa e consenso al trattamento dei dati personali

Contatti

Introduzione

Informazioni per la donna

Dati socio-anagrafici della donna

Modulo 1: Accoglienza e scelta modello assistenziale

- Colloquio di accoglienza e Orientamento
- Criteri per l'attribuzione del Modello Assistenziale Ostetrico
- Piano Assistenziale Individuale (PAI)
- Calendario degli Incontri
- Calendario degli Esami
- Calendario dei Colloqui/Counselling Informativi
- Check list prenatale – Alimentazione infantile.

Modulo 2: Bilancio di salute Ostetrico, prima visita (prenatale)

- Accertamento stato di salute della famiglia, della madre e del padre
- Informazioni relative al padre del bambino
- Accertamento ostetrico della donna
- Percorso Nascita

Annotazioni e diario della donna in gravidanza

Modulo 3: Bilancio di salute Ostetrico, controllo (prenatale)

- Grafico Sinfisi-Fondo
- Diario Ostetrico, prenatale
- Incontri e cure prenatali addizionali

Modulo 4: Bilancio di salute Ostetrico, postnatale

- (Incontri/Colloqui/Visite al domicilio)
- Storia del parto
- Checklist postnatale – Informazioni per le madri che allattano
- Incontro/Colloquio/Visita/
- Diario Ostetrico, postnatale
- Curve di crescita per bambini di sesso maschile da 0 a 6 mesi
- Curve di crescita per bambini di sesso femminile da 0 a 6 mesi

Annotazioni e diario della donna dopo la nascita del bambino

Modulo 1: Accoglienza e scelta modello assistenziale.

Questa sezione, elenca i criteri per l'attribuzione del modello assistenziale. In particolare, al primo incontro in gravidanza, qualora i criteri (check-list) comportino l'attribuzione di un basso rischio ostetrico, alla donna viene offerto il Percorso Nascita Fisiologico a gestione ostetrica come proposta istituzionale. Implica la presentazione nominale dell'ostetrica di riferimento e i recapiti istituzionali, la presentazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI), il calendario degli incontri "base", delle prestazioni raccomandate per l'assistenza

ad una donna con una gravidanza fisiologica e dei servizi offerti dal sistema sociosanitario di Regione Lombardia.

Come dice la Linea Guida 20 aggiornamento 2011 dell'Istituto Superiore di Sanità relativa alla Gravidanza Fisiologica *"nel corso di ogni incontro i professionisti devono offrire alla donna informazioni coerenti e chiare; devono dare alla donna la possibilità di discutere gli argomenti presentati e di formulare domande. Le decisioni della donna devono essere rispettate, anche se contrarie alle opinioni del professionista"*. Regione Lombardia ha ritenuto, pertanto, di individuare nel Calendario dei Colloqui/Counselling informativi un elenco di argomenti da discutere con la donna (esempio: acido folico, sicurezza in auto, alcol, fumo, alimentazione, attività fisica, allattamento etc.....). L'approccio assistenziale dell'ostetrica è volto a creare una relazione e a facilitare modalità comunicative in cui la donna possa descrivere ed esprimere i propri dubbi in un contesto sicuro ed affidabile. Tre sono le condizioni necessarie al professionista: empatia, congruenza e rispetto incondizionato.

Modulo 2: Bilancio di salute Ostetrico, prima visita (prenatale)

Modulo 3: Bilancio di salute Ostetrico, controllo (prenatale)

Rispetto agli incontri successivi, nella fase iniziale della gravidanza o comunque al primo accesso, deve essere previsto un incontro di maggiore durata per ascoltare le richieste della donna, consentire un accertamento ostetrico complessivo e offrirle la possibilità di discutere con l'ostetrica e/o il professionista che la assiste.

Ciascuno dei Moduli previsti nell'Agenda del Percorso Nascita viene compilato in qualsiasi momento la donna gravida acceda ai servizi. Il recente D.P.C.M. del 12 gennaio 2017, art. 24 recita: *"Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie le prestazioni, anche domiciliari, ostetriche, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche"*. Dal punto di vista socio-sanitario ed assistenziale, consiste nell'offrire una serie di incontri individuali (*colloqui di accoglienza-orientamento, di consultazione, bilanci di salute ostetrici ...*) che, attraverso adeguate forme di comunicazione e di valutazioni, sono utili rispettivamente ad ascoltare le richieste della donna ed accertare il decorso normale del percorso nascita.

Tali incontri sono, appunto, **Bilanci di Salute Ostetrici** intesi come l'insieme degli elementi relativi allo stato di salute della futura mamma e del nascituro (rilevabili anche dai domini WHO-ICF) che, all'interno della relazione del "prendersi cura" promosso da Regione

Lombardia da un lato rendono la donna consapevole nelle scelte di salute e, dall'altro, ai sanitari di personalizzare l'assistenza ostetrica via via nel percorso nascita.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, sono forniti ai sanitari alcuni elementi utili nel modello **“Note per i Sanitari”**. **(Sub-Allegato B2)**

E' importante sottolineare che l'ostetrica deve considerare l'evoluzione della gravidanza come processo dinamico e, ad ogni Bilancio di Salute Ostetrico, confermare l'evoluzione normale della gravidanza o individuare fattori di rischio\problemi per programmare la valutazione del medico specialista ostetrico-ginecologo. Nell'obiettivo di modulare l'accompagnamento alla gravidanza, al parto e al puerperio nel rispetto della fisiologia vanno garantiti altresì sostegno alla genitorialità, interventi precoci in situazioni di disagio sociale e di vulnerabilità e, più in generale al contrasto delle disuguaglianze di salute. Va promossa la valutazione del benessere emotivo ad ogni contatto in gravidanza e in puerperio secondo uno screening definito in Agenda.

Posto il numero di accessi indicati dalla letteratura (SNLG-ISS 2010-2011; WHO 2016,2015; NICE 2017,2008; Miller et al. 2016; ACP-ACOG 2017, AGDH 2018), non è oggetto di questo provvedimento predeterminare il numero preciso di contatti/accessi considerata la varietà dei casi in termine di settimane di gestazione e di esami già effettuati dalla gestante, bensì viene proposto un calendario di incontri “base”. Spetta comunque alla competenza del professionista definire e motivare in che misura i comportamenti raccomandati, pur rispondendo a standard qualitativi individuati sulla base delle più aggiornate prove di efficacia, si applichino alla singola persona. Alla donna spetta comunque la libera scelta. Agli incontri individuali, si integrano quelli di gruppo (incontri di accompagnamento alla nascita/ training prenatale, sostegno alla genitorialità, all'allattamento, incontri di auto-mutuo-aiuto ...). Infine, nel corso della gravidanza, su richiesta della donna e per gli usi consentiti dalla legge, il sanitario redige l'Attestato di Gravidanza secondo le modalità di presentazione e di invio previsto dall'Istituzione di competenza. A titolo esemplificativo, si allega un modello cartaceo uniforme. **(Sub-Allegato B3)**

Modulo 4: Bilancio di salute Ostetrico, postnatale

(Incontri/Colloqui/Visite al domicilio, dopo il parto)

L'assistenza ostetrica offerta alla donna nel periodo del puerperio, quest'ultimo convenzionalmente delimitato alle 6-8 settimane dopo il parto (WHO 2010, NICE 2015), si eroga nelle strutture sociosanitarie e, se necessario, anche visite al domicilio secondo il *programma Home Visiting* (WHO 2015). Anche il periodo dopo il parto, infatti, è una fase speciale della vita della donna e del bambino che coinvolge aspetti personali e sociali,

oltre che sanitari (NICE 2013,2014,2015,2016,2017). E' caratterizzato da forti emozioni, cambiamenti fisici importanti, mutamenti nelle relazioni interpersonali e coincide con l'acquisizione di un nuovo ruolo, di una nuova identità, specialmente per le mamme alla prima esperienza. Pertanto, questo modulo prevede la registrazione degli elementi che caratterizzano gli incontri, i colloqui e/o le visite al domicilio effettuati.

Non è oggetto del suddetto provvedimento predeterminare il numero preciso di contatti/accessi considerata la varietà dei casi e delle necessità della persona. Tuttavia, secondo quanto reperibile dalla letteratura (WHO 2010, 2013, 2017; ACOG 2018; Miller et al. 2016; Yonemoto et al. 2013, Lavender et al. 2013, NICE 2015) e per ottimizzare la salute nel "quarto trimestre" (ACOG 2018), è raccomandabile mantenere un processo assistenziale di continuità e individualizzato. Alla donna spetta comunque la libera scelta.

1.5. Divulgazione

L'Agenda del Percorso Nascita e i Sub-Allegati ad essa correlati sono disponibili come file in accompagnamento al presente decreto. Per assicurare ad ogni punto di accesso della donna nel percorso nascita un quantitativo di copie della documentazione utile a far fronte alle necessità, è richiesto alle strutture sociosanitarie e sanitarie, ciascuna per quanto di competenza, di provvedere alla riproduzione e alla fornitura dei documenti a stampa, in sostituzione di quella in uso.

L'Agenda del Percorso Nascita è un documento che può essere sottoposto a periodiche revisioni a cura di Regione con successive formalizzazioni, in base alla disponibilità di nuove ricerche, ai risultati della sua applicazione, all'evoluzione informatizzata e agli indirizzi proposti dal Comitato Percorso Nascita nell'ambito della Rete Integrata Materno Infantile.

INDIRIZZO OPERATIVO dell'OBIETTIVO SPECIFICO 2

2. Erogazione delle prestazioni rese alla donna nel percorso nascita fisiologico a cura del profilo sanitario dell'ostetrica/o, da erogarsi in ambito consultoriale e ambulatoriale.

2.1. Accesso/Prenotazione e Avvio

Con riferimento alla prima visita in gravidanza del percorso nascita, si confermano le modalità di accesso ai servizi nella struttura sociosanitaria e le modalità di accesso tramite prenotazione ambulatoriale nella struttura sanitaria.

Al fine di attivare e dare concreta operatività alla d.g.r. XI/268/2018, si rammenta ai sanitari che al primo incontro devono essere valutati i criteri elencati nell'Agenda del Percorso Nascita per l'attribuzione del modello assistenziale e la presa in carico del percorso nascita fisiologica a gestione ostetrica.

2.2. Codifica

I codici e la descrizione delle prestazioni rese alla donna nel percorso nascita fisiologico a cura del profilo sanitario dell'ostetrica/o sono individuati e previsti dalla d.g.r. n. XI/268 del 28 giugno 2018. Il tariffario di cui alla d.g.r. n. X/6131 del 23 gennaio 2017 "Aggiornamento del tariffario delle prestazioni consultoriali in ambito materno infantile", è stato integrato, a partire dal 1° luglio 2018, con le seguenti prestazioni di presa in carico a gestione ostetrica da erogarsi in ambito **consultoriale** e da rendicontarsi nel flusso CONS:

- 89.26.8 Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita
- 89.26.9 Bilancio di Salute Ostetrico, controllo

Per le strutture **sanitarie**, con gli indirizzi di cui alla d.g.r. 268/2018 si è ritenuto che, a partire dal 1° luglio 2018, le medesime prestazioni di cui al punto precedente – effettuate in ambito specialistico-ambulatoriale - siano rendicontate dalle strutture sanitarie attraverso il flusso 28/SAN e, ai fini della corretta attribuzione dei costi e dei ricavi, le prestazioni di cui trattasi, in fase di predisposizione dei bilanci, siano da ricomprendere nella voce "altre prestazioni sanitarie". A tal fine, si è provveduto all'aggiornamento con le prestazioni:

- 89.26.8 Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita
- 89.26.9 Bilancio di Salute Ostetrico, controllo

2.3. Esenzioni

Le suddette prestazioni sono da riferirsi alla donna in gravidanza (fase prenatale) e in puerperio (fase post-natale) a cura del profilo sanitario dell'ostetrica\o e sono erogate in regime di esenzione della quota di compartecipazione alla spesa.

Al fine di dare attuazione alla DGR XI/268/2018 si è provveduto pertanto a:

- inserire nell'elenco delle prestazioni esenti dalla partecipazione al costo per tutta la durata della gravidanza le seguenti:
 - 89.26.8 Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita
 - 89.26.9. Bilancio di Salute Ostetrico, controllo.

Sulla prescrizione dovrà essere apposto il codice di esenzione per gravidanza (da **M01 a M41**, in relazione alla settimana di gestazione) analogamente alle prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza;

- confermare che nulla è modificato per l'accesso, le esenzioni e la rendicontazione per le altre prestazioni sociosanitarie rese dall'ostetrica, anche nel percorso nascita nella fase prenatale-postnatale, quali ad esempio colloquio di accoglienza/orientamento, colloquio di consultazione, colloquio di sostegno, visite al domicilio, gruppi con utenti ... ;
- individuare il codice **M60** per l'esenzione durante l'assistenza in puerperio, quest'ultimo convenzionalmente inteso come il periodo che va dal momento del parto fino alle sei-otto settimane successive. L'apposizione di tale codifica sulla prescrizione comporta l'esenzione dalla partecipazione al costo, come da dgr XI/268/2018, per le seguenti prestazioni rese dall'ostetrica:
 - 89.26.8 Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita;
 - 89.26.9. Bilancio di Salute Ostetrico, controllo.

INDIRIZZO OPERATIVO dell'OBBIETTIVO SPECIFICO 3

3. Programmazione e attivazione degli esami di laboratorio e strumentali secondo quanto previsto per il controllo della gravidanza fisiologica.

3.1. Razionale scientifico

Le richieste di prestazioni di laboratorio/strumentali sono in accordo con le consolidate evidenze della sorveglianza e delle cure garantite dall'ostetrica in termini di riduzione della medicalizzazione nel percorso nascita e con adeguati e ottimali esiti materno-neonatali. Ciò comporta innegabili vantaggi anche sotto il profilo economico riducendo considerevolmente la spesa sanitaria. (Sandall et al. 2016, Tracy SK et al. 2013, Devane 2010)

3.2. Razionale organizzativo

Quanto segue per:

- offrire un percorso organizzato, coordinato e di accesso facilitato alla donna nel corso della gravidanza fisiologica;
- garantire la concreta presa in carico della donna con un decorso fisiologico del percorso nascita da parte dell'ostetrica, nel rispetto dell'appropriatezza e sicurezza.

Come già descritto nell'introduzione, il modello organizzativo di Regione Lombardia prevede un'ostetrica di riferimento, in rete con il medico specialista in ostetricia e

ginecologia, il pediatra/neonatólogo, e le altre professionalità coinvolte nel Percorso Nascita quali il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta, e altri professionisti ove necessario.

La nota del Ministero della Salute (DGPROGS 0022669-P-12/08/2014) dichiara che, mentre non si ravvisano impedimenti a dare concreta attuazione al diritto delle ostetriche all'utilizzo di ricettari privati bianchi, atteso che la legge ha riconosciuto la loro competenza professionale ad individuare le prestazioni efficaci ed appropriate alle necessità delle donne in gravidanza, la prescrizione su ricettario SSN è a cura del medico. Il DPCM 12/01/2017, art 59 comma 2 conferma che 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.

Attribuzione del ruolo applicativo di “Ostetrica” riferibile al ruolo sanitario dell'Ostetrica/o del SSR nel sistema informatico regionale

All'Ostetrica è stato assegnato uno specifico ruolo applicativo definito “Ostetrica” (codice 33) per l'accesso ai servizi del sistema informativo regionale tramite SMART CARD Operatore. Pertanto, le strutture sanitarie e sociosanitarie devono assegnare tale profilo alle Ostetriche dipendenti del SSR, entro il 01/11/2018.

FASE TRANSITORIA

Allo stato attuale, nell'obiettivo di garantire alle donne con gravidanza fisiologica l'organizzazione di tutti gli aspetti assistenziali del percorso nascita fisiologico, compresi gli accertamenti di laboratorio e strumentali da parte dell'Ostetrica di riferimento, ottemperando alla normativa vigente in tema di prescrizione e stante i ruoli/le competenze dei medici specialistici istituzionali, in questa prima fase si definiscono i seguenti indirizzi operativi:

- a) Individuazione da parte delle strutture sanitarie e sociosanitarie delle ostetriche da dedicare al percorso nascita fisiologico;
- b) in occasione del Bilancio di Salute Ostetrico, in età gestazionale in cui è prevista l'esecuzione di esami di laboratorio, l'Ostetrica accerta-documenta il decorso fisiologico della gravidanza e utilizza la modulistica allegata al presente documento (**Sub-Allegato B4**) in cui sono riportati gli accertamenti da attivare per età gestazionale specifica. Le strutture, nell'ambito della definizione dei processi interni relativi al Percorso Nascita Fisiologico a gestione ostetrica, individuano le

modalità operative e i medici/specialisti per la prescrizione degli accertamenti indicati in tale modulistica. Questa operatività, deve consentire alla donna di accedere direttamente ai laboratori/servizi delle strutture, anche attivando specifiche convenzioni;

- c) per la programmazione degli esami strumentali ecografici, se effettuati in sede o nelle strutture di afferenza, dovrà essere prevista la possibilità da parte dell'Ostetrica di fissare direttamente la data dell'esame.

FASE EVOLUTIVA

Nel contesto del modello assistenziale definito da Regione Lombardia per le donne con un percorso nascita fisiologico, sempre con l'obiettivo di rendere semplificato, agevolato e coordinato l'accesso alle cure, si prevede che la presa in carico della gestante da parte dell'Ostetrica venga supportata dalla messa a disposizione di servizi informatici, il tutto in coerenza con il modello di servizio già realizzato per il programma della presa in carico.

Considerato il ruolo dell'Ostetrica di riferimento per la donna nel percorso nascita fisiologico, la nuova codifica di "Ostetrica" sarà funzionale allo svolgimento delle attività previste nei servizi del Sistema Informativo del Welfare regionale (Percorso Nascita Fisiologico, CeDAP, etc ...).

La **soluzione informatica** prevede lo sviluppo di un modello integrato a favore della libera circolazione della donna sul territorio della regione Lombardia, basato sulla gestione informatizzata e condivisa, secondo le regole di accesso e visibilità previste dalla normativa di riferimento, dell'Agenda del Percorso Nascita e degli strumenti ad essa correlati all'interno del Fascicolo Sanitario Elettronico, garantendo lo scambio informativo tra la donna, l'ostetrica, il medico specialista in ostetricia e ginecologia, il pediatra/neonatologo, il medico di medicina generale della gestante e le altre professionalità coinvolte nel Percorso Nascita Fisiologico quali il pediatra di libera scelta e altri professionisti, ove necessari. Nel momento in cui la donna si rivolge all'Ostetrica della struttura del SSR, quest'ultima ha la responsabilità di avviare la presa in carico, sul sistema informatico, come previsto dal Piano Assistenziale Individuale.

Nel corso dei Bilanci di Salute Ostetrici, è previsto che l'Ostetrica di riferimento

- a) "attivi" le prestazioni degli esami di laboratorio e strumentali delimitate per il controllo della gravidanza fisiologica organizzate in pacchetti specifici per età gestazionale, prescritte dal medico\specialista;

b) acceda, con l'ausilio di appositi servizi, alle agende informatizzate e provveda alla prenotazione delle singole prescrizioni di laboratorio e strumentali ecografiche, presso la struttura sanitaria, sociosanitaria o presso altre strutture convenzionate.

A completamento di tale percorso informatizzato si prevede l'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico alimentato dai dati clinici del neonato nel decorso postnatale, quale strumento di condivisione dei dati secondo le regole di accesso e di trattamento dei dati. Tali modalità operative possono essere sottoposte a revisione in base all'aggiornamento della normativa, anche in tema di prescrizione, ed ai risultati dell'applicazione.

RISORSE

L'implementazione del modello della presa in carico a cura dell'Ostetrica/o nella gestione del percorso nascita fisiologico, che garantisca la continuità assistenziale ostetrica, raccomanda risorse formate e impegnate nel percorso nascita fisiologico.

AZIONI

A cura di Regione Lombardia

- viene aggiornato il Nomenclatore Tariffario Regionale;
- vengono indicati i codici di esenzione delle prestazioni di cui alla d.g.r. n.XI/268/2018;
- vanno aggiornati i verbali di Vigilanza e la checklist di valutazione dell'appropriatezza dei Consulenti che attivano il percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica;
- viene definita la fase evolutiva - informatizzato del modello di cui sopra;
- viene attivato il ruolo applicativo "Ostetrica" (codice 33) riferibile al ruolo sanitario dell'Ostetrica/o del SSR nel sistema informatico regionale;
- vengono pianificati e attivati gli eventi formativi come da Piano Formativo Regionale 2018.

A cura di ATS

- vanno individuate le strutture pubbliche e private presso le quali è attivo/viene attivato il Percorso Nascita Fisiologico a gestione ostetrica;
- verifica che le strutture presso le quali è attivo/viene attivato il percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica garantiscano le attività e i requisiti previsti dalla dgr XI/268/2018;

- vanno messo in atto le opportune azioni informative nei confronti dei soggetti coinvolti, con particolare attenzione ai MMG e PLS;

A cura di ogni singola Istituzione presso la quale è attivo/viene attivato il percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica:

- va comunicato ad ATS la presenza/attivazione del percorso nascita fisiologico di cui alla dgr XI/268/2018;
- vanno avviate e/o completate le azioni informative e formative;
- vanno organizzati e avviati percorsi - processi interni condivisi di implementazione delle Linee di indirizzo di cui alla d.g.r. XI/268/2018 e di sviluppo locale del seguente provvedimento operativo;
- vanno individuate le risorse ostetriche da dedicare al percorso nascita fisiologico;
- va avviato la profilazione delle Ostetriche, dipendenti del SSR operanti, sul sistema informativo regionale con l'assegnazione della nuova codifica applicativa entro il 01/11/2018, secondo i processi già in essere per assegnazione dei ruoli "operatori SISS";
- vanno formalizzate le modalità operative (procedure) al fine di consentire alla donna di accedere ai laboratori\servizi per l'esecuzione degli esami di laboratorio e ecografici;
- va aggiornata la scheda informativa della Carta dei Servizi e Standard di Qualità.

A livello locale, ruolo strategico riveste il Comitato Percorso Nascita locale nell'ambito della RIMI/RIMMI. Le azioni informative e formative relative al percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica di cui alla d.g.r. XI/268/2018, costituiscono il presupposto fondamentale e un impegno, sia di Regione Lombardia sia delle strutture sanitarie e sociosanitarie. Tali azioni sono altresì necessarie all'implementazione uniforme e omogenea delle linee di indirizzo.

MONITORAGGIO

A fronte degli attesi mutamenti organizzativi derivanti dalla messa a regime del modello di presa in carico del percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica, per analizzare gli effetti complessivi sul macro-sistema sociosanitario, Regione Lombardia per il tramite del Comitato Percorso Nascita regionale, nel ruolo di supportare la Direzione Generale Welfare, tiene monitorati gli indicatori presenti nella piattaforma informatica dei flussi correnti dell'Area materno infantile (cosiddetto cruscotto). Gli indicatori attuali (continuità

assistenziale territorio–ospedale, visite di controllo effettuate in gravidanza...) costituiscono i primi fattori di analisi; contestualmente vengono implementati ulteriori indicatori di percorso, processo e outcome che possono condurre miglioramenti misurabili e ampliare il sistema di monitoraggio già in essere.

La raccolta e l'analisi dei dati rappresentano un processo da promuovere. In particolare, il CeDAP rappresenta una fonte omogenea a livello nazionale e anche un'importante fonte di informazioni a livello regionale sia ai fini statistici sia per supportare le politiche di sanità pubblica; esso fornisce dati sia di carattere sanitario ed epidemiologico che di carattere demografico e socio-economico. Così come previsto dal D.M. 349/2001 e circolari successive che definiscono i criteri generali e il tracciato record nazionale, Regione Lombardia ha integrato nel 2016 il tracciato CeDAP (skin-to-skin, presenza dell'ostetrica in modo continuativo one-to-one a travaglio attivo ...), lo amplia nel corso dell'anno attuale (incontri di accompagnamento alla nascita, acido folico, ...) e altre integrazioni seguiranno. La possibilità di disporre di informazioni analitiche, integrabili con altre rilevazioni correnti (in particolare con il flusso informativo delle SDO, il flusso 28/SAN, flussi consultoriali ...) consente a Regione Lombardia di ricomporre il percorso nascita e l'area materno-infantile in genere. Il Comitato Percorso Nascita regionale, infine, nel ruolo di supportare e coadiuvare la Direzione Generale Welfare, può proporre ed individuare nelle diverse famiglie di indicatori definiti con la d.g.r. n. X/6551/2017 afferenti, le seguenti principali dimensioni di analisi:

1. *Indicatori descrittivi*: utili a contestualizzare il fenomeno ed a fornire una corretta interpretazione delle informazioni fornite dagli indicatori seguenti;
2. *Indicatori di processo (appropriatezza, efficacia, efficienza)*: finalizzati a valutare, a livello singolo e aggregato, l'andamento reale dei vari percorsi di presa in carico, lo scostamento degli stessi dai valori attesi e supportare nell'identificazione delle cause di tali scostamenti;
3. *Indicatori di risultato (di esito, economici)*: utili a misurare e valutare gli effetti e gli impatti del nuovo modello rispetto alla dimensione di salute ed economica.
4. *Indicatori di customer satisfaction*: utili a misurare i benefici percepiti dai singoli o da gruppi significativi della popolazione.

Nell'ottica di superare il mero dato statistico del numero di parti con la qualità realmente espressa dai servizi, il monitoraggio e la valutazione del percorso nascita e dell'area materno-infantile in genere, afferiscono localmente alla struttura socio-sanitaria sede del punto nascita e/o delle attività consultoriali e/o ambulatori specialistici. Ruolo strategico riveste il Comitato Percorso Nascita locale nell'ambito della RIMI/RIMMI.

ULTERIORI DISPOSIZIONI

Le modalità operative descritte nel seguente provvedimento sono sottoposte a monitoraggio e a periodiche revisioni in base ai risultati dell'applicazione della d.g.r. XI/268 del 28 giugno 2018, alla disponibilità di nuove evidenze e alla normativa vigente.

Ulteriori indirizzi operativi di cui allegato 2) della dgr n. XI/268/2018 relativi al "basso rischio ostetrico" nei luoghi perinatali, saranno emanati con note successive.

Abbreviazioni

CeDAP	Certificato di Assistenza al Parto
CPNn	Comitato Percorso Nascita nazionale
CPNr	Comitato Percorso Nascita regionale
CPNI	Comitato Percorso Nascita locale
RIMI	Rete Interaziendale Materno Infantile
RIMMI	Rete interaziendale Milano Materno Infantile
SDO	Schede di Dimissione Ospedaliera
STAM	Sistemi di Trasporto Assistito Materno
STEN	Sistema di Trasporto Emergenza Neonatale
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund

Riferimenti bibliografici

AA Midwifery Series (2014) The Lancet <http://www.thelancet.com/series/midwifery>

American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn and American College of Obstetricians and Gynecologists (2017) Committee on Obstetric Practice. Guidelines for Perinatal Care, 8th, Kilpatrick SJ, Papile L (Eds)

American College of Obstetricians and Gynecologists –ACOG- (2018). Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol.* 2018;131(5):e140.

American College of Obstetricians and Gynecologists -ACOG-(2010). Committee on Obstetric Practice. Screening for depression during and after pregnancy. Committee opinion no. 453. *Obstet Gynecol* 2010;115(2 pt 1):394-95.

Avellar SA, Supplee LH (2013) Effectiveness of Home visiting in Improving Child Health and reducing Child maltreatment, *Pediatrics*, Supplement 2, pS90-S99.

Australian Government Department of Health AGDH (2018) Clinical practice guidelines on pregnancy care

Cattaneo A, Davanzo R, Ronfani L. (2000) Are data on the prevalence and duration of breastfeeding reliable? The case of Italy. *Acta Paediatr* 2000;89:88-93.

Cartabellotta A, Laganà AS, D'Amico V. et al (2015) Linee guida per la salute mentale della donna in gravidanza e dopo il parto. *Evidence* 2015;7(8): e1000117.

Campi R, Bonati M, Federico P, Nastasi M. (2017) La nascita in Lombardia al 2005 al 2014. I dati del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) *R&P* 33;54-62

Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita – Anno 2013 -

Davanzo R, Maffei C, Silano M, Bertino E, Agostoni C, Cazzato T, Tonetto P, Staiano A, Vitiello R, Natale F. (2015) Allattamento al seno e uso latte materno/umano. Position Statement (SIP, SIN, SiCuPP, SIGENP e TAS)

Devane D, Brennan M., Begley C, Clarke C, Walsh D, Sandall J, Ryan P, Revill P, Normand C. (2010) Socioeconomic Value of the Midwife. A systematic review, meta-analysis, meta-synthesis and economic analysis of midwife-led models of care. *RCM.*

Grandolfo M, Lauria L., Lamberti A. (2010) Il percorso nascita nella prospettiva del Progetto Obiettivo Materno Infantile.

Horton R, Astudillo O. (2014) The power of midwifery. *The Lancet.* 2014; 384; 9948; 1075–1076

Homer CS et al. (2014) The projected effect of scaling up midwifery *The Lancet* 2014;384:1146-57.

Hoope-Bender et al. (2014) Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet* 2014;384:1226-35 The State of the World's Midwifery 2014 (UNFPA, ICM, WHO 2014).

Istituto Superiore Sanità (2010) Guida alla diagnosi dello Spettro dei disordini Feto – Alcolici.

Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. (2013) Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013

Lauria L, Lamberti A, Buoncristiano M, Bonciani M, Andreozzi S. (2012) Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2012 (Rapporti ISTISAN 12/39).

Lacasse a, Rey E, Ferreira E, Morin C, Berard A. (2008) Validity of a modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUQE) scoring index to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2008, n°198, 71.e1-71.e7.

Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RM, Dowswell T. (2013) Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013

Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, Diaz V, Geller S, Hanson C, Langer A, Manuelli V. (2016) Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), pp.2176-2192<tel:2176-2192

Ministero della Salute Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione. (2018) UFFICIO 5 – NUTRIZIONE E INFORMAZIONE AI CONSUMATORI. Position statement sull'uso di farmaci da parte della donna che allatta al seno . TAVOLO TECNICO OPERATIVO INTERDISCIPLINARE PER LA PROMOZIONE DELL'ALLATTAMENTO AL SENO (TAS); TAVOLO TECNICO PER LA VALUTAZIONE DELLE PROBLEMATICHE RELATIVE ALL'ALLATTAMENTO AL SENO E LA CONTESTUALE NECESSITÀ DI TRATTAMENTO CON FARMACI (TASF)

Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria. Vaccinazioni raccomandate per le donne in età fertile e in gravidanza (0023831 -07/08/2018-DGPRE)

Ministero della Salute, Agenzia Nazionale per i servizi Sanitari Regionali (AGE.NA.S), (2017) Programma Nazionale Esiti –PNE edizione 2017.

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (up-to-date 2017) Antenatal Care for uncomplicated pregnancies

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2014, 2017) Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [www.nice.org.uk/guidance/cg192]

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2008) Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman.

Serie Ordinaria n. 41 - Martedì 09 ottobre 2018

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2013, last updated 2015) Postnatal care. Quality standard [www.nice.org.uk/guidance/qs37]

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2015) Postnatal care up to 8 weeks after birth [www.nice.org.uk/guidance/cg37]

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2016) Antenatal and postnatal mental health. Quality Standard [www.nice.org.uk/guidance/qs115]

National Collaboration Centre for Mental Health (NCC-MH) 2014 Antenatal and postnatal mental health. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists,

Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NG, et al. (2014) Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384, Issue 9948, 1129-45 ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3))

"[...] Midwifery was associated with improved efficient use of resources and outcomes when provided by midwives who were educated, trained, licensed, and regulated, and midwives were most effective when integrated into the health system in the context of effective teamwork, referral mechanism and sufficient resources [...]".

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Anaesthetists, Royal College of Paediatrics and Child Health (2007). Safer Childbirth. Minimum Standards for the organisation and Delivery of care in Labour <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/wprsaferchildbirthreport2007.pdf>

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, (2015) Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Guideline No. 37a

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. (2013) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub3.

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. (2016) Midwifery-led continuity models of care compared with other models of care for women during pregnancy, birth and early parenting, *Cochrane Database of Systematic Reviews*

Sandall J, Devane D, Soltani H, Hatem M, Gates S. (2010) Improving Quality and Safety in Maternity Care: The Contribution of Midwife-Led Care. *Journal of Midwifery & Women's Health*. doi:10.1016/j.jmwh.2010.02.002.

Shaw D, Guise J, Shah N, Others L, Others M, Others A, et al. (2016) Drivers of maternity care in high income countries: can health systems support woman-centred care? *Lancet [Internet]*. 2016; 388 (10057):2282-95. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31527-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31527-6) PMID: 27642026

Save The Children Federation (2004) Care of the Newborn. Reference Manual

SNLG-ISS. Gravidanza fisiologica. Linea guida 20 (2010, aggiornamento 2011)

Stewart DE, Vigod S (2016) Postpartum Depression, *The New England Journal of Medicine* 2016;375:2177-86

The Lancet (2016) "Series Midwifery" [<http://www.thelancet.com/series/midwifery>]

Tracy SK, Hartz Donna L, Tracy MB, Allen J, Forti A, Bev Hall, White J, Lainchbury A, Stapleton H, Beckmann M, Bisits A, Homer C, Foureux M, Welsh A, Kildea S. (2013) Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *The Lancet* 2013;382:1723-1732 doi:10.1016/S0140-6736(13)61406-3

Tunçalp O, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. (2015) Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *BJOG*; 2015; 122; 8; 1045–1049. doi: 10.1111/ 1471-0528.13451 PMID: 25929823

Whooley MA, et al. (1997) Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med*; 12(7):439-45.

World Health Organization - UNICEF (2018) Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE

World Health Organization (2018) Intrapartum care for a positive childbirth experience

World Health Organization (2017) Recommendations on Newborn Health

World Health Organization (2017) Recommendations on Maternal Health [accesso giugno 2018; URL http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259268/WHO-MCA-17.10-eng.pdf?jsessionid=2E39F195D2888AB073A22DCD93CDB050?sequence=1&TSPD_101_R0=adf8fc0376a527bd1bdf5e82d2cb43d3x2G0000000000000002335ba35effff000000000000000000000005b73e64000b1a2a366

World Health Organization (2016) Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience

World Health Organization (2015) Pregnancy, Childbirth, Postpartum and newborn care: A guide for essential practice

World Health Organization (2015) Thinking Healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression

World Health Organization (2013) Recommendations on postnatal care of the mother and newborn

World Health Organization Europe (2009) European strategic approach for making pregnancy safer

World Health Organization (2010) Who Technical Consultation on Postpartum and Postnatal care

World Health Organization (2009) Home visits for the newborn child. A strategy to improve survival

World Health Organization (2006) Health Evidence Network

World Health Organization (1996) Care in Normal Birth: A Practical Guide

World Health Organization (1991) Division of diarrhoeal and acute respiratory disease control. Indicators for assessing breastfeeding practices WHO/CDD/SER/91.14.

Queensland Clinical Guidelines Maternity and Neonatal Clinical Guidelines [<https://www.health.qld.gov.au/qcg/publications>]

United Nations. Millennium Development Goals. [<http://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml>]

UNICEF Checklist prenatale http://www.unicef.it/Allegati/Guida_applicazione_dei_Passi_ed2016_19mag17.pdf

UNICEF Checklist postnatale http://www.unicef.it/Allegati/Guida_applicazione_dei_Passi_ed2016_19mag17.pdf

Anno 2018

Agenda del Percorso Nascita



Numeri utili

- Call center Prenotazioni e Informazioni sanitarie, numero gratuito da rete fissa **800.638.638**, oppure **02.99.95.99** da rete mobile, a pagamento al costo previsto dal proprio piano tariffario.
- Numero Verde Centro Antiveleni e Tossicologia. Farmaci in gravidanza e in Allattamento **800.883.300**
- Numero Unico di Emergenza **112**
- Numero Anti Violenza e Antistalking **1522**
- Numero di pubblica utilità **1500** - Vaccinazioni

Per informazioni

www.regione.lombardia.it

INDICE

Informativa e consenso al trattamento dei dati personali

Contatti

Introduzione

Informazioni per la donna

Dati socio-anagrafici della donna

Modulo 1: Accoglienza e scelta modello assistenziale

- Colloquio di accoglienza e orientamento
- Criteri per l'attribuzione del Modello Assistenziale Ostetrico
- Piano Assistenziale Individuale (PAI)
- Calendario degli incontri
- Calendario degli esami
- Calendario dei colloqui/counselling Informativi
- Check list prenatale – Alimentazione infantile

Modulo 2: Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita (prenatale)

- Accertamento stato di salute della famiglia, della madre e del padre
- Informazioni relative al padre del bambino
- Accertamento ostetrico della donna
- Percorso Nascita

Annotazioni e diario della donna in gravidanza

Modulo 3: Bilancio di Salute Ostetrico, controllo (prenatale)

- Grafico Sinfisi-Fondo
- Diario Ostetrico, prenatale
- Incontri e cure prenatali addizionali

Modulo 4: Bilancio di Salute Ostetrico, postnatale

- (incontri/colloqui/visite al domicilio, dopo il parto)
- Storia del parto
- Checklist postnatale – Informazioni per le madri che allattano
- Incontro/Colloquio/Visita
- Diario Ostetrico, postnatale
- Curve di crescita per bambini di sesso maschile da 0 a 6 mesi
- Curve di crescita per bambini di sesso femminile da 0 a 6 mesi

Annotazioni e diario della donna dopo la nascita del bambino

Acronimi e abbreviazioni

Allegati

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(D.Lgs. n.196 del 30 Giugno 2003, GDPR n.679/2016)

Gentile Signora,

desideriamo informarla che ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e dell'applicazione del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR – *General Data Protection Regulation*) sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, garantendo la Sua riservatezza e i Suoi diritti. In particolare, i dati sensibili, idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato. In questo caso i dati saranno raccolti e registrati con lo scopo di svolgere le prestazioni professionali richieste nel Percorso Nascita e a scopi statistici ed epidemiologici, tutelando la Sua dignità, riservatezza, identità personale e i Suoi diritti.

Qualifica

Firma

Consenso dell'interessata

Io sottoscritta

.....,
preso atto della presente informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'applicazione del Regolamento UE n. 679/2016, esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali per gli scopi indicati nell'informativa.

Data:././_____

Firma

CONTATTI

Ostetrica di riferimento	Data: ____/____/____
Cognome Nome	
Struttura:	
Telefono: E-mail:	

Ostetrica di riferimento	Data: ____/____/____
Cognome Nome	
Struttura:	
Telefono: E-mail:	

Medico Specialista in Ostetricia e Ginecologia	Data: ____/____/____
Cognome Nome	
Struttura:	
Telefono: E-mail:	

Medico di Medicina Generale	Data: ____/____/____
Cognome Nome	
.....	
Telefono: E-mail:	

.....	Data: ____/____/____
Cognome Nome	
Struttura:	
Telefono: E-mail:	

Per saperne di più

- www.salute.gov.it
- www.ministerosalute.it
- www.regione.lombardia.it
- www.iss.it
- www.unicef.it
- www.pensiamociprima.it
- www.genitoripiu.it
- www.epicentro.iss.it/passi/indicatori/alc01.asp
- www.promozionesalute.regione.lombardia.it
- www.epicentro.iss.it/index/SaluteMaternoInfantile.asp
- www.salute.gov.it/portale/donna/homeDonna.jsp
- www.who.int/

Parole chiave:

salute donna, salute bambino, gravidanza, percorso nascita fisiologico, allattamento, stili vita sani, promozione salute.

INTRODUZIONE

L'**Agenda del Percorso Nascita** è uno strumento pensato e realizzato per documentare e accompagnare la donna lungo il percorso della gravidanza e del dopo parto inteso come processo normale e non di malattia, per far vivere l'esperienza in piena consapevolezza e determinazione. La gravidanza, il parto e il puerperio sono momenti centrali e rilevanti per la donna e per la famiglia. La maggior parte delle donne in età fertile sono sane e hanno buone ragioni per aspettarsi una gravidanza normale e la nascita di un neonato sano. L'Agenda viene consegnata alla donna; Lei può annotare i dubbi, i desideri e le domande da rivolgere all'ostetrica e a tutti i professionisti che incontra lungo il percorso. Nello stesso modo, l'ostetrica e i professionisti annotano tutto ciò che Lei propongono (per esempio esami del sangue, ecografie ecc.), dandole tutte le informazioni necessarie. Alla donna è chiesto di conservarla con cura e di presentarla ad ogni consultazione in modo tale che sia costantemente aggiornata e in grado di attestare l'assistenza fornita. Dal punto di vista clinico-assistenziale il percorso nascita documentato nell'Agenda consiste in una serie di incontri, controlli e colloqui (bilanci di salute ostetrici), sia durante la gravidanza sia durante il puerperio, utili ad ascoltare le richieste della donna e a confermare lo stato di salute suo e quello del bambino. Durante il travaglio ed il parto, la donna verrà presa in carico dai professionisti del luogo in cui ha scelto di partorire.

INFORMAZIONI PER LA DONNA

Che cosa il Sistema Socio Sanitario di Regione Lombardia Le propone

Il Sistema Socio Sanitario di Regione Lombardia Le propone un'Ostetrica di riferimento, in rete con il Medico specialista in ostetricia e ginecologia, il pediatra e le altre professionalità coinvolte nel Percorso Nascita quali ad esempio il Medico di medicina generale, il Pediatra di libera scelta e altri professionisti, ove necessario.

Dalla letteratura proviene l'indicazione all'assistenza alla donna con decorso fisiologico della gravidanza e parto da parte dell'ostetrica quale modalità associata ad esiti adeguati di salute materni e neonatali, con una riduzione degli interventi (come parti operativi, episiotomia) e ad una maggiore soddisfazione materna. Esistono condizioni che deviano dalla normalità o fisiologia (come diabete, ipertensione, altre malattie o altro); in questi casi il Medico specialista in Ostetricia e Ginecologia Le propone degli approfondimenti e delle cure in più (addizionali) rispetto a quelle offerte ad una donna che sta bene.

Nel periodo che intercorre tra il momento in cui Lei e il suo partner desiderate un figlio nell'immediato futuro (definito periodo pre-concezionale), Regione Lombardia garantisce incontri di accoglienza / orientamento, gratuiti e ad accesso libero. Gli interventi preventivi proposti ed attuati in questo periodo non possono garantire con sicurezza la nascita di un bambino perfettamente sano, ma hanno l'obiettivo di sostenere quanto di buono già Lei fa, di promuovere stili di vita sani e di ridurre i rischi di alcune malattie.

Primo incontro in gravidanza.

Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita (prenatale, inizio gravidanza)

Il primo incontro in gravidanza, idealmente entro le 10 settimane di gravidanza, permette a Lei di esprimere richieste e all'ostetrica di porre alcune prime domande relative alla sua salute attuale, alla sua salute passata e alla salute dei suoi familiari. Se ha già avuto figli, Le saranno rivolte domande anche sulle precedenti gravidanze. Le domande hanno lo scopo di definire se la sua gravidanza è fisiologica (normale), o se presenta elementi di attenzione che richiedono cure addizionali rispetto a quelle offerte ad una donna che sta bene. Una donna sana, che non ha malattie e che non usa

farmaci, ha un'elevata probabilità di avere una gravidanza normale; in questo caso Le viene presentato un percorso assistenziale con presa in carico da parte di un'ostetrica di riferimento.

Una donna che presenta patologie come diabete o pressione alta, che è in terapia con farmaci o che, durante la gravidanza, manifesti disturbi o sintomi che deviano dalla fisiologia, sarà presa in carico da parte di un Medico specialista ostetrico-ginecologo in collaborazione con l'Ostetrica.

Durante questo primo incontro, pertanto, Le saranno proposti il percorso di assistenza più adeguato (Piano Assistenziale Individuale), un calendario di incontri, alcuni esami del sangue e delle urine. Inoltre, potrà discutere di alcuni temi di salute importanti: ad esempio assumere acido folico, mantenere attività fisica e adeguata alimentazione, astenersi dal fumo e dall'alcol, ed altro ancora. Al termine dell'incontro Le sarà indicato a chi rivolgersi in caso di necessità e verrà fissato l'appuntamento per il bilancio di salute ostetrico successivo.

Bilanci di Salute Ostetrici, controllo (prenatale, in gravidanza)

Negli incontri prenatali definiti Bilanci di Salute Ostetrici - ma anche negli incontri di sostegno e nei colloqui di consultazione - La invitiamo a formulare qualsiasi domanda e ad esprimere qualsiasi dubbio o timore affinché Lei possa trovare risposte. In un decorso normale della gravidanza, l'ostetrica accerterà il suo benessere fisico ed emotivo, il benessere del suo bambino, discuterete degli stili di vita sani da mantenere in gravidanza, e Le descriverà il percorso assistenziale più appropriato per il suo stato di salute. Nel Calendario dei colloqui informativi sono elencati alcuni argomenti da affrontare in gravidanza e dopo il parto. Le raccomandazioni in una gravidanza fisiologica prevedono l'effettuazione di alcuni esami di laboratorio e l'esecuzione di ecografie:

- la prima, da fare entro i primi mesi;
- la seconda, definita ecografia morfologica, si svolge al 5° mese.

Di norma, a partire dalla 24 settimana (6° mese) fino al termine della gravidanza, l'Ostetrica controllerà la crescita del suo bambino grazie alla misurazione della distanza tra la sinfisi pubica e il fondo dell'utero attraverso un centimetro da sarta.

Le offrirà informazioni sugli incontri di accompagnamento alla nascita (training prenatale) e sull'alimentazione del neonato nei primi mesi di vita.

Nell'ultimo periodo della gravidanza, Lei potrà confrontarsi con l'ostetrica rispetto al luogo in cui partorire e alle possibili scelte per la nascita e il dopo-parto, aiutandola a superare i suoi timori.

Le verrà offerto un controllo presso il luogo dove Lei ha scelto di partorire.

Bilanci di Salute Ostetrici, postnatale (dopo il parto)

Gli incontri dopo il parto prevedono dei colloqui, delle visite con l'Ostetrica presso la struttura o, se necessario, anche a domicilio. Anche in questi incontri, La invitiamo a formulare qualsiasi domanda e ad esprimere qualsiasi dubbio o timore affinché Lei e il papà del bambino possiate affrontare con serenità il vostro ruolo genitoriale.

Poiché la **soddisfazione materna**, ovvero la percezione positiva della donna della propria esperienza durante la gravidanza, il parto e il periodo successivo, è altresì determinante per la salute La invitiamo ad annotare il suo vissuto ed ad esprimerlo ai sanitari.

Il sistema Socio Sanitario di Regione Lombardia ne terrà conto.

DATI SOCIO-ANAGRAFICI DELLA DONNA

Cognome _____ Nome _____ Età _____

Luogo di Nascita _____ Provincia _____ Nazione _____ Data di nascita ____/____/____

Cittadinanza _____ Codice Fiscale _____

Comune di Residenza _____ Indirizzo _____ Prov (____)

Domicilio (se diverso da Residenza) _____

Telefono _____ e-mail _____

Lingua parlata _____ Richiesta interprete/mediatore culturale [NO] [SI]

Codice Straniero Temporaneamente Presente (S.T.P.) _____ Data rilascio ____/____/____

INFORMAZIONI ATTIVITA' LAVORATIVA (da CeDAP)					
CONDIZIONE PROFESSIONALE		POSIZIONE NELLA PROFESSIONE		RAMO DELL'ATTIVITA' ECONOMICA	
<input type="checkbox"/> Occupata		<input type="checkbox"/> Imprenditrice o Libera professionista		<input type="checkbox"/> Agricoltura, caccia, pesca	
<input type="checkbox"/> Disoccupata		<input type="checkbox"/> altro. Lavoratrice autonoma		<input type="checkbox"/> Industria	
<input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione		<input type="checkbox"/> Lavoro dipendente: Dirigente o direttivo		<input type="checkbox"/> commercio / Pubblici servizi / alberghi	
<input type="checkbox"/> Studentessa		<input type="checkbox"/> Lavoro dipendente: Impiegata		<input type="checkbox"/> Pubblica amministrazione	
<input type="checkbox"/> Casalinga		<input type="checkbox"/> Lavoro dipendente: Operaia		<input type="checkbox"/> Altri servizi privati	
<input type="checkbox"/> Ritirata dal lavoro		<input type="checkbox"/> altro (apprendista, a domicilio, ...)			
<input type="checkbox"/> Altra condizione					
TITOLO DI STUDIO					
<input type="checkbox"/> Laurea/ Diploma universitario	<input type="checkbox"/> Scuola Secondaria II grado (superiore)	<input type="checkbox"/> Scuola Secondaria I grado (media)	<input type="checkbox"/> Scuola Primaria	<input type="checkbox"/> Nessun titolo	<input type="checkbox"/> Altro
STATO CIVILE					
<input type="checkbox"/> Nubile	<input type="checkbox"/> Separata	<input type="checkbox"/> Divorziata	<input type="checkbox"/> Vedova	<input type="checkbox"/> Coniugata Data matrimonio / /	<input type="checkbox"/> non dichiarato

Dati* relativi al PADRE del bambino

Cittadinanza _____ Telefono _____

Comune di Residenza _____ Indirizzo _____ Prov (____)

INFORMAZIONI ATTIVITA' LAVORATIVA (da CeDAP)					
CONDIZIONE PROFESSIONALE		POSIZIONE NELLA PROFESSIONE		RAMO DELL'ATTIVITA' ECONOMICA	
<input type="checkbox"/> Occupato		<input type="checkbox"/> Imprenditore o Libero professionista		<input type="checkbox"/> Agricoltura, caccia, pesca	
<input type="checkbox"/> Disoccupato		<input type="checkbox"/> altro. Lavoratore autonomo		<input type="checkbox"/> Industria	
<input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione		<input type="checkbox"/> Lavoro dipendente: Dirigente o direttivo		<input type="checkbox"/> commercio / Pubblici servizi / alberghi	
<input type="checkbox"/> Studente		<input type="checkbox"/> Lavoro dipendente: Impiegato		<input type="checkbox"/> Pubblica amministrazione	
<input type="checkbox"/> Ritirato dal lavoro		<input type="checkbox"/> Lavoro dipendente: Operaio		<input type="checkbox"/> Altri servizi privati	
<input type="checkbox"/> Altra condizione		<input type="checkbox"/> altro lavoro dipendente (apprendista, a domicilio, ...)			
TITOLO DI STUDIO					
<input type="checkbox"/> Laurea/ Diploma universitario	<input type="checkbox"/> Scuola Secondaria II grado (superiore)	<input type="checkbox"/> Scuola Secondaria I grado (media)	<input type="checkbox"/> Scuola Primaria	<input type="checkbox"/> Nessun titolo	<input type="checkbox"/> Altro
STATO CIVILE					
<input type="checkbox"/> Celibe	<input type="checkbox"/> Separato	<input type="checkbox"/> Divorziato	<input type="checkbox"/> Vedovo	<input type="checkbox"/> Coniugato	<input type="checkbox"/> non dichiarato

* da non compilare qualora si ritenga di non fornire i dati socio anagrafici

Criteri per attribuzione del Modello Assistenziale Ostetrico			
STORIA OSTETRICA	SI	NO	NOTE
Morte endouterina fetale o morte neonatale precedente			
3 o più aborti spontanei consecutivi *			
Peso neonatale al parto < 2500 g			
Peso neonatale al parto > 4500 g			
Ultima gravidanza: ricovero in ospedale per ipertensione o pre-eclampsia/eclampsia			
Chirurgia pregressa all'apparato riproduttivo *			
GRAVIDANZA ATTUALE			
Diagnosi o sospetta presenza di gravidanza multipla			
Età < 16 anni			
Età > 40 anni			
Isoimmunizzazione Rh nella gravidanza attuale o nella precedente			
Sanguinamento vaginale			
Massa pelvica			
Pressione arteriosa diastolica \geq 90 mm Hg al primo incontro			
SALUTE GENERALE			
Diabete mellito insulino-dipendente			
Patologie renali			
Patologie cardiache			
Abuso di sostanze stupefacenti o di alcol			
Altre malattie o condizioni severe (ad esempio IMC \geq 35)			

(WHO 2002, modificato)

(*) criterio che consente di offrire alle donne il Modello assistenziale ostetrico basato sulla presa in carico in autonomia da parte dell'Ostetrica avvalendosi, se necessario, di consulenza di Medici specialisti in Ostetricia e Ginecologia e/o di altri Specialisti.

Criteri per individuare le donne che richiedono supporto ostetrico e/o sociale e counselling ostetrico informativo addizionale (NICE, 2010, 2014)

- Abuso di sostanze
- Stato di povertà
- Donne recentemente immigrate/esiliate/rifugiate
- Vittime di abuso domestico
- Donne senza dimora
- Difficoltà nel parlare o comprendere la lingua italiana
- Età inferiore a 20 anni
- Note

Piano Assistenziale Individuale (PAI)
<input type="checkbox"/> Assenza di criteri o presenza di (*): Modello assistenziale ostetrico basato sulla presa in carico in autonomia da parte dell'Ostetrica/o.
<input type="checkbox"/> Presenza di uno o più criteri: Modello assistenziale ostetrico basato sulla presa in carico da parte del Medico specialista in Ostetricia e Ginecologia che individua le cure e le prestazioni addizionali, in collaborazione con l'Ostetrica.

Firma della Donna _____

Firma e qualifica _____

Calendario degli incontri			
INCONTRI in base all'ultima mestruazione	DATA, ORA,	LUOGO	Indicare le PRESTAZIONI
Prima del concepimento			
Entro 10 settimane gestazionali o comunque al primo accesso			
Tra 11 settimane ^{+0g} e 13 settimane ^{+6 gg}			
Tra 14 e 18 ⁺⁶ settimane gestazionali			
Tra 19 settimane ⁺⁰ e 21 settimane ⁺⁰			
Di norma, dalla 20 settimana di gestazione			
Tra 19 e 23 ⁺⁶ settimane gestazionali			
Tra 24 e 27 ⁺⁶ settimane gestazionali			
Tra 28 e 32 ⁺⁶ settimane gestazionali			

Tra 33 e 37 ⁺⁶ settimane gestazionali			
Dalla 38 settimana gestazionale		PRESSO PUNTO NASCITA SCELTO	
Dalla 41 settimana gestazionale		PRESSO PUNTO NASCITA SCELTO	
INCONTRI \ ACCESSI dopo il parto	DATA, ORA	LUOGO	Indicare le PRESTAZIONI
Entro giorni dal parto			
Entro ... giorni dal parto			
Entro 6-8 settimane dal parto			
<p>Considerare le seguenti prestazioni: COLLOQUIO DI ACCOGLIENZA/ORIENTAMENTO COLLOQUIO DI CONSULTAZIONE COLLOQUIO DI SOSTEGNO BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO, PRIMA VISITA BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO, CONTROLLO PRIMA VISITA OSTETRICA VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO ECOGRAFIA OSTETRICA TRAINING PRENATALE INCONTRI DI GRUPPO CON UTENTI (gravidanza /percorso nascita /allattamento) INCONTRI DI GRUPPO CON UTENTI (sostegno genitorialità) INCONTRI DI GRUPPO CON UTENTI INCONTRI DI GRUPPO DI AUTO MUTUO-AIUTO VISITA AL DOMICILIO PRIMA VISITA GINECOLOGICA VISITA GINECOLOGICA CONTROLLO</p> <p>Considerare LE VACCINAZIONI RACCOMANDATE dTpa DALLA 28 SETTIMANA DI GRAVIDANZA E ANTINFLUENZALE ALL'INIZIO DELLA STAGIONE EPIDEMICA.</p>			

Serie Ordinaria n. 41 - Martedì 09 ottobre 2018

Calendario degli esami						
Epoca gestazionale	Preconcepimento 0 < 13 ⁺⁶	14-18 ⁺⁶	19-23 ⁺⁶	24-27 ⁺⁶	28-32 ⁺⁶	33-37 ⁺⁶
Data/ EG						
Gruppo AB0, Rh(D)	<input type="checkbox"/>					
Anticorpi anti eritrociti Coombs Indiretto	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Emocromo GR x 10 ¹² /l	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GB x 10 ⁹ /l	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hb g\dl	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCHC	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCV x 10 ⁹ /l	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HCT	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLT	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hb-Emoglobine (HbA2, HbF, Hb Anomale)	<input type="checkbox"/>					
Glucosio	<input type="checkbox"/>					
Urine Esame completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinocoltura	<input type="checkbox"/>					
HIV 1-2	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
HBV						<input type="checkbox"/>
TPHA VDRL	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Virus Rosolia IgG/ IgM * ripetere in caso di negatività entro la 17 settimana	<input type="checkbox"/> IMMUNE ○ SI ○ NO	<input type="checkbox"/>				
Toxoplasma IgG/IgM * ripetere in caso di negatività	<input type="checkbox"/> IMMUNE ○ SI ○ NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Epoca gestazionale	Preconcepimento 0 < 13 ⁺⁶	14-18 ⁺⁶	19-23 ⁺⁶	24-27 ⁺⁶	28-32 ⁺⁶	33-37 ⁺⁶
Data, EG						
Tampone GBS vagino-rettale						<input type="checkbox"/> Raccomandato a 36-37 settimane
Firma e qualifica						

Epoca gestazionale	0 < 13 ⁺⁶	14-18 ⁺⁶	19-23 ⁺⁶	24-27 ⁺⁶	28-32 ⁺⁶	33-37 ⁺⁶
Data, EG						
Screening diabete Glucosio basale e seriale. OGIT 75 g		<input type="checkbox"/> Raccomandato a 16-18 settimane presenza di fattori di rischio		<input type="checkbox"/> Raccomandato a 24-28 settimane presenza di fattori di rischio		
				#		
Esame colturale dell'urina in caso di batteriuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIRUS EPATITE C	<input type="checkbox"/> presenza di fattori di rischio					#
CHLAMYDIA TRACHOMATIS	<input type="checkbox"/> presenza di fattori di rischio					
NEISSERIA GONORRHOEAE	<input type="checkbox"/> presenza di fattori di rischio					
Firma e qualifica						

Note alla Tabella del Calendario degli esami

La tabella serve per contrassegnare la data, l'epoca gestazionale e la prestazione effettuata. Qualora si decida di riportare in via eccezionale qualche valore, il dato trascritto va firmato. I referti possono essere allegati all'Agenda del Percorso Nascita.

Le caselle BIANCHE con il simbolo indicano le settimane in cui l'esecuzione della prestazione è raccomandata, fatto salvo non sia stata eseguita in precedenza. Di converso, le caselle GRIGIE indicano le settimane in cui l'esecuzione della prestazione non è prevista, fatto salvo prescrizioni addizionali al caso concreto. La casella che riporta il simbolo # indica che la prestazione è inclusa nel DM 10/09/1998

Esami ecografici

Epoca gestazionale	primo trimestre	tra 19 ⁺⁰ e 21 ⁺⁰	tra 28 ⁺⁰ e 32 ⁺⁶	dalla 41 ⁺⁰	NOTE
Data, EG					
ECOGRAFIA OSTETRICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
ECOGRAFIA OSTETRICA			*		Il simbolo * indica l'esecuzione in caso di sospetta patologia fetale e/o annessiale o materna (DPCM 12/01/2017). Il simbolo # indica che la prestazione è inclusa nel DM 10/09/1998
			#		

Screening e diagnosi prenatale

			DATA	EG	NOTE
SCREENING	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> R- HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A incluso a CONSULENZA PRE E POST TEST COMBINATO associato a <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE (tra 11 ⁺⁰ e 13 ⁺⁶)			
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> (ALTRO)			
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> (ALTRO)			
DIAGNOSI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Villocentesi <input type="checkbox"/> Amniocentesi <input type="checkbox"/>			

Calendario dei colloqui \ counselling informativi				
Indicazione		Periodo raccomandato	Data	Firma
<input type="checkbox"/>	ACIDO FOLICO	pre-concezionale I Trimestre		
<input type="checkbox"/>	FUMO E ALCOL	pre-concezionale I Trimestre		
<input type="checkbox"/>	ALIMENTAZIONE	pre-concezionale I Trimestre		
<input type="checkbox"/>	ATTIVITÀ FISICA	pre-concezionale I-II Trimestre postnatale		
<input type="checkbox"/>	STILE DI VITA SANO IN GRAVIDANZA	pre-concezionale I-II-III Trimestre		
<input type="checkbox"/>	SCREENING, DIAGNOSI PRENATALE	pre-concezionale I Trimestre		
<input type="checkbox"/>	TUTELA LAVORATIVA	pre-concezionale I Trimestre		
<input type="checkbox"/>	VIOLENZA DOMESTICA	pre-concezionale I, II, III Trimestre postnatale		
<input type="checkbox"/>	SICUREZZA della Donna IN AUTO	II Trimestre		
<input type="checkbox"/>	MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI	pre-concezionale II Trimestre		
<input type="checkbox"/>	INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA	II Trimestre		
<input type="checkbox"/>	VACCINAZIONI	pre-concezionale, pre e postnatale		
<input type="checkbox"/>	ALIMENTAZIONE INFANTILE – ALLATTAMENTO - (Checklist prenatale Oms – Unicef)	prenatale		
<input type="checkbox"/>	INFORMAZIONI PER LE MADRI CHE ALLATTANO (Checklist postnatale Oms –Unicef)	postnatale		
<input type="checkbox"/>	INFORMAZIONI TRAVAGLIO E PARTO	III Trimestre		
<input type="checkbox"/>	SICUREZZA del Neonato IN AUTO e IN CASA	III Trimestre, periodo postnatale		
<input type="checkbox"/>	METTERE il Neonato A DORMIRE A PANCIA IN SU	III Trimestre, periodo postnatale		
<input type="checkbox"/>	SCREENING NEONATALI	III Trimestre		
<input type="checkbox"/>	ALIMENTAZIONE CON SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO (Oms – Unicef)	prenatale, Solo se indicato		
<input type="checkbox"/>	INFORMAZIONI PER LE MADRI CHE UTILIZZANO SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO (Oms-Unicef)	postnatale Solo se indicato		
<input type="checkbox"/>	PREPARAZIONE e SOMMINISTRAZIONE SOSTITUTI DEL LATTE (FORMULA)	Solo se indicato		
<input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare)			
<input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare)			

Checklist prenatale – Alimentazione infantile http://www.unicef.it/Allegati/Guida_applicazione_dei_Passi_ed2016_19mag17.pdf		
Data presunta del parto: _____ Data compimento 34a settimana di gestazione: _____ Tutti gli argomenti della checklist devono essere affrontati con tutte le donne in gravidanza prima della 34° settimana. L'operatore che ha fornito l'informazione deve registrare l'avvenuto colloquio e firmare.		
Primigravida Precedente allattamento Corso accompagnamento alla nascita Incontro gruppo prenatale allattamento Opuscolo allattamento	Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Durata _____ Dove _____ Dove _____
Argomento Discusso *	Data	Firma
Importanza dell'allattamento esclusivo: <input type="checkbox"/> benefici per bambino e mamma; <input type="checkbox"/> raccomandazioni OMS durata allattamento esclusivo e introduzione alimenti complementari; <input type="checkbox"/> rischi dell'alimentazione artificiale; <input type="checkbox"/> rischi dell'uso di tettarelle, biberon, ciucci e paracapezzoli nel periodo di calibrazione.	_____	_____
Un buon inizio: <input type="checkbox"/> contatto pelle/pelle precoce e prolungato; <input type="checkbox"/> attacco precoce ed efficace; <input type="checkbox"/> allattamento a richiesta, guidato dal bambino; <input type="checkbox"/> segnali di fame (precoci – tardivi); <input type="checkbox"/> importanza di tenere vicino il bambino giorno e notte in ospedale e a casa: rooming-in.	_____	_____
Un buon attacco: <input type="checkbox"/> posizionamento e attacco efficaci; <input type="checkbox"/> segni di suzione efficace con adeguato trasferimento di latte; <input type="checkbox"/> segni di adeguato apporto nutritivo (incremento ponderale e emissione di feci e urine).	_____	_____
Spremitura manuale: <input type="checkbox"/> dimostrazione pratica; <input type="checkbox"/> quando può essere utile	_____	_____
Problematiche più frequenti: <input type="checkbox"/> ragadi, ingorgo, mastite; <input type="checkbox"/> prevenzione e gestione; <input type="checkbox"/> mantenimento della produzione di latte in caso di separazione dal Bambino (ricovero, rientro al lavoro, ecc...); <input type="checkbox"/> condivisione del letto, rischi e benefici, accorgimenti utili per rispondere al bambino durante le ore notturne.	_____	_____
Fisiologia del travaglio e del parto (Cure Amiche) <input type="checkbox"/> possibilità di avere una persona di fiducia presente durante il travaglio e il parto <input type="checkbox"/> possibilità di di bere e mangiare cibi leggeri durante il travaglio <input type="checkbox"/> possibilità di passeggiare o di muoversi durante il travaglio <input type="checkbox"/> possibilità di scegliere la posizione in cui partorire <input type="checkbox"/> alternative ai farmaci per il dolore durante il parto e i loro effetti sulla madre e sul neonato <input type="checkbox"/> informazioni adeguate per procedure invasive	_____	_____
Come e dove chiedere aiuto in caso di necessità		

*annotare eventuale rifiuto

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

.....

MODULO 2. BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO, PRIMA VISITA (prenatale)

Data ____/____/____

Accertamento stato di salute della famiglia, della madre e del padre <small>WHO, 2008, modificato</small>				
RIFERITO SOLO ALLA FAMIGLIA MATERNA (FM)	FM	RIFERITO ALLA FAMIGLIA MATERNA (FM) E ALLA FAMIGLIA PATERNA (FP)	FM	FP
Diabete		Malformazioni/anomalie cromosomiche. Specificare:		
Patologie cardiovascolari		Patologie geneticamente trasmissibili. Specificare:		
Preeclampsia/eclampsia		Gravi disturbi mentali. Specificare:		
Aborti ricorrenti o morti endouterine		Patologie ricorrenti. Specificare:		
Tromboembolismo Venoso				
Patologie neoplastiche genitali-mammella				
Informazioni aggiuntive				

Informazioni relative al padre del bambino
Patologie /interventi chirurgici
Farmaci
Stili di Vita (fumo, alcol, alimentazione, attività fisica ...)
Consanguineità: <input type="checkbox"/> NO; <input type="checkbox"/> SI; parenti di grado (specificare)
Informazioni aggiuntive

Accertamento ostetrico della donna
ATTIVITÀ LAVORATIVA
Esposizione a fattori di rischio: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì, specificare..... A) <input type="checkbox"/> Modifica condizioni\orario di lavoro; <input type="checkbox"/> Interdizione al lavoro; B) <input type="checkbox"/> Astensione anticipata dal lavoro a settimane <input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria dal lavoro a settimane <input type="checkbox"/> Astensione posticipata dal lavoro a settimane
ALIMENTAZIONE
Dieta mediterranea <input type="checkbox"/> ; Onnivora <input type="checkbox"/> Vegetariana <input type="checkbox"/> Vegana <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Caffè/tè al giorno: n° Integratori micronutrienti/vitaminici Esigenze nutrizionali specifiche (esempio allergie) Note:
ALCOL
<input type="checkbox"/> Astemia; <input type="checkbox"/> Sospeso all'inizio della gravidanza; <input type="checkbox"/> Beve 1-2 Unità Alcolica/Settimana; <input type="checkbox"/> Beve 1 Unità Alcolica al giorno; <input type="checkbox"/> Beve > 1 Unità Alcolica al giorno. L'Unità Alcolica corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande. Ove necessario, procedere con Tweak Test Punteggio Tweak Test: <input type="checkbox"/> < 3 <input type="checkbox"/> ≥ 3
FUMO
<input type="checkbox"/> no, mai <input type="checkbox"/> sì, sospeso da almeno un anno <input type="checkbox"/> sì, sospeso in gravidanza (dalla ___+_ _ settimana gestazionale) <input type="checkbox"/> sì, fumatrice attuale (n° ___ sigarette\die) → procedere con Test di West Punteggio Test di West: Grado di dipendenza: [bassa] [alta] Grado di motivazione: [basso] [alto]
SOSTANZE STUPEFACENTI
Assunzione di sostanze stupefacenti prima della gravidanza: [NO] [Sì] Assunzione di sostanze stupefacenti durante la gravidanza: [NO] [Sì] Note:
ATTIVITÀ FISICA
Cammina più di 30 minuti consecutivi alla settimana: [] Sì, 2 o più volte; [] Sì, meno di 2 volte; NO [] Note: (specificare altra attività fisica)
METODI DI CURA
<input type="checkbox"/> Medicina convenzionale <input type="checkbox"/> Medicina non convenzionale Altro
ATTIVITÀ SESSUALE
Note:

BENESSERE EMOTIVO

Ai contatti in gravidanza e in puerperio, rivolgere alla donna le seguenti domande:

1. Nel corso dell'ultimo mese, si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranza?
.....
2. Nel corso dell'ultimo mese, si è sentita spesso di avere scarso interesse o piacere per le attività svolte?
.....

In caso di risposta affermativa a una di queste domande o sospetto clinico o anamnestico, è necessario un approfondimento diagnostico-clinico, considerare l'utilizzo Edinburgh Postnatal Depression Scale e indirizzare allo Specialista.

Considerare anche altre due domande, per i Disturbi di ansia generalizzata (GAD-2):

Durante le ultime due settimane, quanto spesso si è sentita:	Per niente	Diversi giorni	Più di metà dei giorni	Quasi ogni giorno
3. nervosa, ansiosa o irrequieta?	0	1	2	3
4. di non essere in grado di fermare o controllare le sue preoccupazioni?	0	1	2	3

In caso di GAD-2 ≥ 3, riferire a Specialista.
 Se punteggio GAD-2 < 3, ma sospetto di disturbi d'ansia chiedere:
 5. Si è trovata ad evitare luoghi o attività e questo le ha causato problemi ? no sì, inviare a Specialista

<p>ALLERGIE.....</p> <p>.....</p>	<p>EMOGRUPPO MATERNO Data___/___/___</p> <p>ABO _____ FATTORE Rh (D)_____</p> <p>Laboratorio/centro trasfusionale _____</p> <p>N° determinazione _____</p> <p>Incompatibilità in gravidanze precedenti</p> <p><input type="checkbox"/> Rh <input type="checkbox"/> ABO</p> <p>Profilassi Rh (D) in gravidanze <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> precedenti</p> <p><input type="checkbox"/> attuale (data) per</p> <p>EMOTRASFUSIONI PREGRESSE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Indicazione</p> <p>.....</p>
<p>ASSUNZIONE FARMACI per Patologie croniche:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>ASSUNZIONE FARMACI per Disturbi occasionali:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO</p> <p><input type="checkbox"/> REGOLARE</p> <p><input type="checkbox"/> IPERTENSIONE</p> <p><input type="checkbox"/> ARITMIE</p> <p><input type="checkbox"/> CARDIOPATIE</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO</p> <p>.....</p>	<p>SISTEMA GASTROENTERICO</p> <p><input type="checkbox"/> REGOLARE</p> <p><input type="checkbox"/> PROBLEMI SISTEMA GASTRO-ENTERICO</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>SISTEMA EMATOLOGICO</p> <p><input type="checkbox"/> REGOLARE</p> <p><input type="checkbox"/> EMOGLOBINOPATIE</p> <p><input type="checkbox"/> TROMBOFILIA</p> <p><input type="checkbox"/> TROMBOSI</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO</p> <p>.....</p>	<p>SISTEMA NEUROVEGETATIVO</p> <p><input type="checkbox"/> REGOLARE</p> <p><input type="checkbox"/> PROBLEMI SISTEMA NEUROVEGETATIVO</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>SISTEMA ENDOCRINO-METABOLICO</p> <p><input type="checkbox"/> REGOLARE</p> <p><input type="checkbox"/> DIABETE</p> <p><input type="checkbox"/> MALATTIE DELLA TIROIDE</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO</p> <p>.....</p>	<p>SALUTE MENTALE</p> <p><input type="checkbox"/> REGOLARE</p> <p><input type="checkbox"/> DEPRESSIONE</p> <p><input type="checkbox"/> PATOLOGIE PSICHIATRICHE</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO.....</p> <p>.....</p>

<p>SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO</p> <p><input type="checkbox"/> REGOLARE</p> <p><input type="checkbox"/> PROBLEMI DEL SISTEMA MUSCOLO SCHELETRICO</p> <p><input type="checkbox"/> FRATTURE PELVICHE O AGLI ARTI INFERIORI</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO</p> <p>.....</p>	<p>SISTEMA RESPIRATORIO</p> <p><input type="checkbox"/> REGOLARE</p> <p><input type="checkbox"/> PROBLEMI DEL SISTEMA RESPIRATORIO</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO</p> <p>.....</p>
<p>SISTEMA IMMUNOLOGICO</p> <p><input type="checkbox"/> REGOLARE</p> <p><input type="checkbox"/> MALATTIE AUTOIMMUNI</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO</p> <p>.....</p> <p>Anamnesi vaccinale</p> <p><input type="checkbox"/> Rosolia</p> <p><input type="checkbox"/> Epatite B</p> <p><input type="checkbox"/> Morbillo</p> <p><input type="checkbox"/> Varicella</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO</p>	<p>SISTEMA URINARIO</p> <p><input type="checkbox"/> REGOLARE</p> <p><input type="checkbox"/> INFEZIONI VIE URINARIE</p> <p><input type="checkbox"/> INCONTINENZA URINARIA</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO</p> <p>.....</p>
<p>SISTEMA NEUROLOGICO</p> <p><input type="checkbox"/> REGOLARE</p> <p><input type="checkbox"/> EMICRANIA</p> <p><input type="checkbox"/> EPILESSIA</p> <p><input type="checkbox"/> SCLEROSI MULTIPLA</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO</p> <p>.....</p>	<p>INFEZIONI PREGRESSE</p> <p><input type="checkbox"/> Comuni Esantemi Infantili</p> <p><input type="checkbox"/> Citomegalovirus</p> <p><input type="checkbox"/> TBC</p> <p><input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HPV</p> <p><input type="checkbox"/> VDRL - TPHA</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO</p>
<p><input type="checkbox"/> NESSUN INTERVENTO CHIRURGICO PREGRESSO</p>	
<p><input type="checkbox"/> PRECEDENTI INTERVENTI CHIRURGICI (generali)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Sistema genitale e funzione riproduttiva

<p>MENARCA Anni CICLI MESTRUALI: <input type="checkbox"/> REGOLARI <input type="checkbox"/> IRREGOLARI RITMOgiorni</p> <p>Note.....</p> <p>.....</p>
<p>ULTIMO Pap-Test in data ___/___/_____</p> <p>Esito.....</p>
<p>CONTRACCEZIONE</p> <p>[NO]</p> <p>[SI] specificare</p> <p>Sospesa il ___/___/_____</p>
<p>SISTEMA GENITALE E FUNZIONE RIPRODUTTIVA</p> <p><input type="checkbox"/> REGOLARE</p> <p><input type="checkbox"/> PRECEDENTE INFERTILITÀ/SUBFERTILITÀ</p> <p><input type="checkbox"/> INFEZIONI DELL'APPARATO GENITALE</p> <p><input type="checkbox"/> PRECEDENTI INTERVENTI GINECOLOGICI</p> <p><input type="checkbox"/> PATOLOGIE OVARICHE DISFUNZIONALI</p> <p><input type="checkbox"/> ENDOMETRIOSI</p> <p>Note</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Anamnesi ostetrica						
n° Gravidanze ____		n° Parità ____		n° Taglio Cesareo ____		
		n° RCU _____ Revisione Cavità Uterina		n° GEU _____ Gravidanza Extrauterina		
Madre	Anno					
	Epoca gestazionale					
	Esito della gravidanza	<input type="checkbox"/> RCU <input type="checkbox"/> GEU <input type="checkbox"/> Parto	<input type="checkbox"/> RCU <input type="checkbox"/> GEU <input type="checkbox"/> Parto	<input type="checkbox"/> RCU <input type="checkbox"/> GEU <input type="checkbox"/> Parto	<input type="checkbox"/> RCU <input type="checkbox"/> GEU <input type="checkbox"/> Parto	
	Decorso gravidanza					
	Modalità di travaglio: (*indicazione)	<input type="checkbox"/> spontaneo <input type="checkbox"/> indotto* <input type="checkbox"/> assenza di travaglio <input type="checkbox"/> accelerato*	<input type="checkbox"/> spontaneo <input type="checkbox"/> indotto* <input type="checkbox"/> assenza di travaglio <input type="checkbox"/> accelerato*	<input type="checkbox"/> spontaneo <input type="checkbox"/> indotto* <input type="checkbox"/> assenza di travaglio <input type="checkbox"/> accelerato*	<input type="checkbox"/> spontaneo <input type="checkbox"/> indotto* <input type="checkbox"/> assenza di travaglio <input type="checkbox"/> accelerato*	
	Metodiche contenimento del dolore	<input type="checkbox"/> farmacologiche <input type="checkbox"/> non farmacologiche	<input type="checkbox"/> farmacologiche <input type="checkbox"/> non farmacologiche	<input type="checkbox"/> farmacologiche <input type="checkbox"/> non farmacologiche	<input type="checkbox"/> farmacologiche <input type="checkbox"/> non farmacologiche	
	Modalità di parto: (*indicazione)	<input type="checkbox"/> spontaneo/normale <input type="checkbox"/> operativo TC * urgente <input type="checkbox"/> operativo TC * programmato <input type="checkbox"/> parto strumentale*	<input type="checkbox"/> spontaneo/normale <input type="checkbox"/> operativo TC * urgente <input type="checkbox"/> operativo TC * programmato <input type="checkbox"/> parto strumentale*	<input type="checkbox"/> spontaneo/normale <input type="checkbox"/> operativo TC * urgente <input type="checkbox"/> operativo TC * programmato <input type="checkbox"/> parto strumentale*	<input type="checkbox"/> spontaneo/normale <input type="checkbox"/> operativo TC * urgente <input type="checkbox"/> operativo TC * programmato <input type="checkbox"/> parto strumentale*	
	Perineo	<input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Episiotomia <input type="checkbox"/> III - IV grado	<input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Episiotomia <input type="checkbox"/> III - IV grado	<input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Episiotomia <input type="checkbox"/> III - IV grado	<input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Episiotomia <input type="checkbox"/> III - IV grado	
	Puerperio	<input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> complicato:	<input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> complicato:	<input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> complicato:	<input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> complicato:	
	Neonato	Sesso, Peso				
		Salute alla nascita				
		Salute attuale				
		Alimentazione in mesi: <input type="checkbox"/> allattamento esclusivo; <input type="checkbox"/> allattamento predominante; <input type="checkbox"/> alimentazione complementare; <input type="checkbox"/> alimentazione con latte in formula.	<input type="checkbox"/> mesi..... <input type="checkbox"/> mesi <input type="checkbox"/> mesi <input type="checkbox"/> mesi	<input type="checkbox"/> mesi..... <input type="checkbox"/> mesi <input type="checkbox"/> mesi <input type="checkbox"/> mesi	<input type="checkbox"/> mesi..... <input type="checkbox"/> mesi <input type="checkbox"/> mesi <input type="checkbox"/> mesi	<input type="checkbox"/> mesi..... <input type="checkbox"/> mesi <input type="checkbox"/> mesi <input type="checkbox"/> mesi
✓ Introduzione cibi complementari		✓ Dal mese	✓ Dal mese	✓ Dal mese	✓ Dal mese	

PERCORSO NASCITA

Peso pregravidico _____ kg **Altezza** _____ m **Indice Massa Corporeo pregravidico** _____ Kg/m²

Gravidanza, insorgenza: **Spontanea** **Tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita**, specificare:
 Induzione ovulazione;
 HIUI; GIFT; FIVET; ICSI; Embrio/Ovo donazione Data ___ / ___ / ___

UM ___ / ___ / _____ **Epoca gestazionale** __ + __ settimane

DPP (UM) ___ / ___ / _____ **DPP (US)** ___ / ___ / _____

PARAMETRI VITALI	
VARIAZIONE PONDERALE	
Nausea-Vomito PUQE:	
FUNZIONALITA' URINARIA e FUNZIONALITA' INTESTINALE	
SECREZIONI e PERDITE VAGINALI	
VALUTAZIONE TROMBOEMBOLISMO <input type="checkbox"/> basso rischio; <input type="checkbox"/> 3 fattori di rischio; <input type="checkbox"/> 4 fattori di rischio; <input type="checkbox"/> rischio intermedio; <input type="checkbox"/> alto rischio	
VARICI - EDEMI	
Altro (specificare)	
Battito Cardiaco Fetale	
Movimenti Attivi Fetalì	
Attività Contrattile Uterina	
ESPLORAZIONE VAGINALE (se indicata)	Indicazione: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (specificare):
DIAGNOSI OSTETRICA	<input type="checkbox"/> Normale evoluzione della gravidanza <input type="checkbox"/>
PIANIFICAZIONE OSTETRICA e ATTUAZIONE OSTETRICA	INTERVENTI OSTETRICI INFORMATIVI, EDUCAZIONALI: <input type="checkbox"/> Acido folico <input type="checkbox"/> assunzione precedente alla gravidanza <input type="checkbox"/> assunzione dalla settimana <input type="checkbox"/> Esame Citologico Cervico Vaginale <input type="checkbox"/> Accertamenti per età gestazionale specifica controllo della Gravidanza Fisiologica.
DIARIO OSTETRICO:	
VALUTAZIONE OSTETRICA: <input type="checkbox"/> percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica; <input type="checkbox"/> percorso nascita a gestione medico specialista in collaborazione con l'ostetrica	
Data: ___ / ___ / _____ Firma e qualifica	

MODULO 3. BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO, CONTROLLO (prenatale)

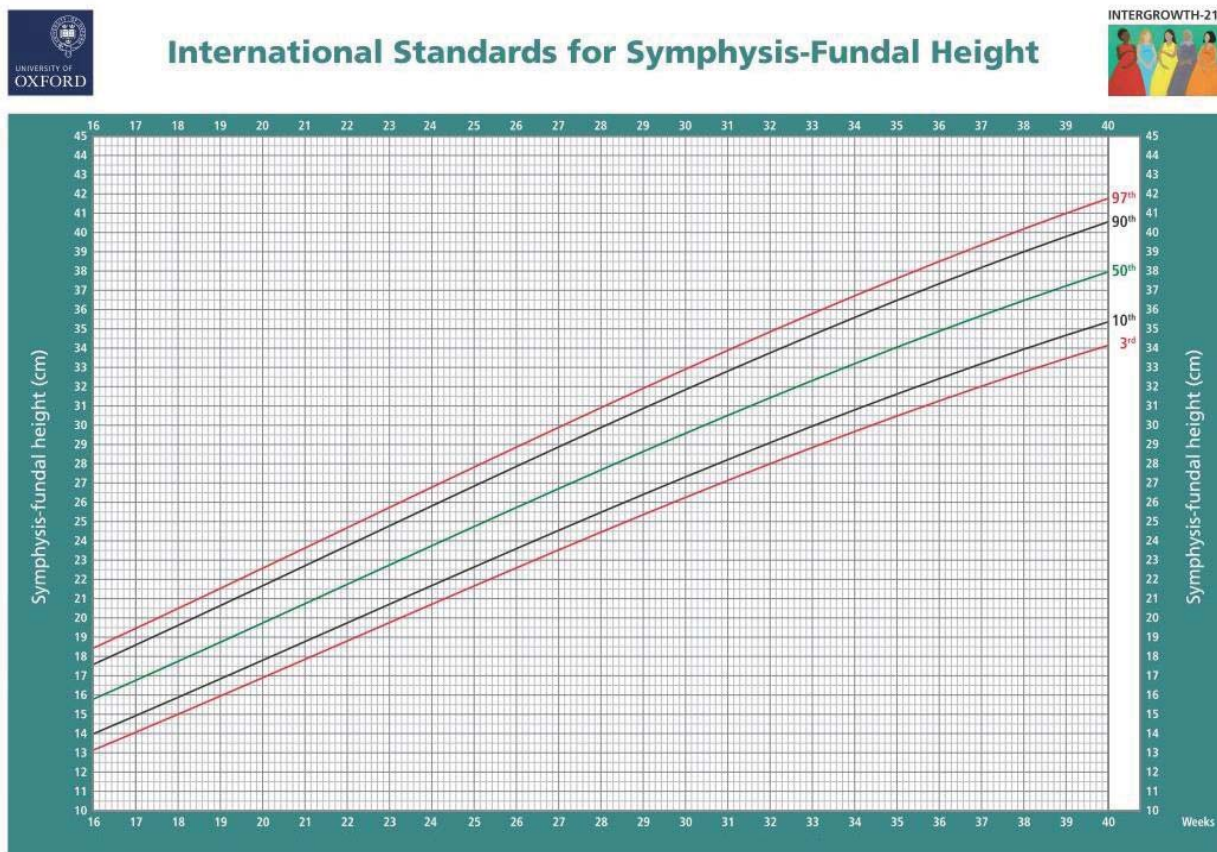
UM: ___/___/___ DPP (UM) ___/___/___ DPP (US) ___/___/___

ACCERTAMENTO OSTETRICO		DATA	DATA
Epoca gestazionale			
Parametri vitali			
Incremento ponderale			
Benessere-stato emotivo			
Varici -edemi			
Funzionalità urinaria			
Funzionalità intestinale			
Secrezioni e perdite vaginali			
Fattori di rischio (specificare)		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
MANOVRE DI LEOPOLD	Lunghezza Sinfisi-Fondo		
	Situazione		
	Presentazione		
	Quinti palpabili		
Battito Cardiaco Fetale			
Movimenti Attivi Fetali			
Attività Contrattile Uterina			
ESPLORAZIONE VAGINALE (se indicata)	Indicazione esplorazione vaginale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	Valutazione genitali esterni		
	Valutazione pavimento pelvico		
	Posizione, lunghezza, consistenza della cervice uterina		
	Dilatazione della cervice uterina		
Livello-Parte presentata fetale			
DIAGNOSI OSTETRICA	<input type="checkbox"/> Normale evoluzione della gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> (specificare)	<input type="checkbox"/> (specificare)	<input type="checkbox"/> (specificare)
PIANIFICAZIONE OSTETRICA e ATTUAZIONE OSTETRICA	INTERVENTI OSTETRICI*, INFORMATIVI-EDUCATIVI, SANITARI	<input type="checkbox"/> Accertamenti per età gestazionale specifica, controllo della Gravidanza Fisiologica.	<input type="checkbox"/> Accertamenti per età gestazionale specifica, controllo della Gravidanza Fisiologica.
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
VALUTAZIONE OSTETRICA Percorso Nascita		<input type="checkbox"/> a gestione ostetrica; <input type="checkbox"/> a gestione medico-specialista in collaborazione con l'ostetrica; <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a gestione ostetrica; <input type="checkbox"/> a gestione medico-specialista in collaborazione con l'ostetrica; <input type="checkbox"/>
Firma	

* Considerare le vaccinazioni raccomandate in gravidanza.

DATA	DATA	DATA	DATA
			.
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (specificare)	<input type="checkbox"/> (specificare)	<input type="checkbox"/> (specificare)	<input type="checkbox"/> (specificare)
<input type="checkbox"/> Accertamenti per età gestazionale specifica, controllo della Gravidanza Fisiologica.	<input type="checkbox"/> Accertamenti per età gestazionale specifica, controllo della Gravidanza Fisiologica.	<input type="checkbox"/> Accertamenti per età gestazionale specifica, controllo della Gravidanza Fisiologica.	<input type="checkbox"/> Accertamenti per età gestazionale specifica, controllo della Gravidanza Fisiologica.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> a gestione ostetrica; <input type="checkbox"/> a gestione medico-specialista in collaborazione con l'ostetrica;	<input type="checkbox"/> a gestione ostetrica; <input type="checkbox"/> a gestione medico-specialista in collaborazione con l'ostetrica;	<input type="checkbox"/> a gestione ostetrica; <input type="checkbox"/> a gestione medico-specialista in collaborazione con l'ostetrica;	<input type="checkbox"/> a gestione ostetrica; <input type="checkbox"/> a gestione medico-specialista in collaborazione con l'ostetrica;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....
.....

Grafico Sinfisi-Fondo



© University of Oxford

Papageorgiou AT et al. BMJ 2016;

<https://intergrowth21.tghn.org/symphysis-fundal-height/#sfh1>

Papageorgiou AT, Ohuma EO, Gravett MG, Hirst J, da Silveira MF, Lambert A, Carvalho M, Jaffer YA, Altman DG, Noble JA, Bertino E, Purwar M, Pang R, Cheikh Ismail L, Victora C, Bhutta ZA, Kennedy SH, Villar J, International Fetal and Newborn Growth Consortium for the 21st Century (INTERGROWTH-21st). *International standards for symphysis-fundal height based on serial measurements from the Fetal Growth Longitudinal Study of the INTERGROWTH-21st Project: prospective cohort study in eight countries.* BMJ. 2016;355:i5662. Epub 2016 doi: 10.1136/bmj.i5662.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5098415/>

Extra material supplied by the author: Supplementary appendix: International Standards for Symphysis-Fundal Height

Diario ostetrico, prenatale

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATA __/__/____EG____+ Firma e qualifica

Diario ostetrico, prenatale

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATA __/__/____EG____+ Firma e qualifica

Diario ostetrico, prenatale

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATA __/__/____EG____+ Firma e qualifica

Checklist postnatale – informazioni per le madri che allattano http://www.unicef.it/Allegati/Guida_applicazione_dei_Passi_ed2016_19mag17.pdf		
Data presunta del parto: _____ Data compimento 34a settimana di gestazione: _____ Tutti gli argomenti della checklist devono essere affrontati con tutte le mamme seguite presso il Consultorio. L'operatore che ha fornito l'informazione deve registrare l'avvenuto colloquio e firmare.		
Primogenito Precedente allattamento Corso accompagnamento alla nascita Incontro gruppo prenatale allattamento Opuscolo allattamento	Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Durata _____ Dove _____ Dove _____
Argomento Discusso *	Data	Firma
Gestione dell'allattamento: <input type="checkbox"/> allattamento a richiesta guidato dal bambino; <input type="checkbox"/> riconoscimento dei segnali precoci di fame; <input type="checkbox"/> segni di adeguato apporto nutritivo (incremento ponderale ed emissione feci e urine); <input type="checkbox"/> come e quando intervenire con un bambino in difficoltà (es. sonnolento, piccolo, ecc.); <input type="checkbox"/> importanza del tenere i bambini vicini giorno e notte; <input type="checkbox"/> importanza del contatto pelle a pelle alla nascita e in ogni occasione utile	_____	_____
Osservazione della poppata: <input type="checkbox"/> posizionamento e attacco efficaci; <input type="checkbox"/> segni di adeguata suzione e deglutizione	_____	_____
Importanza dell'allattamento esclusivo: <input type="checkbox"/> significato e vantaggi; <input type="checkbox"/> rischi legati all'uso tettarelle, biberon, ciucci e paracapezzoli nel periodo di calibrazione; <input type="checkbox"/> raccomandazioni OMS su età adeguata per introduzione alimenti complementari	_____	_____
Spremitura manuale: <input type="checkbox"/> dimostrazione pratica; <input type="checkbox"/> modalità di adeguata conservazione e somministrazione del latte spremuto	_____	_____
Problematiche più frequenti: <input type="checkbox"/> prevenzione/gestione ingorgo e mastite; <input type="checkbox"/> compatibilità dell'allattamento con la maggior parte dei farmaci; <input type="checkbox"/> gestione rientro lavoro della madre <input type="checkbox"/> condivisione del letto, rischi e benefici, accorgimenti utili per rispondere al bambino durante le ore notturne.	_____	_____
Come e dove chiedere aiuto in caso di necessità		

*annotare eventuale rifiuto alla discussione

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

.....

Incontro/Colloquio/Visita	
	DATA
Accertamento Ostetrico	Giorni dal parto
BENESSERE MATERNO	SOGGETTIVAMENTE BENESSERE MATERNO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	PARAMETRI VITALI
	FUNZIONALITÀ URINARIA- INTESTINALE <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE
	VALUTAZIONE DEL PERINEO – DEL PAVIMENTO PELVICO <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE
	FERITA PERINEALE E/O LAPAROTOMICA <input type="checkbox"/> Non Applicabile <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE
	PERDITE EMATICHE <input type="checkbox"/> REGOLARI <input type="checkbox"/> NON REGOLARI
	SENSAZIONE DI FATICA <input type="checkbox"/> NON PRESENTE <input type="checkbox"/> PRESENTE
	SEGNI/SINTOMI DI MATERNITY-BLUES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	RETE DI SOSTEGNO SOCIALE <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> NON PRESENTE
	RISCHIO TROMBOEMBOLISMO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
ALTRO (cefalea, altro specificare ...)	
BENESSERE NEONATALE	SEGNI DI BENESSERE NEONATALE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (specificare)
	CONTROLLO DEL PEDIATRA E ESITO DEL BILANCIO DI SALUTE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE
	ALTRO (specificare)
	ALIMENTAZIONE Le domande vanno riferite alle ultime 24 ore:
	Il bambino assume latte materno? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Il bambino assume liquidi non nutritivi (acqua, glucosata, camomilla, tisane o succhi non zuccherati)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Il bambino assume latte artificiale, o altro latte non umano o altri cibi liquidi, solidi o semisolidi? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	VALUTAZIONE DELLA POPPATA ATTACCO: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE POSIZIONE: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE SUZIONE: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE
	VALUTAZIONE DEI CAPEZZOLI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SEGNI DI UN'ADEGUATA ASSUNZIONE DI LATTE FECI: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO URINE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ACCRESIMENTO SETTIMANALE: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE
CORRETTA GESTIONE DEI SOSTITUTI del LATTE MATERNO <input type="checkbox"/> Non Pertinente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

DIAGNOSI OSTETRICA		<input type="checkbox"/> Normale evoluzione del puerperio
		<input type="checkbox"/>
PIANIFICAZIONE OSTETRICA e ATTUAZIONE OSTETRICA. Educazione \ informazione in tema di	NORME IGIENICHE MATERNE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	ESERCIZI PAVIMENTO PELVICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	STILI DI VITA SANI (alimentazione, attività fisica, astensione fumo e alcol)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	GRUPPI ALLATTAMENTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SPREMITURA MANUALE DEL SENO E CONSERVAZIONE DEL LATTE	<input type="checkbox"/> Non applicabile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SEGNI/SINTOMI ALLERTANTI MATERNI (da segnalare al medico specialista)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	NORME IGIENICHE NEONATO; CURA DEL MONCONE OMBELICALE del NEONATO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	CONDIVISIONE DEL LETTO CON IL NEONATO IN SICUREZZA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SIDS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SEGNI/SINTOMI ALLERTANTI NEONATALI (da segnalare al medico specialista)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	ALTRO (specificare)	
	ALTRO (specificare)	
	DIARIO OSTETRICO; PRESCRIZIONI SOCIO SANITARIE; VALUTAZIONE OSTETRICA.	
Firma Ostetrica		

Incontro/Colloquio/Visita																	
	DATA	DATA Entro 6-8 settimane dal parto															
Accertamento Ostetrico	Settimane dal parto	Settimane dal parto															
BENESSERE MATERNO	STATO EMOTIVO	<p>1. Nel corso dell'ultimo mese, si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranza?</p> <p>2. Nel corso dell'ultimo mese, si è sentita spesso di avere scarso interesse o piacere per le attività svolte?</p> <p>Considerare anche altre due domande, per i Disturbi di ansia generalizzata (GAD-2)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Durante le ultime due settimane, quanto spesso si è sentita:</th> <th>Per niente</th> <th>Diversi giorni</th> <th>Più di metà dei giorni</th> <th>Quasi ogni giorno</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. nervosa, ansiosa o irrequieta?</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2. di non essere in grado di fermare o controllare le sue preoccupazioni?</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>In caso di risposta affermativa a una di queste domande o sospetto clinico o anamnestico, è necessario un approfondimento diagnostico-clinico, considerare l'utilizzo Edinburgh Postnatal Depression Scale e indirizzare allo Specialista.</p>	Durante le ultime due settimane, quanto spesso si è sentita:	Per niente	Diversi giorni	Più di metà dei giorni	Quasi ogni giorno	1. nervosa, ansiosa o irrequieta?	0	1	2	3	2. di non essere in grado di fermare o controllare le sue preoccupazioni?	0	1	2	3
	Durante le ultime due settimane, quanto spesso si è sentita:	Per niente	Diversi giorni	Più di metà dei giorni	Quasi ogni giorno												
	1. nervosa, ansiosa o irrequieta?	0	1	2	3												
	2. di non essere in grado di fermare o controllare le sue preoccupazioni?	0	1	2	3												
	PARAMETRI VITALI																
	FUNZIONALITÀ URINARIA	<input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE	<input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE														
	FUNZIONALITÀ INTESTINALE	<input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE	<input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE														
	VALUTAZIONE DEL PERINEO – DEL PAVIMENTO PELVICO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO														
	PERDITE EMATICHE O SECREZIONI	<input type="checkbox"/> REGOLARI <input type="checkbox"/> NON REGOLARI	<input type="checkbox"/> REGOLARI <input type="checkbox"/> NON REGOLARI														
	SENSAZIONE DI FATICA	<input type="checkbox"/> NON PRESENTE <input type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> NON PRESENTE <input type="checkbox"/> PRESENTE														
RETE DI SOSTEGNO SOCIALE	<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> NON PRESENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> NON PRESENTE															
RIPRESA DEI RAPPORTI SESSUALI Dolore	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> Sì, specificare VNS :	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> Sì, specificare VNS :															
RISCHIO TROMBOEMBOLISMO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ															
ALTRO (specificare)																	
BENESSERE NEONATALE	SEGNI DI BENESSERE NEONATALE	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO (specificare)	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO (specificare)														
	CONTROLLO DEL PEDIATRA E ESITO DEL BILANCIO DI SALUTE	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE														
	IGIENE E CURA DEL NEONATO	<input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE	<input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE														
	ALTRO (specificare)																
	ALIMENTAZIONE	Le domande vanno riferite alle ultime 24 ore:	Le domande vanno riferite alle ultime 24 ore:														
	Il bambino assume latte materno	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO														
Il bambino assume liquidi non nutritivi (acqua, glucosata, camomilla, tisane o succhi non zuccherati)?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO															
Il bambino assume latte artificiale, o altro latte non umano o altri cibi liquidi, solidi o semisolidi?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO															

	VALUTAZIONE DELLA POPPATA	ATTACCO: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE POSIZIONE: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE SUZIONE: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE	ATTACCO: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE POSIZIONE: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE SUZIONE: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE
	SEGNI DI UN'ADEGUATA ASSUNZIONE DI LATTE	FECI: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO URINE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ACCRESIMENTO SETTIMANALE: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE	FECI: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO URINE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ACCRESIMENTO SETTIMANALE: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE
	CORRETTA GESTIONE DEI SOSTITUTI del LATTE MATERNO (latte in formula)	<input type="checkbox"/> Non Pertinente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Non Pertinente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DIAGNOSI OSTETRICA		<input type="checkbox"/> Normale evoluzione del puerperio <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale evoluzione del puerperio <input type="checkbox"/>
PIANIFICAZIONE OSTETRICA e ATTUAZIONE OSTETRICA. Educazione \informazione in tema di	NORME IGIENICHE MATERNE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	ESERCIZI PAVIMENTO PELVICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	STILI DI VITA SANI (alimentazione, attività fisica, astensione fumo e alcol)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	GRUPPI ALLATTAMENTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	PIANIFICAZIONE FAMILIARE, CONTRACCEZIONE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SERVIZI RETI TERRITORIALI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SEGNI/SINTOMI ALLERTANTI MATERNI (da segnalare al medico specialista)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SPREMITURA MANUALE DEL SENO E CONSERVAZIONE DEL LATTE	<input type="checkbox"/> Non applicabile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Non applicabile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	NORME IGIENICHE del NEONATO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	CONDIVISIONE DEL LETTO CON IL NEONATO IN SICUREZZA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SIDS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SEGNI/SINTOMI ALLERTANTI NEONATALI (da segnalare al medico specialista)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	VACCINAZIONI RACCOMANDATE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	ALTRO (specificare)		
DIARIO OSTETRICO; PRESCRIZIONI SOCIO SANITARIE; VALUTAZIONE OSTETRICA.			
Firma Ostetrica			

Diario ostetrico, postnatale

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATA __/__/____ Firma e qualifica

Diario ostetrico, postnatale

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATA __/__/____ Firma e qualifica

Diario ostetrico, postnatale

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATA __/__/____ Firma e qualifica

Diario ostetrico, postnatale

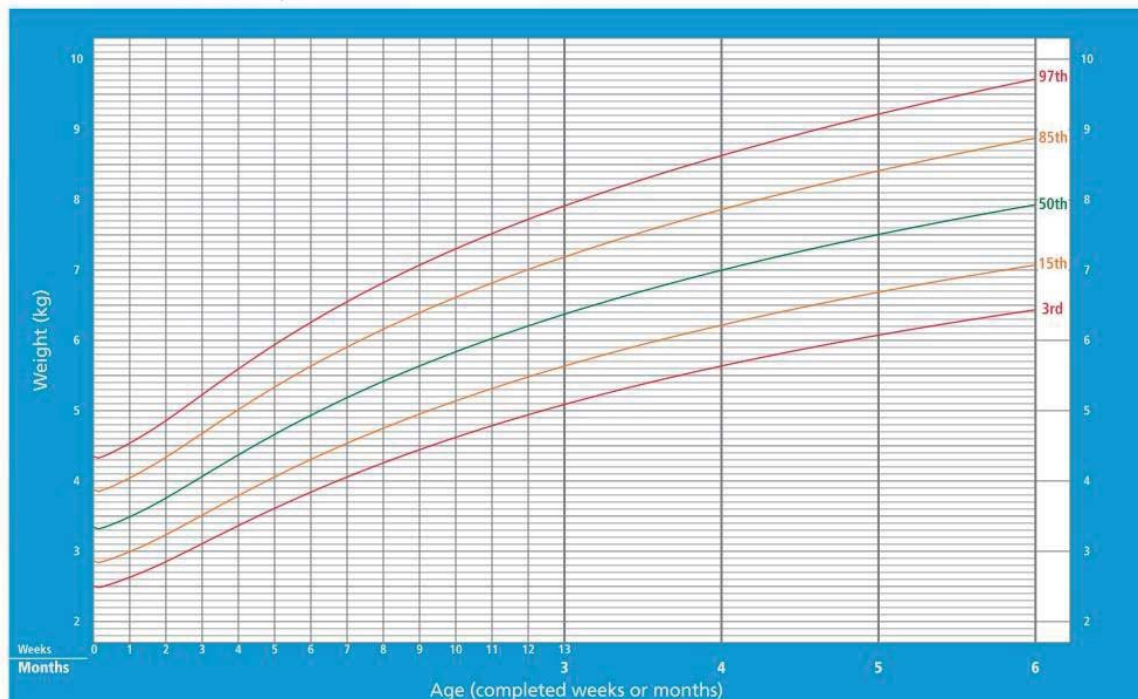
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATA __/__/____ Firma e qualifica

Curve di crescita per bambini di sesso maschile da 0 a 6 mesi

Weight-for-age BOYS

Birth to 6 months (percentiles)



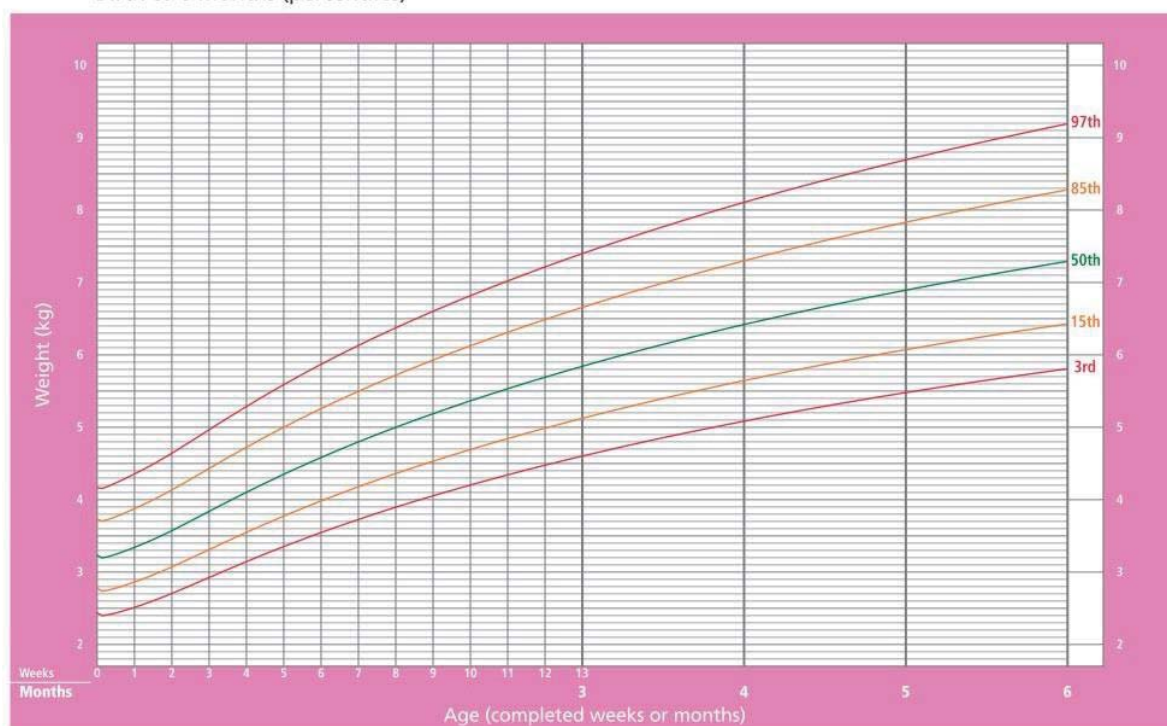
WHO Child Growth Standards

Disponibile al sito <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/> (ultimo accesso aprile 2018)
http://www.who.int/childgrowth/standards/cht_wfa_boys_p_0_6.pdf?ua=1

Curve di crescita per bambini di sesso femminile da 0 a 6 mesi

Weight-for-age GIRLS

Birth to 6 months (percentiles)



WHO Child Growth Standards

Disponibile al sito <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/> (ultimo accesso aprile 2018)
http://www.who.int/childgrowth/standards/cht_wfa_girls_p_0_6.pdf?ua=1

ACRONIMI E ABBREVIAZIONI

- DPP(UM)** data presunta del parto rispetto all'ultima mestruazione. **UM** ultima mestruazione
- DPP(US)** data presunta del parto rispetto a ultrasuoni
- dTpa** antidifterite-tetano-pertosse acellulare
- EG** epoca gestazionale
- GBS** Group B Streptococcus
- GDPR** General Data Protection Regulation
- GEU** Gravidanza extra uterina
- GR** globuli rossi; **GB** globuli bianchi; **Hb** emoglobina; **MCHC** concentrazione media dell'emoglobina
- MCV** volume corpuscolare medio; **HCT** ematocrito; **PLT** piastrine
- HIV** human immunodeficiency virus
- HBV** virus epatite B
- VDRL** Venereal Disease Research Laboratory
- TPHA** treponema pallidum haemoagglutination assay
- IgG** immunoglobulina G; **IgM** immunoglobulina M
- HCG** human chorionic gonadotropin
- HIUI** homologous intra uterine insemination; **FIVET** fecondazione in vitro embryo transfer; **ICSI** iniezione intracitoplasmatica di un singolo spermatozoo
- Kg** chilogrammi
- OGTT** Oral Glucose Tolerance Test
- PAPP-A** proteina plasmatica A
- PAI** Piano di Assistenza Individuale
- PDTA** Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
- PI** Progetto Individuale
- RCU** Revisione della cavità uterina
- SIDS** Sudden Infant Death Syndrome
- TC** Taglio Cesareo
- VNS** Scala numerica verbale

ALLEGATI

Referti / Consulenze pre-concezionali:

no si data.....c\o

Referti / Consulenze in gravidanza:

no si data.....c\o

Lettera dimissione del punto nascita della donna:

no si data.....c\o

Lettera dimissione del punto nascita del neonato\o:

no si data.....c\o

Referti / Consulenze postnatali:

no si data.....c\o

(carta intestata della struttura)

LETTERA DI INVIO
per la presa in carico della gestante da parte del PUNTO NASCITA

Signora anni
Decorso della Gravidanza

UM ____/____/____ DPP (UM) ____/____/____ DPP (US) ____/____/____ EG ____ + ____

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Elementi di rischio NO SI (Specificare)
.....
.....
.....

Data ____/____/____ **Firma - Qualifica**

INCONTRO PRENATALE

PUNTO NASCITA

presso

il giorno Ora



Note per i Sanitari

Riferimenti

AA Midwifery Series (2014) The Lancet <http://www.thelancet.com/series/midwifery>

American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn and American College of Obstetricians and Gynecologists ACP-ACOG (2017) Committee on Obstetric Practice. Guidelines for Perinatal Care, 8th, Kilpatrick SJ, Papile L (Eds)

American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG (2018). Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol.* 2018;131(5):e140

American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG (2010). Committee on Obstetric Practice. Screening for depression during and after pregnancy. Committee opinion no. 453. *Obstet Gynecol* 2010;115(2 pt 1):394-95.

Avellar SA, Supplee LH (2013) Effectiveness of Home visiting in Improving Child Health and reducing Child maltreatment, *Pediatrics, Supplement 2*, pS90-S99.

Australian Government Department of Health AGDH (2018) Clinical practice guidelines on pregnancy care

Cattaneo A, Davanzo R, Ronfani L. (2000) Are data on the prevalence and duration of breastfeeding reliable? The case of Italy. *Acta Paediatr* 2000;89:88-93.

Cartabellotta A, Laganà AS, D'Amico V. et al (2015) Linee guida per la salute mentale della donna in gravidanza e dopo il parto. *Evidence* 2015;7(8): e1000117.

Davanzo R, Maffei C, Silano M, Bertino E, Agostoni C, Cazzato T, Tonetto P, Staiano A, Vitiello R, Natale F. (2015) Allattamento al seno e uso latte materno/umano. Position Statement (SIP, SIN, SiCuPP, SiGENP e TAS)

Devane D, Brennan M., Begley C, Clarke C, Walsh D, Sandall J, Ryan P, Revill P, Normand C. (2010) Socioeconomic Value of the Midwife. A systematic review, meta-analysis, meta-synthesis and economic analysis of midwife-led models of care. RCM.

Grandolfo M, Lauria L., Lambertini A. (2010) Il percorso nascita nella prospettiva del Progetto Obiettivo Materno Infantile.

Homer CS et al. (2014) The projected effect of scaling up midwifery *The Lancet* 2014;384:1146-57.

Hoope-Bender et al. (2014) Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet* 2014;384:1226-35 The State of the World's Midwifery 2014 (UNFPA, ICM, WHO 2014).

Istituto Superiore Sanità (2010) Guida alla diagnosi dello Spettro dei disordini Feto – Alcolici

Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R (2013) Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;

Lauria L, Lambertini A, Buoncristiano M, Bonciani M, Andreozzi S. (2012) Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2012 (Rapporti ISTISAN 12/39).

Lacasse a, Rey E, Ferreira E, Morin C, Berard A. (2008) Validity of a modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUGQE) scoring index to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2008, n°198, 71.e1-71.e7.

Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RM, Dowswell T. (2013) Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;

Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, Diaz V, Geller S, Hanson C, Langer A, Manuelli V. (2016) Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), pp.2176-2192<tel:2176-2192

Ministero della Salute Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione. (2018) UFFICIO 5 – NUTRIZIONE E INFORMAZIONE AI CONSUMATORI. Position statement sull'uso di farmaci da parte della donna che allatta al seno . TAVOLO TECNICO OPERATIVO INTERDISCIPLINARE PER LA PROMOZIONE DELL'ALLATTAMENTO AL SENO (TAS); TAVOLO TECNICO PER LA VALUTAZIONE DELLE PROBLEMATICHE RELATIVE ALL'ALLATTAMENTO AL SENO E LA CONTESTUALE NECESSITÀ DI TRATTAMENTO CON FARMACI (TASF)

Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria. Vaccinazioni raccomandate per le donne in età fertile e in gravidanza (0023831 - 07/08/2018-DGPRES)

Ministero della Salute Agenzia Nazionale per i servizi Sanitari Regionali (AGE.NA.S) (2017) Programma Nazionale Esiti –PNE edizione 2017.

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2008) Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman.

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2014, up-to-date 2017) Antenatal Care for uncomplicated pregnancies

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2013) Postnatal care. Quality standard [www.nice.org.uk/guidance/qs37]

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2014, 2017) Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [www.nice.org.uk/guidance/cg192]

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2015) Postnatal care up to 8 weeks after birth [www.nice.org.uk/guidance/cg37]

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2016) Antenatal and postnatal mental health. Quality Standard [www.nice.org.uk/guidance/qs115]

National Collaboration Centre for Mental Health (NCC-MH) 2014 Antenatal and postnatal mental health. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists,

Renfrew MJ et al. (2014) Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet* , 384, Issue 9948, 1129-45 ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3))

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Anaesthetists, Royal College of Paediatrics and Child Health (2007). Safer Childbirth. Minimum Standards for the organisation and Delivery of care in Labour

Calendario degli Incontri

in base all'ultima mestruazione	INCONTRI	CODICI e PRESTAZIONI "base"	
Prima del concepimento	INCONTRO PRE-CONCEZIONALE	001.01 COLLOQUIO DI ACCOGLIENZA/ORIENTAMENTO	Posto il numero degli accessi indicati dalla letteratura, non è oggetto di questo provvedimento predeterminare il numero preciso di contatti/accessi considerata la varietà dei casi in termine di settimane di gestazione e di esami già effettuati dalla gestante, bensì viene proposto un calendario di incontri "base".
		89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA	
Entro 10 settimane gestazionali o comunque al primo accesso	1° INCONTRO PRENATALE	001.01 COLLOQUIO DI ACCOGLIENZA/ORIENTAMENTO	
		89.26.8 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO PRIMA VISITA	
		89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA se effettuata dallo specialista	
tra 11 settimane ^{6g} e 13 settimane ^{6 gg}		88.78 ECOGRAFIA OSTETRICA	
Tra 14 e 18 ⁶ settimane gestazionali	2° INCONTRO PRENATALE	89.26.9 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO CONTROLLO	
		89.26.4 VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO se effettuata dallo specialista	
		001.02 COLLOQUIO DI CONSULTAZIONE	
tra 19 settimane ⁶ e 21 settimane ⁶		88.78.3 ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA	
Di norma, dalla 20 settimana gestazione		93.37 TRAINING PRENATALE	
Tra 19 e 23 ⁶ settimane gestazionali	3° INCONTRO PRENATALE	89.26.9 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO CONTROLLO	
		89.26.4 VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO se effettuata dallo specialista	
Tra 24 e 27 ⁶ settimane gestazionali	4° INCONTRO PRENATALE	89.26.9 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO CONTROLLO	
		89.26.4 VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO se effettuata dallo specialista	
Tra 28 e 32 ⁶ settimane gestazionali	5° INCONTRO PRENATALE	89.26.9 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO CONTROLLO	
		89.26.4 VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO se effettuata dallo specialista	

Serie Ordinaria n. 41 - Martedì 09 ottobre 2018

Tra 33 e 37 ⁺⁶ settimane gestazionali	6° INCONTRO PRENATALE	89.26.9 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO CONTROLLO 89.26.4 VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO se effettuata dallo specialista	
Dalla 38 settimana gestazionale	7° INCONTRO PRENATALE	PRESSO PUNTO NASCITA	
Dalla 41 settimana gestazionale	8° INCONTRO PRENATALE	PRESSO PUNTO NASCITA 88.78 ECOGRAFIA OSTETRICA 75.34.1 CARDIOTOCOGRAFIA	
ACCESSI POSTNATALE (considerare le prestazioni in elenco)			Posto il numero degli accessi indicati dalla letteratura, non è oggetto di questo provvedimento predeterminare il numero preciso di contatti/accessi considerata la varietà dei casi e delle necessità della persona bensì viene proposto un calendario di incontri "base".
Entro giorni dal parto	POST-NATALE		
Entro giorni dal parto	POST-NATALE		
Entro 6-8 settimane dal parto	POST-NATALE		

Considerare

001.01 COLLOQUIO DI ACCOGLIENZA/ORIENTAMENTO (massimo 2 colloqui) per Accoglienza e orientamento preconcezionale; Accoglienza e orientamento Prenatale. Definizione del modello assistenziale ostetrico,
001.02 COLLOQUIO DI CONSULTAZIONE (massimo 4 colloqui)
001.04 COLLOQUIO DI SOSTEGNO (di norma massimo 10 colloqui, ... Training allattamento post partum)
004.05 INCONTRI DI GRUPPO CON UTENTI anche fuori sede. (gravidanza/percorso nascita/allattamento). Durata minima di un'ora, realizzato da almeno due operatori, anche di discipline diverse, con un gruppo minimo di 4 utenti e sino ad un massimo 16 utenti.
004.11 INCONTRI DI GRUPPO CON UTENTI anche fuori sede. (sostegno genitorialità) Durata minima di un'ora, realizzato da almeno due operatori, anche di discipline diverse, con un gruppo minimo di 4 utenti e sino ad un massimo 16 utenti.
004.13 INCONTRI DI GRUPPO CON UTENTI anche fuori sede. Durata minima di un'ora, realizzato da 1 o più operatori, con un gruppo minimo di 4 utenti e sino ad un massimo di 25 utenti
004.14 INCONTRI DI GRUPPO DI AUTO MUTUO-AIUTO
005 VISITA AL DOMICILIO (Percorso nascita : valutazione dell'ambiente, del clima familiare, delle relazioni educative, in riferimento alla neo genitorialità, alle relazioni mamma/bambino, a situazioni individuali di vulnerabilità ad esse connesse e a situazioni familiari di fragilità, per l'accompagnamento e il sostegno. ... A titolo esemplificativo percorso nascita, home visiting ...)
89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA (se effettuata dallo specialista medico)
89.26.2 VISITA GINECOLOGICA CONTROLLO (se effettuata dallo specialista medico)
89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA (se effettuata dallo specialista medico)
89.26.4 VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO (se effettuata dallo specialista medico)
89.26.8 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO, PRIMA VISITA (se effettuato dall'ostetrica)
89.26.9 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO, CONTROLLO (se effettuato dall'ostetrica)
88.78.4 ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE - R* **90.17.6 HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A**

Considerare

le vaccinazioni raccomandate dTpa dalla 28 settimana di gravidanza e antinfluenzale all'inizio della stagione epidemica.

Note alla tabella del Calendario degli esami

La tabella serve per contrassegnare la data, l'epoca gestazionale e la prestazione effettuata. Qualora si decida di riportare in via eccezionale qualche valore, il dato trascritto va firmato. I referti possono essere allegati all'Agenda del Percorso Nascita.

Le caselle BIANCHE con il simbolo indicano le settimane in cui l'esecuzione della prestazione è raccomandata, fatto salvo non sia stata eseguita in precedenza; di converso, le caselle GRIGIE indicano le settimane in cui l'esecuzione della prestazione non è prevista, fatto salvo prescrizioni aggiuntive necessarie al caso concreto.

La casella che riporta il simbolo # indica che la prestazione è inclusa nel DM 10/09/1998.

Note alla tabella degli esami ecografici:

Il simbolo * indica l'esecuzione della prestazione in caso di sospetta patologia fetale e/o annessiale o materna (DPCM 12/01/2017).

Il simbolo # indica che la prestazione è inclusa nel DM 10/09/1998

RISCHIO DELL'ASSUNZIONE DI ALCOL IN GRAVIDANZA

L'unità alcolica (UA) corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande. Vedi <http://www.epicentro.iss.it/passi/indicatori/alcol.asp>



Screening: Tweak Test (ISS, 2010)

Tweak	Domanda	Punteggio
T - Tolleranza	Quante bevande alcoliche deve assumere per sentirsi euforico?	3 o più = 2 punti
W - Preoccupazione	Nell'ultimo anno famigliari o amici cari si sono mai preoccupati o lamentati del suo modo di bere?	Si = 2 punti
E- Riconoscimento/risveglio	Le capita di bere al mattino, non appena si alza dal letto?	Si = 1 punto
A - Amnesia	Le è mai capitato che un amico o un membro della famiglia le abbia riferito di avere detto o fatto qualcosa mentre stava bevendo che lei poi non ricordava?	Si = 1 punto
K - Riduzione	Le capita di avvertire la necessità di ridurre la quantità di alcol assunta?	Si = 1 punto

Punteggio totale: _____

RISCHIO DEL FUMO IN GRAVIDANZA

Intervento per la cessazione dal fumo di tabacco: Programma Nazionale "Mamme libere dal fumo" secondo regola delle 5A: Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange; ISS, Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo

(ASK)
Ha mai fumato?
 no, mai
 sì, in passato (considerare ex fumatrice se ha sospeso il fumo da un anno)
 sì, sospeso in gravidanza (dalla __+__ settimana gestazionale)
 sì, a tutt'oggi (n° ____ sigarette\die)

(ADVISE)
Ha mai pensato di smettere di fumare? [NO] [SI]
Ha mai frequentato un ambulatorio antitabagico? [NO] [SI]
Presenza di fumatori conviventi? [NO] [SI]

(ASSESS)
Test di West (Allegato 2: Screening ostetrici)
Punteggio Grado di dipendenza: [bassa] [alta]
Punteggio Grado di motivazione: [basso] [alto]

(ASSIST)
Se motivato: aiutare a smettere
Se non motivato: fornire consigli per promuovere motivazione

(ARRANGE)
Pianificare follow-up

```

graph TD
    ASK[ASK  
Chiedere se fuma] --> ADVISE[ADVISE  
Raccomandare di smettere]
    ADVISE --> ASSESS[ASSESS  
Identificare i fumatori  
motivati a smettere]
    ASSESS -- Motivato --> ASSIST[ASSIST  
Aiutare a smettere]
    ASSESS -- Non motivato --> Consigli[Fornire consigli  
per promuovere  
motivazione]
    ASSIST -- Ricaduta --> ASSESS
    ASSIST --> ARRANGE[ARRANGE  
Pianificare follow up]
    
```

Test di West, misura:			
la tua dipendenza		la tua motivazione a smettere	
1. Quanti minuti dopo il risveglio fuma la prima sigaretta?		1. Le piacerebbe smettere di fumare se potesse riuscirci facilmente?	
<input type="checkbox"/> Nei primi 5 minuti	<input type="checkbox"/> 3 punti	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 0 punti
<input type="checkbox"/> Da 6 a 30 minuti	<input type="checkbox"/> 2 punti	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> 1 punto
<input type="checkbox"/> Da 31 a 60 minuti	<input type="checkbox"/> 1 punto		
<input type="checkbox"/> Più di 60 minuti	<input type="checkbox"/> 0 punti		
2. Quante sigarette fuma al giorno?		2. Quanto le interessa smettere di fumare?	
<input type="checkbox"/> 31 e più	<input type="checkbox"/> 3 punti	<input type="checkbox"/> Per niente	<input type="checkbox"/> 0 punti
<input type="checkbox"/> Da 21 a 30	<input type="checkbox"/> 2 punti	<input type="checkbox"/> Un po'	<input type="checkbox"/> 1 punto
<input type="checkbox"/> Da 11 a 20	<input type="checkbox"/> 1 punto	<input type="checkbox"/> Abbastanza	<input type="checkbox"/> 2 punti
<input type="checkbox"/> Meno di 10	<input type="checkbox"/> 0 punti	<input type="checkbox"/> Molto	<input type="checkbox"/> 3 punti
3. Intende provare a smettere di fumare nelle prossime due settimane?		4. Esiste la possibilità che nei prossimi sei mesi, lei non sia più una fumatrice?	
<input type="checkbox"/> Sicuramente no	<input type="checkbox"/> 0 punti	<input type="checkbox"/> Sicuramente no	<input type="checkbox"/> 0 punti
<input type="checkbox"/> Forse sì	<input type="checkbox"/> 1 punto	<input type="checkbox"/> Forse sì	<input type="checkbox"/> 1 punto
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> 2 punti	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> 2 punti
<input type="checkbox"/> Sicuramente sì	<input type="checkbox"/> 3 punti	<input type="checkbox"/> Sicuramente sì	<input type="checkbox"/> 3 punti
Grado di dipendenza		Grado di motivazione	
<input type="radio"/> 0 - 3 punti: BASSA <input type="radio"/> 4 - 6 punti: ALTA		<input type="radio"/> 0 - 5 punti: BASSA <input type="radio"/> 6 - 10 punti: ALTA	

FATTORI DI RISCHIO PER DIABETE GESTAZIONALE (ISS, 2011) Se presente uno o più fattori di rischio:

Settimane gestazionali	Fattori di rischio
16-18 settimane gestazionali	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Diabete gestazionale in una gravidanza precedente <input type="radio"/> Indice di massa corporea (IMC) pre-gravidico ≥ 30 <input type="radio"/> Riscontro, precedentemente o all'inizio della gravidanza, di valori di glicemia plasmatica compresi fra 100 e 125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l)
24-28 settimane gestazionali	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Età ≥ 35 anni <input type="radio"/> Indice di massa corporea (IMC) pre-gravidico ≥ 25 kg/m² <input type="radio"/> Macrosomia fetale in una gravidanza precedente ($\geq 4,5$ kg) <input type="radio"/> Diabete gestazionale in una gravidanza precedente (anche se con determinazione normale a 16-18 settimane) <input type="radio"/> Anamnesi familiare di diabete (parente di primo grado con diabete tipo 2) <input type="radio"/> Famiglia originaria di aree ad alta prevalenza di diabete: Asia meridionale (in particolare India, Pakistan, Bangladesh), Caraibi (per la popolazione di origine africana), Medio Oriente (in particolare Arabia Saudita, Emirati Arabi Uniti, Iraq, Giordania, Siria, Oman, Qatar, Kuwait, Libano, Egitto)

SCALA UNICA DI QUANTIFICAZIONE DEL VOMITO E DELLA NAUSEA IN GRAVIDANZA (PUQE Modified)

mother risk Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and nausea PUQE-24 scoring system

LACASSE A., REY E., FERREIRA E., MORIN C., BERARD A., "Validity of a modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUQE) scoring index to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy", American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2008, n°198, 71.e1-71.e7.

TEKOA L. K., PATRICIA A. M., "Evidence-Based Approaches to Managing Nausea and Vomiting in Early Pregnancy", Journal of Midwifery & Women's Health, November-December 2009, n° 54(6), 430-444.

1. On an average day, for how long do you feel nauseated or sick to your stomach?	>6 hrs (5 punti)	4-6 hrs (4 punti)	2-3 hrs (3 punti)	≤ 1 hr (2 punti)	Not at all (1 punto)
2. On an average day, how many times do you vomit or throw up?	7 or more (5 punti)	5-6 (4 punti)	3-4 (3 punti)	1-2 (2 punti)	none (1 punto)
3. On an average day, how many times do you have retching or dry heaves without bringing anything up?	7 or more (5 punti)	5-6 (4 punti)	3-4 (3 punti)	1-2 (2 punti)	none (1 punto)

Score:

- ≤ 6 Medio
- 7-12 Moderato
- ≥ 13 Severo

Serie Ordinaria n. 41 - Martedì 09 ottobre 2018

FATTORI DI RISCHIO PRE-ECLAMPSIA (ISS, 2011)

Se presente uno o più fattori di rischio: misurare più frequentemente la pressione arteriosa

Settimane gestazionali	Fattori di rischio
Al primo appuntamento	<ul style="list-style-type: none"> ○ Età ≥40 anni ○ Nulliparità ○ Intervallo >10 anni dalla gravidanza precedente ○ Storia familiare di pre-eclampsia ○ Storia precedente di pre-eclampsia ○ Indice di massa corporea (IMC) ≥30 kg/m² ○ Malattie vascolari pre-esistenti come l'ipertensione ○ Malattia renale preesistente ○ Gravidanza multipla ○ Diabete pre-gravidico

DEFINIZIONE CATEGORIE ALIMENTARI INFANTILE

 WHO. Division of diarrhoeal and acute respiratory disease control. (1991) Indicators for assessing breastfeeding practices WHO/CDD/SER/91.14. *World Heal. Organ.*, 1-14. Geneva; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62134/1/WHO_CDD_SER_91_14.pdf.

 Cattaneo A, Davanzo R, Ronfani L. Are data on the prevalence and duration of breastfeeding reliable? The case of Italy. *Acta Paediatr* 2000;89:88-93.

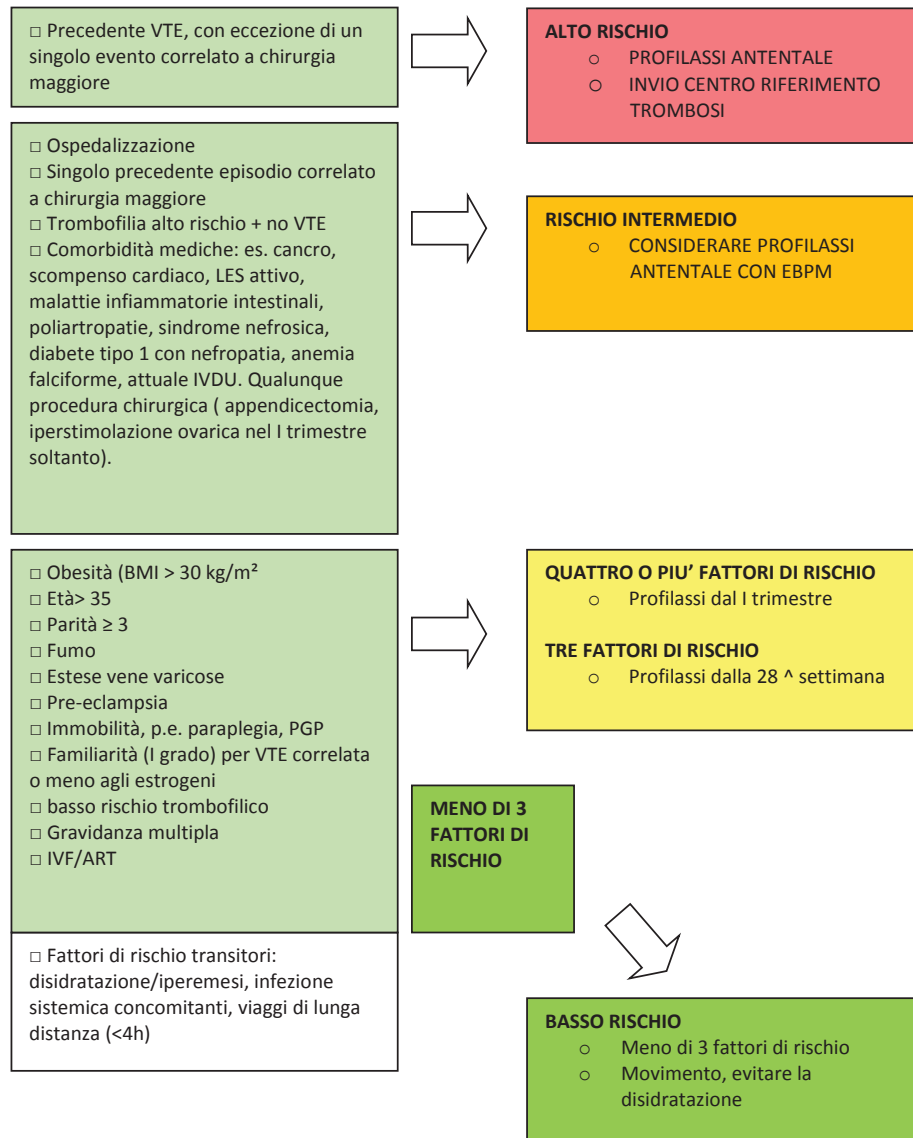
Categoria	Il bambino ASSUME	Il bambino PUÒ assumere	Il bambino NON assume
Allattamento al seno esclusivo	Latte Materno, compreso Latte Materno spremuto o Latte Materno donato	Gocce, sciroppi (vitamine, minerali, farmaci), soluzioni reidratanti orali	Altro
Allattamento al seno predominante	Latte Materno, Latte Materno Spremuta o Latte Materno Donato come fonte predominante di nutrienti	Come sopra, più liquidi non nutritivi (acqua, soluzione glucosata, camomilla, tisane e succhi non zuccherati)	Altro
Alimentazione complementare	Latte Materno, Latte Materno Spremuta o Latte Materno Donato	Qualsiasi altro alimento o bevanda, compreso il latte non umano	
Non allattamento	Solo latte artificiale, di mucca o altro latte non umano e/o alimenti solidi o semisolidi		Latte materno, compreso Latte Materno spremuto o Latte Materno donato

TROMBOPROFILASSI: VALUTAZIONE RISCHIO OSTETRICO.**VALUTAZIONE ANTENATALE**

Traduzione e integrazione per la realtà clinica italiana

<http://www.aogoi.it/media/4895/algorithm-di-valutazione-del-rischio-tromboembolico-in-ostetricia.pdf> (disponibile Giugno 218)

La Fonte RCOG. 2015 Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium, Guideline n° 37a)



Estese vene varicose= sintomatiche, sopra al ginocchio, o associate a flebite/edema o modificazioni cutanee. Trombofilia alto rischio= deficit ATIII, proteina C o S; omozigosi o combinazioni di 2 o più eterozigosi di basso rischio; IVDU= uso di droghe endovena-; Trombofilia a basso rischio= eterozigosi per F V Leiden o mutazioni G20210A protrombina.

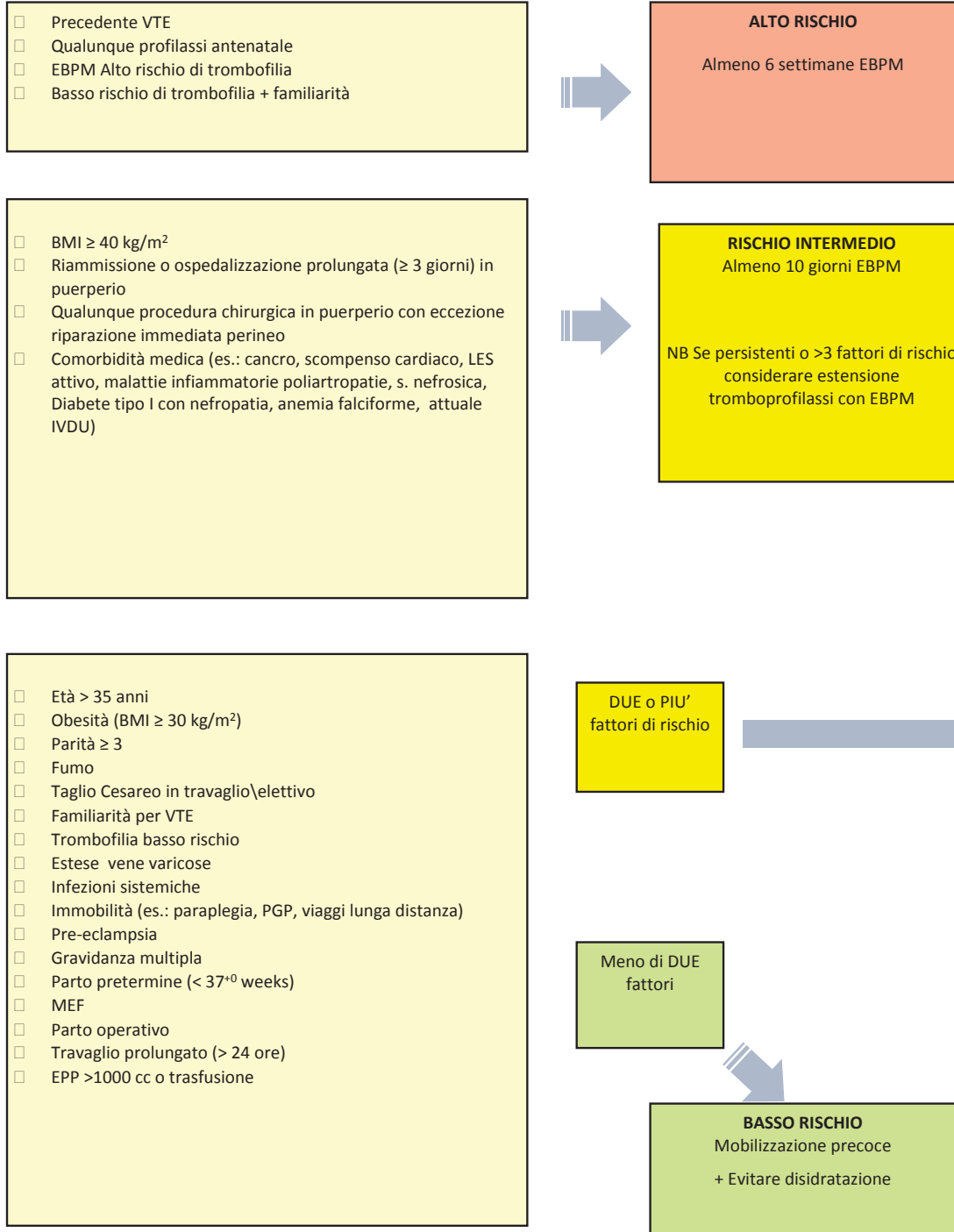
TROMBOPROFILASSI: VALUTAZIONE RISCHIO OSTETRICO.

Valutazione Post-Natale (da fare in sala parto)

Traduzione e integrazione per la realtà clinica italiana

<http://www.aogoi.it/media/4895/algorithm-di-valutazione-del-rischio-tromboembolico-in-ostetricia.pdf> (disponibile Giugno 218)

La Fonte RCOG. 2015 Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium, Guideline n° 37a)



VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI TROMBOEMBOLISMO VENOSO (VTE) IN GRAVIDANZA E IN PUERPERIO

- Se punteggio ≥ 4 preparto, considerare tromboprolifassi dal I trimestre.
- Se punteggio 3 preparto, considerare tromboprolifassi dalla 28^a settimana.
- Se punteggio ≥ 2 postparto, considerare tromboprolifassi per almeno 10 giorni.
- Ospedalizzazione antenata considerare tromboprolifassi.
- Se ospedalizzazione prolungata in puerperio (≥ 3 giorni) o riammissione in ospedale in puerperio considerare tromboprolifassi.

Fattori di rischio per VTE

Fattori preesistenti	PUNTEGGIO
Precedente VTE (ad eccezione di un singolo episodio legato a chirurgia maggiore)	4
Precedente VTE con eccezione di un singolo evento correlato a chirurgia maggiore	3
Alto rischio conosciuto di trombofilia	3
Comorbidità mediche p.e. cancro, scompenso cardiaco; LES attivo, poliartropatia infiammatoria o M infiammatoria intestinale cronica; s nefrosica; Diabete mellito tipo I con nefropatia; anemia falciforme; uso concomitante farmaci intravenosi	3
Familiarità (I grado) di VTE correlate o meno agli Estrogeni	1
Trombofilia conosciuta di basso rischio (no VTE)	1 ^a
Età (> 35 anni)	1
Obesità	1a o 2b
Parità ≥ 3	1
Fumo	1
Estese vene varicose	1
Fattori di rischio ostetrici	
Pre-eclampsia nella corrente gravidanza	1
ART/IVF (solo antenatale)	1
Gravidanza multipla	1
Taglio cesareo in travaglio	2
Taglio cesareo elettivo	1
Parto operativo allo stretto medio	1
Travaglio prolungato (> 24 ore)	1
EPP (> 1000 cc or trasfusione)	1
Parto pretermine < 37 ⁺⁰ settimane	1
MIF nella gravidanza attuale	1
Fattori di Rischio transitori	
Qualunque procedura chirurgica in puerperio con eccezione riparazione immediata perineo p.e.. appendicectomia, sterilizzazione post parto	3
Iperemesi	3
S Iperstimolazione ovarica (solo nel I trimestre)	4
Infezione sistemica concomitante	1
Immobilità, Disidratazione	1
TOTAL.....	

a) Se lo stato trombofilico conosciuto di basso rischio si associa a familiarità I grado di VTE la tromboprolifassi nel post parto va continuata per 6 settimane. BMI $\geq 30 = 1$; BMI $\geq 40 = 2$

Controindicazioni/Accorgimenti all'uso di EBPM

M emorragiche conosciute (p.e. emofilia, m von Willebrand, coagulopatia acquisita)
 Sanguinamento importante antenatale/postpartum
 Situazioni classificate a rischio emorragico aumentato (p.e. placenta praevia)
 Trombocitopenia (PLT < 75 x 10⁹/l)
 Ictus emorragico o ischemico nelle 4 settimane precedenti
 Malattia renale severa (Filtrato glomerulare < 30 ml/minuto/1.73m²)
 Malattia epatica severa (PTT > normal range o estese varici)
 Ipertensione non controllata (PA > 200 mmHg sistolica o > 120 mmHg diastolica)

Traduzione e integrazione per la realtà clinica Italiana a cura della professoressa Mariarosaria Di Tommaso.

<http://www.aogoi.it/media/4896/scheda-valutazione-rischio-tromboembolismo-venoso.pdf> (accesso Giugno 2018)

<http://www.aogoi.it/notiziario/linee-guida-fondazione-confalonieri-ragone/> (accesso Giugno 2018)

(carta intestata della struttura)

Su richiesta della donna e per gli usi consentiti dalla legge si rilascia il seguente

ATTESTATO DI GRAVIDANZA

La Signora.....
nata a il
residente acap.....
in via

è attualmente alla settimana di gravidanza

___/___/_____
data dichiarata ultima mestruazione

___/___/_____
data presunta del parto

.....

(Timbro, Firma, Qualifica)

Luogo, Data ___/___/_____

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

(carta intestata della struttura)

01

PERCORSO NASCITA FISIOLGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP <small>Straniera Temporaneamente Presente</small>														
Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana														
Cognome _____ Nome _____														
Data di Nascita ____/____/____ Indirizzo _____														

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione** Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica

Primo trimestre (entro 13 settimane + 6 giorni), e comunque al primo controllo

- EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV.** Compreso eventuale controllo microscopico.
- Hb – EMOGLOBINE.** Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale) (Qualora non eseguito in funzione preconcezionale)
- GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)** (Qualora non eseguito in funzione preconcezionale)
- ANTICORPI ANTI ERITROCITI** (Test di Coombs indiretto)
- GLUCOSIO**
- URINE ESAME COMPLETO**
- ESAME COLTURALE DELL' URINA**
- TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM**

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita/controllo)

Logo struttura

02

PERCORSO NASCITA FISIOLGICO A GESTIONE OSTETRICACodice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione** Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica**Primo trimestre (entro 13 settimane + 6 giorni), e comunque al primo controllo**

- VIRUS ROSOLIA IgG e IgM (Per sospetta infezione acuta. Incluso test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie)
- VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG (Per controllo stato immunitario)
- TREPONEMA PALLIDUM. Sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR]
- VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV 1-2]. TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24
- CHLAMYDIA TRACHOMATIS in caso di fattori di rischio riconosciuti (LG gravidanza fisiologica aggiornamento 2011)
- NEISSERIA GONORRHOEAE in caso di fattori di rischio riconosciuti (LG gravidanza fisiologica aggiornamento 2011)
- VIRUS EPATITE C in caso di fattori di rischio riconosciuti (LG gravidanza fisiologica aggiornamento 2011)

Data _____ Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

Logo struttura

03

PERCORSO NASCITA FISIOLÓGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Indirizzo _____

Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica e di Screening biochimico delle anomalie cromosomiche

Primo trimestre

HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A

Da eseguire solo in associazione ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE. Incluso: consulenza pre e post test combinato (1° trimestre)

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

Logo struttura

04

PERCORSO NASCITA FISIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Indirizzo _____

Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica e di Screening delle anomalie

Primo trimestre (Tra 11 settimane+0 giorni e 13 settimane + 6 giorni)

ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE.

Da eseguire esclusivamente tra 11 settimane + 0 gg e 13 settimane +6 gg Incluso: consulenza pre e post test combinato

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

Logo struttura

05**PERCORSO NASCITA FISIOLGICO A GESTIONE OSTETRICA**

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Indirizzo _____

Codice esenzione **M**: _____ **Settimana di gestazione** Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica **ESAME CITOLOGICO CERVICO VAGINALE**

(se non eseguito nei 3 anni precedenti nella fascia d'età dello screening)

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

Logo struttura

06

PERCORSO NASCITA FIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICACodice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Indirizzo _____

Codice esenzione M: _____ **Settimana di gestazione.** Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica**Primo trimestre** ECOGRAFIA OSTETRICA

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita/controllo)

Logo struttura

07

PERCORSO NASCITA FISIOLÓGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Indirizzo _____

Quesito diagnostico: determinazioni di rischio prenatale per anomalie cromosomiche e difetti del tubo neurale

Secondo trimestre (da 14 settimane + 0 giorni a 18 settimane + 6 giorni)

- TRI TEST PER AFP, HCG TOTALE O FRAZIONE LIBERA, E3.

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

Logo struttura

08

PERCORSO NASCITA FISIOLÓGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Indirizzo _____

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione.** Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica**Secondo trimestre (da 14 settimane + 0 giorni a 18 settimane + 6 giorni)**

- TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM** Incluso test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoiblotting. In caso di sieronegatività
- VIRUS ROSOLIA IgG e IgM** (per sospetta infezione acuta. Incluso test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie)
- ESAME URINE CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO**

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita/controllo)

Logo struttura

09

PERCORSO NASCITA FISIOLÓGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale (inserire codice STP per donna Straniera Temporaneamente Presente)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione.** Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica

Secondo trimestre (da 19 settimane + 0 giorni a 23 settimane + 6 giorni)

- TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM Incluso test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoiblotting. In caso di sieronegatività
- ESAME URINE CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

Logo struttura

10

PERCORSO NASCITA FISILOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP <small>Straniera Temporaneamente Presente</small>														
Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana														
Cognome _____					Nome _____									
Data di nascita ___/___/___					Indirizzo _____									

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione.** Quesito diagnostico: indagine morfologica fetale

Secondo trimestre (da 19 settimane + 0 giorni a 21 settimane + 0 giorni)

ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita/controllo)

Logo struttura

11

PERCORSO NASCITA FISOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita __/__/____ Indirizzo _____

Codice esenzione M: _____ **Settimana di gestazione.**

Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica, in caso di sieronegatività

Secondo trimestre (da 24 settimane + 0 giorni a 27 settimane + 6 giorni)

TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM *Incluso test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoiblotting. In caso di sieronegatività*

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

Logo struttura

12

PERCORSO NASCITA FISILOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Indirizzo _____

Codice esenzione M: _____ **Settimana di gestazione.**

Quesito diagnostico: controllo della gravidanza

Secondo trimestre (da 24 settimane + 0 giorni a 27 settimane + 6 giorni)

URINE ESAME COMPLETO. Incluso sedimento urinario

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

Logo struttura

13

PERCORSO NASCITA FISILOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M**: _____ **Settimana di gestazione.**

Quesito diagnostico: sospetta infezione urinaria

Secondo trimestre

- ESAME CULTURALE DELL'URINA (URINOCOLTURA)**
In caso di batteriuria o leucocituria significativa e/o altri indici di infezione urinaria

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

Logo struttura

14

PERCORSO NASCITA FISIOLGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita __/__/____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione.** Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica

Terzo trimestre (da 28 settimane + 0 giorni a 32 settimane + 6 giorni)

- EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico.
- ANTICORPI ANTI ERITROCITI (Test di Coombs indiretto)
- TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM Incluso test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoiblotting. In caso di sieronegatività
- ESAME URINE CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO

Data _____ Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

Logo struttura

15

PERCORSO NASCITA FISIOLÓGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita __/__/____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione.** Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica

Terzo trimestre (da 33 settimane + 0 giorni a 37 settimane + 6 giorni)

- EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV.** Compreso eventuale controllo microscopico.
- TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM** Incluso test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting. In caso di sieronegatività
- VIRUS HBV [HBV] REFLEX.** ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo
- VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV 1-2]. TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24** incluso eventuale Immunoblotting
- URINE ESAME COMPLETO**

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

Logo struttura

16

PERCORSO NASCITA FISOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione.** Quesito diagnostico: sospetta infezione urinaria

Terzo trimestre

- ESAME CULTURALE DELL'URINA (URINOCOLTURA)** In caso di batteriuria o leucocituria significativa e/o altri indici di infezione urinaria

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

Logo struttura

17

PERCORSO NASCITA FISIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Indirizzo _____

Quesito diagnostico: raccomandato nel controllo della gravidanza fisiologica

Terzo trimestre Raccomandato a 36-37 settimane

STREPTOCOCCO β EMOLITICO GRUPPO B. TAMPONE VAGINO-RETTALE.

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

Logo struttura

18

PERCORSO NASCITA FISIOLÓGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Indirizzo _____

Quesito diagnostico: raccomandato nel controllo della gravidanza fisiologica

Terzo trimestre

- TREPONEMA PALLIDUM. Sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR] tra 33⁺⁰ e 37⁺⁶

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita/controllo)

Logo struttura

19

PERCORSO NASCITA FISIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP <small>Straniera Temporaneamente Presente</small>														
<small>Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana</small>														
Cognome _____							Nome _____							
Data di nascita ___/___/___				Indirizzo _____										

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione.** Quesito diagnostico: controllo gravidanza a termine

Terzo trimestre (da 41 settimane + 0 giorni)

- ECOGRAFIA OSTETRICA per valutazione quantitativa del liquido amniotico
- CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

Logo struttura

20

PERCORSO NASCITA FISIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita __/__/____ Indirizzo _____

Codice Esenzione:

Quesito: gravidanza

- 93.37 TRAINING PRENATALE

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

Logo struttura

21

PERCORSO NASCITA FIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP <small>Straniera Temporaneamente Presente</small>													
Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana													
Cognome _____							Nome _____						
Data di nascita ___/___/_____							Indirizzo _____						

Codice esenzione **M ___ (Settimana di gestazione)**

Codice esenzione **M60 (Puerperio)**

Quesito diagnostico: valutazione ostetrica nel percorso nascita fisiologico

89.26.8 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO, PRIMA VISITA

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita/controllo)

Logo struttura

22

PERCORSO NASCITA FISIOLGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Indirizzo _____

Codice esenzione **M: ___(Settimana di gestazione)**Codice esenzione **M60 (Puerperio)**

Quesito diagnostico: valutazione ostetrica nel percorso nascita fisiologico

 89.26.9 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO, CONTROLLO

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita/controllo)

Logo struttura

23

PERCORSO NASCITA FIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Indirizzo _____

Codice esenzione **M** _____ (**Settimana di gestazione**)

Quesito diagnostico: fattori di rischio individuati durante il Bilancio di Salute Ostetrico

89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica)

Logo struttura



PERCORSO NASCITA FIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione M _____ (**Settimana di gestazione**)

Quesito diagnostico: fattori di rischio individuati in gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico

- 89.26.4 VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica)

Logo struttura

25

PERCORSO NASCITA FISIOLGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

Grid for tax code entry

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

Grid for team card number entry

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Indirizzo _____

Codice

Quesito diagnostico:

- GLUCOSIO Dosaggio seriale dopo carico. Inclusa determinazione del glucosio basale 90.27.1 (Con 75 g. di Glucosio -OGTT 75 g) tra 14+0 e 18+6 in donne con gravidanza fisiologica è raccomandato lo screening per il diabete gestazionale secondo fattori di rischio definiti dalla LG gravidanza fisiologica n. 20 aggiornamento 2011 e previsto in presenza di fattori di rischio come da DPCM 12/01/2017
GLUCOSIO Dosaggio seriale dopo carico. Inclusa determinazione del glucosio basale 90.27.1 (Con 75 g. di Glucosio -OGTT 75 g) tra 24+0 e 27+6 in donne con gravidanza fisiologica è raccomandato lo screening per il diabete gestazionale secondo fattori di rischio definiti dalla LG gravidanza fisiologica n. 20 aggiornamento 2011 e previsto in presenza di fattori di rischio come da DPCM 12/01/2017. La seguente determinazione è inclusa nel DM 10/09/1998

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

Logo struttura

26

PERCORSO NASCITA FISILOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita __/__/____ Indirizzo _____

Quesito diagnostico: fattori di rischio individuati (in fase postnatale/puerperio)

- 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica)

Logo struttura



PERCORSO NASCITA FIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Indirizzo _____

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione**

Quesito diagnostico:

- # ECOGRAFIA OSTETRICA tra 28^a e 32^a settimana
- # VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI tra 33^a e 37^a settimana

non indicate dal D.P.C.M. 12/01/2017 secondo LG Gravidanza Fisiologica n.20, aggiornamento 2011, ma # prestazione prevista dal DM 10/09/1998

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)