

## PROFILO ASSISTENZIALE CONDIVISO <sup>1</sup> PER IL MONITORAGGIO DELLA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

### Premessa

Il presente documento si configura come strumento di consultazione, maneggevole e di rapido utilizzo, all'interno del "PERCORSO NASCITA", elaborato dall'Assessorato alla tutela della salute e sanità (DGR n. 34-8769 del 12/05/2008), con l'obiettivo di garantire l'uniformità nell'assistenza alla gravidanza fisiologica sul territorio regionale.

### Introduzione

Il fine di una appropriata assistenza perinatale è quello di assicurare una buona salute della mamma e del bambino con il minor carico di cura compatibile con la sicurezza. Ogni atto assistenziale, soprattutto in campo ostetrico, trattandosi di eventi fisiologici, deve avere una indicazione precisa e chiara (OMS 1996).

La definizione delle caratteristiche della gravidanza (a basso rischio, a rischio) permette di collocare la tipologia di assistenza all'interno dei servizi appropriati ed è un utile strumento di comunicazione tra gli operatori, ma deve essere utilizzato nella consapevolezza che il concetto di rischio è di tipo dinamico: un determinato rischio in uno specifico momento della gravidanza non condiziona necessariamente l'esito dell'evento (es. minaccia d'aborto), ogni gravidanza può presentare uno o più rischi e diversi gradi di rischio in momenti diversi.

L'OMS, che ha sviluppato per primo il concetto di "presa in carico secondo il grado di rischio", ha negli ultimi anni ulteriormente ridefinito questo sistema di classificazione. Attualmente quella proposta è di "assistenza prenatale di base", offerta a tutte le donne, "assistenza addizionale" per donne e nati con patologie e complicanze moderate e "assistenza specializzata ostetrica e neonatale" per le donne e nati con patologie e complicanze severe.

Questo "profilo assistenziale" offre raccomandazioni per l'assistenza prenatale di base, ma non dà informazioni per le donne che richiedono assistenza addizionale e/o specializzata.

L'assistenza addizionale e/o specializzata di solito è necessaria nei seguenti casi:

### **Anamnesi patologica**

- Ipertensione preesistente alla gravidanza
- Diabete mellito
- Patologie cardiovascolari
- Tromboembolie pregresse e/o trombofilia nota
- Emoglobinopatie
- Difetti congeniti della coagulazione e diatesi emorragica
- Patologie renali e urologiche
- Patologie croniche dell'apparato respiratorio
- Patologia autoimmune e sindrome da anticorpi antifosfolipidi
- Patologie epatiche
- Patologie endocrine
- Patologie oncologiche

---

<sup>1</sup>Il presente documento è il risultato di un lavoro di confronto tra gli Operatori dei Consultori Familiari e dei Punti Nascita della Regione Piemonte

- Patologie psichiatriche e/o neurologiche in trattamento
- Patologie genetiche familiari
- Patologie infettive croniche (HIV, HCV, HBV, Tubercolosi, Sifilide)
- Assunzione cronica di farmaci
- Abuso di sostanze (incluso alcool)
- BMI (*Body Mass Index* [peso (kg)/altezza (m)<sup>2</sup>]) inferiore a 18 kg/m<sup>2</sup> o superiore a 35 kg/m<sup>2</sup>

### **Anamnesi ostetrico-ginecologica remota**

- Precedente morte endouterina o neonatale
- Precedenti malformazioni fetali/neonatali
- Aborti ricorrenti (maggiore o uguale a tre)
- Precedente neonato con peso alla nascita <2500gr
- Precedente neonato con peso alla nascita >4500gr
- Ipertensione o preeclampsia / eclampsia / s.HELLP nella precedente gravidanza
- Pregresso parto pretermine
- Pregresse patologie placentari
- Pregressa isoimmunizzazione
- Malformazioni uterine e/o miomi
- Pregressa chirurgia uterina (conizzazione, resezione di setto uterino, pregresso TC longitudinale sul corpo dell'utero)
- Pregresso cerchiaggio cervicale

### **Anamnesi ostetrico-ginecologica attuale**

- Gravidanza multipla
- Età materna <16 anni
- Età materna >40 anni
- Pressione diastolica uguale o maggiore a 90 mm/Hg
- Sindrome da iperstimolazione ovarica in PMA

### **PROFILO ASSISTENZIALE DELLA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO**

La maggior parte degli esami raccomandati sono esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria come previsto dal Decreto Ministeriale 10 settembre 1998 dal titolo "Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità" se effettuati all'età gestazionale prevista dal decreto e se corredati dall'apposito codice di esenzione.

### **Visita preconcezionale**

- Anamnesi e visita per la valutazione dello stato di salute generale.
- Accertamento dell'eventuale recettività alla rosolia per programmare la vaccinazione preconcezionale (la gravidanza può iniziare un mese dopo la vaccinazione).

- Anamnesi relativa alla varicella, se negativa raccomandare il test immunologico e proporre la vaccinazione preconcezionale se la donna risulta recettiva (la gravidanza può iniziare un mese dopo la vaccinazione)( non esente).
- Accertamento dello stato immunitario relativo alla toxoplasmosi per individuare le donne recettive a cui consigliare adeguate misure igienico-profilattiche e controlli periodici in gravidanza.
- Gruppo sanguigno ABO e fattore Rh per la coppia.
- Test di Coombs indiretto per la donna (non esente).
- Ricerca anticorpi anti HIV per la coppia.
- Ig totali anti-Treponema per la coppia.
- Emocromo ed assetto emoglobinico per la donna. Nel caso la donna sia portatrice sana di emoglobinopatie, il test è esteso al partner.
- Esame citologico vaginale se non eseguito nei tre anni precedenti.

Si raccomanda l'importanza di prescrivere l'integrazione di acido folico (400 microgrammi/die) unitamente ad una alimentazione completa ed appropriata nel periodo periconcezionale (da almeno un mese prima del concepimento fino alla 12<sup>a</sup> settimana di gestazione) per la riduzione del rischio malformativo (difetti di chiusura del tubo neurale).

#### **CONTROLLI IN GRAVIDANZA**

Il primo incontro dovrebbe essere programmato possibilmente entro la 10<sup>a</sup> settimana per permettere la programmazione delle indagini di screening prenatale per le patologie cromosomiche.

In ogni caso la presa in carico deve essere garantita a tutte le donne in gravidanza indipendentemente dall'età gestazionale del primo accesso. Più avanzata è la gravidanza al momento del primo accesso più è opportuno valutare se sia necessaria *l'assistenza addizionale*.

In seguito al primo incontro si raccomandano controlli ogni 4-6 settimane fino a 40<sup>a</sup>-41<sup>a</sup> settimane. Il numero di incontri consigliati è tra 7 e 10.

Non esistono evidenze scientifiche a sostegno di un numero ideale di incontri in gravidanza; mentre una moderata riduzione rispetto ad alcune consuetudini (13-14 vs 5-8 nei diversi studi) non risulta essere associata ad alcun aumento degli esiti negativi.

Va garantita la continuità assistenziale dalla gravidanza al post-parto mediante:

- la condivisione fra tutti gli operatori della stessa filosofia di assistenza;
- l'utilizzo di protocolli comuni durante la gravidanza, travaglio, parto e puerperio;
- il ritorno ai servizi di territorio dopo la dimissione da strutture ospedaliere.

L'ostetrica è la figura professionale più indicata all'applicazione del profilo assistenziale della gravidanza a basso rischio; nei casi precedentemente elencati che potrebbero richiedere *l'assistenza addizionale e/o specializzata* l'ostetrica deve richiedere la consulenza del ginecologo.

Durante il primo colloquio l'ostetrica illustra il profilo assistenziale alla donna/coppia, costruisce il piano individuale di assistenza, con la partecipazione attiva della donna, concordando i tempi ed il numero dei controlli clinici, strumentali e di laboratorio e dando indicazioni precise sulle modalità di contatto del servizio stesso per eventuali dubbi o problemi che possano insorgere tra un controllo e l'altro; illustra inoltre l'organizzazione dei Punti Nascita del territorio finalizzata alla futura scelta del luogo del parto ed i servizi di continuità assistenziale previsti per l'assistenza nel dopo parto.

## Primo incontro

- Raccolta accurata dell'anamnesi (familiare, sociale, patologica prossima, remota ed ostetrica) con compilazione della scheda ostetrica. Raccolta di informazioni relative allo stile di vita (attività lavorativa, attività svolte nel tempo libero, attività sessuale, abitudini alimentari, fumo - *tabacco e cannabis*- ed uso di sostanze stupefacenti, utilizzo di farmaci anche da banco e farmaci non della medicina tradizionale). Rilevazione della presenza in anamnesi di indicatori di rischio per la depressione post-partum. L'anamnesi nel primo incontro è lo strumento più importante per la valutazione del rischio e per la personalizzazione del profilo assistenziale.
- Rilevazione peso e altezza e calcolo BMI.
- Misurazione della pressione arteriosa.
- Visita senologica.
- Esplorazione vaginale: è raccomandata la prima volta, include l'eventuale esecuzione del citologico vaginale se sono passati tre anni dall'ultimo esame effettuato. L'identificazione delle donne con esiti di mutilazioni genitali è indispensabile per la corretta assistenza in gravidanza ed al parto.
- Individuazione di eventuali segni o sintomi di violenza domestica ed accompagnamento ad un percorso di presa in carico.
- Valutazione del rischio ostetrico per accertare il decorso fisiologico della gravidanza o se vi sia la necessità di inserire la donna in un percorso di "*assistenza addizionale e/o specialistica*".
- Prescrizione degli esami raccomandati.
  
- Offerta di informazioni relative a:
  - esami di screening e/o diagnosi prenatale per anomalie cromosomiche o altre patologie diagnosticabili (es.emoglobinopatie) ed eventuale consulenza genetica (documentare sulla scheda ostetrica l'avvenuta informazione e la scelta della donna/coppia di sottoporsi/non sottoporsi ai tests di screening proposti)
  - misure igienico-alimentari volte alla prevenzione della toxoplasmosi, listeriosi, salmonellosi
  - misure di prevenzione igienico-alimentari mirate alla sospensione dell'assunzione di alcolici (anche di piccole quantità) e del fumo (tabacco e cannabis)
  - attività lavorativa, attività sessuale, attività sportiva e viaggi in gravidanza
  - assunzione di acido folico
  - supplementazione di vitamina D (10 microgrammi/die) per le donne appartenenti a gruppi a rischio di deficit (età 19-24 aa, dieta vegana, asiatiche, donne di colore, donne con limitata esposizione al sole, BMI >30 kg/m<sup>2</sup>)

## **Dal secondo incontro**

- Rivalutare il rischio ostetrico per accertare il decorso fisiologico della gravidanza
- colloquio con la donna/la coppia (aggiornamento/approfondimento anamnesi, ascolto)
- valutazione aumento ponderale
- rilevazione della pressione arteriosa
- palpazione dell'utero (manovre di Leopold)
- misurazione della sinfisi-fondo<sup>2</sup> a partire dalla 16<sup>a</sup>- 20<sup>a</sup> settimana di gestazione
- valutazione BCF e MAF
- controllo e registrazione sulla scheda ostetrica degli esami ematochimici ed ecografici precedentemente effettuati
- Fornire informazioni e promuovere la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita.
- Fornire informazioni sull'allattamento al seno.
- Fornire informazioni sugli esercizi per il pavimento pelvico.
- Fornire informazioni sulle tecniche di contenimento del dolore in travaglio.
- Fornire anticipazioni sull'evoluzione attesa nelle fasi successive.

## **Esami raccomandati entro la 13<sup>a</sup> settimana di età gestazionale**

- Emocromo
- Assetto emoglobinico (se non effettuato in epoca preconcezionale)(non esente)
- Glicemia, se il valore risulta uguale o superiore a 95mg/dl ripetere il prelievo al controllo successivo.
- Ig totali antiTreponema
- Toxo test (se recettiva ripetere ogni 40 – 60 giorni )
- Test di Coombs (se madre Rh negativa ripetere ogni 40 – 60 giorni)
- Rubeo-test
- Emogruppo e fattore Rh (se non già noto)
- Anticorpi anti HIV
- Esame completo urine + urocoltura (non esente)
- Ecografia del I trimestre

---

<sup>2</sup> La sinfisi pubica, l'ombelico ed il processo xifoideo rappresentano i punti di riferimento sui quali viene misurata l'altezza del fondo uterino. Una regola pratica per valutare il giusto aumento della lunghezza sinfisi-fondo è la seguente:

- 12a settimana: fondo palpabile al di sopra della sinfisi pubica;
- 15a settimana: fondo palpabile a metà tra ombelico e sinfisi pubica;
- 20a settimana: fondo palpabile a livello dell'ombelico;
- 28a settimana: fondo palpabile a 6 cm sopra l'ombelico;
- 32a settimana: fondo palpabile a 6 cm sotto il processo xifoideo;
- 36a settimana: fondo palpabile a 2 cm sotto il processo xifoideo;
- 40a settimana: fondo palpabile a 4 cm sotto il processo xifoideo.

Una stima più precisa può essere ottenuta mediante la regola di McDonald modificata, cioè si misura l'altezza sinfisi-fondo con un metro flessibile. Il valore ottenuto (in cm) corrisponde alle settimane di gestazione ( $\pm 3$  settimane) dalla 16a alla 38a settimana.

- Test di screening (se richiesti dalla donna/coppia)(non esenti) e/o di diagnosi prenatale (esenti se la donna ha 35 anni compiuti al momento del concepimento e/o in caso di positività dei tests di screening).
- In presenza di sintomi, e/o fattori di rischio: Tampone cervico-vaginale + esame colturale + ricerca chlamydia, gonococco e mycoplasmi (esente se prescritto dai consultori, con codice di esenzione 93A, o se inviate per l'esecuzione ad un centro IST)

### **Esami raccomandati 14<sup>a</sup>-18<sup>a</sup> settimane di età gestazionale**

- Esame completo urine + urocoltura (non esente)
- Rubeo test se recettiva

### **Esami raccomandati 19<sup>a</sup>-23<sup>a</sup> settimane di età gestazionale**

- Esame completo urine + ev. urocoltura se batteriuria significativa (esente se specificata la batteriuria)
- Ecografia del II trimestre(19<sup>a</sup>-21<sup>a</sup>)

### **Esami raccomandati 24<sup>a</sup>-27<sup>a</sup> settimane di età gestazionale**

- Esame completo urine + ev. urocoltura se batteriuria significativa (esente se specificata la batteriuria)
- Glicemia
- OGCT <sup>3</sup> (Oral Glucose Challenge Test con 50 g, esente con indicazione M50 se esistono fattori di rischio)

### **Esami raccomandati 28<sup>a</sup>-32<sup>a</sup> settimane di età gestazionale**

- Emocromo
- Ferritinemia
- Esame completo urine + ev. urocoltura se batteriuria significativa (esente se specificata la batteriuria)
- Ecografia del III trimestre (non vi è evidenza di efficacia sull'esecuzione dell'ecografia del III trimestre senza specifiche indicazioni)

---

<sup>3</sup> L'OGCT va richiesto solo se presenti fattori di rischio quali: familiarità diabetica in parenti di 1° grado, pregresso diabete gestazionale, obesità con BMI > 30 Kg/m<sup>2</sup>, valore glicemico a digiuno uguale o superiore a 95 mg/dl, pregressa macrosomia (peso > = 4500g), donne appartenenti a gruppi etnici a rischio (donne provenienti da: Asia del Sud - India, Pakistan, Bangladesh - Medio Oriente o donne Caraibiche di colore)

### **Esami consigliati 33<sup>a</sup>-37<sup>a</sup> settimane di età gestazionale**

- Esame completo urine + ev. urocoltura se batteriuria significativa (esente se specificata la batteriuria)
- Emocromo
- HbsAg se la donna non è stata vaccinata
- Test di Coombs indiretto a tutte le gravide
- Tampone vaginale e rettale solo per la ricerca dello streptococco di gruppo B, da effettuarsi dalla 34<sup>a</sup> alla 36<sup>a</sup> settimana di gravidanza<sup>4</sup>

### **Esami consigliati 38<sup>a</sup>-41<sup>a</sup> settimane di età gestazionale**

- Esame completo urine ed ev urocoltura se batteriuria significativa (esente se specificata la batteriuria)

### **CONTINUITA' ASSISTENZIALE A TERMINE DI GRAVIDANZA**

L'operatore deve concordare l'invio della gestante, con tutta la documentazione, presso il Punto Nascita scelto dalla donna/coppia dove verrà effettuato il bilancio di salute materno-fetale e la presa in carico con la valutazione del timing, le modalità del parto e il monitoraggio della gravidanza oltre il termine ( 41+0 settimane).

Il Punto Nascita dovrà richiedere gli esami da eseguire prima del ricovero, per l'eventuale taglio cesareo, l'analgia peridurale in travaglio e la donazione del sangue funicolare.

Alla dimissione il Punto Nascita dovrà fornire alla donna la documentazione relativa al parto e alla degenza in ospedale e raccomandarle di contattare gli operatori che l'hanno seguita in gravidanza per pianificare l'assistenza al dopo parto.

### **CONTINUITA' ASSISTENZIALE DALLA DIMISSIONE AL DOPO PARTO**

L'assistenza al dopo parto prevede:

- Controllo ostetrico in puerperio
- Valutazione del perineo
- Consulenza a sostegno dell'allattamento al seno
- Consulenza per l'eventuale contraccezione
- Informazioni su eventuali gruppi di massaggio infantile, di rieducazione del perineo, di sostegno all'allattamento al seno o su altre iniziative.

---

<sup>4</sup> N.B. Se il tampone risulta positivo è indicata la profilassi antibiotica mirata solo in travaglio (la terapia durante la gravidanza non è indicata).

## BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE e DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Antenatal Care*. London: NICE, 2008 ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk))
- WHO Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health, 2007([www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/en](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/en))
- Società Italiana di Ecografia Ostetrica e Ginecologica (SIEOG). *Linee guida SIEOG*, 2006. Editeam 2006 ([www.sieog.it](http://www.sieog.it))
- Health Evidence Network (HEN). *What is the effectiveness of antenatal care?* (Supplement). WHO, 2005 (<http://www.euro.who.int/Document/E87997.pdf>)
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR). *Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico. Linee guida nazionali di riferimento*. Roma: ASSR, 2004 ([http://www.assr.it/plg/gravid\\_parto/gravid\\_parto\\_1.pdf](http://www.assr.it/plg/gravid_parto/gravid_parto_1.pdf))
- Oggé G, La Prova A, Biolcati M, Nurisso O, Lisa M, Vittoriani D, Marangon I, Caselli G, Ortalda F, Vanara F, Serafini P, Rabacchi G, Zotti C, Todros T. *Un modello di assistenza alla gravidanza fisiologica "evidence-based": verifica di efficacia e di efficienza*. Tendenze nuove, 1: 37-51. Le Edizioni del Mulino, 2004
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman*. Clinical guideline. London: RCOG, 2003
- Marchi A. *Professione ostetrica: strumenti per l'assistenza della gravidanza*. Firenze: Società Editrice Europeo (SEE), 2003
- World Health Organization (WHO). *Essential antenatal, perinatal and postpartum care. Training modules*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002 (<http://www.euro.who.int/document/e79235.pdf>)
- Villar J and Bergsjö P: WHO Antenatal Care Trial Research Group. *WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for Implementation of the New Model*. Geneva: WHO, 2002 ([http://alianzaipss.org/reproductive-health/publications/RHR\\_01\\_30/index.html](http://alianzaipss.org/reproductive-health/publications/RHR_01_30/index.html))
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Prevention of perinatal group B streptococcal disease*. Revised guideline CDC. MMWR, 2002/51 (RR11); 1-22 (<http://www.cdc.gov/MMWR/preview/mmwrhtml/rr5111a1.htm>)
- Donders G and Stray-Pedersen B. *Viral infection in pregnancy*. European Practice in Gynaecology and Obstetrics. Elsevier, 2002
- Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gulmezoglu M. *Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy*. Cochrane Database Syst Rev, 2001; (4): CD000934

- Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Mugford M, Lumbiganon P, Farnot U, Bergsjo P: WHO Antenatal Care Trial Research Group. *WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care*. Lancet, 2001; 357: 1565-70
- Hall MH. *Rationalisation of antenatal care*. Lancet, 2001; 357: 1546
- Wildshut HIJ, Weiner CP, Peters TJ. *Screening in Ostetricia e Ginecologia. Come e quando*. Edizione italiana a cura di Campogrande M e Viora E. Torino: Centro Scientifico Editore, 2000
- World Health Organization (WHO). *Care in Normal Birth: a Practical Guide*. Report of a Technical Working Group. Publication n° WHO/FRH/MSM/96.24. Geneva: WHO, 1997. ([http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM\\_96\\_24/MSM\\_96\\_24\\_table\\_of\\_contents.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/MSM_96_24_table_of_contents.en.html))
- Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO). *Assistenza alla gravidanza fisiologica: linee guida*. Bollettino della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia: giugno, 1996

#### **DOCUMENTI non pubblicati**

- Linee guida Assistenza Domiciliare al Parto. (O.I.R.M. – S. Anna Torino)
- Linee guida Percorso Nascita. (ex A.S.L. 5 Collegno)
- Linee guida Percorso Nascita: Gravidanza Fisiologica. (ex A.S.L. 10 Pinerolo)
- Linee guida Ambulatorio Gravidanza Fisiologica. (ex A.S.L. 15 – A.S.O. Cuneo)
- Stesura linee guida sulla riduzione della medicalizzazione della gravidanza e del parto. Progetto assistenza alla gravidanza fisiologica – Quadrante di Novara (ex A.S.L. 11 Vercelli – Borgo Sesia; ex A.S.L. 12 Biella; A.S.O. Novara; ex A.S.L. 13 Novara – Borgomanero; ex A.S.L. 14 Verbania).
- SaPeRiDoc: Centro di documentazione online sulla salute perinatale, riproduttiva e sessuale, nato da una collaborazione fra Regione Emilia-Romagna, Dipartimento di ostetricia e ginecologia/Salute donna dell'Azienda Sanitaria Locale di Modena e CeVEAS (Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitari); [www.saperidoc.it](http://www.saperidoc.it)