

**PROFILO ASSISTENZIALE CONDIVISO ¹
PER IL MONITORAGGIO DELLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA**

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.

Il documento è stato aggiornato sulla base delle Linee Guida ministeriali sulla "Gravidanza fisiologica" - novembre 2010 - e successivo aggiornamento 2011 e delle raccomandazioni regionali concordate tra il 2009 e il 2012 (Profilassi anti D, prevenzione infezione neonatale da Streptococco gruppo B, Linee di indirizzo per gli incontri di accompagnamento alla nascita anno 2012).

Introduzione

Il fine di una appropriata assistenza perinatale è quello di assicurare una buona salute della mamma e del neonato con il minor carico di cura compatibile con la sicurezza di entrambi. 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 (fisiologica, a rischio, patologica) 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 o meno 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 il sistema di classificazione: "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.

Il profilo assistenziale regionale è rivolto all'assistenza prenatale di base, ma non dà informazioni per le donne che richiedono assistenza addizionale e/o specializzata è demandata ad altri documenti.

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

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

- Patologie croniche dell'apparato respiratorio
- Patologia autoimmune e sindrome da Ig antifosfolipidi
- Patologie epatiche
- Patologie endocrine
- Patologie oncologiche
- 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)²]) inferiore a 18 kg/m² o superiore a 35 kg/m²

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 FISIOLÓGICA

Il profilo assistenziale di base si sviluppa dalla visita preconcezionale al puerperio proponendo alla donna controlli clinici (visite/bilanci di salute), esami di laboratorio e strumentali, informazioni per renderla consapevole del percorso e favorire scelte informate.

Gli esami e le visite raccomandate sono esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria come previsto dalle impegnative inserite nell'Agenda di Gravidanza introdotta con DGR n 38-11960 del 4 agosto 2009 e revisionata con i provvedimenti DGR n. 35-5283 del 29/01/2013 e DD n.100 del 14/02/2013.

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 qualora non eseguito precedentemente presso un Centro Trasfusionale.
- Test di Coombs indiretto per la donna.
- Ig 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.
- Invio al Servizio di Prevenzione Serena per l'esecuzione del citologico vaginale se sono passati tre anni dall'ultimo esame effettuato.

Si raccomanda 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 12ª 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 le 10 settimane di gestazione per permettere la programmazione delle indagini di screening prenatale per le patologie cromosomiche nonché le ecografie raccomandate nelle finestre temporali appropriate.

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 *assistenza addizionale*.

In seguito al primo incontro si raccomandano controlli ogni 4-6 settimane fino a 40-41 settimane. Il numero di incontri consigliati è tra 7 e 10; in ogni caso non deve essere inferiore a 4.

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 di 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 fisiologica; 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. Offre informazioni sui servizi disponibili per l'assistenza e il sostegno durante la gravidanza compresi gli incontri di accompagnamento alla nascita e sui benefici di legge a tutela di maternità e paternità avvalendosi anche di quanto scritto sull'Agenda di gravidanza che ogni donna può ritirare all'inizio della gestazione presso il Consultorio della sua ASL di residenza²; 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 Agenda di gravidanza. Raccolta di informazioni relative allo stile di vita (attività lavorativa, attività svolte nel tempo libero, attività sessuale, abitudini alimentari, consumo di alcol, consumo di tabacco e cannabis ed uso di sostanze stupefacenti, utilizzo di farmaci anche da banco e farmaci non della medicina tradizionale). L'anamnesi nel primo incontro è lo strumento più importante per la valutazione del rischio e per la personalizzazione del profilo assistenziale.
- Valutazione del benessere psichico e relazionale della donna.
- Rilevazione peso e altezza e calcolo BMI.
- Misurazione della pressione arteriosa.
- Visita senologica.
- Esplorazione vaginale: è raccomandata la prima volta. 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 uno specifico percorso di presa in carico.
- Valutazione del rischio ostetrico per accertare, anche sulla base di un bilancio di salute del medico curante relativo allo stato di salute generale della donna, se la donna sia da inserire nel percorso assistenziale di base previsto per la gravidanza fisiologica o vi sia la necessità di inserirla in un percorso di "*assistenza addizionale e/o specialistica*".
- Prescrizione degli esami raccomandati attraverso la consegna delle impegnative già presenti nell'Agenda di gravidanza.

² La consegna dell'Agenda prevede da parte dell'operatore del Consultorio l'illustrazione dell'Agenda stessa e la comunicazione delle informazioni relative ai servizi della ASL di residenza.

- Invio al Servizio di Prevenzione Serena per l'esecuzione del citologico vaginale se sono passati tre anni dall'ultimo esame effettuato.
- 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 Agenda 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 non è raccomandata a tutte le donne, ma solo dopo una valutazione caso per caso.
La supplementazione (10 microgrammi/die) è consigliata nelle donne appartenenti ai seguenti gruppi a rischio:
 - donne del sud asiatico, africane, caraibiche e di origini medio orientali
 - donne che si espongono raramente al sole
 - donne che seguono un'alimentazione povera di vitamina D (es. dieta vegana)

Negli incontri successivi al primo

- Valutazione del rischio ostetrico per accertare il decorso fisiologico della gravidanza:
 - colloquio con la donna/coppia (aggiornamento/approfondimento anamnesi, ascolto)
 - valutazione del benessere psichico e relazionale della donna
 - valutazione aumento ponderale
 - rilevazione della pressione arteriosa
 - palpazione dell'utero (manovre di Leopold)
 - misurazione della sinfisi-fondo³ dalla 16 settimana di gestazione
 - valutazione BCF e MAF
 - controllo degli esami ematochimici ed ecografici precedentemente effettuati da allegare alla Agenda.
- Fornire informazioni e promuovere la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita.

³ 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:

- 12 settimana: fondo palpabile al di sopra della sinfisi pubica;
- 15 settimana: fondo palpabile a metà tra ombelico e sinfisi pubica;
- 20 settimana: fondo palpabile a livello dell'ombelico;
- 28 settimana: fondo palpabile a 6 cm sopra l'ombelico;
- 32 settimana: fondo palpabile a 6 cm sotto il processo xifoideo;
- 36 settimana: fondo palpabile a 2 cm sotto il processo xifoideo;
- 40 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 (± 3 settimane) dalla 16a alla 38a settimana.

- 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 tra 7 e 13 settimane di gravidanza

- Emocromo
- Assetto emoglobinico se non effettuato in epoca preconcezionale
- Glicemia
- Ig totali antiTreponema
- Toxo test Ig G e Ig M (se recettiva ripetere le Ig M ogni 40 – 60 giorni se positive il laboratorio procederà alla determinazione delle IgG e al test di avidity)
- Test di Coombs indiretto
- Rubeo-test Ig G e Ig M
- Emogruppo e fattore Rh (se non già eseguito presso Centro trasfusionale)
- Ig anti HIV
- Esame completo urine + urocoltura
- Ecografia del I trimestre più, se richiesto, misurazione della translucenza nucale per lo screening prenatale
- Test di screening (se richiesti dalla donna/coppia) e/o diagnosi prenatale (esente da partecipazione alla spesa solo 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 (esente se prescritto dai consultori, con codice di esenzione 93A, o se inviate per l'esecuzione ad un centro IST) .

Esami raccomandati tra 14 e 18 settimane di gravidanza

- Esame completo urine
- Toxotest IgM se recettiva
- Rubeotest IgM se recettiva
- OGTT (75g)⁴

Esami raccomandati tra 19 e 23 settimane di gravidanza

- Esame completo urine
- Toxotest IgM se recettiva
- Ecografia del II trimestre (tra 19 e 21 settimane)

Esami raccomandati tra 24 e 28 settimane di gravidanza

- Emocromo
- Ferritina in donna con Hb < 10,5 g/dl
- Test di Coombs indiretto
- Esame completo urine
- OGTT (75g)⁵

⁴ Se presenti fattori di rischio (diabete gestazionale in una gravidanza precedente; indice di massa corporea pre gravidico ≥ 30 ; valori di glicemia plasmatici precedenti o all'inizio della gravidanza tra 100 e 125mg/d)

⁵ Se presenti fattori di rischio quali: diabete gestazionale in una gravidanza precedente; indice di massa corporea pre gravidica ≥ 25 ; età ≥ 35 anni; macrosomia fetale in una gravidanza precedente (≥ 4.5 Kg); anamnesi familiare di diabete (parenti di primo

N.B. per le donne Rh negative profilassi antiD

Esami raccomandati tra 29 e 32 settimane di gravidanza

- Esame completo urine
- Toxotest IgM se recettiva

Esami raccomandati tra 33 e 37 settimane di gravidanza

- Emocromo
- HbsAg
- Ig anti HIV
- Ig anti Treponema
- Esame completo urine
- Toxotest IgM se recettiva
- Tampone vagino-rettale per la ricerca dello streptococco di gruppo B, da effettuarsi tra 36 e 37 settimane di gravidanza⁶.

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 delle 36 settimane 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 richiederà in regime di prericovero gli esami da eseguire, per l'eventuale taglio cesareo programmato, per l'eventuale analgesia in travaglio e quelli a termine di gravidanza (CTG dalle 41+0 settimane, AFI).

Alla dimissione il Punto Nascita consegnerà alla donna la documentazione relativa al parto e alla degenza in ospedale con la raccomandazione 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.

grado con diabete di tipo 2); famiglia originaria di aree ad alta prevalenza di diabete. Da ripetere anche per le donne con OGTT 16-18 settimane negativo.

⁶ 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

- SNLG (Sistema Nazionale Linee Guida). Linea guida Gravidanza Fisiologica. Aggiornamenti 2011. Sett. 2011.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Antenatal Care*. London: NICE, 2008 last modified: June 2010 (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*, 2010. (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>)
- 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