

DALLA CATEGORIZZAZIONE DEL RISCHIO ALLA INDIVIDUAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI NEL PERCORSO NASCITA



L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

Dott.ssa Maria Cristina Pagliani
Ostetrica presso Consultorio Familiare
Viale Don Minzoni, 121 Modena

Dott.ssa Giovanna Faggiano
Ostetrica presso Consultorio Familiare
Viale Molza, 3 Modena

Bologna 5 ottobre, 26 ottobre, 9 novembre 2016

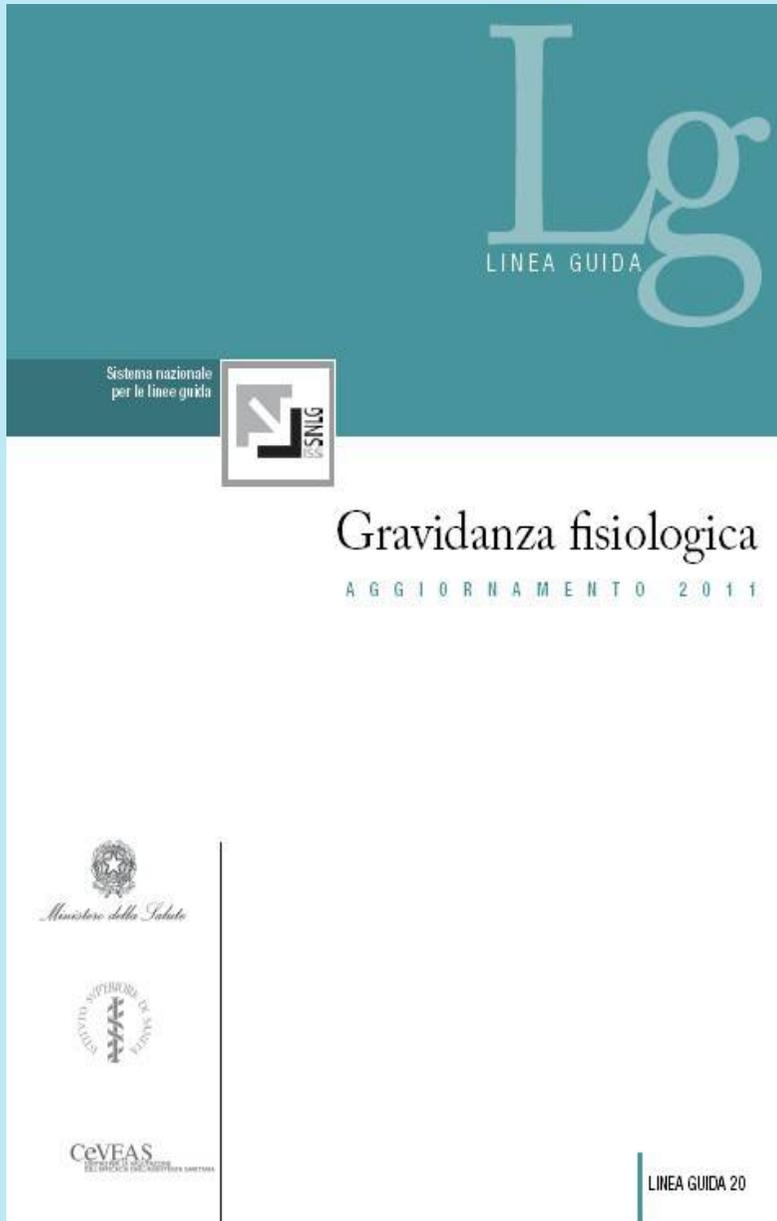
L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

L'assistenza prenatale è finalizzata a mantenere e promuovere il benessere di madre e bambino.

Gli strumenti sono la clinica, gli screening, gli esami strumentali, la letteratura, l'educazione sanitaria e il counselling.



L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA



Le informazioni,
fondate su prove di
efficacia,
sono organizzate
per consentire ai
professionisti e alle
donne in buona salute
con gravidanza singola
e senza complicazioni,
di scegliere i
trattamenti appropriati.

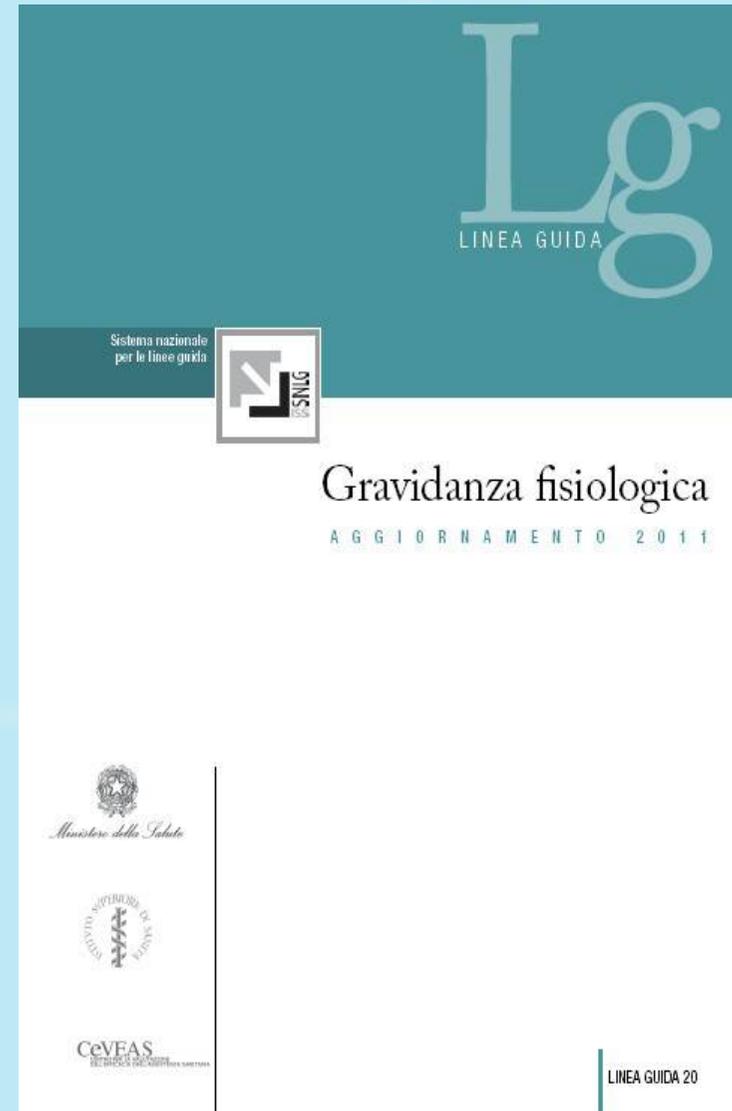
http://www.snlg-iss.it/cms/files/LGgravidanza_agg_09_11.pdf

Bologna 5 ottobre, 26 ottobre, 9 novembre 2016

L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

L'organizzazione dell'assistenza alla donna in gravidanza

Il modello di assistenza dell'ostetrica
(*midwifery-led model*)
trova il suo fondamento nel concetto
che la gravidanza e la nascita
sono eventi fisiologici
basati sulla naturale capacità della donna
di vivere l'esperienza della nascita
accompagnata dalla quantità minima di
interventi necessari.



Bologna 5 ottobre, 26 ottobre, 9 novembre 2016

Identificazione del rischio

Dgr 533/2008

*"La valutazione del rischio ostetrico
non solo come una misura,
ma un processo continuo attraverso la gravidanza e il travaglio.*

*In ogni momento possono insorgere complicazioni
della gravidanza che possono indurre ad applicare alla donna
un livello di cure più intensivo"*

Documento OMS *"Care in Normal Birth: a Practical Guide"*

CRITERI ELEGIBILITA' GRAVIDANZA CON ASSISTENZA BASE / INTEGRATIVA da applicare al 1° colloquio ostetrico (070) e 1 visita ginecologica (0350)

ABO ASSISTENZA DI BASE CENTRATA SULL'OSTETRICA

L'ostetrica è responsabile delle decisioni cliniche prese secondo Il Piano di assistenza di base, che prevede una valutazione congiunta (ostetrica ginecologo) all' inizio dell'assistenza

AGI ASSISTENZA GINECOLOGICA INTEGRATIVA

Il ginecologo è responsabile delle decisioni cliniche che integrano l'assistenza di base , alcuni obiettivi dell'assistenza si avvalgono del contributo dell'ostetrica

ABO MODIFICATA ASSISTENZA DI BASE MODIFICATA.

L'ostetrica è responsabile delle decisioni cliniche per condizioni di rischio molto contenute di cui si prevede la risoluzione, condotte secondo protocolli concordati in equipe

AGI MODIFICATA ASSISTENZA GINECOLOGICA INTEGRATIVA MODIFICATA

Situazioni complesse che richiedono valutazioni multidimensionali interservizi o multidisciplinari.

**Al 1° colloquio si valuta
ASSISTENZA BASE/INTEGRATIVA**

ABO - ABO modificata

AGI - AGI modificata

Tab 1 CONDIZIONI EMERGENTI DALL'ANAMNESI ginecologica o ostetrica o generale

Esiti di Chirurgia uterina (correzione malformazioni, miomectomie, conizzazione.) Cesareo ombellico pubico, 3 o più TC precedenti, rottura di utero pregressa sono fattori di rischio per rottura di utero nel parto successivo.	NO	ABO
	SI	AGI
Aborto abituale > 3	No	(ABO)
	Si	AGI
Cerchiaggio	NO	(ABO)
	SI	AGI
TC		Il TC rappresenta una condizione di rischio per il parto, è l'indicazione al TC che può riflettere una condizione che influenza la modalità d'assistenza e la valutazione dei rischi nella gravidanza successiva. <i>In caso non sia presente alcuna delle condizioni elencate nella check list per AGI, l'assistenza può essere centrata sull'ostetrica ABO-</i>
Parto Pretermine (sotto 37 sett)	NO	ABO)
	SI	AGI
Morte fetale o perinatale, Aborto Tardivo (90-180 gg di gravidanza),	NO	ABO)
	SI	AGI
Pregresso nato con basso peso alla nascita(< 2500 gr) e/o ricoverato in TI neonatale	NO	ABO
	SI	AGI
Pregresso nato di peso > 4500 gr	NO	ABO
	SI	Il ginecologo verifica se esistono le condizioni per AGI o ABOModificata
Ipertensione in gravidanza Preeclampsia, Eclampsia HELLP	NO	ABO
	SI	AGI
Isoimmunizzazione Materno fetale	NO	ABO
	SI	AGI

Tab 2 CONDIZIONI PRESENTI NELLA GRAVIDANZA ATTUALE

Malformazioni uterine non corrette	NO	ABO)
	SI	AGI)
Età <16 anni	NO	Se età compresa tra 16 e 20 ABOM Per età > 20 ABO
	SI	AGI Modificata
Età > 40 anni	NO	ABO
	SI	ABOM o AGI secondo le condizioni associate
Donne affette da epilessia o in terapia anticonvulsivante	NO	ABO
	SI	AGI
Esposizione a raggi e farmaci nell'attuale gravidanza	NO	ABO
	SI	ABO Modificata
Perdite ematiche genitali	NO	ABO)
	SI	Secondo la condizione AGI o ABOM
Gravidanza Multipla	NO	ABO
	SI	AGI
BMI <18	NO	ABO
	SI	AGI o AGI Modificata
BMI>35	NO	ABO
	SI	AGI
Accesso tardivo all'assistenza (dopo 20 sett)	NO	ABO
	SI	ABOM O AGI
Uso di droghe/ alcool in gravidanza	NO	ABO
	SI	AGI Modificata
Abitudine al fumo	NO	ABO
	SI	ABOM o AGI offrire percorso disassuefazione.
Sifilide HIV MST	NO	ABO
	SI	AGI
Malattie eredo familiari e congenite anche relative al partner e famiglia	NO	ABO

L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

PRIMO COLLOQUIO GRAVIDANZA



Bologna 5 ottobre, 26 ottobre, 9 novembre 2016

L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

Accogliere la donna

- Compilare la cartella cartacea e informatizzata previo consenso informato.
- Raccogliere l'anamnesi personale, familiare e ostetrica per definire il percorso assistenziale.



Regione Emilia-Romagna

Professionisti di riferimento

Scheda della gravidanza

Cognome e nome			
Indirizzo		Telefono	
Data di nascita		Data	
Anni		Stato civile	
Cittadinanza		Anno di ingresso in Italia	Mediazione di /
Professione		Titolo di studio	
Occupazione		Tutela dei diritti in gravidanza sì / no	
Codice Fiscale			
Codice postale	Cognome e Nome		
	Gruppo sanguigno		Fattore RH
Anamnesi familiare	Professione		Titolo di studio
	Altri familiari (paternità per malattie genetiche, ecc.)		
Anamnesi personale	Malattia generiche		Iperensione
	Diabete		Trombofilia
	Tiroide - endocrinopatia		Altro
	Peso		Altezza
Anamnesi sociale	Patologie di rilievo		
	Interventi chirurgici		
	Malattia genetica		Emoglobinopatia
	Allergie		
Anamnesi ostetrica	Terapie in corso		
	N. oligomete (prima della gravidanza)		N. oligomete (durante la gravidanza)
	Alcool		
	Sostanze stupefacenti		
Anamnesi ginecologica	Situazione attuale		
	Coabitazione con Partner sì / no		Altri adulti sì / no
	Incarico ai servizi sociali sì / no		Miiori sì / no
	Ultima mestruazione		Data prevista del parto
Anamnesi ostetrico-ginecologica	Maturazione ecografica		Data prevista del parto ecografica
	Cicli regolari sì / no		Ultimo PAP TEST
	Patologia ginecologica		
	Chirurgia collo del feto		Chirurgia seno - annessi
Anamnesi ostetrico-ginecologica	Gravidanza		Area
	Aborti		Modalità - complicazione
	Parti		Parti
	Peso		Figli viventi
		Altre	

	1° VISITA	CONTROLLO	CONTROLLO	CONTROLLO
DATA				
ETÀ GESTAZIONALE				
P.A.				
FEOD				
ESAMI				
ES. URINE	ALBUMINA			
	GLUCOSIO			
	SEDIMENTO			
	URINOCOLTURA			
ESAMI SANGUE	WBC			
	RBC			
	HSB			
	HTC			
	HCV			
	HCH			
PLT				
GLUCOSIA				
COEMG INDIRETTO				
BPC				
MOVIMENTI PEDALI				
SINISI FONDO				
PRESENTAZIONE				
Esiglo screening violenza domestica				
Problemi clinici emergenti				
VALUTAZIONE DEL RISCHIO				
Indicazioni / Terapia				

L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

● Informare sulle possibilità di screening e diagnosi prenatale della sindrome di Down

● Informare e programmare l'indagine ecografica del primo e del secondo trimestre.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

TEST COMBINATO:

UN NUOVO ESAME PER CHI ASPETTA UN BAMBINO

A disposizione un nuovo test per la diagnosi prenatale.

Il **test combinato** è un test per valutare il rischio di sindrome di Down o di altre **due condizioni cromosomiche** in gravidanza. Riesce a rilevare la **patologia** fino al 90%: ciò significa che calcola la percentuale di rischio del feto di avere questa sindrome. In altre parole, su 100 feti con sindrome di Down, il test ne individua 90.

È un esame gratuito, innocuo, cioè senza rischi rispetto ad altri esami diagnostici di tipo invasivo, come l'amniocentesi e la villocentesi, che hanno un rischio di aborto di circa 0,5-1% (1 caso ogni 100-200 procedure).

La sindrome di DOWN

La sindrome di Down è la più frequente anomalia cromosomica. È causata dalla presenza di 3 cromosomi 21, anziché di 2 (per questa ragione è chiamata anche Trisomia 21).

Il rischio di avere un figlio con sindrome di Down **aumenta con** l'età della madre.

COME SI FA IL TEST COMBINATO?

Il test consiste in un **semplice prelievo del sangue** materno che deve essere fatto tra la 9ª e la 11ª settimana di gravidanza e in un'**ecografia** che deve essere eseguita dalla 11ª alla 13ª settimana compiuta, da parte di operatori esperti.

Con il prelievo si misurano due proteine prodotte dalla placenta: la PAPP-A e la free-beta-hCG. L'ecografia misura, invece, la traslucenza nucale.

La traslucenza nucale è lo spessore del liquido raccolto nella nuca del feto. Quando questo spessore è superiore alla norma, aumenta il rischio di sindrome di Down o di altre condizioni cromosomiche.

Il **test combinato ricalcola il rischio di sindrome di Down e di altre condizioni cromosomiche sulla base dei risultati del prelievo di sangue e dell'ecografia, confrontati con l'epoca gestazionale e altre variabili che riguardano la madre (ad es. età, peso, fumo...)**

Si considera il test positivo quando la probabilità del feto di avere la sindrome di Down è pari o superiore a 1 su 250.

In caso di test positivo, per sapere se il feto ha la sindrome di Down oppure no è necessario procedere con una diagnosi invasiva.

Se la donna lo desidera, può sottoporsi gratuitamente a uno di questi esami:

la villocentesi, che si esegue tra la 11ª e 13ª settimana di gravidanza e che consiste in un prelievo dei villi coriali;

l'amniocentesi, che si esegue tra la 15ª e la 18ª settimana di gravidanza e che consiste in un prelievo del liquido amniotico.

ATTENZIONE! Il test combinato ha una percentuale di falsi positivi del 5%. Questo dato significa che, nonostante la positività del test, il feto **potrebbe non avere** la sindrome di Down.

SE IL TEST RISULTA NEGATIVO?

Se il test è negativo significa che il feto è a basso rischio di avere la sindrome di Down. In questo caso non sono previsti altri esami invasivi, perché il rischio di provocare un aborto spontaneo è maggiore del rischio di malattia.

Tuttavia anche un test negativo non può escludere con certezza la presenza delle anomalie cromosomiche indagate con questo test; è possibile avere dei risultati falsi negativi, cioè bambini che alla nascita presenteranno la Sindrome di Down, nonostante il risultato negativo del Test.

Il test infatti, come già detto, individua il 90% dei feti con patologia, quindi su 100 feti affetti da sindrome di Down il test ne individuerà 90.

Avrò bisogno di un aiuto da parte dei miei familiari/amici?

Test combinato: consenso agli accertamenti sanitari

Io sottoscritto

(nome)

(cognome)

nata il

di

Prov.

DICHIARO DI

essere stata informata sul test combinato dal personale sanitario

barare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

del Consultorio familiare di (specificare il comune)

del punto nascita dell'Ospedale (specificare il comune)

di aver ricevuto la nota informativa "Test combinato: un nuovo esame per chi aspetta un bambino".

di aver capito che il test combinato è un test di probabilità che valuta una gravidanza a rischio di sindrome di Down, ma non da una diagnosi.

ACCETTO

di eseguire il test combinato attraverso questi accertamenti

1. un prelievo di sangue per dosare le proteine la PAPP-A e la free-beta-hCG

2. un'ecografia per misurare la traslucenza nucale del feto

data

(firma per esteso e leggibile)

firma e timbro (il Medico / l'Ostetrica del Consultorio)

L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

- Informare sui servizi disponibili per l'assistenza e il sostegno alla donna e sulla legislazione a tutela della maternità e della paternità.
- Rilevare pressione arteriosa, peso, altezza e calcolare BMI.
- Programmare prima visita ostetrica con il ginecologo entro la 12°W per la conferma o la riformulazione del profilo assistenziale.



L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

- Programmare gli esami di routine (DRG 1704/2012 E.R.) e quelli limitatamente ai gruppi a rischio (DSA2)


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA
 Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Modulo prescrizione per DSA2 GRAVIDANZA FISILOGICA
 Consultori Familiari

Codice fiscale: _____
 Cognome/Nome: _____
 Indirizzo: _____
 Comune di Nascita: _____
 AUSL di residenza: _____

Regione: _____ Comune di Residenza: MODENA
 Data di Nascita: _____ Cittadinanza: _____

CODICE RICETTA 08016104D050902

BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	ESENZIONE
LB	LB00132	LB132 GPT - ALT (TRANSAMINASI)	M12
LB	LB00751	LB751 ES.CHEMICO-FISICO-MICR. URINE	M12
LB	LB03362	LB3362 VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IGM	M12
LB	LB00020	LB20 GRUPPO SANGUIGNO E FATTORE RH	M12
LB	LB00801	LB801 COLTURALI: URINA (URINOCOLTURA)	M12
LB	LB03361	LB3361 VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IGG	M12
LB	LB00010	LB10 EMOGLOBINE ANOMALE (ELETTROFORESI)	M12
LB	LB00002	LB2 EMOCROMO CON FORMULA	M12
LB	LB03314	LB3314 TOXOPLASMA ANTICORPI IGG	M12
LB	LB00024	LB24 COOMBS INDIRETTO (TEST Dx)	M12
LB	LB03313	LB3313 TOXOPLASMA ANTICORPI IGG	M12
LB	LB00101	LB101 GLUCOSIO	M12
LB	LB00321	LB321 GUT - AST (TRANSAMINASI)	M12
LB	LB00489	LB489 HIV 1-2 AC	M12
LB	LB00302	TREPONEMA PALLIDUM SCREENING RICERCA AC	M12

Bologna 5 ottobre, 26 ottobre, 9 novembre 2016

SCREENING DIABETE GESTAZIONALE
Lg *Gravidanza Fisiologica* ISS/SNLG

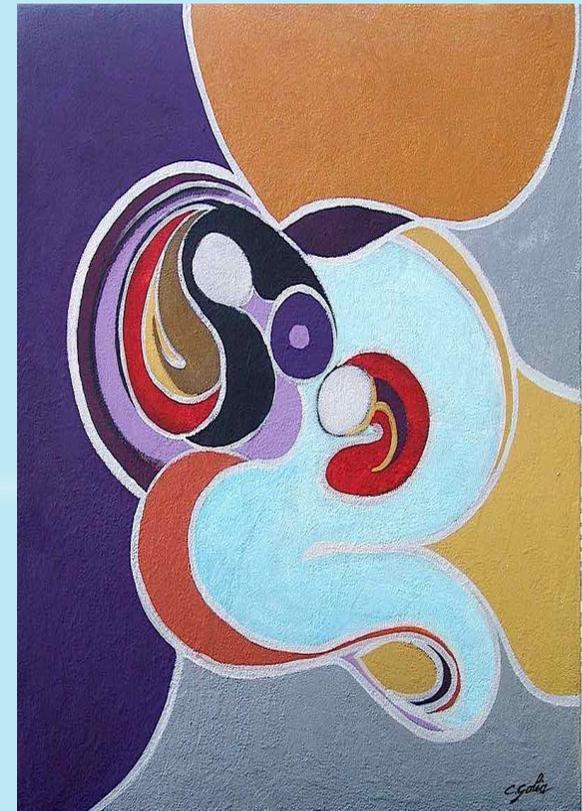
- Offrire OGTT (75 g a 2 ore) a 16-18 w
 - pregresso diabete gestazionale
 - indice di massa corporea (IMC) pregravidico
 - 30 kg/m²
 - valori glicemici a digiuno tra 100 e 125 mg/dl

Il test negativo si ripete a 28 w



SCREENING DIABETE GESTAZIONALE **Lg *Gravidanza Fisiologica* ISS/SNLG**

- Offrire OGTT (75 g a 2 ore) a 24-28 w
 - eta •35 anni
 - indice di massa corporea (IMC) • 25 kg/m²
 - macrosomia fetale pregressa •4,5 kg
 - diabete gestazionale pregresso
 - anamnesi familiare (parente di 1° con diabete tipo 2)
 - 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)



L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

CONTROLLI SUCCESSIVI GRAVIDANZA



Bologna 5 ottobre, 26 ottobre, 9 novembre 2016

L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

- Offrire lo Screening per gli anticorpi atipici per emazie e a 28w la profilassi ANT-D alle donne Rh (D) negative.

Raccomandazioni

- ▶ La determinazione dell'emogruppo e del fattore Rh(D) deve essere offerta nel primo trimestre a tutte le donne in gravidanza.
- ▶ L'immunoprofilassi anti-Rh(D) deve essere offerta di routine a tutte le donne in gravidanza Rh(D) negative non sensibilizzate a 28 settimane.
- ▶ In tutte le donne, indipendentemente dal loro stato Rh(D), deve essere ricercata la presenza di anticorpi atipici anti-emazie nel primo trimestre e a 28 settimane.
- ▶ A tutte le donne in gravidanza che presentano anticorpi atipici anti-emazie in misura clinicamente rilevante devono essere offerti la consulenza di un centro specializzato e informazioni sull'assistenza successiva.

L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

SCREENING VIOLENZA DOMESTICA

TEMPI DI OFFERTA DELLO SCREENING:

2° Trimestre durante il primo controllo

3° Trimestre durante il quarto controllo

DOPO IL PARTO durante la visita Post-parto.

Attenzione ai fattori di rischio e a comportamenti della donna e del partner correlabili con la VIOLENZA.

Preparazione del Setting di Consulenza

Preparazione del Professionista

Somministrazione delle domande per lo Screening della Violenza Domestica.



L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

- Parlare con la donna nel 2° e 3° trimestre di **allattamento al seno** utilizzando come supporto il materiale informativo aziendale, offrendo informazioni sulle cure di sé e del neonato dopo il parto.
- Offrire le informazioni relative ai **corsi di accompagnamento alla nascita**



Bologna 5 ottobre, 26 ottobre, 9 novembre 2016

L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

- Proteggere la normalità e individuare gli scostamenti dalla fisiologia

Tab 3 DECORSO DELLA GRAVIDANZA:
Condizioni da valutare durante i controlli ostetrici successivi
alla prima visita ginecologica

	No	ABO
Uso droghe/alcool	SI	AGI Modificata
Abitudine al fumo	NO	ABO
Disagio sociale/psichico	SI	ABOM o AGI offrire percorso per la disassuefazione.
Patologie psichiatriche	NO	ABO
Malattie autoimmuni	SI	ABO Modificata o AGI Modificata secondo la complessità*
Isoimmunizzazione Materno fetale	NO	ABO
Dati di laboratorio anomali	SI	AGI Modificata
Asma severa	NO	ABO
Malattie infettive sistemiche	SI	AGI
Infezioni urinarie	NO	ABO
Infezioni genitali	SI	AGI
Tromboflebite	NO	ABO
Iperensione	SI	ABO Modificata o AGI secondo la complessità*
Preeclampsia, eclampsia hellp	NO	ABO
Cardiopatía materna	SI	AGI
Nefropatie trofoplacentali	NO	ABO
	SI	AGI

L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

Parlare con la donna della pianificazione del parto e della scelta dell'ospedale, introducendo la gestione del dolore durante il travaglio e i segni da riconoscere.

Programmare un appuntamento per il controllo in puerperio a distanza di 15-20 giorni dalla data presunta per il parto.

ESERCIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Regione Emilia-Romagna

Scelte per il parto

Nel corso della gravidanza molto spesso i pensieri della donna e, più in generale, della coppia si proiettano sul momento del parto e normalmente possono essere carichi di aspettative e di timori.

Parlare con l'ostetrica significa per ogni donna aumentare le proprie conoscenze ed esprimere i propri dubbi, esigenze, paure e desideri.

A questo proposito le può essere utile anche questa scheda dedicata alle "scelte per il parto". Nel corso della gravidanza può utilizzarla per annotare i suoi orientamenti/ desideri e confrontarsi con i medici e le ostetriche che la assistono nel percorso della gravidanza.

Potrà inoltre consegnarla al punto nascita durante la visita al termine della gravidanza in modo che i professionisti che la assisteranno durante il parto possano essere informati dei suoi desideri e delle modalità di assistenza che vorrebbe per sé e per il bambino.

È tuttavia importante ricordare che talvolta le richieste potrebbero non essere soddisfatte sia per problemi clinici che potrebbero manifestarsi, sia per problemi organizzativi. Il personale che l'assisterà sarà comunque attento ai suoi bisogni.



Luogo del parto (ospedale, domicilio)

Modalità del parto (parto naturale, parto naturale dopo precedente cesareo...)

Presenza di persona di fiducia (partner, amici, nonni...)

Sollievo del dolore in travaglio (posizioni, sostegno emotivo, epidurale, parto in acqua - doccia/vasca...)

Accoglienza al neonato (contatto pelle-pelle in sala parto, prima suzione subito dopo la nascita...)

Alimentazione del neonato

Donazione del cordone

Altro

NOME e COGNOME

La gravidanza è seguita in Consultorio SÌ NO

Nome medico _____ Nome ostetrica _____

Data _____ Firma _____

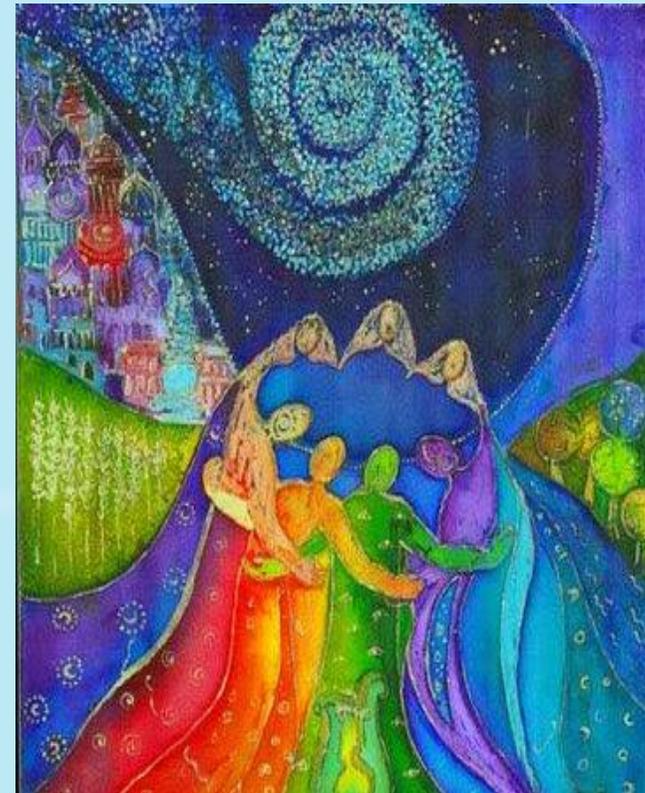


Bologna 5 ottobre, 26 ottobre, 9 novembre 2016

L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

*ASSISTENZA OSTETRICA ALLA GRAVIDANZA CON PROFILO ASSISTENZIALE **ABOM***

La Conduzione Clinica è affidata all'Ostetrica che oltre all'assistenza di base seguirà protocolli di sorveglianza concordati in equipe (medici - ostetriche) per condizioni di rischio di complicazione molto contenuto o di cui si prevede la risoluzione



Bologna 5 ottobre, 26 ottobre, 9 novembre 2016

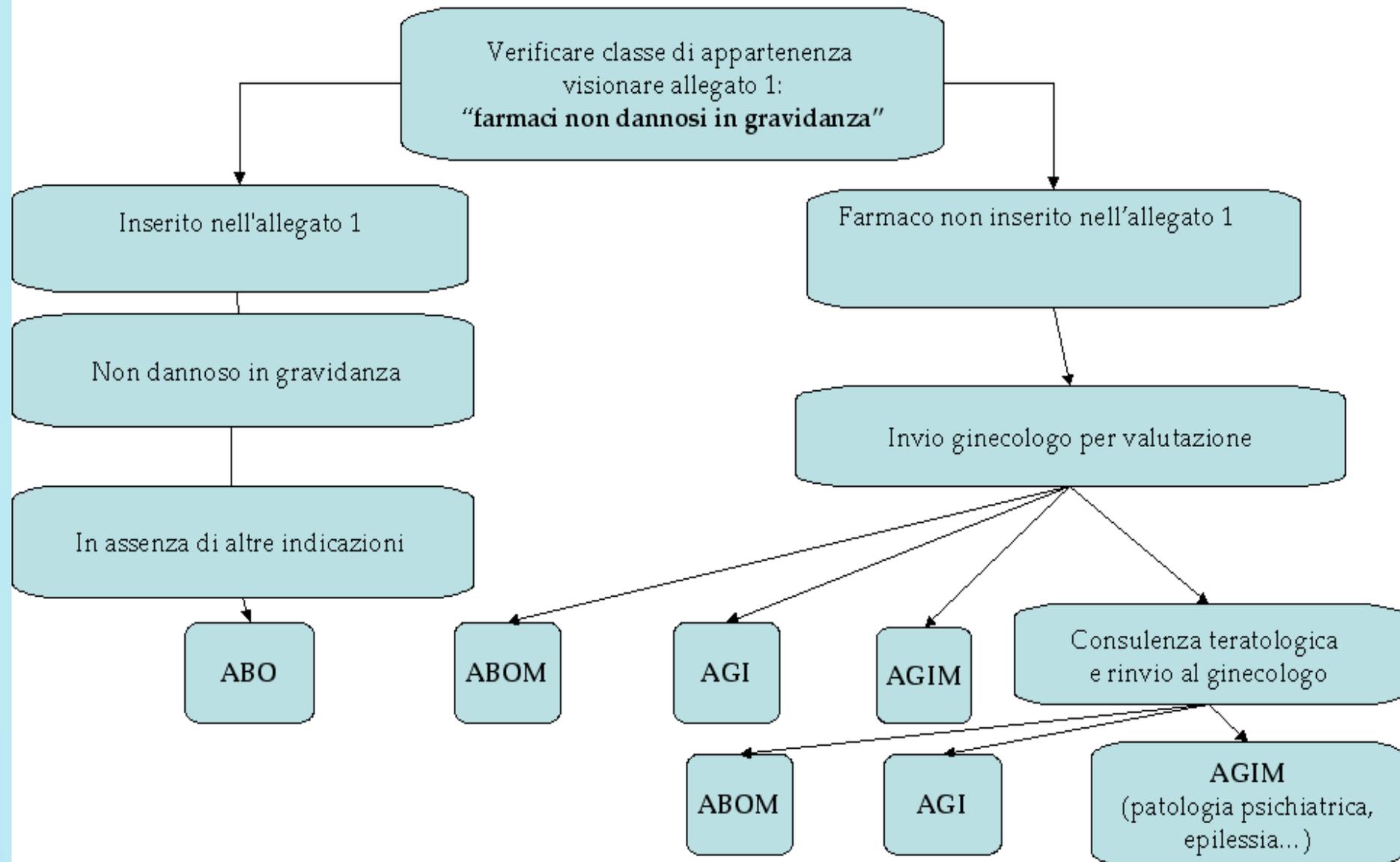
Protocollo ANEMIA SIDEROPENICA-gravidanza

Epoca gestazionale	Parametri	Valori	Profilo Assistenziale	Azioni
1° colloquio prescrizione emocromo ed <i>elettroforesi Hb</i> ¹ controllo entro 10/15gg. medico o ostetrica	Emoglobina (Hb)	≥ 11 g/ dl	ABO	Consigli sull'alimentazione
	MCH	≥ 27 picogrammi		
	Emoglobina (Hb)	< 11 g/ dl	ABOM	Consigli sull'alimentazione <u>Valutare:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ alimentazione ▪ iperemesi ▪ stile di vita ▪ disturbi gastro/intestinali (colore feci) <u>Richiedere:</u> per donna elettroforesi Hb - ferritina per il partner emocromo - elettroforesi Hb - ferritina (se indicato prescrivere terapia e controllo emocromo dopo 20/30gg.)
MCH	< 27 picogrammi (con valori Hb ≥ 11 g/ dl)	ABOM. (Microcitemica con partner negativo, in assenza di altri fattori di rischio)	Richiedere: per donna elettroforesi Hb - ferritina per il partner emocromo - elettroforesi Hb - ferritina (se indicato prescrivere terapia e controllo emocromo dopo 20/30gg.)	

Gravidanza – BATTERIURIA ASINTOMATICA (ASB)

Epoca gestazionale	Parametri 	Azioni 	Profilo assistenziale
1° colloquio	negativa		ABO
Screening ASB prescrizione urinocoltura controllo referto medico o ostetrica Con campione positivo per unità formanti colonie, si ripete l'esame ¹	Carica microbica da possibile contaminazione.	Verificare la modalità di raccolta campione e ripetere urinocoltura.	ABO
	II° campione negativo		ABO
	Presenza ≥ 100.000 unità formanti colonie/ ml su 2 campioni positivi per germi differenti.	Probabile contaminazione del campione. Ripetere urinocoltura.	ABO
	Presenza ≥ 100.000 unità formanti colonie/ ml su 2 campioni positivi per lo stesso germe.	valutazione insieme al medico, prescrizione terapia	ABOM
	Presenza ≥ 100.000 unità formanti colonie/ ml su un campione urine, in evento sintomatico	valutazione insieme al medico	ABOM

Esposizione a farmaci/erbe officinali nell'attuale gravidanza



Indagini radiodiagnostiche

RMN indipendentemente dalla sede
RX/TAC testa, arcate dentarie, torace superiore,
mammografia, arti superiori, arti inferiori
(tranne femore)

NO
richiesta dose al feto

In assenza di altre indicazioni

ABO

RX torace inferiore, rachide lombosacrale,
addome diretto, tubo digerente, colecistografia,
urografia, clisma opaco, isterosalpingografia,
bacino e femore
TAC addome, rachide lombosacrale, bacino e
femore, torace inferiore,

SI
richiesta dose al feto

-richiesta valutazione dose al feto
usare modulistica allegata
(Azienda Usl, Azienda Policlinico, altra struttura)
-datazione ecografica
-consulenza teratologica dopo circa 10 giorni

Rischio non aumentato

ABOM

Rischio aumentato

AGI

AGIM

Protocollo ABOM GRAVIDANZA CON CONDIZIONI SOCIALI SFAVOREVOLI¹

La popolazione inclusa nelle "Gravidanze in condizioni Sociali Sfavorevoli" è eterogenea , complessa e spesso multiproblematica. Per questo motivo è difficile immaginare protocolli e procedure standardizzati e applicabili a tutti i soggetti che appartengono a questo gruppo.

Fermo restando l'assistenza di base delineata dalla Linea Guida Nazionale di Assistenza alla gravidanza Fisiologica le cui raccomandazioni vengono garantite integralmente anche alle gravide che appartengono alla popolazione a cui si rivolge il presente protocollo, di seguito si riportano alcune azioni che integrano la assistenza di base

Piano di cura personalizzato e commisurato al tipo e al grado di problematica individuata.

Piano di cura concordato e condiviso con la donna e dove possibile con la coppia. L'adesione o il rifiuto al piano di cura deve essere documentato in cartella

In presenza di difficoltà linguistiche, anche non importanti, attivare sistematicamente la mediazione linguistico-culturale per almeno per un incontro nelle prime fasi della gravidanza

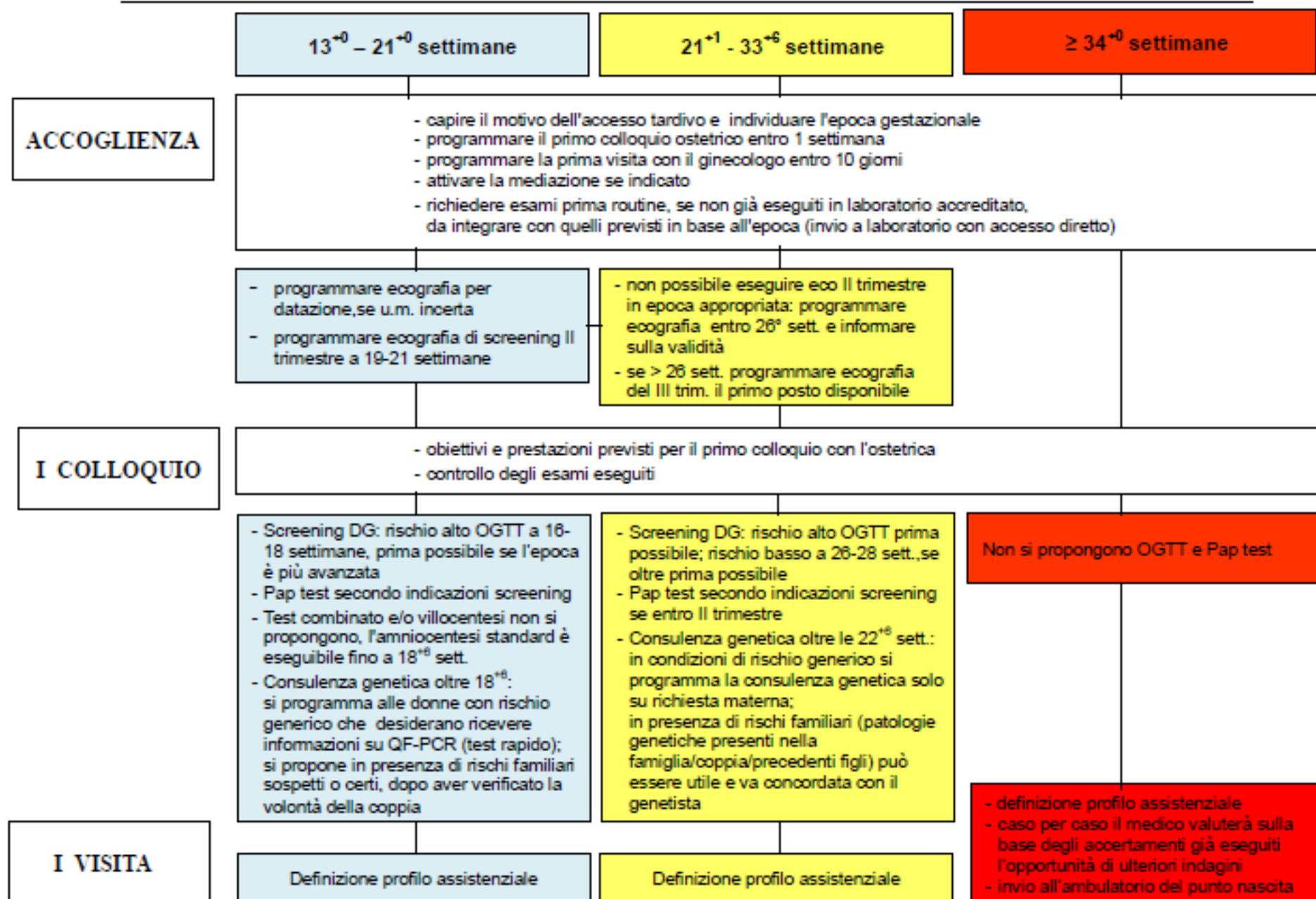
aver maggiore flessibilità nei controlli (se necessario aggiungerne qualcuno).

Per le condizioni AGIM/AGI piano di cura elaborato con apporto multiprofessionale e multidisciplinare

Per le condizioni AGIM/AGI piano di cura rivalutate e riformulate sistematicamente almeno 2 volte nel corso della gravidanza: all'inizio del 2° e del 3° trimestre con incontri in cui siano coinvolti medico e ostetrica ed eventualmente altri professionisti (DSM, DP, S.Sociale...)che hanno in carico la donna.

Per le condizioni AGIM/AG coinvolgimento e integrazione degli interventi del medico e dell'ostetrica lungo tutto il corso della gravidanza

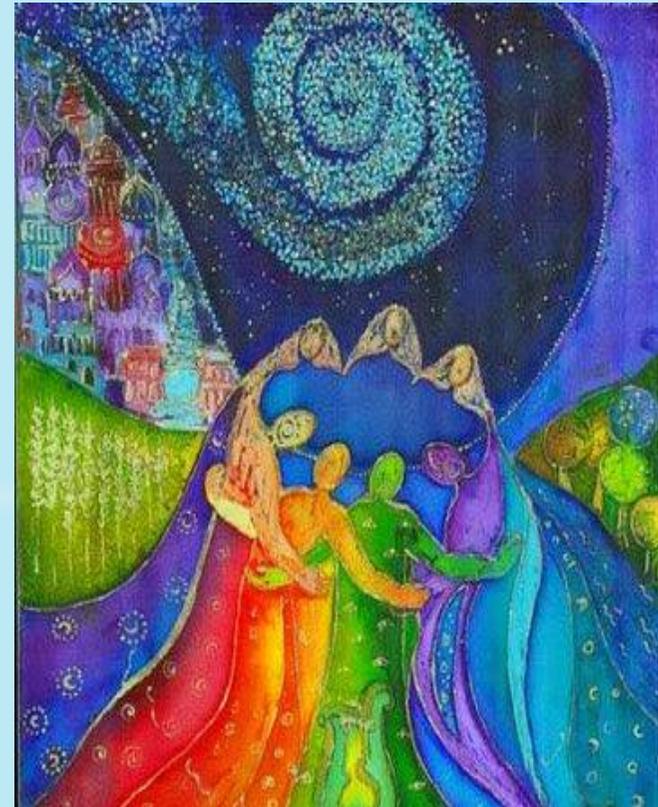
FLOW CHART PRESA IN CARICO DELLA GRAVIDA CON ACCESSO TARDIVO ALL'ASSISTENZA



L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

ASSISTENZA OSTETRICA ALLA GRAVIDANZA CON PROFILO ASSISTENZIALE **AGI /AGIM**

La **Conduzione Clinica** è affidata al **ginecologo** in presenza fattori di rischio complessi e di situazioni che richiedono valutazioni multidimensionali interservizi o multidisciplinari con **integrazione** dei contenuti dell'assistenza di base



Bologna 5 ottobre, 26 ottobre, 9 novembre 2016

L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

ASSISTENZA OSTETRICA ALLA GRAVIDANZA CON PROFILO ASSISTENZIALE **AGI/AGIM**

- Assistenza di base ostetrica con obiettivi assistenziali di potenziamento della normalità ancora presente

2° trimestre con obiettivo di valutazione della percezione dei movimenti e del legame madre/feto e fornire informazioni sull'allattamento e sui corsi nascita

3° trimestre con obiettivo di supportare la scelta del luogo del parto, della parto/analgesia e come affrontare l'arrivo del bambino

L'ostetrica conserva un ruolo di raccordo relazionale interservizi sostiene, informa, sorveglia e potenzia le risorse e le competenze della donna/coppia

Assistere alle nascite è come con le rose che crescono.
Mi piace ammirare quelle che si aprono e fioriscono al
primo bacio del sole, ma non mi sognerei mai di tirare
e aprire i petali dei boccioli chiusi ermeticamente e
costringerli a fiorire prima del tempo.
(Gloria Lemay, ostetrica)



GRAZIE PER L 'ATTENZIONE