

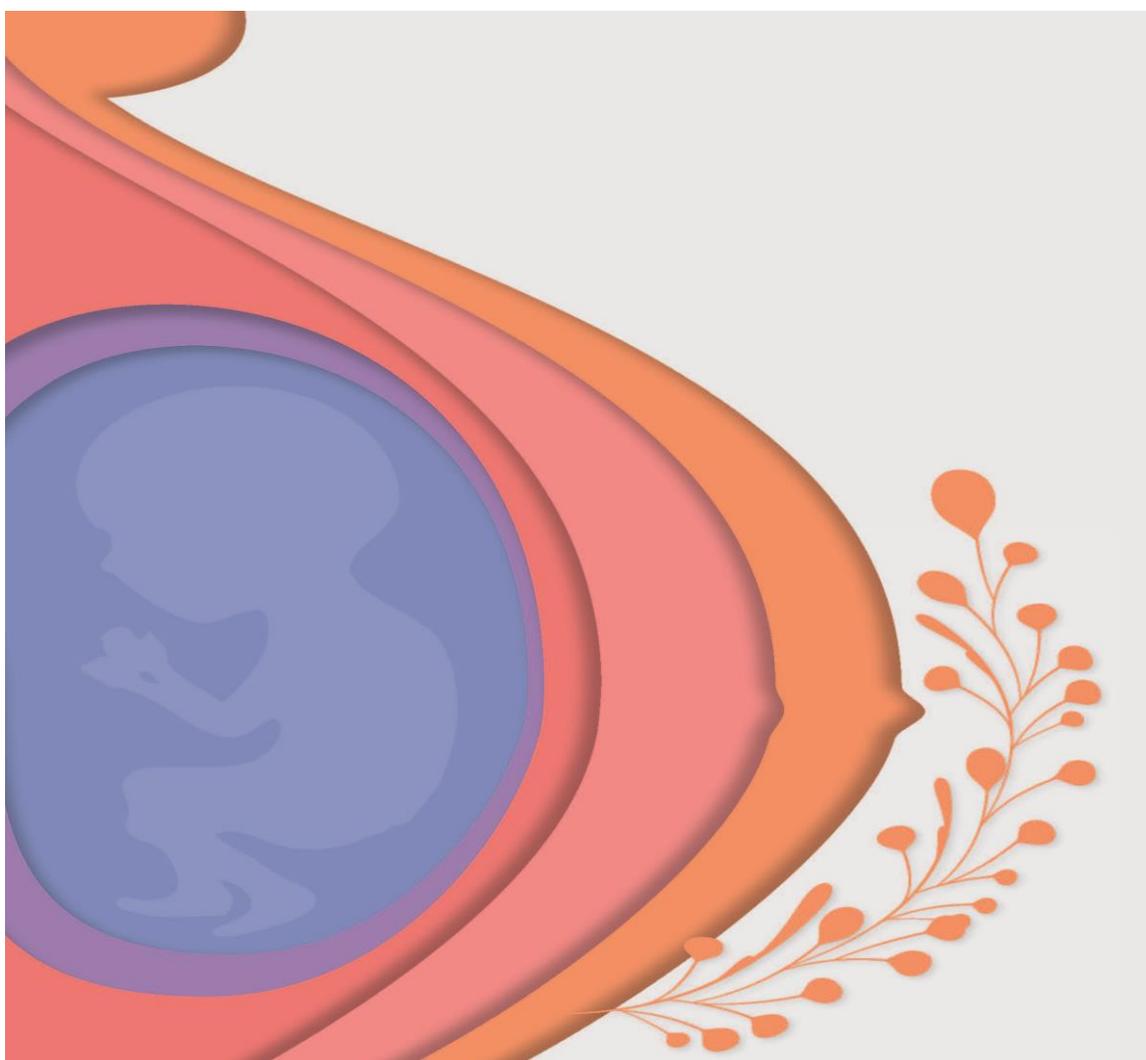
**PERCORSO DIAGNOSTICO – TERAPEUTICO E ASSISTENZIALE DELLA REGIONE
(PDTA) PUGLIA DI ACCOMPAGNAMENTO ALL'EVENTO NASCITA**



**REGIONE
PUGLIA**

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

Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR)



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

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

1. INTRODUZIONE AL PDTA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁷ Allegata in copia al presente PDTA

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

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

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

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

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

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

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

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

2. OBIETTIVI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. DESTINATARI

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

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

4. LE TAPPE DEL PERCORSO NASCITA

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

4.1 Visita preconcezionale

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

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

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

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

4.2 Primo trimestre

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

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

STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO (vedi allegato 1)

La stratificazione del rischio in gravidanza deve tener conto di:

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

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

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

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

un asterisco (*);

due asterischi (**);

tre asterischi (***).

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

Pertanto, la gravidanza si classifica in:

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

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

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

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

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

Pertanto:

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

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

• Richiesta esami^{12, 13}:

– Ematochimici:

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

– Esami infettivologici:

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

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

¹³ 8 Cfr. DPCM 1 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 3 dicembre 1999, n. 5"- Allegato 10 B "Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo" e la Deliberazione di Giunta Regionale 11 marzo 2015, n. 413 "Recepimento delle linee guida "Gravidanza fisiologica" del sistema nazionale. Linee guida ed indicazioni per l'accesso alle prestazioni a tutela della maternità in regione Puglia. Avvio dell'agenda della gravidanza" e ss.mm.ii

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

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

• Prescrizioni:

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

• Informazioni e counselling su:

– **stili di vita in gravidanza:**

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

– **abitudini di vita:**

- attività lavorativa
- sportiva
- sessuale
- viaggi

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

- tinte per capelli e permanente

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

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

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

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

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

– **come prevenire l'infezione da citomegalovirus¹⁵:**

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

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

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

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

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

La prima visita si completa con:

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

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

4.3 Secondo trimestre

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

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

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

Pertanto, le attività prevedono:

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

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

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

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

Le visite si completano con:

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

4.4 Terzo trimestre

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

Le attività prevedono:

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

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

Inoltre verranno fornite informazioni:

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

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

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

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

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

5. ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

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

5.1 Gli screening Prenatali

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

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

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

5.2 Ambulatorio della Gravidanza a Termine (GAT)

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

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

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

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

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

5.3 Ambulatorio della Gravidanza a Rischio (GAR)

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

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

5.4 Centri Regionali per la Cura della Gravidanza ad Alto Rischio

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

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

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

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

5.5 Consulenza Ostetrica di Pronto Soccorso

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

5.6 Supporto Psicologico

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

5.7 Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN)

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

6. IL RICOVERO

Al momento del ricovero è necessario:

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

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

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

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

6.1 Il travaglio

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

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

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

1° STADIO¹⁸

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

- a) la fase di latenza è un periodo caratterizzato da contrazioni uterine dolorose e modificazioni variabili del collo uterino che includono un certo grado di appianamento ed una lenta progressione della dilatazione fino ai 5 centimetri sia per la primigravida che per la pluripara
- b) la fase attiva del travaglio è caratterizzata da contrazioni uterine dolorose e regolari, da un significativo appianamento cervicale e da una dilatazione del collo dell'utero più rapida e che va dai 5 centimetri alla dilatazione completa sia per la primigravida che per la pluripara. (Raccomandazione n°5 OMS)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2° STADIO¹⁸

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

pratica clinica.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.3 Parto analgesia

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

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

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

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

epidurale²¹.

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

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

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

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

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

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

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

7. LA NASCITA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.1 La donazione del Sangue Cordonale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.2 Il parto in anonimato

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

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

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

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

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

8. IL NEONATO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. LA DIMISSIONE

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

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

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

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

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

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

9.1 La continuità assistenziale Ospedale-Territorio dopo la dimissione

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

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

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

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

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

9.2 L'assistenza domiciliare alla mamma e al neonato

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

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

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

L'ostetrica dovrà valutare:

- stato generale della donna,
- colorito cutaneo

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

10. IVG - Interruzione Volontaria della Gravidanza

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

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

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

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

11. RAZIONALE DEL PDTA DELLA GRAVIDANZA IN PUGLIA

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

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

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

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

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

12. INDICATORI

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

INDICATORI DI PRIMO LIVELLO ³¹

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

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

INDICATORI DI SECONDO LIVELLO:

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

PRIMO LIVELLO:

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

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

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

SECONDO LIVELLO

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

13. AZIONI DI MIGLIORAMENTO

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

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

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

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

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

Fase I

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

Fase II

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

Sono fattori favorenti:

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

Sono fattori negativi o barriere:

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

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

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

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

Fase III

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

Fase IV

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

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

Fase V

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

Lista delle principali abbreviazioni

BMI = Body Mass Index o Indice di Massa Corporea

U.M.= Ultima Mestruazione

SSC= Early skin-to-skin contact

MEOWS = Modifies Early Obstetrics Warning Score

C.F.= Consultorio Familiare

HLA = Human leucocyte antigens

IAN = Incontri di Accompagnamento alla Nascita

I.S.S. = Istituto Superiore di Sanità

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

LL.GG. = Linee Guida

NT = Translucenza nucale

O.B.I. = Osservazione Breve Intensa

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

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

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

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

Allegato 1

	Principali fattori di rischio materno/fetale (da rivalutare ad ogni visita e al ricovero)	
FATTORI SOCIALI (Da 1 a 9)	1. Età < 16 > 35 > 40* (>RT) 2. Malnutrizione BMI < 18; Obesità BMI > 30; BMI > 35 *(>RT) BMI= Kg/m2 3. PMA (procreazione medico-assistita) * 4. Svantaggio sociale /Violenza di genere / Mutilazioni genitali femminili 5. Scarsi o ritardati controlli in gravidanza 6. Esposizione a raggi e farmaci nell'attuale gravidanza 7. Abuso di tabacco (LBWI / >>Monossido di carbonio >> Ematocrito fetale) 8. Abuso di alcool (Sindrome alcolica fetale /Malformazioni congenite) ** 9. Uso di Droghe (Cocaina Eroina e metadone morfina) **	Nome e Cognome Paziente: ----- ----- Nome e Cognome Medico: ----- -----
MALATTIE PRE-ESISTENTI ALLA GRAVIDANZA (da 10 a 31)	10. Malattie Cardiache (congenite, ischemiche, valvolari) Rischio lieve-medio*-alto** 11. Ipertensione / Preeclampsia in precedenza 12. Malattie respiratorie (Asma severo, fibrosi cistica) * 13. Malattie renali (insufficienza renale acuta o cronica) * 14. Alterazioni endocrino-dismetaboliche o Diabete compensato o scompensato* 15. Malattie neurologiche (es. sclerosi multipla, epilessia) 16. Malattie muscolo-scheletriche (scoliosi, M. connettivo, Traumi bacino) 17. Attuali o pregressi accidenti cerebrovascolari ** 18. Malattie Ematologiche (Trombocitopenia, trombofilia) (>RT) Isoimmunizz. M-F** 19. Trapianto d'Organo** 20. Malattie autoimmuni (>RT) -Malattie reumatiche 21. Malattie psichiatriche trattate con farmaci 22. Malattie Infettive (Influenza, Sifilide, HIV, HCV, HBV, MST, TORCH, Streptococco, TBC) * 23. Epatopatie attive (steatosi, insufficienza epatica lieve, media, grave**) * 24. Infezioni urinarie- Cistiti ricorrenti-Calcolosi renale 25. Tumori maligni** 26. Progressa Tromboembolia (>RT) 27. Malformazioni Uterine/ Metroplastiche	Nome e Cognome Ostetrica/o: ----- -----

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

Gravidanza a medio rischio: presenza di uno o più fattori di rischio (escludono la valutazione ostetrica e richiedono la valutazione del medico ginecologo)

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

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

In caso di *Rischio placentazione** (previa con pregresso TC /accreta /percreta/incrcta) *** il trasferimento deve avvenire in strutture di II° livello e con presenza di Radiologia Interventistica.

In rosso = >RT = > RISCHIO TROMBOEMBOLICO (Età>40; BMI>35; Trombofilia; Malattie autoimmuni; Progressa tromboembolia; Parità>3)

Sottolineato= fattori di rischio per PPH

<p>MALATTIE IN GRAVIDANZA (da 32 a 35)</p>	<p>28. <u>Miomi</u> 29. Aborto abituale (> 3) * 30. <u>Parità> 3 (>RT)</u> 31. <u>Malattie Ereditarie</u> in famiglia (anche partner) 32. <u>Diabete Gestazionale*</u> 33. <u>Preeclampsia/ Eclampsia / HELLP**</u> 34. <u>Precedente EPP / Trasfusioni / Rischio rifiuto trasfusionale**</u> 35. <u>Colestasi gravidica* / Atrofia giallo acuta del fegato**</u> 36. <u>Taglio Cesareo pregresso (1-2-3)</u> 37. <u>Pregressa Chirurgia addomino-pelvica</u> 38. <u>Metrorragie (1°- 2°- 3° Trimestre) *</u> 39. <u>Placenta previa*</u> 40. <u>Rischio placentazione (previa con pregresso TC /accreta /percreta/increta) ***</u> 41. <u>Altra patologia</u> 42. <u>Rischio fetale individuato dai test di screening</u> 43. <u>Morte fetale o perinatale/Aborto tardivo/Parto Pretermine (>23 e < 34 w) **</u> 44. <u>Pregresso nato con basso peso alla nascita (LBW) e ricoverato in TIN*</u> 45. <u>Diagnosi Prenatale invasiva / Cerchiaggio*</u> 46. <u>Rilievi ecografici anomali (strutturali fetali/anomalie genetiche) **</u> 47. <u>Gravidanze gemellari monocoriali mono-bi-amniotiche**</u> 48. <u>Anemia Emoglobinopatie (1° e 3° Trim. HB <11,0/ 2° Trim. HB <10,5)</u> 49. <u>Difetto di crescita accertato o sospetto / Macrosomia fetale</u> 50. <u>Presentazione anomala alla 32^settimana</u> 51. <u>Oligo-Polidramnios-Anidramnios</u></p>	<p>RISCHIO/I:</p> <p><input type="checkbox"/> BASSO <input type="checkbox"/> MEDIO <input type="checkbox"/> MEDIO/ALTO <input type="checkbox"/> ALTO</p> <p>Condizioni cliniche che giustificano l'assegnazione alla classe di rischio:</p> <p>----- ----- ----- ----- ----- -----</p> <p>LIVELLO ASSISTENZIALE ASSEGNATO:</p> <p><input type="checkbox"/> AMBULATORIO GENERALE DI GRAVIDANZA/CONSULTORIO <input type="checkbox"/> GAR I LIVELLO <input type="checkbox"/> GAR II LIVELLO <input type="checkbox"/> PUNTO NASCITA I LIVELLO <input type="checkbox"/> PUNTO NASCITA II LIVELLO <input type="checkbox"/> ALTRO.....</p>
<p>ALTRI FATTORI DI RISCHIO DELLA GRAVIDANZA ATTUALE (da 36 a 41)</p>		<p>RISCHIO FETALE (da 42 a 51)</p>
<p>Data e Firma del Medico Firma dell'Ostetrica/o</p>		

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

Gravidanza a medio rischio: presenza di uno o più fattori di rischio (escludono la valutazione ostetrica e richiedono la valutazione del medico ginecologo)

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

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

In caso di *Rischio placentazione** (previa con pregresso TC /accreta /percreta/increta) *** il trasferimento deve avvenire in strutture di II° livello e con presenza di Radiologia Interventistica.

In rosso = >RT = > RISCHIO TROMBOEMBOLICO (Età>40; BMI>35; Trombofilia; Malattie autoimmuni; Pregressa tromboembolia; Parità>3)

Sottolineato= fattori di rischio per PPH

GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

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

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

GRAVIDANZA A RISCHIO

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

A sua volta classificata:

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

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

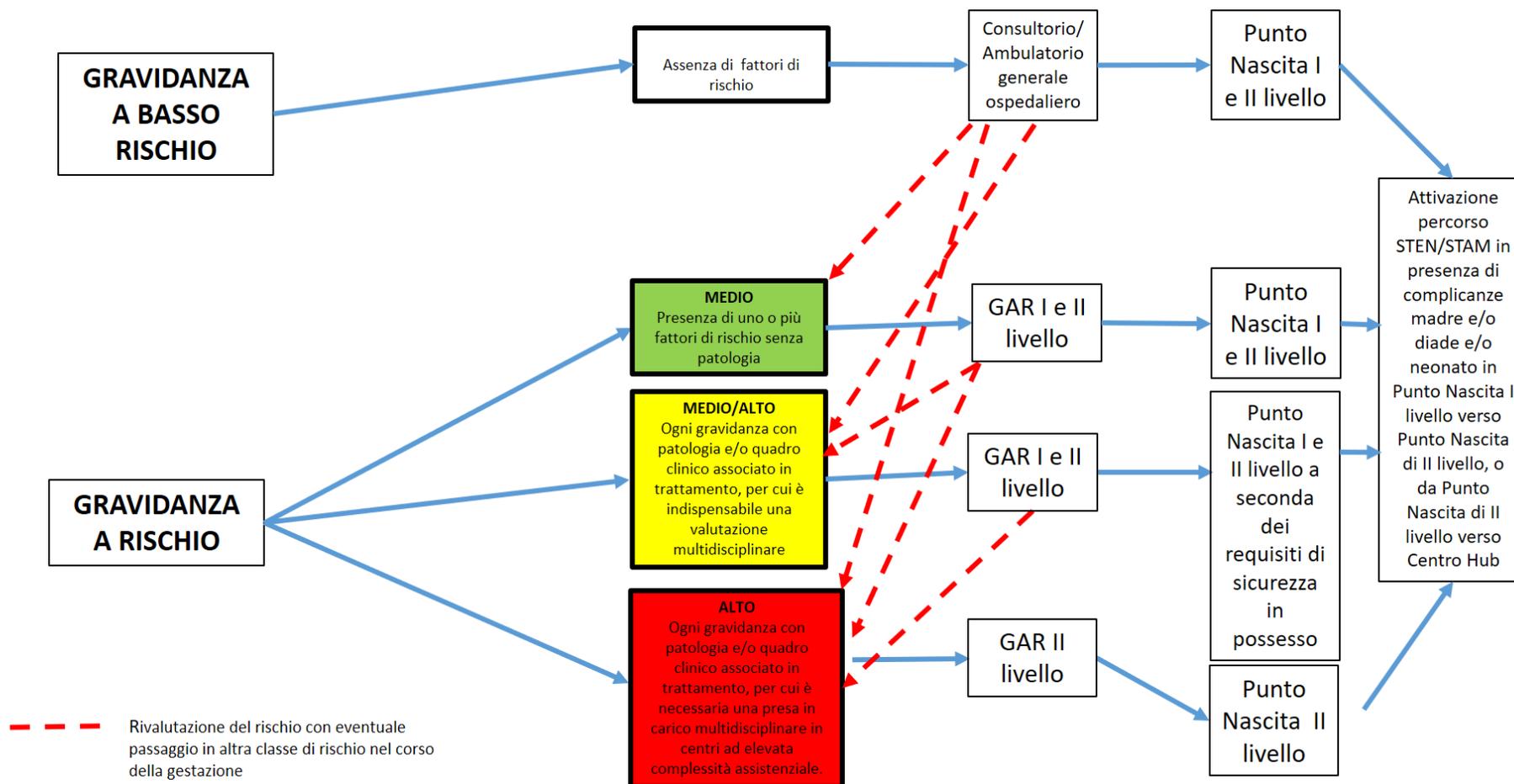
- **medio/alto rischio** ogni gravidanza con patologia e/o quadro clinico associato (materna/fetale o della diade materno-fetale), in trattamento per cui è indispensabile una valutazione multidisciplinare

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

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

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

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



Allegato : Check List Sala parto secondo Raccomandazioni WHO (trad. Centro Regionale Rischio Clinico Regione Toscana)



Check list sala parto

IDENTIFICAZIONE MADRE

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

N° braccialetto:

IDENTIFICAZIONE FIGLIO

Cognome:

Nome:

Data e ora di nascita:

N° braccialetto:

EQUIPE

I Ostetrica:

II Ostetrica:

I Ginecologo:

II Ginecologo:

Anestesista:

Pediatra:

INFERMIERA:

PRE PARTO

Data / /

Accoglienza

Presentazione staff

Identificazione della madre

Identificazione rischio

Rilevazione parametri vitali

Compilazione modulistica

Rilevazione BCF

Posizionamento traociato cardiocografico NA

Compilazione partogramma

Richiesta partoanalgesia

Chiamata del ginecologo NA

Valutazione Terapia antibiotica NA

Valutazione Terapia antipertensiva NA

Valutazione Terapia retrovirale NA

Compilatore:

INTRAPARTO

Data / /

Parto vaginale

Presenza presidi necessari all'assistenza al parto

Chiamata seconda ostetrica

Somministrazione Bolo 10UL ossitocina

Chiamata del ginecologo NA

Chiamata del pediatra NA

Presenza presidi necessari all'assistenza del neonato

Posizionamento braccialetto madre e neonato

Esecuzione emogas NA

Secondamento

Valutazione perdite ematiche

Valutazione tono uterino

Chiamata del ginecologo (perdite > 500ml) NA

Chiamata dell'anestesista NA

Valutazione parametri vitali

Consegne ostetriche
 STU NA
 Partogramma NA
 Registro parto
 Cartella Argos (es. PAI)

Compilatore:

POST PARTO

Data / /

Nelle 2 ore

Spiegazione brochure segni di rischio neonatale

Valutazione parametri vitali neonato

Raccomandazione alla madre principali rischi del post-parto

Compilazione scheda neonato

Chiamata del pediatra NA

Dopo 2 ore / Madre

Valutazione perdite ematiche

Valutazione tono uterino

Valutazione parametri vitali

Chiamata del ginecologo NA

Chiamata dell'anestesista NA

Valutazione VAS NA

Dopo 2 ore / Neonato

Valutazione parametri vitali

Esecuzione profilassi

Compilazione scheda neonato

Spiegazione check list allattamento

Chiamata del pediatra NA

Telefonata reparto di degenza

Compilatore: