

## “Definizione del rischio ostetrico”

## WHO principles of perinatal care

### **Care for women with a normal pregnancy and birth should be demedicalised**

Pregnancy and birth should be viewed as a natural process in life and essential care should be provided to women with the minimum set of interventions necessary.

### **Care should be based on the use of appropriate technology**

Sophisticated or complex technology should not be applied when simpler procedures may suffice or be superior.

### **Care should be evidence-based**

Care should be supported by the best available research, and by randomised controlled trials where possible and appropriate.

### **Care should be local**

Care should be available as close to the woman's home as possible and based on an efficient system of referral from primary care to tertiary levels of care.

### **Care should be multidisciplinary**

Effective care may involve contributions from a wide range of health professionals, including midwives, general practitioners, obstetricians, neonatologists, nurses, childbirth and parenthood educators.

### **Care should be holistic**

Care should include consideration of the intellectual, emotional, social and cultural needs of women, their babies and families, and not only their physical care.

### **Care should be woman-centred**

The focus of care should be meeting the needs of the woman and her baby. Each woman should negotiate the way that her partner and significant family or friends are involved. Care should be tailored to any special needs a woman may have.

### **Care should be culturally appropriate and culturally safe**

Care should consider and allow for cultural variations in meeting these expectations.

### **Care should provide women with information and support so they can make decisions**

Women should be given evidence-based information that enables them to make decisions about care. This should be provided in a format that the woman finds acceptable and can understand.

### **Care should respect the privacy, dignity and confidentiality of women**

All women have the right to be treated with respect and dignity, have their privacy respected, and be assured that all their health information is confidential.

WHO 1998

Il fine di una appropriata assistenza perinatale è quello di assicurare una buona salute della mamma e del bambino con il minor carico di cura compatibile con la sicurezza

# Antenatal care for uncomplicated pregnancies

## 1.2.1 Who provides care?

1.2.1.1 Midwife- and GP-led models of care should be offered to women with an uncomplicated pregnancy. Routine involvement of obstetricians in the care of women with an uncomplicated pregnancy at scheduled times does not appear to improve perinatal outcomes compared with involving obstetricians when complications arise.

# Gravidanza fisiologica

A G G I O R N A M E N T O 2 0 1 1



Le prove disponibili (due revisioni sistematiche di RCT) sono a supporto di un modello assistenziale basato sulla presa in carico della donna in gravidanza da parte dell'ostetrica o di un team di ostetriche, integrato da una rete multidisciplinare di professionisti da consultare quando opportuno, poiché a esso si associano benefici relativi a esiti rilevanti per la salute materna e neonatale, compresa la maggiore soddisfazione della donna per l'assistenza ricevuta.

# Definizione di rischio

Una gravidanza viene definita ad alto rischio quando esiste la possibilità di un esito patologico per la donna e/o il bambino con un'incidenza maggiore di quella esistente nella popolazione generale delle gestanti

Una gravidanza viene definita a basso rischio ad indicare che nessun percorso di vita è completamente esente da rischi e che l'incomprimibilità del rischio è conseguenza di una quota non prevedibile e della variabilità biologica

## ACCERTAMENTO DI GRAVIDANZA E AVVIO DEL PERCORSO

ACCERTAMENTO GRAVIDANZA		1 <sup>a</sup> VISITA
<b>OBIETTIVI DI SALUTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Accertare la gravidanza</li> <li>✓ Informare su esenzioni e sulla rete dei servizi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fornire alla donna/coppia tutti gli elementi utili, basati su prove di efficacia aggiornate, per compiere scelte informate e consapevoli sull'assistenza durante il percorso</li> <li>✓ Orientare al percorso più appropriato in base al livello di rischio individuato secondo criteri codificati</li> <li>✓ Facilitare l'accesso, concordato con donna/coppia, al percorso appropriato</li> </ul>
<b>QUANDO</b>	Alla positività del test di gravidanza	Preferibilmente entro 10 settimana di EG (o comunque all'accertamento di gravidanza)
<b>DOVE</b>	Ambulatorio MMG, Consultorio Familiare, Ambulatorio specialistico	Ambulatorio gravidanza fisiologica
<b>CHI</b>	MMG, ostetrica, ginecologo	ostetrica, ginecologo
<b>COSA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prescrizione test gravidanza su sangue/urine</li> <li>✓ Accertamento della gravidanza</li> <li>✓ Rilascio Certificato di gravidanza (<i>medico</i>)</li> <li>✓ Invio allo sportello amministrativo distrettuale</li> <li>✓ Prescrizione esami I trimestre (<i>preferibilmente in questa occasione</i>)*</li> <li>✓ Orientamento alla rete dei servizi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Accoglienza, colloquio e ascolto</li> <li>✓ Informazioni su: servizi disponibili, benefici di legge, corsi di accompagnamento alla nascita, abitudini alimentari (ivi compresa la supplementazione di ac. folico) e stili di vita sani, come gestire i sintomi più comuni, screening e diagnosi prenatale</li> <li>✓ Raccolta anamnesi familiare, personale ed ostetrica e compilazione check list (<i>allegato 2</i>)</li> <li>✓ Visita ostetrica</li> <li>✓ Prescrizione esami I trimestre, se non già eseguiti (<i>allegato 3</i>) e valutazione dei risultati</li> <li>✓ <b>Attribuzione del grado di rischio (<i>basso vs medio/alto</i>) dopo valutazione elementi anamnestici, clinici e laboratoristici</b></li> <li>✓ Individuazione del percorso più appropriato in base al grado di rischio individuale: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Basso rischio ⇒ avvio del percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica</li> <li>- Presenza di fattore/i di rischio ⇒ avvio del percorso gravidanza a medio/alto rischio. Il ginecologo dell'Ambulatorio orienta la donna verso il setting più appropriato</li> </ul> </li> <li>✓ Individuazione donne con bisogni specifici</li> <li>✓ Condivisione percorso con la donna/coppia e avvio percorso</li> <li>✓ Consegna di eventuale materiale informativo</li> </ul>

## LA PRIMA VISITA

- **offrire informazione** sui servizi disponibili per l'assistenza e il sostegno, sui benefici di legge a tutela della maternità e paternità, su abitudini alimentari e stili di vita sani, sulla gestione dei sintomi più comuni in gravidanza, su screening, diagnosi prenatale e corsi di accompagnamento alla nascita
- **identificare le donne che accedono al percorso “gravidanza a basso rischio** ( fisiologica) e gestione ostetrica” e quelle che invece presentano un profilo di rischio che necessita di un'assistenza addizionale personalizzata ( gravidanza medio/alto rischio)
- **facilitare**, sulla base delle risultanze degli elementi di cui sopra, **l'accesso al percorso più appropriato** per quella donna, in rapporto al grado di rischio

## LA PRIMA VISITA

- Dovrebbe essere programmata possibilmente entro la 10a settimana per permettere la programmazione delle indagini di screening prenatale per le patologie cromosomiche
- In ogni caso la presa in carico deve essere garantita a tutte le donne in gravidanza indipendentemente dall'età gestazionale del primo accesso

## ANAMNESI

- Anamnesi familiare
- Anamnesi patologica remota
- Anamnesi ostetrico-ginecologica remota
- Anamnesi ostetrico-ginecologica attuale

L'ANAMNESI DEL PRIMO INCONTRO E' LO STRUMENTO PIU' IMPORTANTE PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO E PER LA PERSONALIZZAZIONE DEL PROFILO ASSISTENZIALE

## ANAMNESI familiare

- preeclampsia
- Diabete
- tromboembolismo

## ANAMNESI patologica remota

Indagare su specifiche condizioni e malattie

- Ipertensione preesistente alla gravidanza
- diabete mellito
- patologie cardiovascolari
- tromboembolie pregresse o trombofilia nota
- emoglobinopatie
- difetti congeniti della coagulazione e diatesi emorragica
- patologie renali e urologiche
- patologie croniche dell'apparato respiratorio
- patologia autoimmune e sindrome da anticorpi antifosfolipidi
- patologie epatiche

## ANAMNESI patologica remota

- patologie endocrine
- patologie oncologiche
- patologie psichiatriche e/o neurologiche in trattamento
- patologie genetiche familiari
- patologie infettive croniche (HIV;HCV;HBV, tubercolosi, sifilide)
- Assunzione cronica di farmaci
- Abuso di sostanze ( incluso alcool)
- interventi chirurgici
- trasfusioni
- BMI <18 o > 30

## ANAMNESI ostetrico ginecologica remota

Precedente morte endouterina o neonatale

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

## ANAMNESI ostetrico ginecologica attuale

- Età < 18 anni o > 40
- gravidanza da PMA
- gravidanza multipla ( monocoriale/bicoriale)
- perdite ematiche vaginali/presenza di dolore addominale
- malformazione fetale

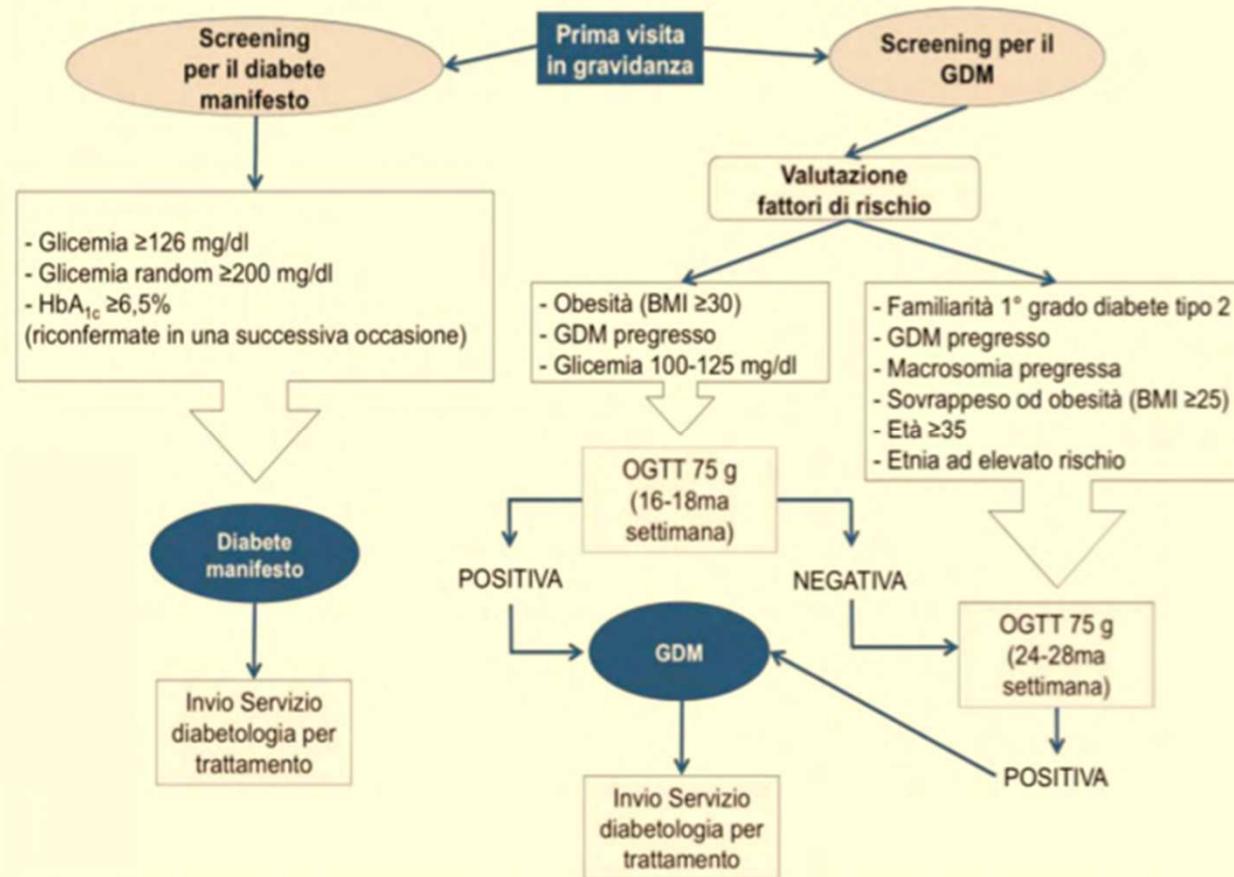
Figura 29 - Schermata sui rischi specifici

SCHEMATA	INDICAZIONI ALLA COMPILAZIONE
<p>FATTORI DI RISCHIO SPECIFICI PER:</p> <p>Diabete gestazionale <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p>Indicazioni <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p>Ipertensione/Pre eclampsia <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p>Indicazione <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p>Emorragia post partum <input type="text"/> <input type="text"/>  </p> <p>Indicazione <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p>Tromboembolia pre/postnatale <input type="text"/> <input type="text"/>  </p> <p>Indicazioni <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p>Altri fattori specifici di rischio <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p>NOTE <input type="text"/> <input type="text"/> </p>	<p><b>Diabete gestazionale:</b> nella Tabella 8 - <i>Fattori di rischio per diabete gestazionale</i> sono rappresentati i fattori di rischio che implicano l'esecuzione di OGTT e l'epoca di gestazione in cui va eseguita</p> <p><b>Ipertensione/pre-eclampsia:</b> i fattori di rischio sono elencati nella Tabella 9 – <i>Fattore di rischio per ipertensione</i> e nella Tabella 10 – <i>Fattori di rischio per pre-eclampsia</i>. La valutazione va ripetuta ai controlli successivi. La presenza di uno qualsiasi dei fattori di rischio per ipertensione/pre-eclampsia va segnalata al ginecologo che valuterà l'eventuale avvio del trattamento profilattico</p> <p><b>Emorragia post partum:</b> i fattori di rischio sono riassunti nella Tabella 11 – <i>Fattori di rischio per emorragia post partum</i> e vanno rivalutati ai controlli successivi. La presenza di fattori di rischio per EPP va segnalata al ginecologo, anche ai fini della programmazione del travaglio/parto</p> <p><b>Tromboembolia:</b> i fattori di rischio sono riassunti nella Tabella 12 – <i>Fattori di rischio per tromboembolia</i> e vanno rivalutati ai controlli successivi. La presenza di fattori di rischio, indipendentemente dall'epoca di gravidanza, va sempre segnalata al ginecologo</p> <p>Nel campo <b>Note</b> è possibile inserire eventuali altri fattori di rischio specifici riscontrati</p> <p>Nel caso siano compilati, i campi compaiono nel report di stampa</p>

**Tabella 8 - Fattori di rischio per diabete gestazionale**

FATTORI DI RISCHIO CHE INDICANO LA NECESSITÀ DI ESECUZIONE DI OGTT 75 G, PER EPOCA GESTAZIONALE (EG)
<p><b>A 16 - 18 settimane</b> di EG, OGTT 75g alle donne con almeno una delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ diabete gestazionale in una gravidanza precedente</li><li>✓ BMI pregravidico <math>\geq 30 \text{ kg/m}^2</math></li><li>✓ riscontro, precedentemente o all'inizio di gravidanza, di valori di glicemia plasmatica compresi fra 100 e 125 mg/dl</li></ul> <p>Va offerta ulteriore OGTT 75 g tra le 24+0 e le 27+6, anche se la prima OGTT è risultata normale</p> <p><b>Tra le 24<sup>+0</sup> - 27<sup>+6</sup> settimane</b> di EG, OGTT 75g alle donne con almeno una delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ età <math>\geq 35</math> anni</li><li>✓ BMI pregravidico <math>\geq 25 \text{ Kg/m}^2</math></li><li>✓ macrosomia fetale in precedente gravidanza (peso <math>\geq 4,5 \text{ kg}</math>)</li><li>✓ diabete gestazionale in precedente gravidanza (anche se con determinazione normale a 16-18 settimane)</li><li>✓ anamnesi familiare di diabete (parente primo grado con diabete tipo 2)</li><li>✓ famiglia originaria di aree ad alta prevalenza di diabete<ul style="list-style-type: none"><li>- Asia meridionale (in particolare India, Pakistan, Bangladesh)</li><li>- Caraibi (per la popolazione di origine africana)</li><li>- Medio Oriente (in particolare Arabia Saudita, Emirati Arabi Uniti, Iraq, Giordania, Siria, Oman, Qatar, Kuwait, Libano, Egitto).</li></ul></li></ul>

Figura 1. L'iter diagnostico per lo screening e la diagnosi del GDM.



N Engl J Med. 2005 Jun 16;352(24):2477-86. Epub 2005 Jun 12.

**Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes.**

[Crowther CA](#)<sup>1</sup>, [Hiller JE](#), [Moss JR](#), [McPhee AJ](#), [Jeffries WS](#), [Robinson JS](#); [Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women \(ACHOIS\) Trial Group](#).

**Author information**

**Abstract**

**BACKGROUND:**

We conducted a randomized clinical trial to determine whether treatment of women with gestational diabetes mellitus reduced the risk of perinatal complications.

**METHODS:**

We randomly assigned women between 24 and 34 weeks' gestation who had gestational diabetes to receive dietary advice, blood glucose monitoring, and insulin therapy as needed (the intervention group) or routine care. Primary outcomes included serious perinatal complications (defined as death, shoulder dystocia, bone fracture, and nerve palsy), admission to the neonatal nursery, jaundice requiring phototherapy, induction of labor, cesarean birth, and maternal anxiety, depression, and health status.

**RESULTS:**

The rate of serious perinatal complications was significantly lower among the infants of the 490 women in the intervention group than among the infants of the 510 women in the routine-care group (1 percent vs. 4 percent; relative risk adjusted for maternal age, race or ethnic group, and parity, 0.33; 95 percent confidence interval, 0.14 to 0.75; P=0.01). However, more infants of women in the intervention group were admitted to the neonatal nursery (71 percent vs. 61 percent; adjusted relative risk, 1.13; 95 percent confidence interval, 1.03 to 1.23; P=0.01). Women in the intervention group had a higher rate of induction of labor than the women in the routine-care group (39 percent vs. 29 percent; adjusted relative risk, 1.36; 95 percent confidence interval, 1.15 to 1.62; P<0.001), although the rates of cesarean delivery were similar (31 percent and 32 percent, respectively; adjusted relative risk, 0.97; 95 percent confidence interval, 0.81 to 1.16; P=0.73). At three months post partum, data on the women's mood and quality of life, available for 573 women, revealed lower rates of depression and higher scores, consistent with improved health status, in the intervention group.

N Engl J Med. 2009 Oct 1;361(14):1339-48. doi: 10.1056/NEJMoa0902430.

**A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes.**

[Landon MB](#)<sup>1</sup>, [Spong CY](#), [Thom E](#), [Carpenter MW](#), [Ramin SM](#), [Casey B](#), [Wapner RJ](#), [Varner MW](#), [Rouse DJ](#), [Thorp JM Jr](#), [Sciscione A](#), [Catalano P](#), [Harper M](#), [Saade G](#), [Lain KY](#), [Sorokin Y](#), [Peaceman AM](#), [Tolosa JE](#), [Anderson GB](#); [Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network](#).

**Collaborators (88)**

**Author information**

**Abstract**

**BACKGROUND:**

It is uncertain whether treatment of mild gestational diabetes mellitus improves pregnancy outcomes.

**METHODS:**

Women who were in the 24th to 31st week of gestation and who met the criteria for mild gestational diabetes mellitus (i.e., an abnormal result on an oral glucose-tolerance test but a fasting glucose level below 95 mg per deciliter [5.3 mmol per liter]) were randomly assigned to usual prenatal care (control group) or dietary intervention, self-monitoring of blood glucose, and insulin therapy, if necessary (treatment group). The primary outcome was a composite of stillbirth or perinatal death and neonatal complications, including hyperbilirubinemia, hypoglycemia, hyperinsulinemia, and birth trauma.

**RESULTS:**

A total of 958 women were randomly assigned to a study group--485 to the treatment group and 473 to the control group. We observed no significant difference between groups in the frequency of the composite outcome (32.4% and 37.0% in the treatment and control groups, respectively;  $P=0.14$ ). There were no perinatal deaths. However, there were significant reductions with treatment as compared with usual care in several prespecified secondary outcomes, including mean birth weight (3302 vs 3408 g), neonatal fat mass (427 vs. 464 g), the frequency of large-for-gestational-age infants (7.1% vs. 14.5%), birth weight greater than 4000 g (5.9% vs. 14.3%), shoulder dystocia (1.5% vs. 4.0%), and cesarean delivery (26.9% vs. 33.8%). Treatment of gestational diabetes mellitus, as compared with usual care, was also associated with reduced rates of preeclampsia and gestational hypertension (combined rates for the two conditions, 8.6% vs. 13.6%;  $P=0.01$ ).

**Tabella 9 - Fattori di rischio per Ipertensione**

FATTORI DI RISCHIO PER IPERTENSIONE
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ sovrappeso/obesità</li> <li>✓ familiarità di I grado per ipertensione e pre-eclampsia</li> <li>✓ gravidanza multipla</li> <li>✓ PMA</li> <li>✓ intervallo <math>\geq 10</math> anni tra le gravidanze</li> <li>✓ ipertensione gestazionale</li> <li>✓ anomalia al Doppler dell'arteria uterina</li> <li>✓ IUGR</li> <li>✓ inadeguato contesto socio-economico/fragilità</li> <li>✓ età materna <math>&gt; 40</math> aa</li> <li>✓ pre-esistente malattia vascolare</li> <li>✓ pre-esistente malattia renale</li> </ul>

*Linee indirizzo prevenzione complicanze legate a gravidanza, parto e puerperio Agenas 2018*

**Tabella 10 - Fattori di rischio per Pre-eclampsia**

FATTORI DI RISCHIO PER PRE - ECLAMPSIA	
<p><i>1 dei seguenti fattore di rischio</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ipertensione in gravidanza precedente</li> <li>✓ m. cronica renale o proteinuria al 1 controllo</li> <li>✓ malattia autoimmune (es. LES, s. antifosfolipidi)</li> <li>✓ diabete tipo 1 o 2</li> <li>✓ ipertensione cronica</li> <li>✓ PA diastolica <math>\geq 90</math> mmHg al 1 controllo</li> </ul>	<p><i>2 dei seguenti fattori di rischio</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ nullipara</li> <li>✓ età <math>\geq 40</math> anni</li> <li>✓ intervallo superiore a 10 anni tra le gravidanze</li> <li>✓ BMI <math>\geq 35</math> kg/m<sup>2</sup></li> <li>✓ storia familiare di pre eclampsia</li> <li>✓ gravidanze multiple</li> </ul>

*Linee indirizzo prevenzione complicanze legate a gravidanza, parto e puerperio AGENAS 2018*

**Tabella 11 - Fattori di rischio per Emorragia post partum**

FATTORI DI RISCHIO PER EMORRAGIA POST - PARTUM	
✓ Precedente EPP	
✓ Gravidanza multipla	
✓ Preeclampsia	
✓ Sospetto di peso alla nascita > 4000 g	
✓ Placenta previa	
✓ Sospetta placentazione anomala invasiva	
✓ Precedente TC	Determinare ecograficamente la localizzazione della sede di impianto del sacco gestazionale
✓ Malattie emorragiche congenite	
✓ Emoglobinopatie	Screening anemia
✓ Anemia di altra natura	

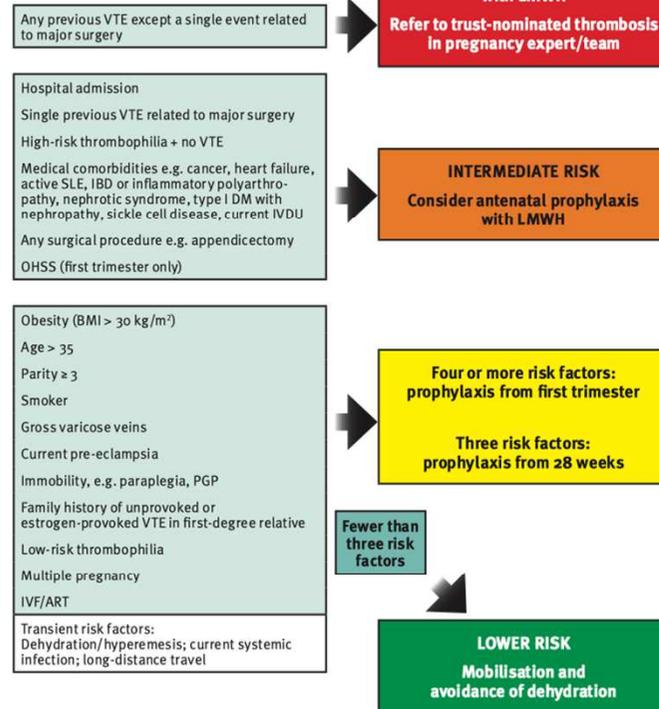
*Linee indirizzo prevenzione complicanze legate a gravidanza, parto e puerperio AGENAS 2018*

**Tabella 12 - Fattori di rischio per Tromboembolia**

FATTORI DI RISCHIO PER TROMBOEMBOLIA	
✓	pregresso evento tromboembolico
✓	trombofilia congenita o acquisita
✓	alcune condizioni mediche (es. tumore, insuff. cardiaca, LES attivo, malattia infiammatoria cronica intestinale, poliartropatia infiammatoria, diabete tipo I con nefropatia, sindrome nefrosica, anemia falciforme, uso attuale di farmaci per via endovenosa)
✓	procedura chirurgica in gravidanza o puerperio
✓	familiarità di I grado per tromboembolismo venoso
✓	età > 35 anni
✓	obesità (BMI $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> )
✓	parità $\geq 3$
✓	fumo
✓	vene varicose
✓	paraplegia
✓	immobilità ( $\geq 3$ giorni a letto)
✓	viaggi a lunga percorrenza (> 4 ore)
✓	fratture
✓	iperemesi
✓	disidratazione
✓	infezioni sistemiche in atto che richiedono antibiotici ev o ricovero ospedaliero
✓	PMA
✓	sindrome da iperstimolazione ovarica
✓	gravidanza multipla
✓	pre-eclampsia nell'attuale gravidanza
✓	taglio cesareo
✓	travaglio prolungato (> 24 ore)
✓	parto operativo
✓	nato morto attuale gravidanza
✓	nato pretermine attuale gravidanza
✓	emorragia post-partum (> 1 litro o necessità trasfusione)

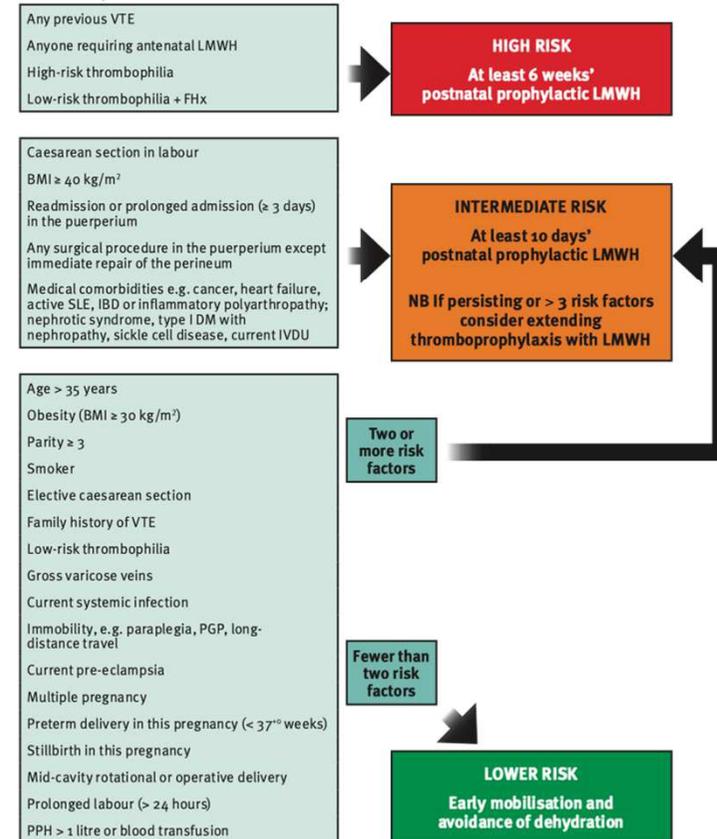
**Appendix I: Obstetric thromboprophylaxis risk assessment and management**

**Antenatal assessment and management (to be assessed at booking and repeated if admitted)**



APL = antiphospholipid antibodies (lupus anticoagulant, anticardiolipin antibodies, β<sub>2</sub>-glycoprotein 1 antibodies); ART = assisted reproductive technology; BMI based on booking weight; DM = diabetes mellitus; FHx = family history; gross varicose veins = symptomatic, above knee or associated with phlebitis/oedema/skin changes; high-risk thrombophilia = antithrombin deficiency, protein C or S deficiency, compound or homozygous for low-risk thrombophilias; IBD = inflammatory bowel disease; immobility = ≥ 3 days; IVDU = intravenous drug user; IVF = in vitro fertilisation; LMWH = low-molecular-weight heparin; long-distance travel = > 4 hours; low-risk thrombophilia = heterozygous for factor V Leiden or prothrombin G20210A mutations; OHSS = ovarian hyperstimulation syndrome; PGP = pelvic girdle pain with reduced mobility; PPH = postpartum haemorrhage; thrombophilia = inherited or acquired; VTE = venous thromboembolism.

**Postnatal assessment and management (to be assessed on delivery suite)**



**Antenatal and postnatal prophylactic dose of LMWH**

Weight < 50 kg = 20 mg enoxaparin/2500 units dalteparin/3500 units tinzaparin daily  
 Weight 50–90 kg = 40 mg enoxaparin/5000 units dalteparin/4500 units tinzaparin daily  
 Weight 91–130 kg = 60 mg enoxaparin/7500 units dalteparin/7000 units tinzaparin daily  
 Weight 131–170 kg = 80 mg enoxaparin/10000 units dalteparin/9000 units tinzaparin daily  
 Weight > 170 kg = 0.6 mg/kg/day enoxaparin/ 75 u/kg/day dalteparin/ 75 u/kg/day tinzaparin

## 7.2 CHECK LIST INIZIALE

Figura 30 - Check list iniziale

SCHERMATA	INDICAZIONI ALLA COMPILAZIONE
<b>ANAMNESI OST-GIN REMOTA</b>	
MEU, nato morto, morte neonatale <input type="checkbox"/>	
Abortività: >=3 aborti o aborto tardivo <input type="checkbox"/>	
Grande multiparità <input type="checkbox"/>	
Peso alla nascita <2500 o >4500 <input type="checkbox"/>	
Peso per EG <5 o >95 percentile <input type="checkbox"/>	
Parto pretermine <input type="checkbox"/>	
Malformaz pat genetiche <input type="checkbox"/>	
Isoimmunizzazione materno fetale <input type="checkbox"/>	
Ipertensione (pre)-eclampsia <input type="checkbox"/>	
Hells <input type="checkbox"/>	
2 o più emorragie ante o post partum <input type="checkbox"/>	
Pregresso evento tromboembolico <input type="checkbox"/>	
Pat placentare <input type="checkbox"/>	
Chir gin/malfor uterina <input type="checkbox"/>	
Psicosi puerperale <input type="checkbox"/>	
Altro <input type="checkbox"/>	
<b>PATOLOGIE/FATTORI DI RISCHIO</b>	
M cardiovascolare <input type="checkbox"/>	
Ipertensione attuale o pregressa <input type="checkbox"/>	
Asma severa <input type="checkbox"/>	
Emoglobinopatie <input type="checkbox"/>	
Coagulopatie attuali o pregresse <input type="checkbox"/>	
Episodi tromboembolici <input type="checkbox"/>	
Malattie endocrinologiche <input type="checkbox"/>	
Diabete <input type="checkbox"/>	
Malattie autoimmuni (es LES ecc) <input type="checkbox"/>	
Epatite C <input type="checkbox"/>	
Epatite B <input type="checkbox"/>	
HIV <input type="checkbox"/>	
TBC <input type="checkbox"/>	
LUJE <input type="checkbox"/>	
Malattia gastrointestinale cronica <input type="checkbox"/>	
Patologia epatica <input type="checkbox"/>	
Patologie renali e/o urologiche <input type="checkbox"/>	
Patologia oncologica <input type="checkbox"/>	
Patologia neurologica <input type="checkbox"/>	
Patologia psichiatrica <input type="checkbox"/>	
Uso/abuso/dip sostanze illegali <input type="checkbox"/>	
Alcool/fumo <input type="checkbox"/>	

La check list è uno strumento che supporta l'operatore nella valutazione del livello di rischio della gravidanza.

Tutte le voci della check list si autocompilano attingendo ai dati già inseriti nelle schede precedenti, cliccando il simbolo "%" in alto al centro.

L'unico campo da compilare è la voce "altro", se si rilevano condizioni/patologie non comprese nella check list.

continua



SCHERMATA		INDICAZIONI ALLA COMPILAZIONE
Farmaci	<input type="text"/>	 
Vulnerabilità	<input type="text"/>	 
Mai genetiche donna	<input type="text"/>	 
Mai genetiche partner e fam coppia	<input type="text"/>	 
<b>GRAVIDANZA ATTUALE</b>		
Età <18 o >40	<input type="text"/>	 
BMI pregr >=30 o <18	<input type="text"/>	 
Perdite ematiche	<input type="text"/>	 
Grav multipla	<input type="text"/>	 
Malformazione fetale	<input type="text"/>	 
PMA	<input type="text"/>	 
Altra peto ost/fetale	<input type="text"/>	 
<b>DATI LABORATORIO</b>		
Esami effettuati	<input type="text"/>	 
Esami incompleti o non eseguiti	<input type="text"/>	 

## INQUADRAMENTO CLINICO E PRESCRIZIONE ESAMI I TRIMESTRE

- Prima visita ostetrica, valutazione ostetrica e offerta Pap test se non eseguito negli ultimi 3 anni
- Peso, altezza, BMI, pressione arteriosa rilevata secondo modalità standardizzate
- Identificazione di eventuali mutilazioni genitali femminili
- Individuazione di eventuali segni o sintomi riconducibili a episodi di violenza domestica
- Verifica dei risultati, esami I trimestre o se non ancora eseguiti prescrizione

**Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica  
 escluse dalla partecipazione al costo: entro 13+6**

89.26.3	<b>PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA</b>
90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico
90.66.7	Hb - EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale). <b>Qualora non eseguito in funzione preconcezionale.</b>
90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO AB0 (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D) <b>Qualora non eseguito in funzione preconcezionale</b>
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto] <b>Da ripetere a tutte le donne a 28 settimane</b>
90.27.1	<b>GLUCOSIO</b> <sup>(3)</sup>

## Gravidanza fisiologica

A G G I O R N A M E N T O 2 0 1 1



L'anemia falciforme e le talassemie sono le emoglobinopatie più diffuse, ereditabili per via autosomica recessiva da genitori affetti (omozigoti) o portatori (eterozigoti).

Per le talassemie, in Italia la frequenza dello stato di portatore varia da un minimo di 0,8% nelle regioni centrali a un massimo di 12% in Sardegna e nel Delta Padano<sup>1</sup>.

- In epoca preconcezionale, a tutte le donne devono essere assicurati counselling e test in grado di identificare le portatrici di emoglobinopatie (anemia falciforme e talassemia).
    - In gravidanza, alla prima visita (idealmente entro 10 settimane), i professionisti devono offrire informazioni e screening delle emoglobinopatie (anemia falciforme e talassemia) a tutte le donne che non li hanno ricevuti in precedenza.
  - La ricerca deve essere offerta in tutti i casi in cui la Hb corpuscolare media sia inferiore a 27 picogrammi
- *Queste raccomandazioni attribuiscono valore al favorevole rapporto benefici/danni e benefici/costi dello screening universale in aree con elevata prevalenza di emoglobinopatie, come quella del bacino del Mediterraneo.*

## Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica escluse dalla partecipazione al costo

91.26.D	VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie <b>Da ripetere entro la 17<sup>a</sup> settimana in caso di negatività</b>
91.26.E	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario <b>Da ripetere entro la 17<sup>a</sup> settimana in caso di negatività</b>
91.09.D	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting <b>Da ripetere ogni 4-6 settimane in caso di negatività</b>
91.10.B	TREPONEMA PALLIDUM. Sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR]. Incluso eventuale titolazione. Incluso: eventuale Immunoblotting.
91.23.F	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV 1-2] .TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS. <b>Qualora non eseguito nei tre mesi precedenti</b>
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario
90.94.2	<b>ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma</b>
90.88.J	<b>CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso IgA se IgM negative In caso di fattori di rischio riconosciuti (1)</b>

- **Esame culturale dell'urina (urinocoltura)**

*All'inizio della gravidanza deve essere proposto lo screening per la batteriuria asintomatica basato sull'urinocoltura, con campione prelevato da mitto intermedio, poiché l'identificazione e il riconoscimento della batteriuria asintomatica riduce il rischio di pielonefrite. I professionisti devono informare la donna circa la corretta raccolta, la conservazione e il trasporto del campione. Per porre una diagnosi di batteriuria è necessario il rilievo di almeno 105 unità formanti colonie/mL su due campioni successivi di urine positivi per lo stesso germe.*

*Nelle donne in cui, nel corso della gravidanza, si riscontra la presenza di batteriuria all'esame delle urine è opportuno ripetere l'urinocoltura.*

Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica escluse dalla partecipazione al costo

91.03.5	<b>NEISSERIA GONORRHOEAE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso identificazione ed eventuale antibiogramma</b> <i>In caso di fattori di rischio riconosciuti (3)</i>
91.19.5	<b>VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI.</b> Incluso eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS. <i>In caso di fattori di rischio riconosciuti (3)</i>
91.20.2	<b>VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA.</b> Incluso, estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, ibridazione inversa o sequenziamento <i>Solo in caso di HCV positivo</i>
88.78	<b>ECOGRAFIA OSTETRICA</b> <i>Da eseguire nel primo trimestre, per determinare l'età gestazionale</i>
R 90.17.6	<b>HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A.</b> Da eseguire solo in associazione con 88.78.4 "ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE. Incluso: consulenza pre e post test combinato (1° trimestre)
88.78.4	<b>ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE.</b> Incluso: consulenza pre e post test combinato. Da eseguire esclusivamente tra 11 settimane + 0 gg e 13 settimane +6 gg
91.38.5	<b>ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test convenzionale]</b> <i>Qualora non effettuato nell'ambito dei programmi di screening</i>
91.49.2	<b>PRELIEVO DI SANGUE VENOSO</b>

- **Anticorpi per Chlamydia Tracomatis e Virus Epatite C, esame culturale per Neisseria Gonorrhoeae solo in caso di fattori di rischio riconosciuti**

*I fattori di rischio associati ad un'aumentata incidenza di IST da prendere in esame sono:*

- *contatto sessuale con persona o persone con riconosciuta IST*
- *età ≤ 25 anni in persona sessualmente attiva*
- *un nuovo partner sessuale o più di due partner sessuali nel corso dell'anno precedente*
- *persona attualmente monogama, che ha avuto in passato più relazioni anche monogamiche*
- *nessuna contraccezione o utilizzo esclusivo di metodi contraccettivi non di barriera (per esempio, contraccettivi orali o dispositivo intrauterino)*
- *abuso di alcol o assunzione di sostanze chimiche (per esempio, marijuana, cocaina, ecstasy, metanfetamina), soprattutto se associato ad attività sessuale*
- *pratiche sessuali non sicure (per es. sesso non protetto orale, genitale o anale; sesso con contaminazione ematica, compreso sadomasochismo; condivisione di oggettistica erotica)*
- *prostituzione e clienti di prostitute/i – sesso di sopravvivenza: lo scambio di sesso per soldi, droga, un riparo o cibo*
- *vita di strada, senza fissa dimora*
- *partner sessuale anonimo (per es. conosciuto in internet, rave party)*
- *vittima di violenza sessuale/abuso*
- *precedente IST*

## Repeat digital cervical assessment in pregnancy for identifying women at risk of preterm labour (Review)

Alexander S, Boulvain M, Ceysens G, Haelterman E, Zhang WH

Repeat digital cervical assessment is a simple inexpensive technique that uses a disposable glove and takes only one or two minutes to complete. It has been promoted as a routine intervention during pregnancy as a screening test for the risk of preterm birth (that is, birth occurring before 37 weeks of gestation), which can then be managed. It is in standard use in many parts of Europe, Africa and to a lesser extent in the US.

### Authors' conclusions

We found no evidence to support the use of RDCA in pregnancy to reduce the prevalence of preterm birth. We have found insufficient evidence to assess adverse effects of the intervention.

---

## ECOGRAFIA DI DATAZIONE

The size of the uterus, estimated through pelvic or abdominal examination, can be roughly correlated with gestational age; however, factors that affect uterine size ( such as obesity) will affect such an estimate.

Biological variation in size is less during the first trimester

Ultrasound estimation of GA in the first trimester is therefore more accurate than later in pregnancy

## SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

No. 303, February 2014

# Determination of Gestational Age by Ultrasound

### Recommendations

1. First-trimester crown-rump length is the best parameter for determining gestational age and should be used whenever appropriate. (I-A)
2. If there is more than one first-trimester scan with a mean sac diameter or crown-rump length measurement, the earliest ultrasound with a crown-rump length equivalent to at least 7 weeks (or 10 mm) should be used to determine the gestational age. (III-B)
3. Between the 12th and 14th weeks, crown-rump length and biparietal diameter are similar in accuracy. It is recommended that crown-rump length be used up to 84 mm, and the biparietal diameter be used for measurements > 84 mm. (II-1A)

Le seguenti prestazioni sono state eliminate rispetto al D. M. 10 settembre 1998

Aspartato Aminotransferasi (AST) e Alanina Aminotransferasi (ALT)

## **Congenital Cytomegalovirus Infection: A Narrative Review of the Issues in Screening and Management From a Panel of European Experts**

*Tiziana Lazzarotto<sup>1\*</sup>, Daniel Blázquez-Gamero<sup>2</sup>, Marie-Luce Delforge<sup>3</sup>, Ina Foulon<sup>4</sup>,  
Suzanne Luck<sup>5,6</sup>, Susanne Modrow<sup>7</sup> and Marianne Leruez-Ville<sup>8</sup>*

Universal antenatal screening for CMV is not routinely recommended. Reasons not to screen include the absence of medication to prevent transmission and the difficulty of predicting sequelae

Screening tests do not identify which mothers will transmit the virus. Moreover, there are no surrogate markers to predict whether infection in the infant will lead to long-term sequelae.

There are also risks for the mother associated with maternal screening for CMV that include the stress of having extra tests, the potential for unnecessary terminations, the potential risk of miscarriage or stillbirth from confirmatory amniocentesis [inversely correlated to skill/experience of operator, and the cost.

---

## **Congenital Cytomegalovirus Infection: A Narrative Review of the Issues in Screening and Management From a Panel of European Experts**

*Tiziana Lazzarotto<sup>1\*</sup>, Daniel Blázquez-Gamero<sup>2</sup>, Marie-Luce Delforge<sup>3</sup>, Ina Foulon<sup>4</sup>,  
Suzanne Luck<sup>5,6</sup>, Susanne Modrow<sup>7</sup> and Marianne Leruez-Ville<sup>8</sup>*

Maternal screening, ideally early in the first trimester, would also identify those who were CMV-seronegative and thus allow information to be provided regarding hygiene and behavioral measures to prevent CMV infection

Evidence has shown that intervention based on the identification and hygiene counseling of CMV-seronegative pregnant women significantly prevents maternal infection. Hygiene counseling may also provide (as yet unproven) benefits for those who are seropositive

# Gravidanza fisiologica

A G G I O R N A M E N T O 2 0 1 1



- Lo screening dell'infezione da Citomegalovirus non deve essere offerto alle donne in gravidanza poiché non ci sono prove di efficacia a supporto dell'intervento

## TSH

La gravidanza ha un importante effetto sulla funzione tiroidea

I cambiamenti fisiologici della gravidanza sono tali che la richiesta di ormoni tiroidei aumenta all'aumentare dell'epoca gestazionale rendendo le donne in gravidanza con patologia tiroidea subclinica o manifesta più suscettibili ad un deragliamentò della funzionalità

Anche se non attualmente raccomandato vi è evidenza che uno screening universale all'inizio della gravidanza potrebbe essere di beneficio ( lo screening delle sole donne ad alto rischio può perdere un terzo dei casi di ipotiroidismo subclinico/manifesto)

### Box 1. Risk factors for thyroid dysfunction

- History of thyroid dysfunction/thyroid surgery
- Family history of thyroid disease
- Goitre
- Positive thyroid autoantibodies
- Clinical symptoms/signs of hypothyroidism
- Diabetes type I
- History of miscarriage/preterm delivery
- Other autoimmune disorders
- History of subfertility
- History of therapeutic head or neck irradiation
- Age  $\geq 30$  years
- Previous treatment with amiodarone
- Previous treatment with lithium
- Recent exposure to iodinated radiological contrast agents

Figura 31 - Schermata Epicrisi primo bilancio di salute

SCHERMATA	INDICAZIONI ALLA COMPILAZIONE
<p><b>EPICRISI PRIMO BILANCIO</b></p> <p>Elementi di rischio <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Benessere emotivo <input type="text"/></p> <p>Altro <input type="text"/></p> <p>Epicrisi sociale, comunicativa e relazionale <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Bisogni specifici individuati <input type="text"/></p> <p>Mediazione linguistica <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Azioni da intraprendere <input type="text"/></p> <p>Aspetti da monitorare <input type="text"/></p> <p>Servizio di riferimento <input type="text"/></p> <p>Professionista di riferimento <input type="text"/></p> <p>Conclusioni <input type="text"/></p> <p>Note <input type="text"/></p>	<p><b>Elementi di rischio:</b> se presenti, specificare</p> <p><b>Benessere emotivo:</b> campo libero, permette di annotare tutti gli elementi, emersi durante il colloquio, relativi alla situazione psico-emotiva della donna</p> <p><b>Epicrisi sociale, comunicativa e relazionale:</b> si apre una tendina le cui voci con asterisco indicano la necessità di specificare nel campo libero</p> <p><b>Servizio di riferimento:</b> in caso di bisogni specifici indicare a quale Servizio la donna fa riferimento</p> <p><b>Professionista di riferimento:</b> vedi sopra</p> <p><b>Conclusioni e note:</b> campi liberi per le annotazioni del caso</p>

Figura 32 - Schermata Esito della prima visita

SCHERMATA	INDICAZIONI ALLA COMPILAZIONE
<p><b>ESITO DELLA PRIMA VISITA</b></p> <p>Elementi anamnestici <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Fattori di rischio <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Elementi clinici <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Esami di laboratorio e strumentali <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><b>CONCLUSIONI OSTETRICA</b></p> <p>La gravidanza <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Valutazione ostetrica <input type="text"/></p> <p><b>CONCLUSIONI GINECOLOGO</b></p> <p>La gravidanza è a <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Valutazione ginecologica <input type="text"/></p> <p>Prescrizione pacchetto esami <input type="checkbox"/></p> <p>NOTE <input type="text"/></p>	<p><b>Elementi anamnestici:</b> vanno riportati gli elementi riscontrati sia all'anamnesi familiare che personale e patologica.</p> <p><b>Attenzione:</b> questa voce viene riportata nel report di stampa per cui è necessario indicare ogni elemento utile riscontrato (es m. ereditarie, patologie della donna, ecc)</p> <p><b>Fattori di rischio:</b> vedi sopra – riportare ogni elemento di rischio individuato</p> <p><b>Conclusione ostetrica – Conclusione ginecologo:</b> trattandosi di una valutazione congiunta per ognuno dei due professionisti coinvolti è riservato uno spazio distinto per le conclusioni</p> <p>Il campo <b>Note</b> permette di annotare considerazioni aggiuntive e conclusive</p>

Figura 34 - Schermata Alert relativi al I trimestre

SCHERMATA		INDICAZIONI ALLA COMPILAZIONE
<b>ALERT – I TRIMESTRE</b>		<p><b>Alert:</b> marcare con una “X” gli elementi da tenere in evidenza e/o che necessitano di rivalutazione e/o da segnalare allo specialista ginecologo. Gli alert sono differenziati per trimestre di gravidanza. Se altro, specificare</p>
nessun alert		
esami epoca gravidanza correlati non eseguiti o incompleti		
non immune per Toxoplasma		
non immune per rosolia		
donna Rh negativa		
presenza di mutilazioni genitali femminili		
presenza di fattori di rischio per diabete gestazionale		
presenza di fattori di rischio per pre eclampsia		
presenza di fattori di rischio per emorragia post – partum		
presenza di fattori di rischio per inf. sessualmente trasmesse		
presenza di fattori di rischio per epatite C		
vulnerabilità sociale		
Altro		

# Concetto dinamico di rischio

La valutazione del rischio, sulla base degli elementi raccolti durante il bilancio di salute non si limita alla prima visita, ma va ripetuta ad ogni controllo, in quanto in ogni momento della gravidanza può insorgere una complicanza

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

**ATTENTO MONITORAGGIO E PRONTO ADEGUAMENTO DELLE  
ESIGENZE CLINICHE DI VOLTA IN VOLTA INDIVIDUATE**

## NEGLI INCONTRI SUCCESSIVI AL PRIMO

Valutazione del rischio ostetrico per accertare il decorso fisiologico della gravidanza

- Colloquio con la donna e valutazione del benessere fisico/psichico
- Valutazione aumento ponderale
- Rilevazione della pressione arteriosa
- Palpazione dell'utero e misurazione della sinfisi fondo
- Valutazione BCF e MAF
- Controllo degli esami ematochimici ed ecografici

**Figura 45 - Check list dei bilanci successivi al primo**

SCHERMATA	INDICAZIONI ALLA COMPILAZIONE	
Check list fattori di rischio - Aggiornamento alle valutazioni successive alla prima visita.		
<b>FATTORE DI RISCHIO</b>	<b>ASSENTE</b>	<b>PRESENTE</b>
Presenza di anticorpi irregolari (alloimmunizzazione materno-fetale)		
Sieroconversione per Toxoplasmosi/Rubeola		
Infezione da varicella o herpes genitales		
Malattie infettive sistemiche/infezioni urinarie/genitali		
Diabete gestazionale		
Iipertensione		
Preeclampsia /eclampsia/HELLP		
Tromboflebite		
Masse pelviche		
Fibromiomi uterini sintomatici		
Sanguinamenti anomali		
Patologia placentare presente o sospetta (es. accretismo, vasa previa ecc)		
Gravidanza multipla		
Ritardo di crescita intrauterina accertato o sospetto		
Macrosomia fetale		
Malformazione fetale		
Minaccia parto prematuro		
Presentazione anomala dopo la 32a settimana		
Oligo-polidramnios		
Vulnerabilità/disagio/violenza/mancanza di supporto sociale		
Insorgenza, dopo la prima visita, di patologie di cui alla check list iniziale <i>specificare</i>		
Ogni altra grave patologia o condizione di rischio <i>specificare</i>		
	<b>NORMALI</b>	<b>PATOLOGICI O DUBBI</b>
Dati di laboratorio o altri esami <i>specificare</i>		
Note:		

A differenza di quanto avviene per la check list iniziale per la quale è prevista l'autocompilazione della quasi totalità dei campi, la check list dei bilanci successivi alla prima visita va compilata ad ogni controllo.

Una volta entrati nella sotto-scheda "Check list Bilanci successivi", effettuare un doppio click per aprire la finestra (area di editing), in cui connotare ciascuna voce con una "X".

Il campo Note permette di inserire tutte le osservazioni non contemplate nella check list.

**Figura 46 - Schermata Epicrisi dei bilanci successivi**

SCHEMATA	INDICAZIONI ALLA COMPILAZIONE
<p><b>EPICRISI BILANCIO DI SALUTE</b></p> <p>Elementi di rischio <input type="text"/></p> <p>Benessere emotivo <input type="text"/></p> <p>Altro <input type="text"/></p> <p>Epicrisi sociale, comunicativa e relazionale <input type="text"/></p> <p>Bisogni specifici individuati <input type="text"/></p> <p>Mediazione linguistica <input type="text"/></p> <p>Azioni da intraprendere <input type="text"/></p> <p>Aspetti da monitorare <input type="text"/></p> <p>Servizio di riferimento <input type="text"/></p> <p>Professionista di riferimento <input type="text"/></p> <p>Conclusioni <input type="text"/></p> <p>Note <input type="text"/></p>	<p><b>Elementi di rischio:</b> la valutazione del livello di rischio deriva dall'analisi degli elementi raccolti dalla storia clinica, dalla valutazione dei rischi specifici, dall'esito del controllo ostetrico e degli esami di laboratorio e strumentali effettuati ed è supportato dalla compilazione della check list.</p> <p>Per la compilazione dei singoli campi vedi Epicrisi Primo bilancio di salute § 7.3</p>

**Figura 49 - Schermate alert relativi al II e III trimestre**

SCHERMATA		SCHERMATA	
ALERT – II TRIMESTRE		ALERT – III TRIMESTRE	
nessun alert		nessun alert	
esami epoca gravidanza correlati non eseguiti o incompleti		esami epoca gravidanza correlati non eseguiti o incompleti	
non immune per Toxoplasma		non immune per Toxoplasma	
non immune per rosolia		non immune per Rosolia	
donna Rh negativa – predisporre immunoprofilassi		donna Rh negativa – predisporre immunoprofilassi	
presenza di mutilazioni genitali femminili		presenza di mutilazioni genitali femminili	
presenza di fattori di rischio per diabete gestazionale		presenza di fattori di rischio per diabete gestazionale	
presenza di fattori di rischio per pre eclampsia		presenza di fattori di rischio per pre eclampsia	
presenza di fattori di rischio per emorragia post – partum		presenza di fattori di rischio per emorragia post – partum	
presenza di fattori di rischio per infezioni sessualmente trasmesse		presenza di fattori di rischio per infezioni sessualmente trasmesse	
presenza di fattori di rischio per epatite C		presenza di fattori di rischio per epatite C	
vaccinazione antinfluenzale (se in periodo epidemico) non eseguita		vaccinazione antinfluenzale (se in periodo epidemico) non eseguita	
vulnerabilità sociale		vaccinazione dPTa non eseguita	
altro		presentazione podalica	
		placenta previa/vasa previa	
		HBsAg positivo	
		tampone vaginale positivo per SBG	
		predisposizione controllo presso Punto nascita scelto per il parto	
		vulnerabilità sociale	
		altro	

**Figura 60 – Schermata Alert**

SCHEMATA		INDICAZIONI ALLA COMPILAZIONE
<b>ALERT – III TRIMESTRE</b>		
nessun alert		Marcare con una "X" gli alert rilevati
non eseguiti controlli in gravidanza		
esami di laboratorio incompleti o non fatti		
ecografie consigliate non eseguite		
non immune per Toxoplasma		
non immune per Rosolia		
donna Rh negativa		
presenza di mutilazioni genitali femminili		
diabete gestazionale		
ipertensione/pre eclampsia		
presenza di fattori di rischio per emorragia post – partum		
infezioni sessualmente trasmesse		
epatite C		
vaccinazioni consigliate non eseguite		
presenza fattori di rischio per sepsi		
obesità		
presentazione podalica		
placenta previa/vasa previa		
HBsAg positivo		
tampone vaginale positivo per SBG		
vulnerabilità sociale		
altro*		