

Indicazioni alle Aziende sanitarie per la presa in carico della gravidanza a basso rischio in regime di DSA2 a gestione dell'ostetrica

Premessa

Campo di applicazione.

Aspetti organizzativi generali.

Descrizione del percorso.

SCHEDA 1 - DIAGRAMMA DI FLUSSO.

SCHEMA A - ESAMI PREVISTI PER IL PROTOCOLLO DI ACCESSO ALLA GRAVIDANZA IN DSA2.

SCHEDA 2 - FAC SIMILE - MODULO PER LA PRESA IN CARICO DELLA GRAVIDANZA A GESTIONE DELLA OSTETRICA IN DAY SERVICE AMBULATORIALE (DSA2).

SCHEDA 3 - FAC SIMILE - Criteri per la selezione delle gravidanze a basso rischio al 1° incontro/visita.

SCHEDA 4 - FAC SIMILE - Criteri per la selezione delle gravidanze a basso rischio ai controlli ostetrici successivi al 1° e 2° controllo/visita.

Modulistica utilizzata nell'ambito del percorso relativo alla gravidanza a basso rischio.

FAC SIMILE - MODULISTICA DSA2 GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO.

Debiti informativi

Indicatori

Monitoraggio

Premessa

In molti paesi è diffusa e consolidata l'assistenza delle ostetriche alla gravidanza a basso rischio. In una revisione sistematica di studi clinici controllati randomizzati (11 studi, 12.276 donne) modelli assistenziali con presa in carico della gravidanza da parte di ostetriche, rispetto a modelli convenzionali di assistenza specialistica, sono risultati associati a una riduzione dei ricoveri ospedalieri in gravidanza, del ricorso all'analgesia in travaglio, della frequenza di episiotomie e parti operativi, della durata del ricovero ospedaliero del neonato e associati a un incremento dei parti vaginali spontanei, della percezione di controllo durante il travaglio e di inizio dell'allattamento al seno, senza differenze statisticamente significative nel ricorso al taglio cesareo¹.

In Italia, con il DM 740/94 il legislatore ha cercato di inquadrare il campo di attività proprio della figura professionale dell'ostetrica. A questo decreto hanno fatto seguito successivi provvedimenti legislativi, in cui la gravidanza fisiologica viene collocata a pieno titolo nell'ambito delle sue competenze, che essa esercita in termini di autonomia e responsabilità.

Esistono infatti prove di efficacia che mostrano come il coinvolgimento dello specialista, dove non vi siano complicanze, non migliori l'outcome materno-neonatale².

Richiamandosi a queste prove, documenti diffusi da agenzie sanitarie (Organizzazione mondiale della sanità, WHO³; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, NCC-WCH⁴; Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, SNLG-ISS⁵) hanno indicato nell'assistenza fornita dall'ostetrica un intervento con un favorevole rapporto beneficio/danno e beneficio/costo.

Nonostante queste premesse, la figura dell'ostetrica compare solo in minima parte nella pratica dell'assistenza alla gravidanza in Italia. Una indagine condotta in 25 Aziende sanitarie locali di 11 Regioni italiane (3534 donne) ha osservato una percentuale di donne assistite principalmente da un'ostetrica pari a 3%⁶.

In ambito regionale lo sviluppo della professione ostetrica è avvenuto attraverso l'avvio di esperienze innovative che hanno concorso, da una parte, ad aumentare l'autonomia professionale dell'ostetrica/o, e dall'altra, ad acquisire una significativa visibilità e autorevolezza sia sotto il profilo delle competenze gestionali sia sotto il profilo delle competenze clinico-assistenziali.

In questo contesto si è cercato di individuare gli strumenti e le modalità operative, mutuandole anche da esperienze avviate nell'ambito della specialistica ambulatoriale per il DSA2⁷, che permettano all'ostetrica di assistere la donna durante il periodo della gravidanza a basso rischio.

¹ Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev 2008;(4):CD004667

² Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP, Gülmezoglu AM. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2001;(4):CD000934

³ Health Evidence Network (HEN), What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement). Copenhagen: World Health Organization; 2005

⁴ National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Clinical guideline. Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. London: RCOG Press; 2008

⁵ Sistema Nazionale Linee Guida – Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS). Gravidanza fisiologica. Linea guida. Roma: ISS, 2010. Testo integrale all'indirizzo: http://www.snlg-iss.it/lgn_gravidanza_fisiologica_2010 (data di consultazione: 04.07.2011)

⁶ Grandolfo M, Lauria L, Lamberti A. Il percorso nascita nella prospettiva del Progetto obiettivo materno infantile (Pomi). Testo integrale all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/convegno28apr2010.asp> (data di consultazione: 04.07.2011).

⁷ Il DSA2 previsto per la gravidanza a basso rischio risponde ai requisiti della delibera 1803/2009 in quanto è caratterizzato da un protocollo predefinito con il presupposto della complessità organizzativa

Le presenti indicazioni hanno infatti l'obiettivo di fornire indicazioni per rendere omogenei all'interno delle aziende i percorsi di presa in carico della gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica in regime di DSA2.

Campo di applicazione

Il percorso di presa in carico della gravidanza fisiologica da parte dell'ostetrica in regime di DSA2, è rivolto alle donne che abbiano una gravidanza "*diagnosticata come normale da un soggetto abilitato alla professione medica.*"⁸

L'assistenza alla gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica si svolge internamente al contesto del lavoro di équipe in un modello organizzativo che garantisca la collaborazione tra le diverse professionalità coinvolte nella nascita e in cui sono definiti i ruoli assunti da parte di ogni professionista dell'équipe stessa.

A garanzia della pluridisciplinarietà dell'équipe dovranno essere definite le modalità organizzative per l'accesso alle prestazioni programmate ed in particolare alle consulenze del ginecologo, anche programmando nelle medesime giornate la presenza nel consultorio dell'ostetrica e del ginecologo.

L'assistenza alla gravidanza a basso rischio, da parte dell'ostetrica richiede valutazioni periodiche programmate sulla base di un protocollo predefinito, validato a livello aziendale/provinciale.

Gli accertamenti previsti sono quelli contenuti nella normativa vigente per l'accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità, per la gravidanza fisiologica.

Aspetti organizzativi generali

La presa in carico della donna gravida avviene mediante accesso diretto anche telefonico. L'ostetrica, al primo incontro, come da DGR n. 533/08, accoglie la donna e provvede all'attivazione del DSA2, attraverso la compilazione dell'apposito modulo (**SCHEDA 2**). L'attivazione del DSA2 da parte dell'ostetrica comporta:

- primo colloquio informativo,
- compilazione della cartella della gravidanza
- offerta dell'esecuzione del pap-test (se non eseguito negli ultimi 3 anni)
- richiesta degli esami laboratoristici previsti dalla normativa vigente per il 1° trimestre e secondo il protocollo di primo accesso definito dalla Commissione Nascita (vedi **SCHEMA A**), acquisito il parere dei professionisti, e recepito formalmente dalla Direzione sanitaria aziendale (**MODULO 1° TRIM**).

L'ostetrica provvede inoltre a richiedere, garantendo la presa in carico della donna e programmandone l'appuntamento, la consulenza dello specialista ai fini della valutazione del rischio, che avviene sulla base dell'anamnesi, degli esami laboratoristici, degli aspetti clinici emersi e della compilazione della scheda allegata (**SCHEDA 3**).

⁸ Art.48 D.Lgs 206/2007

Il medico specialista, se la gravidanza è diagnosticata a basso rischio, conferma la presa in carico della donna da parte dell'ostetrica che ha avviato il DSA2.

Questa prosegue quindi il DSA2 per la gravidanza a basso rischio, predispone il piano assistenziale e programma gli appuntamenti per i successivi controlli. Il piano assistenziale sarà rivisto e aggiornato ad ogni controllo successivo sulla base della rivalutazione del rischio tramite la scheda allegata (**SCHEDA 4**).

Nel caso permanga una gravidanza a basso rischio, la donna rimane all'interno del percorso DSA2 a gestione ostetrica fino al termine della gravidanza.

Qualora, in qualunque momento, si ravveda una devianza dalla fisiologia, l'ostetrica chiede una consulenza al ginecologo di riferimento al seguito della quale si decide se proseguire il percorso DSA2 a gestione ostetrica o uscirne.

Il percorso si conclude:

- con l'invio della donna gravida all'ambulatorio della gravidanza a termine del punto nascita prescelto;
- in caso di interruzione spontanea della gravidanza;
- in caso di deviazione dalla fisiologia e quindi passaggio a una presa in carico da parte dello specialista ginecologo che attiverà un DSA2 specialistico come da DGR 1803/09.

Per la formalizzazione della conclusione del DSA2 a gestione ostetrica si potrà utilizzare il modulo allegato (**SCHEDA 2**).

Descrizione del percorso

L'accesso al servizio avviene con modalità di accesso diretto, anche tramite contatto telefonico, presso i Consultori familiari o altra struttura ambulatoriale individuata dall'Azienda sanitaria. La prima visita (primo incontro) va effettuata preferibilmente non oltre il 15° giorno dalla data di richiesta salvo diversa valutazione sulla base dell'epoca gestazionale. Si veda anche il **DIAGRAMMA DI FLUSSO (SCHEDA 1)** che segue per le tappe fondamentali del percorso.

1° incontro: Preferibilmente entro la 10^a settimana

<i>Conduzione/responsabilità:</i>	Ostetrica
<i>Scopi e contenuti:</i>	<ul style="list-style-type: none"> Ø Conoscenza della gestante/coppia Ø Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbi Ø Avvio del DSA2 secondo il protocollo di primo accesso recepito formalmente dalla Direzione Sanitaria (vedi Schema A) con compilazione della SCHEDA 2 Ø Apertura della cartella gravidanza Ø Anamnesi Ø Presentazione percorso Ø Informazioni su: piano assistenziale, stili di vita, alimentazione, diritti delle lavoratrici, corsi d'accompagnamento alla nascita e servizi/interventi di supporto alla genitorialità Ø Informazioni sulla diagnosi prenatale Ø Proposta di esecuzione del pap test (se non eseguito negli ultimi tre anni) Ø Prima valutazione del rischio (SCHEDA 3 parte dell'ostetrica) Ø Prescrizione e programmazione prestazioni come da protocollo di primo accesso (MODULO 1° TRIM) Ø Programmazione e richiesta della consulenza dello specialista

2° incontro Preferibilmente entro la 12^a settimana

<i>Conduzione/responsabilità:</i>	Specialista
<i>Scopi e contenuti:</i>	<ul style="list-style-type: none"> Ø Esame obiettivo Ø Valutazione clinico anamnestica Ø Valutazione delle prestazioni richieste dall'ostetrica Ø Validazione del rischio attraverso compilazione scheda allegata (SCHEDA 3 parte del medico)
<i>Conduzione/responsabilità:</i>	Ostetrica
<i>Scopi e contenuti:</i>	<p>in caso di certificazione gravidanza a basso rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbi Ø Condivisione/discussione del piano assistenziale <p>In caso di certificazione gravidanza non a basso rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø chiusura del DSA2 con compilazione della SCHEDA 2 Ø programmazione del 1° incontro DSA2 a conduzione medica/specialistica (se non già indicato alla donna dallo specialista)

3° incontro Preferibilmente entro la 18^a settimana

<i>Conduzione/responsabilità:</i>	Ostetrica
<i>Scopi e contenuti:</i>	<ul style="list-style-type: none">Ø Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbiØ Raccordo anamnestico/Rivalutazione del rischio attraverso compilazione scheda allegata (SCHEDA 4)Ø Aggiornamento della cartella gravidanzaØ Monitoraggio gravidanza (Peso, PA, S-F, BCF), controllo sviluppo uterino e visita ostetrica (se necessaria)Ø Valutazione delle prestazioni richieste dall'ostetrica

4° incontro Preferibilmente entro la 24^a settimana

<i>Conduzione/responsabilità:</i>	Ostetrica
<i>Scopi e contenuti:</i>	<ul style="list-style-type: none">Ø Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbiØ Raccordo anamnestico/Rivalutazione del rischio attraverso compilazione scheda allegata (SCHEDA 4)Ø Aggiornamento della cartella gravidanzaØ Monitoraggio gravidanza (Peso, PA, S-F, BCF), controllo sviluppo uterino e visita ostetrica (se necessaria)Ø Valutazione delle prestazioni richieste dall'ostetrica

5° incontro Preferibilmente entro la 28^a settimana

<i>Conduzione/responsabilità:</i>	Ostetrica
<i>Scopi e contenuti:</i>	<ul style="list-style-type: none">Ø Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbiØ Raccordo anamnestico/Rivalutazione del rischio attraverso compilazione scheda allegata (SCHEDA 4)Ø Aggiornamento della cartella gravidanzaØ Monitoraggio gravidanza (Peso, PA, S-F, BCF), controllo sviluppo uterino e visita ostetrica (se necessaria)Ø Valutazione delle prestazioni richieste dall'ostetrica

6° incontro Preferibilmente entro la 32^a settimana

<i>Conduzione/responsabilità:</i>	Ostetrica
<i>Scopi e contenuti:</i>	<ul style="list-style-type: none">Ø Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbiØ Raccordo anamnestico/Rivalutazione del rischio attraverso compilazione scheda allegata (SCHEDA 4)Ø Aggiornamento della cartella gravidanzaØ Monitoraggio gravidanza (Peso, PA, S-F, BCF), controllo sviluppo uterino e visita ostetrica (se necessaria)Ø Valutazione delle prestazioni richieste dall'ostetrica

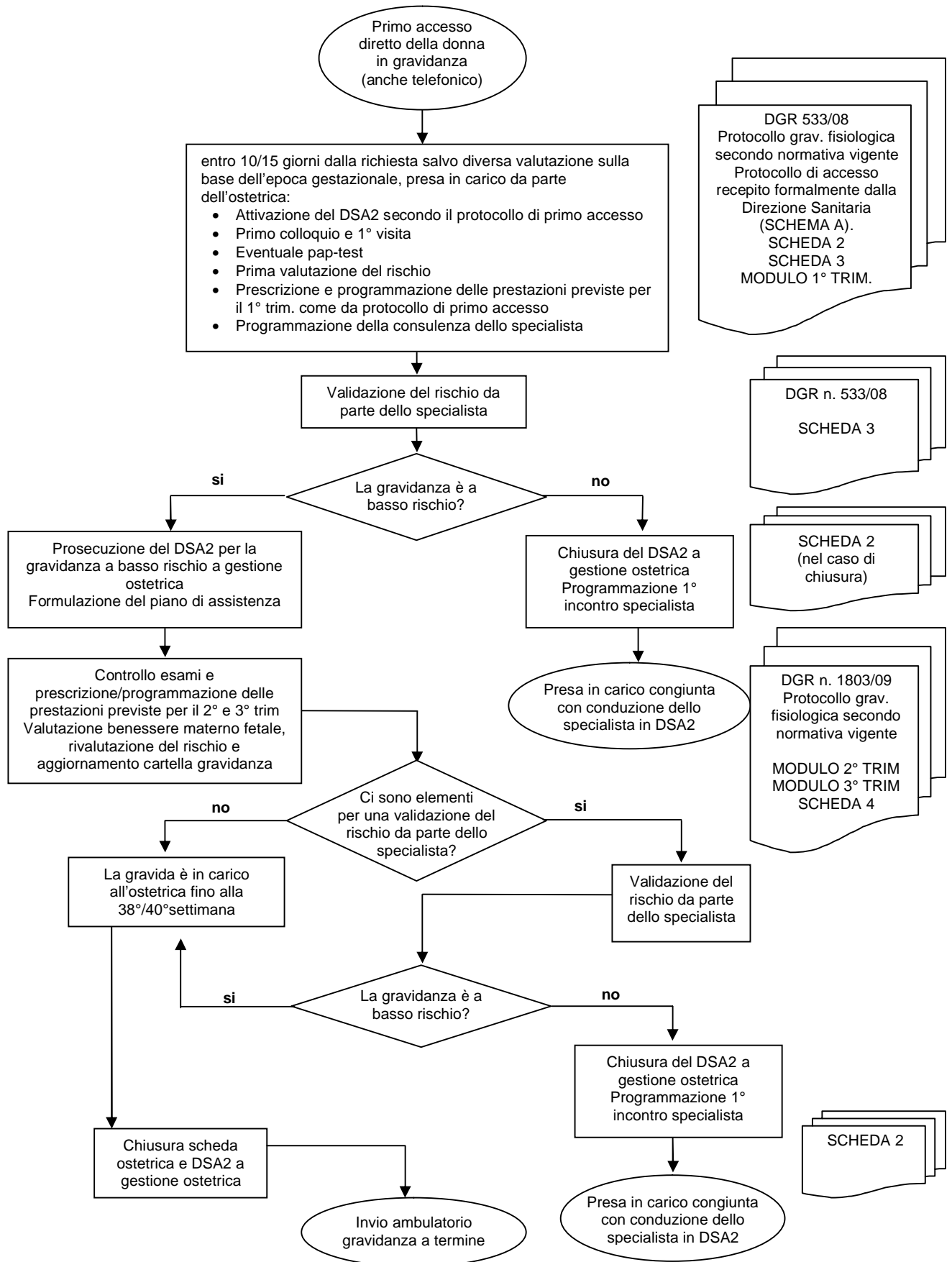
7° incontro Preferibilmente entro la 36^a settimana

<i>Conduzione/responsabilità:</i>	Ostetrica
<i>Scopi e contenuti:</i>	<ul style="list-style-type: none">Ø Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbiØ Raccordo anamnestico/Rivalutazione del rischio attraverso compilazione scheda allegata (SCHEDA 4)Ø Aggiornamento della cartella gravidanzaØ Monitoraggio gravidanza (Peso, PA, S-F, BCF), controllo sviluppo uterino, test perineale e visita ostetrica (se necessaria)Ø Valutazione delle prestazioni richieste dall'ostetrica

8° incontro Preferibilmente entro la 38^a settimana

<i>Conduzione/responsabilità:</i>	Ostetrica
<i>Scopi e contenuti:</i>	<ul style="list-style-type: none">Ø Valutazione stato di salute e accrescimento fetale, visita ostetrica valutazione esami, monitoraggio gravidanza (Peso, PA, S-F, BCF), test perineale .Ø Aggiornamento della cartella gravidanzaØ Chiusura DSA2 e compilazione della SCHEDA 2Ø Invio all'ambulatorio della gravidanza a termine

SCHEDA 1 DIAGRAMMA DI FLUSSO



SCHEMA A

ESAMI PREVISTI PER IL PROTOCOLLO DI ACCESSO ALLA GRAVIDANZA IN DSA2

- EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
- ELETTROFORESI Hb
- GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D), qualora non eseguito in funzione preconcezionale
- ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) (S)*
- ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) (S/U)*
- VIRUS ROSOLIA ANTICORPI: in caso di IgG negative, ripetere entro la 17A settimana
- TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.): in caso di IgG negative ripetere ogni 30-40 gg. fino al parto
- TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) (TPHA): qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner
- TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) (VDRL) (RPR): qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner
- VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI
- GLUCOSIO (S/P/U/dU/La) glicemia plasmatica a digiuno
- URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
- URINOCULTURA
- ECOGRAFIA OSTETRICA°
- ANTICORPI ANTI ERITROCITI (Test di Coombs indiretto): in caso di donne Rh negativo a rischio di immunizzazione il test deve essere ripetuto ogni mese; in caso di incompatibilità AB0, il test deve essere ripetuto alla 34a-36a settimana
- TEST COMBINATO°, eseguito entro: translucenza nucale (10+0 - 13+6); hCG (10+0 - 12+6); PAPP-A (10+0 - 12+6)
- SCREENING CLAMIDIA, HCV e GONORREA in gravide con fattori di rischio
- PAP TEST, se non eseguito nei tre anni precedenti

**per identificare donne a rischio di infezione da HCV; da non offrire se sono presenti altri fattori (anamnestici) di rischio di infezione da HCV*

°per le donne che scelgono di fare il test combinato, le Aziende sanitarie debbono organizzare le prenotazioni in modo che l'ecografia per la translucenza nucale venga erogata come ecografia del primo trimestre

Le prestazioni sopra elencate, indicate per il primo trimestre (e comunque al primo controllo) nell'allegato B del D. M. 10 settembre 1998⁹, ovvero nella Linea Guida *Gravidanza fisiologica* elaborata dal Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, sono escluse dalla partecipazione alla spesa in quanto erogate per il monitoraggio della gravidanza a tutela della maternità.

In particolare si precisa per il Test combinato che la DGR 533/08 (obiettivo 1) ne promuove la diffusione in quanto permette un aumento dell'efficienza dei programmi di diagnosi prenatale, riservando invece il ricorso ai test invasivi a rischi definiti. Questo garantisce alle pazienti indagini adeguate e nel contempo costi più contenuti per il SSR, a fronte di una prevista diminuzione dei test invasivi eseguiti (amniocentesi o villocentesi). L'esame consente quindi una riduzione dei rischi ostetrici legati alla tecnica invasiva nonché una riduzione dei costi. A fronte di tale previsione l'esenzione dalla partecipazione alla spesa prevista per l'ecografia ostetrica del primo trimestre (come da D. M. 10 settembre 1998) è applicabile anche alla prestazione "Test Combinato".

⁹ "Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità"

SCHEDA 2

FACSIMILE

MODULO PER LA PRESA IN CARICO DELLA GRAVIDANZA A GESTIONE DELL'OSTETRICA IN DAY SERVICE AMBULATORIALE (DSA2)

Azienda sanitaria.....

Struttura

Primo accesso per la validazione del rischio da parte dello specialista come da protocollo di accesso recepito formalmente dalla Direzione Sanitaria.

La Sig.ra.....

Nata a il

Residente a..... via.....

telefono.....

Codice Fiscale.....

Presenta stato di gravidanza allasettimana di amenorrea.

Programmati esami e consulenza dallo specialista

Data..... Luogo.....

L'ostetrica

A seguito della valutazione del rischio da parte dello specialista (vedi scheda 3) si prosegue il percorso assistenziale in DSA2 per gravidanza a basso rischio.

Data ¹⁰ Luogo.....

Si conclude il percorso assistenziale in DSA2 per gravidanza a basso rischio

Devianza dalla fisiologia ● Aborto spontaneo ● Gravidanza a termine ●

Data Luogo

L'ostetrica.....

¹⁰ questa data deve essere uguale o successiva a quella della scheda 3

SCHEDA 3¹¹

FACSIMILE

Criteria per la selezione delle gravidanze a basso rischio al 1° incontro/visita

NOME E COGNOME della donna _____

Epoca gestazionale settimane:

Gravidanze pregresse

Malformazioni uterine	Si	No
Aborto abituale > di 3	Si	No
Cerchiaggio, TC	Si	No
Morte fetale o morte perinatale-Aborto tardivo-Parto Pretermine-pregrasso nato con basso peso alla nascita e ricoverato in T.I. neonatale	Si	No
Iperensione in gravidanza, Preeclampsia o Eclampsia, HELLP	Si	No
Isoimmunizzazione M-F	Si	No
Emorragia Post-parto	Si	No
Placenta ritenuta	Si	No
Psicosi puerperale	Si	No
Pregresso nato anomalia congenita o patologia genetica	Si	No

Gravidanza attuale

Età < 16 e > 40	Si	No
Donne con crisi epilettiche o in terapia anticonvulsivante	Si	No
Esposizione a raggi e farmaci nell'attuale gravidanza	Si	No
Perdite ematiche vaginali	Si	No
Gravidanza multipla attuale	Si	No
Ogni altra patologia ostetrica o fetale presente o dubbia al momento del 1° colloquio o della 1° visita	Si	No

Condizioni o patologie presenti o sospette al momento del 1° colloquio o della 1° visita

Malnutrizione BMI < 18. Obesità BMI > 35 attuali	Si	No
Uso di droghe (come cocaina, crac, eroina, ecstasy) attuali o pregresse	Si	No
Abuso di fumo o alcool attuali o pregresse	Si	No
Patologie oncologiche attuali o pregresse	Si	No
Condizione sociale sfavorevole	Si	No
Sifilide – HIV - Malattie sessualmente trasmesse. Attuali	Si	No
Malattie ereditarie e congenite anche relative al partner alla sua famiglia	Si	No
Epatopatie attive	Si	No
Patologie psichiatriche attuali e pregresse	Si	No
Endocrinopatie	Si	No
Malattie autoimmuni	Si	No
Precedenti tromboembolici/coagulopatie attuali e pregresse	Si	No
Iperensione attuale e pregressa	Si	No
Diabete	Si	No
Cardiopatie	Si	No
Nefropatie/Uropatie attuali	Si	No
Ogni altra grave patologia o condizione di rischio, specificare quale _____	Si	No

Data..... L'ostetrica

Preso visione degli accertamenti previsti:

“ **La gravidanza è a basso rischio: può proseguire il piano di assistenza in DSA2 a gestione ostetrica**

“ **La gravidanza presenta una o più delle patologie/condizioni elencate nella tabella e deve seguire un piano assistenziale e protocolli ulteriori da quello previsto per le gravidanze a basso rischio**

Data..... Il medico

¹¹ NOTA: Se il medico riscontra condizioni diverse da quelle rilevate dall'ostetrica procederà alla compilazione di una nuova scheda

SCHEDA 4

FACSIMILE

Criteria per la selezione delle gravidanze a basso rischio ai controlli ostetrici successivi al 1° e 2° controllo/visita

NOME E COGNOME della donna _____

Controllo n.....

Epoca gestazionale settimane:

Uso di droghe (come cocaina, crac, eroina, ecstasy)	SI	NO
Abuso di fumo o alcool	SI	NO
Disagio sociale/disagio psichico	SI	NO
Patologie psichiatriche	SI	NO
Malattie autoimmuni	SI	NO
Isoimmunizzazione MF	SI	NO
Dati di laboratorio anomali	SI	NO
Asma severa	SI	NO
Malattie Infettive sistemiche	SI	NO
Infezioni urinarie	SI	NO
Infezioni genitali	SI	NO
Tromboflebite	SI	NO
Ipertensione	SI	NO
Preclampsia, Eclampsia, HELLP	SI	NO
Diabete	SI	NO
Cardiopatie	SI	NO
Nefropatie/Uropatie	SI	NO
Malformazioni fetali	SI	NO
Ritardo di crescita intrauterine accertato o sospetto	SI	NO
Microsomia fetale	SI	NO
Presentazione anomala dopo la 32 ^a settimana	SI	NO
Oligo-polidramnios	SI	NO
Fibromi uterini sintomatici	SI	NO
Masse Pelviche sintomatiche	SI	NO
Sanguinamenti anomali	SI	NO
Ogni altra grave patologia o condizione di rischio specificare quale _____	SI	NO

- .. **La gravidanza è a basso rischio: può proseguire il piano di assistenza in DSA2 a gestione ostetrica**
- .. **La gravidanza presenta una o più delle patologie/condizioni elencate nella tabella e la donna deve essere inviata per consulenza specialistica sulla base della quale verrà rivalutata;**

Programmata visita specialistica in data _____

Data.....

L'ostetrica

Modulistica utilizzata nell'ambito del percorso relativo alla gravidanza a basso rischio

L'avvio del DSA2 a conduzione ostetrica avviene attraverso la compilazione da parte dell'ostetrica della **SCHEDA 2** "Modulo per la presa in carico della gravidanza a gestione dell'ostetrica in Day Service Ambulatoriale (DSA2)", e della **SCHEDA 3** "Criteri per la selezione delle gravidanze a basso rischio al 1° e 2° incontro/visita", con validazione del medico, nonché della prescrizione degli accertamenti per primo trimestre (**MODULO 1° TRIM**) previsti dal protocollo di primo accesso recepito formalmente dalla Direzione Sanitaria (SCHEMA A). La **SCHEDA 3** dovrà essere validata dal medico che conferma il basso rischio e la prosecuzione del piano di assistenza a conduzione ostetrica ovvero, riscontrate condizioni di rischio, avvia il piano assistenziale a prevalente gestione medica (DSA2 come da DGR 1803/09).

In epoche successive questa valutazione viene effettuata a cura della sola ostetrica attraverso la **SCHEDA 4** "Criteri per la selezione delle gravidanze a basso rischio ai controlli ostetrici successivi al 1° e 2° controllo/visita".

Le prescrizioni nell'ambito del Day Service ambulatoriale (DSA2) possono essere redatte da parte dell'ostetrica con la modulistica allegata (**MODULO 1° TRIM, MODULO 2° TRIM, MODULO 3° TRIM**) sulla base dell'epoca gestazionale, secondo la normativa vigente in merito agli accertamenti previsti per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità e che consente di richiedere solo gli esami previsti.

La richiesta degli esami è finalizzata a favorire i percorsi organizzativi di accesso facilitato e la piena presa in carico della donna gravida a basso rischio nel rispetto dell'appropriatezza e dei protocolli assistenziali definiti a livello aziendale.

FACSIMILE

MODULISTICA DSA2 GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

CODICE RICETTA (prestampato o in automatico)

Sig.ra

Residente a Codice Fiscale n. Gravidanza alla Settimana

MODULO 1° TRIM (come da protocollo di primo accesso)

	esami di laboratorio	c.e. *	diagnostica strumentale	c.e. *
	PRIMO TRIMESTRE	• • •
.. .. .		• • •	• • •
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		

* codice esenzione

MODULO 2° TRIM

	esami di laboratorio	c.e. *	diagnostica strumentale	c.e. *
	SECONDO TRIMESTRE	14 –16 sett. dal.....al.....		19-21 sett dal.....al.....
.. .. .		• • •	• • •
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		

* codice esenzione

MODULO 3° TRIM

	esami di laboratorio	c.e. *	diagnostica strumentale	c.e. *
	TERZO TRIMESTRE	28 –32 sett. dal.....al.....		
.. .. .		• • •	• • •
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		
.. .. .		• • •		

* codice esenzione

Data.....L'ostetrica..... Codice fiscale ostetrica.....

Debiti informativi

Ciascuna Azienda sanitaria che attiva e formalizza il percorso di Day service a conduzione ostetrica (DSA2) secondo le indicazioni del presente atto lo trasmette al servizio regionale competente anche ai fini dell'inserimento nell'Archivio regionale dei Day Service ambulatoriali.

L'Azienda sanitaria trasmette al Servizio regionale competente l'elenco delle ostetriche (e relativi aggiornamenti), con Codice Fiscale, individuate per la gestione della gravidanza a basso rischio in DSA2.

L'attività erogata in DSA2 al pari della restante attività di Day service ambulatoriale e più in generale dell'attività specialistica sarà rilevata attraverso il flusso informativo della specialistica ambulatoriale (ASA).

Considerata la particolarità di questa modalità organizzativa per la tracciabilità del prescrittore e delle prestazioni erogate durante il percorso della gravidanza ci si dovrà attenere almeno alle seguenti indicazioni per la trasmissione in ASA:

Tipologia prescrittore = 09 (Ostetrica)

Codice fiscale prescrittore = indicare il codice fiscale dell'ostetrica

Quesito diagnostico ICD9 CM 2007 = V22 ed eventuali sottocategorie

Inoltre l'attività erogata in DSA2 sarà rilevata anche attraverso il sistema informativo dei consultori familiari (SICO) secondo le modalità previste, con riferimento all'Area di attività inerente la gravidanza a gestione ostetrica e al tipo di operatore che eroga prestazioni/consulti alla donna nell'ambito del Consultorio durante il periodo della gravidanza.

Indicatori

Si propongono di seguito alcuni indicatori che ciascuna Azienda sanitaria deve utilizzare per il monitoraggio delle gravidanze a basso rischio.

1) N° donne che vengono prese in carico nei Consultori (o negli ambulatori dei presidi ospedalieri) dalle ostetriche per la gravidanza a basso rischio con attivazione DSA2 sul totale dei nati vivi

2) N° donne che vengono prese in carico nei Consultori dalle ostetriche per la gravidanza a basso rischio con attivazione DSA2 sul totale del n. donne che vengono prese in carico nei Consultori per la gravidanza

3) N° donne che vengono prese in carico nei Consultori (o negli ambulatori dei presidi ospedalieri) dalle ostetriche per la gravidanza a basso rischio in DSA2: analisi prestazioni per ciascun DSA2

4) N° donne che vengono prese in carico nei Consultori dalle ostetriche per la gravidanza a basso rischio in DSA2 con attivazione DSA2 e chiusura DSA2 per gravidanza a termine sul totale delle donne seguite in DSA2

5) N° donne che vengono prese in carico nei Consultori dalle ostetriche per la gravidanza a basso rischio in DSA2 con attivazione DSA2 e chiusura DSA2 per devianza fisiologia sul totale delle donne seguite in DSA2

6) N° donne che vengono prese in carico nei Consultori (o negli ambulatori dei presidi ospedalieri) dalle ostetriche per la gravidanza a basso rischio in DSA2 con attivazione DSA2 e chiusura DSA2 per aborto spontaneo sul totale delle donne seguite in DSA2

Monitoraggio

L'episodio del DSA2 per la gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica inizia con la prima visita dell'ostetrica, compilazione della **SCHEDA 2** - sezione 1 - e si conclude con la compilazione della **SCHEDA 2** - sezione 3 - per le seguenti condizioni:

- Devianza dalla fisiologia;
- Aborto spontaneo;
- Gravidanza a termine.

Si prevede la condivisione con le Aziende sanitarie di modalità operative al fine di tracciare in modo esaustivo nei sistemi informativi aziendali e conseguentemente nei flussi regionali correnti, l'unitarietà dell'episodio di DSA2 per la gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica. Tali modalità saranno oggetto di uno specifico monitoraggio della durata di un anno funzionale all'omogeneizzazione della tracciabilità degli episodi tra le diverse Aziende sanitarie.

Le verifiche della correttezza e completezza dei dati e delle modalità organizzative/operative saranno a cura della Commissione consultiva tecnico-scientifica sul Percorso Nascita che si avvarrà dei Referenti aziendali/provinciali del Percorso nascita e del Gruppo tecnico regionale per il Day Service ambulatoriale¹².

A livello aziendale

Si dovrà prevedere che:

- n ciascun percorso di DSA2 della gravidanza a basso rischio, sia formalizzato a livello aziendale/provinciale da parte della/e Direzione/i sanitaria/e secondo procedure che identifichino i responsabili nelle varie fasi e risponda alle caratteristiche descritte nella presente delibera
- n il protocollo di primo accesso, acquisito il parere dei professionisti, sia recepito formalmente dalla Direzione sanitaria aziendale.
- n la responsabilità della modalità organizzativa/erogativa del DSA2 della gravidanza a basso rischio sia ricondotta alle U.O. coinvolte e, complessivamente, alla Direzione sanitaria aziendale o alle Direzioni sanitarie nel caso di accordi tra più Aziende sanitarie
- n la responsabilità della gestione dei percorsi dei DSA2 della gravidanza a basso rischio sia ricondotta alle U.O. coinvolte e al Dipartimento di cure primarie per l'ambito territoriale ovvero per l'ambito ospedaliero alla Direzione di Presidio o al Dipartimento di riferimento

¹² DGR 1803/2009 "Indicazioni generali alle Aziende sanitarie per l'attivazione, l'organizzazione ed il funzionamento delle attività di Day Service ambulatoriale" e DGR 925/2011 "Piano regionale di governo dei tempi di attesa per il triennio 2010-2012"

- n vengano individuati le ostetriche che avranno titolo ad avviare il DSA2, a prendere in carico la donna durante l'intero periodo della gravidanza a basso rischio e a chiudere il DSA2

A livello regionale

La Commissione consultiva tecnico-scientifica sul Percorso Nascita ha il compito di valutare la congruenza dei percorsi adottati con gli obiettivi della DGR 533/2008, con le indicazioni della presente delibera.

Tramite i flussi regionali correnti, periodicamente, saranno effettuate le verifiche di congruenza dei percorsi aziendali presenti nell'archivio regionale e quelli trasmessi nella banca dati regionale, con particolare attenzione alle prestazioni erogate.