
“Accertamento e diagnosi di gravidanza: definizione del rischio”

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.

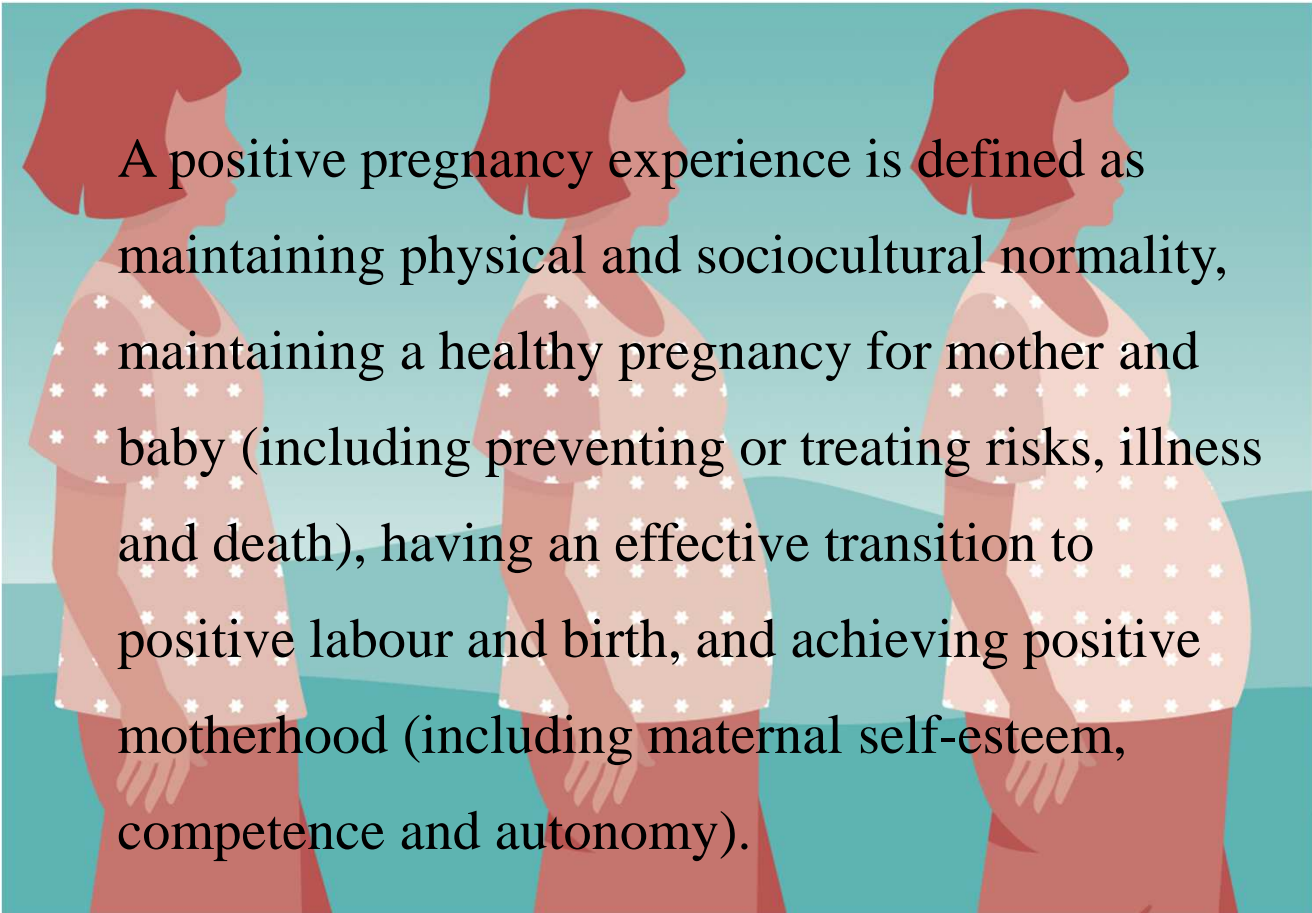
Care should provide women with information and support so they can make decisions

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 recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience



A positive pregnancy experience is defined as maintaining physical and sociocultural normality, maintaining a healthy pregnancy for mother and baby (including preventing or treating risks, illness and death), having an effective transition to positive labour and birth, and achieving positive motherhood (including maternal self-esteem, competence and autonomy).

WHO 2016

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.

ACCERTAMENTO DI GRAVIDANZA E AVVIO DEL PERCORSO

ACCERTAMENTO GRAVIDANZA		1 ^a VISITA	
OBIETTIVI DI SALUTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accertare la gravidanza ✓ Informare su esenzioni e sulla rete dei servizi 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 ✓ Orientare al percorso più appropriato in base al livello di rischio individuato secondo criteri codificati ✓ Facilitare l'accesso, concordato con donna/coppia, al percorso appropriato
QUANDO	Alla positività del test di gravidanza		Preferibilmente entro 10 settimana di EG (o comunque all'accertamento di gravidanza)
DOVE	Ambulatorio MMG, Consultorio Familiare, Ambulatorio specialistico		Ambulatorio gravidanza fisiologica
CHI	MMG, ostetrica, ginecologo		ostetrica, ginecologo
COSA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prescrizione test gravidanza su sangue/urine ✓ Accertamento della gravidanza ✓ Rilascio Certificato di gravidanza (<i>medico</i>) ✓ Invio allo sportello amministrativo distrettuale ✓ Prescrizione esami I trimestre (<i>preferibilmente in questa occasione</i>)* ✓ Orientamento alla rete dei servizi 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accoglienza, colloquio e ascolto ✓ 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 ✓ Raccolta anamnesi familiare, personale ed ostetrica e compilazione check list (<i>allegato 2</i>) ✓ Visita ostetrica ✓ Prescrizione esami I trimestre, se non già eseguiti (<i>allegato 3</i>) e valutazione dei risultati ✓ Attribuzione del grado di rischio (<i>basso vs medio/alto</i>) dopo valutazione elementi anamnestici, clinici e laboratoristici ✓ Individuazione del percorso più appropriato in base al grado di rischio individuale: <ul style="list-style-type: none"> - Basso rischio ⇒ avvio del percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica - 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 ✓ Individuazione donne con bisogni specifici ✓ Condivisione percorso con la donna/coppia e avvio percorso ✓ Consegna di eventuale materiale informativo

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

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

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

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

LA PRIMA VISITA

- Accoglienza colloquio e ascolto (*a cura dell'ostetrica*)
- Raccolta di elementi anamnestici (*a cura dell'ostetrica*)
- Inquadramento clinico e prescrizione esami I trimestre, se non già eseguiti (*a cura del ginecologo e dell'ostetrica*)
- Valutazione del rischio e individuazione del percorso più idoneo al grado di rischio individuato (basso, medio o alto) (*a cura del ginecologo e dell'ostetrica*)
- Individuazione donne con bisogni specifici
- Condivisione percorso con donna/coppia
- Consegna di eventuale materiale informativo

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
- 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

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

- 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

- **Numero di gravidanze**
- **data ed esito di ciascuna** (nato vivo, morte fetale, aborto, gravidanza ectopica, mola idatiforme). Specificare i parti pretermine o il tipo di aborto
- **peso alla nascita**
- **complicanze materne** documentando: aborto ricorrente, volontario, trombosi embolia, disturbi ipertensivi della gravidanza, distacco di placenta, patologie placentari (previa, accreta..)distocia, lacerazione di III-IV grado, emorragie del terzo stadio, sepsi puerperale, diabete gestazionale
- **interventi ostetrici**: tagli cesarei (con indicazione se nota), applicazione di forcipe o ventosa, parto vaginale in presentazione podalica, secondamento manuale
- **Precedenti complicazioni perinatali**: gravidanza gemellare, basso peso alla nascita, macrosomia fetale (> 4500g), alloimmunizzazione materno fetale , precedente figlio con anomalia genetica o malformazioni
- **necessità di rianimazione o altri trattamenti al neonato**

ANAMNESI ostetrico ginecologica attuale

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

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

CHECK LIST FATTORI DI RISCHIO: prima visita

FATTORE DI RISCHIO		ASSENTE	PRESENTE	
ANAMNESI OSTETRICA REMOTA (pregressa/e gravidanza/e)	MEU, NATO MORTO, MORTE NEONATALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ABORTIVITA': 3 O PIU' ABORTI SPONTANEI CONSECUTIVI O UN ABORTO TARDIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	GRANDE MULTIPARITA' (PIU' DI 6 GRAVIDANZE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PESO ALLA NASCITA: < 2500 GRAMMI O > 4500 GRAMMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SMALL FOR GESTATIONAL AGE (< 5° PERCENTILE) O LARGE FOR AGE (> 95° PERCENTILE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PARTO PRETERMINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	MALFORMAZIONI FETALI/NEONATALI, ALTERAZIONI CROMOSOMICHE O PATOLOGIA GENETICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ISOIMMUNIZZAZIONE MATERNO-FETALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	IPERTENSIONE/PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA/HELLP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DUE O PIU' EPISODI DI EMORRAGIA ANTERPARTUM E/O POST PARTUM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PREGRESSO EVENTO TROMBOEMBOLICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PATOLOGIA PLACENTARE (DISTACCO, ACCRETISMO, PLACENTA RITENUTA ECC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PREGRESSA CHIRURGIA GINECOLOGICA (MIOMECTOMIA, CERCHIAGGIO CERVICALE, CONIZZAZIONE, TAGLIO CESAREO, ROTTURA D'UTERO) O MALFORMAZIONE UTERINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PSICOSI PUERPERALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ALTRO (SPECIFICARE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ANAMNESI PER PATOLOGIE/CONDIZIONI DI RISCHIO	PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		IPERTENSIONE ATTUALE O PREGRESSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ASMA SEVERA/PATOLOGIA RESPIRATORIA CRONICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMOGLOBINOPATIE/DISORDINI EMATOLOGICI COMPRESA ANEMIA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COAGULOPATIE ATTUALI O PREGRESSE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EPISODI TROMBOEMBOLICI ATTUALI O PREGRESSE E/O ANAMNESI FAMILIARE O PERSONALE DI RISCHIO TROMBOEMBOLICO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MALATTIE ENDOCRINOLOGICHE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DIABETE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MALATTIE AUTOIMMUNI (ES. LES ECC)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EPATITE C/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIV		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TBC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LUE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MALATTIA GASTROINTESTINALE CRONICA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PATOLOGIA EPATICA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PATOLOGIE RENALI E/O UROLOGICHE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PATOLOGIA ONCOLOGICA IN ATTO O PREGRESSA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PATOLOGIA NEUROLOGICA (ES. EPILESSIA ECC)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PATOLOGIA PSICHIATRICA ATTUALE O PREGRESSA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
USO/ABUSO/DIPENDENZA DI SOSTANZE ILLEGALI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ABUSO CONSUMO ALCOL/FUMO TABACCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ASSUNZIONE CRONICA DI FARMACI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
VULNERABILITA'/DISAGIO/VIOLENZA/MANCANZA DI SUPPORTO SOCIALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MALATTIE EREDOFAMILIARI E CONGENITE ANCHE RELATIVE AL PARTNER, ALLA FAMIGLIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ALTRE PATOLOGIE O CONDIZIONI DI RISCHIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SPECIFICARE				
GRAVIDANZA ATTUALE	ETA < 18 ANNI O > 40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	BMI ≥ 30 kg/m ² O < 18 kg/m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PERDITE EMATICHE VAGINALI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	GRAVIDANZA MULTIPLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	MALFORMAZIONE FETALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	GRAVIDANZA DA PMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ALTRA PATOLOGIA OSTETRICA O FETALE PRESENTE O DUBBIA AL 1° COLLOQUIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SPECIFICARE				
DATI DI LABORATORIO (allegato 3) O ALTRI ESAMI PRESENTATI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SPECIFICARE				
		NORMALI	PATOLOGICI o DUBBI	

Adattato da: World Health Organization. WHO Antenatal Care Randomized Trial. Manual for the implementation of the new model WHO/RHR/1.30 Geneva: WHO:2002; "Antenatal Care for uncomplicated pregnancies" NICE 2008 – updated 2017.

CHECK LIST FATTORI DI RISCHIO: controlli successivi alla prima visita

FATTORE DI RISCHIO	ASSENTE	PRESENTE
PRESENZA DI ANTICORPI IRREGOLARI (ALLOIMUNIZZAZIONE MATERNO-FETALE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIEROCONVERSIONE PER TOXOPLASMOSI/RUBEOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFEZIONE DA VARICELLA O HERPES GENITALIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALATTIE INFETTIVE SISTEMICHE/INFEZIONI URINARIE/GENITALI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETE GESTAZIONALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPERTENSIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREECLAMPSIA /ECLAMPSIA/HELLP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TROMBOFLEBITE PROFONDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MASSE PELVICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIBROMIOMI UTERINI SINTOMATICI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SANGUINAMENTI ANOMALI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PATOLOGIA PLACENTARE PRESENTE O SOSPETTA (ES. ACCRETISMO, VASA PREVIA ECC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRAVIDANZA MULTIPLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RITARDO DI CRESCITA INTRAUTERINA ACCERTATO O SOSPETTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MACROSOMIA FETALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALFORMAZIONE FETALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MINACCIA PARTO PREMATURO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESENTAZIONE ANOMALA DOPO LA 32 ^a SETTIMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OLIGO-POLIDRAMNIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VULNERABILITÀ/DISAGIO/VIOLENZA/MANCANZA DI SUPPORTO SOCIALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INSORGENZA, DOPO LA PRIMA VISITA, DI PATOLOGIE DI CUI ALLA CHECK LIST INIZIALE <i>SPECIFICARE</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OGNI ALTRA GRAVE PATOLOGIA O CONDIZIONE DI RISCHIO <i>SPECIFICARE</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	NORMALI	PATOLOGICI O DUBBI
DATI DI LABORATORIO O ALTRI ESAMI <i>SPECIFICARE</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

89.26.3	PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA
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). Qualora non eseguito in funzione preconcezionale.
90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO AB0 (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D) Qualora non eseguito in funzione preconcezionale
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto] Da ripetere a tutte le donne a 28 settimane
90.27.1	GLUCOSIO ⁽³⁾

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.

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 Padano¹.

- 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.*

Al primo appuntamento in gravidanza va offerta a tutte le donne la determinazione della glicemia plasmatica per identificare i soggetti con diabete preesistente alla gravidanza. Sono definite affette da diabete preesistente alla gravidanza le donne con valori di glicemia plasmatica a digiuno ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l), di glicemia plasmatica random ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l), di HbA1c (standardizzata ed eseguita entro le 12 settimane) $\geq 6,5\%$. Indipendentemente dalla modalità utilizzata, è necessario che risultati superiori alla norma siano confermati in un secondo prelievo. Per lo screening del diabete gestazionale non devono essere utilizzati la glicemia plasmatica a digiuno, glicemie random, glucose challenge test (GCT) o minicurva, glicosuria, OGTT 100 g.

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

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

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

• **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*

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^{1}, Daniel Blázquez-Gamero², Marie-Luce Delforge³, Ina Foulon⁴,
Suzanne Luck^{5,6}, Susanne Modrow⁷ and Marianne Leruez-Ville⁸*

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^{1}, Daniel Blázquez-Gamero², Marie-Luce Delforge³, Ina Foulon⁴,
Suzanne Luck^{5,6}, Susanne Modrow⁷ and Marianne Leruez-Ville⁸*

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 ≥ 30 years
- Previous treatment with amiodarone
- Previous treatment with lithium
- Recent exposure to iodinated radiological contrast agents

ESITO DELLA PRIMA VISITA – INDIVIDUAZIONE DEL PERCORSO		DATA _ _ / _ _ / _ _ _ _
NOME COGNOME		EG
ELEMENTI ANAMNESTICI	<input type="checkbox"/> NORMALI	<input type="checkbox"/> SI DISCOSTANO DALLA FISIOLOGIA O DUBBI
FATTORI DI RISCHIO (COMPRESA CHECK LIST)	<input type="checkbox"/> ASSENTI	<input type="checkbox"/> PRESENTI (ANCHE UN SOLO FATTORE)
ELEMENTI CLINICI	<input type="checkbox"/> NORMALI	<input type="checkbox"/> SI DISCOSTANO DALLA FISIOLOGIA O DUBBI
ESAMI /INDAGINI PREVISTE PER L'EG	<input type="checkbox"/> NORMALI	<input type="checkbox"/> PATOLOGICI O DUBBI (ANCHE UN SOLO ESAME)
CONCLUSIONI		
<input type="checkbox"/> LA GRAVIDANZA È A BASSO RISCHIO E SI ATTIVA IL PERCORSO DI ASSISTENZA A GESTIONE OSTETRICA		
<input type="checkbox"/> LA GRAVIDANZA PRESENTA UNA O PIÙ CONDIZIONI CHE SI DISCOSTANO DALLA FISIOLOGIA E RICHIEDE ASSISTENZA ADDIZIONALE		
FIRMA OSTETRICA		CODICE OSTETRICA
<input type="checkbox"/> LA GRAVIDANZA È A BASSO RISCHIO: SI AVVIA IL PERCORSO DI ASSISTENZA A GESTIONE OSTETRICA E SI PRESCRIVE PACCHETTO ESAMI		
<input type="checkbox"/> LA GRAVIDANZA È A MEDIO/ALTO RISCHIO E NECESSITA DI ASSISTENZA ADDIZIONALE PRESSO: CONSULTORIO FAMILIARE <input type="checkbox"/> PUNTO NASCITA I LIVELLO <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> LA GRAVIDANZA È AD ALTO RISCHIO E NECESSITA DI ASSISTENZA ADDIZIONALE PRESSO CENTRO II LIVELLO		
FIRMA E TIMBRO DEL GINECOLOGO		