

Note per i Sanitari

Riferimenti

AA Midwifery Series (2014) The Lancet <http://www.thelancet.com/series/midwifery>

American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn and American College of Obstetricians and Gynecologists ACP-ACOG (2017) Committee on Obstetric Practice. Guidelines for Perinatal Care, 8th, Kilpatrick SJ, Papile L (Eds)

American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG (2018). Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. Obstet Gynecol. 2018;131(5):e140

American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG (2010). Committee on Obstetric Practice. Screening for depression during and after pregnancy. Committee opinion no. 453. Obstet Gynecol 2010;115(2 pt 1):394-95.

Avellar SA, Supplee LH (2013) Effectiveness of Home visiting in Improving Child Health and reducing Child maltreatment, Pediatrics, Supplement 2, pS90-S99.

Australian Government Department of Health AGDH (2018) Clinical practice guidelines on pregnancy care

Cattaneo A, Davanzo R, Ronfani L. (2000) Are data on the prevalence and duration of breastfeeding reliable? The case of Italy. Acta Paediatr 2000;89:88-93.

Cartabellotta A, Laganà AS, D'Amico V. et al (2015) Linee guida per la salute mentale della donna in gravidanza e dopo il parto. Evidence 2015;7(8): e1000117.

Davanzo R, Maffei C, Silano M, Bertino E, Agostoni C, Cazzato T, Tonetto P, Staiano A, Vitiello R, Natale F. (2015) Allattamento al seno e uso latte materno/umano. Position Statement (SIP, SIN, SiCuPP, SIGENP e TAS)

Devane D, Brennan M., Begley C, Clarke C, Walsh D, Sandall J, Ryan P, Reville P, Normand C. (2010) Socioeconomic Value of the Midwife. A systematic review, meta-analysis, meta-synthesis and economic analysis of midwife-led models of care. RCM.

Grandolfo M, Lauria L., Lamberti A. (2010) Il percorso nascita nella prospettiva del Progetto Obiettivo Materno Infantile.

Homer CS et al. (2014) The projected effect of scaling up midwifery The Lancet 2014;384:1146-57.

Hoope-Bender et al. (2014) Improvement of maternal and newborn health through midwifery. The Lancet 2014;384:1226-35 The State of the World's Midwifery 2014 (UNFPA, ICM, WHO 2014).

Istituto Superiore Sanità (2010) Guida alla diagnosi dello Spettro dei disordini Feto – Alcolici

Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R (2013) Schedules for home visits in the early postpartum period. Cochrane Database Syst Rev. 2013;

Lauria L, Lamberti A, Buoncristiano M, Bonciani M, Andreozzi S. (2012) Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2012 (Rapporti ISTISAN 12/39).

Lacasse a, Rey E, Ferreira E, Morin C, Berard A. (2008) Validity of a modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUQE) scoring index to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2008, n°198, 71.e1–71.e7.

Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RM, Dowswell T. (2013) Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. Cochrane Database Syst Rev. 2013;

Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, Diaz V, Geller S, Hanson C, Langer A, Manuelli V. (2016) Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. The Lancet, 388(10056), pp.2176-2192<tel:2176-2192

Ministero della Salute Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione. (2018) UFFICIO 5 – NUTRIZIONE E INFORMAZIONE AI CONSUMATORI. Position statement sull'uso di farmaci da parte della donna che allatta al seno . TAVOLO TECNICO OPERATIVO INTERDISCIPLINARE PER LA PROMOZIONE DELL'ALLATTAMENTO AL SENO (TAS); TAVOLO TECNICO PER LA VALUTAZIONE DELLE PROBLEMATICHE RELATIVE ALL'ALLATTAMENTO AL SENO E LA CONTESTUALE NECESSITÀ DI TRATTAMENTO CON FARMACI (TASF)

Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria. Vaccinazioni raccomandate per le donne in età fertile e in gravidanza (0023831 - 07/08/2018-DGPRE)

Ministero della Salute Agenzia Nazionale per i servizi Sanitari Regionali (AGE.NA.S) (2017) Programma Nazionale Esiti –PNE edizione 2017.

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2008) Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman.

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2014, up-to-date 2017) Antenatal Care for uncomplicated pregnancies

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2013) Postnatal care. Quality standard [www.nice.org.uk/guidance/qs37]

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2014, 2017) Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [www.nice.org.uk/guidance/cg192]

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2015) Postnatal care up to 8 weeks after birth [www.nice.org.uk/guidance/cg37]

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2016) Antenatal and postnatal mental health. Quality Standard [www.nice.org.uk/guidance/qs115]

National Collaboration Centre for Mental Health (NCC-MH) 2014 Antenatal and postnatal mental health. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists,

Renfrew MJ et al. (2014) Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. The Lancet , 384, Issue 9948, 1129-45 ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3))

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Anaesthetists, Royal College of Paediatrics and Child Health (2007). Safer Childbirth. Minimum Standards for the organisation and Delivery of care in Labour

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2015) Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Guideline No. 37a

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. (2013) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub3.

Sandall J, Devane D, Soltani H, Hatem M, Gates S. (2010) Improving Quality and Safety in Maternity Care: The Contribution of Midwife-Led Care. *Journal of Midwifery & Women's Health*. doi:10.1016/j.jmwh.2010.02.002.

Save The Children Federation (2004) Care of the Newborn. Reference Manual

Shaw D, Guise J, Shah N, Others L, Others M, Others A, et al. (2016) Drivers of maternity care in high income countries: can health systems support woman-centred care? *Lancet* [Internet]. 2016; 388 (10057):2282-95. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31527-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31527-6) PMID: 27642026

SNLG-ISS. Gravidanza fisiologica. Linea guida 20. 2010,aggiornamento 2011

Stewart DE, Vigod S (2016) Postpartum Depression, The New England Journal of Medicine 2016;375:2177-86

Tracy SK, Hartz Donna L, Tracy MB, Allen J, Fori A, Bev Hall, White J, Lainchbury A, Stapleton H, Beckmann M, Bisits A, Homer C, Foureur M, Welsh A, Kildea S. (2013) Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. The Lancet 2013;382:1723-1732 doi:10.1016/S0140-6736(13)61406-3

Whooley MA, et al. (1997) Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997; 12(7):439-45.

World Health Organization - UNICEF (2018) Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE

World Health Organization (2018) Intrapartum care for a positive childbirth experience

World Health Organization (2017) Recommendations on Newborn Health

[illegible]

World Health Organization (2016) Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience

World Health Organization (2015) Pregnancy, Childbirth, Postpartum and newborn care: A guide for essential practice

World Health Organization (2015) Thinking Healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression

World Health Organization (2013) Recommendations on postnatal care of the mother and newborn

World Health Organization (2010) Who Technical Consultation on Postpartum and Postnatal care

World Health Organization Europe (2009) European strategic approach for making pregnancy safer

World Health Organization (2009) Home visits for the newborn child. A strategy to improve survival

World Health Organization (2006) Health Evidence Network

World Health Organization (1996) Care in Normal Birth: A Practical Guide

World Health Organization (1991) Division of diarrhoeal and acute respiratory disease control. Indicators for assessing breastfeeding practices WHO/CDD/SER/91.14.

Queensland Clinical Guidelines Maternity and Neonatal Clinical Guidelines [<https://www.health.qld.gov.au/qcg/publications>]

UNICEF Chechlist prenatale http://www.unicef.it/Allegati/Guida_applicazione_dei_Passi_ed2016_19mag17.pdf

UNICEF Checklist postnatale http://www.unicef.it/Allegati/Guida_applicazione_dei_Passi_ed2016_19mag17.pdf

Per saperne di più

www.salute.gov.it

www.ministerosalute.it

www.regione.lombardia.it

www.iss.it

www.unicef.it

www.pensiamociprima.it

www.genitoripiu.it

www.epicentro.iss.it/passi/indicatori/alcol.asp

www.promozionesalute.regione.lombardia.it

www.epicentro.iss.it/index/SaluteMaternoInfantile.asp

www.salute.gov.it/portale/donna/homeDonna.jsp

www.who.int/

Parole chiave: salute donna, salute bambino, gravidanza, percorso nascita fisiologico, allattamento, stili vita sani, azioni promozione salute

Calendario degli Incontri

in base all'ultima mestruazione	INCONTRI	CODICI e PRESTAZIONI "base"	Posto il numero degli accessi indicati dalla letteratura, non è oggetto di questo provvedimento predeterminare il numero preciso di contatti/accessi considerata la varietà dei casi in termine di settimane di gestazione e di esami già effettuati dalla gestante, bensì viene proposto un calendario di incontri "base".
Prima del concepimento	INCONTRO PRE-CONCEZIONALE	001.01 COLLOQUIO DI ACCOGLIENZA/ORIENTAMENTO	
		89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA	
Entro 10 settimane gestazionali o comunque al primo accesso	1° INCONTRO PRENATALE	001.01 COLLOQUIO DI ACCOGLIENZA/ORIENTAMENTO	
		89.26.8 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO PRIMA VISITA	
		89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA se effettuata dallo specialista	
tra 11 settimane ^{+0g} e 13 settimane ^{+6 gg}		88.78 ECOGRAFIA OSTETRICA	
Tra 14 e 18 ⁺⁶ settimane gestazionali	2° INCONTRO PRENATALE	89.26.9 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO CONTROLLO 89.26.4 VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO se effettuata dallo specialista	
		001.02 COLLOQUIO DI CONSULTAZIONE	
tra 19 settimane ⁺⁰ e 21 settimane ⁺⁰		88.78.3 ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA	
Di norma, dalla 20 settimana gestazione		93.37 TRAINING PRENATALE	
Tra 19 e 23 ⁺⁶ settimane gestazionali	3° INCONTRO PRENATALE	89.26.9 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO CONTROLLO 89.26.4 VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO se effettuata dallo specialista	
Tra 24 e 27 ⁺⁶ settimane gestazionali	4° INCONTRO PRENATALE	89.26.9 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO CONTROLLO 89.26.4 VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO se effettuata dallo specialista	
Tra 28 e 32 ⁺⁶ settimane gestazionali	5° INCONTRO PRENATALE	89.26.9 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO CONTROLLO 89.26.4 VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO se effettuata dallo specialista	

Tra 33 e 37 ⁺⁶ settimane gestazionali	6° INCONTRO PRENATALE	89.26.9 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO CONTROLLO 89.26.4 VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO se effettuata dallo specialista	
Dalla 38 settimana gestazionale	7° INCONTRO PRENATALE	PRESSO PUNTO NASCITA	
Dalla 41 settimana gestazionale	8° INCONTRO PRENATALE	PRESSO PUNTO NASCITA 88.78 ECOGRAFIA OSTETRICA 75.34.1 CARDIOTOCOGRAFIA	
ACCESSI POSTNATALE (considerare le prestazioni in elenco)			Posto il numero degli accessi indicati dalla letteratura, non è oggetto di questo provvedimento predeterminare il numero preciso di contatti/accessi considerata la varietà dei casi e delle necessità della persona bensì viene proposto un calendario di incontri “base”.
Entro giorni dal parto	POST-NATALE		
Entro giorni dal parto	POST-NATALE		
Entro 6-8 settimane dal parto	POST-NATALE		

Considerare

001.01 COLLOQUIO DI ACCOGLIENZA/ORIENTAMENTO (massimo 2 colloqui) per Accoglienza e orientamento preconcezionale; Accoglienza e orientamento Prenatale. Definizione del modello assistenziale ostetrico,
001.02 COLLOQUIO DI CONSULTAZIONE (massimo 4 colloqui)
001.04 COLLOQUIO DI SOSTEGNO (di norma massimo 10 colloqui, ... Training allattamento post partum)
004.05 INCONTRI DI GRUPPO CON UTENTI anche fuori sede. (gravidanza/percorso nascita/allattamento). Durata minima di un'ora, realizzato da almeno due operatori, anche di discipline diverse, con un gruppo minimo di 4 utenti e sino ad un massimo 16 utenti.
004.11 INCONTRI DI GRUPPO CON UTENTI anche fuori sede. (sostegno genitorialità) Durata minima di un'ora, realizzato da almeno due operatori, anche di discipline diverse, con un gruppo minimo di 4 utenti e sino ad un massimo 16 utenti.
004.13 INCONTRI DI GRUPPO CON UTENTI anche fuori sede. Durata minima di un'ora, realizzato da 1 o più operatori, con un gruppo minimo di 4 utenti e sino ad un massimo di 25 utenti
004.14 INCONTRI DI GRUPPO DI AUTO MUTUO-AIUTO
005 VISITA AL DOMICILIO (Percorso nascita : valutazione dell'ambiente, del clima familiare, delle relazioni educative, in riferimento alla neo genitorialità, alle relazioni mamma/bambino, a situazioni individuali di vulnerabilità ad esse connesse e a situazioni familiari di fragilità, per l'accompagnamento e il sostegno. ... A titolo esemplificativo percorso nascita, home visiting ...)
89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA (se effettuata dallo specialista medico)
89.26.2 VISITA GINECOLOGICA CONTROLLO (se effettuata dallo specialista medico)
89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA (se effettuata dallo specialista medico)
89.26.4 VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO (se effettuata dallo specialista medico)
89.26.8 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO, PRIMA VISITA (se effettuato dall'ostetrica)
89.26.9 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO, CONTROLLO (se effettuato dall'ostetrica)
88.78.4 ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE - R* 90.17.6 HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A

Considerare

le vaccinazioni raccomandate dTpa dalla 28 settimana di gravidanza e antinfluenzale all'inizio della stagione epidemica.

Note alla tabella del Calendario degli esami

La tabella serve per contrassegnare la data, l'epoca gestazionale e la prestazione effettuata. Qualora si decida di riportare in via eccezionale qualche valore, il dato trascritto va firmato. I referti possono essere allegati all'Agenda del Percorso Nascita.

Le caselle BIANCHE con il simbolo □ indicano le settimane in cui l'esecuzione della prestazione è raccomandata, fatto salvo non sia stata eseguita in precedenza; di converso, le caselle GRIGIE indicano le settimane in cui l'esecuzione della prestazione non è prevista, fatto salvo prescrizioni addizionali necessarie al caso concreto.

La casella che riporta il simbolo # indica che la prestazione è inclusa nel DM 10/09/1998.

Note alla tabella degli esami ecografici:

Il simbolo * indica l'esecuzione della prestazione in caso di sospetta patologia fetale e/o annessiale o materna (DPCM 12/01/2017).

Il simbolo # indica che la prestazione è inclusa nel DM 10/09/1998

RISCHIO DELL'ASSUNZIONE DI ALCOL IN GRAVIDANZA

L'unità alcolica (UA) corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande. Vedi <http://www.epicentro.iss.it/passi/indicatori/alcol.asp>



Screening: Tweak Test (ISS, 2010)

Tweak	Domanda	Punteggio
T - Tolleranza	Quante bevande alcoliche deve assumere per sentirsi euforico?	3 o più = 2 punti
W - Preoccupazione	Nell'ultimo anno familiari o amici cari si sono mai preoccupati o lamentati del suo modo di bere?	Si = 2 punti
E - Riconoscimento/risveglio	Le capita di bere al mattino, non appena si alza dal letto?	Si = 1 punto
A - Amnesia	Le è mai capitato che un amico o un membro della famiglia le abbia riferito di avere detto o fatto qualcosa mentre stava bevendo che lei poi non ricordava?	Si = 1 punto
K - Riduzione	Le capita di avvertire la necessità di ridurre la quantità di alcol assunta?	Si = 1 punto

Punteggio totale: _____

RISCHIO DEL FUMO IN GRAVIDANZA

Intervento per la cessazione dal fumo di tabacco: Programma Nazionale "Mamme libere dal fumo" secondo regola delle 5A: Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange; ISS, Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo

(ASK)
Ha mai fumato?
☐ no, mai
☐ sì, in passato (considerare ex fumatrice se ha sospeso il fumo da un anno)
☐ sì, sospeso in gravidanza (dalla __+__ settimana gestazionale)
☐ sì, a tutt'oggi (n° ____ sigarette\die)

(ADVISE)
Ha mai pensato di smettere di fumare? [NO] [SI]
 Ha mai frequentato un ambulatorio antitabagico? [NO] [SI]
 Presenza di fumatori conviventi? [NO] [SI]

(ASSESS)
Test di West (Allegato 2: Screening ostetrici)
 Punteggio Grado di dipendenza: [bassa] [alta]
 Punteggio Grado di motivazione: [basso] [alto]

(ASSIST)
Se motivato: aiutare a smettere
 Se non motivato: fornire consigli per promuovere motivazione

(ARRANGE)
Pianificare follow-up

```

graph TD
    A[ASK  
Chiedere se fuma] --> B[ADVISE  
Raccomandare di smettere]
    B --> C[ASSESS  
Identificare i fumatori motivati a smettere]
    C -- Motivato --> D[ASSIST  
Aiutare a smettere]
    C -- Non motivato --> E[Fornire consigli per promuovere motivazione]
    D -- Ricaduta --> F[ARRANGE  
Pianificare follow up]
    F --> B
    
```

The flowchart details the 5A intervention process. It starts with 'ASK' (Chiedere se fuma), followed by 'ADVISE' (Raccomandare di smettere), and 'ASSESS' (Identificare i fumatori motivati a smettere). From the 'ASSESS' step, the path splits: 'Motivato' leads to 'ASSIST' (Aiutare a smettere), while 'Non motivato' leads to 'Fornire consigli per promuovere motivazione'. From 'ASSIST', a 'Ricaduta' (relapse) leads to 'ARRANGE' (Pianificare follow up), which then loops back to the 'ADVISE' step.

Test di West, misura:			
la tua dipendenza		la tua motivazione a smettere	
1. Quanti minuti dopo il risveglio fuma la prima sigaretta?		1. Le piacerebbe smettere di fumare se potesse riuscirci facilmente?	
☐ Nei primi 5 minuti	☐ 3 punti	☐ No	☐ 0 punti
☐ Da 6 a 30 minuti	☐ 2 punti	☐ Sì	☐ 1 punto
☐ Da 31 a 60 minuti	☐ 1 punto		
☐ più di 60 minuti	☐ 0 punti		
2. Quante sigarette fuma al giorno?		2. Quanto le interessa smettere di fumare?	
☐ 31 e più	☐ 3 punti	☐ Per niente	☐ 0 punti
☐ Da 21 a 30	☐ 2 punti	☐ Un po'	☐ 1 punto
☐ Da 11 a 20	☐ 1 punto	☐ Abbastanza	☐ 2 punti
☐ Meno di 10	☐ 0 punti	☐ Molto	☐ 3 punti
3. Intende provare a smettere di fumare nelle prossime due settimane?		4. Esiste la possibilità che nei prossimi sei mesi, lei non sia più una fumatrice?	
☐ Sicuramente no	☐ 0 punti	☐ Sicuramente no	☐ 0 punti
☐ Forse sì	☐ 1 punto	☐ Forse sì	☐ 1 punto
☐ Sì	☐ 2 punti	☐ Sì	☐ 2 punti
☐ Sicuramente sì	☐ 3 punti	☐ Sicuramente sì	☐ 3 punti
Grado di dipendenza		Grado di motivazione	
☐ 0 - 3 punti: BASSA ☐ 4 - 6 punti: ALTA		☐ 0 - 5 punti: BASSA ☐ 6 - 10 punti: ALTA	

FATTORI DI RISCHIO PER DIABETE GESTAZIONALE (ISS, 2011) Se presente uno o più fattori di rischio:

Settimane gestazionali	Fattori di rischio
16-18 settimane gestazionali	- Diabete gestazionale in una gravidanza precedente - Indice di massa corporea (IMC) pre-gravidico ≥ 30 - Riscontro, precedentemente o all'inizio della gravidanza, di valori di glicemia plasmatica compresi fra 100 e 125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l)
24-28 settimane gestazionali	- Età ≥ 35 anni - Indice di massa corporea (IMC) pre-gravidico ≥ 25 kg/m² - Macrosomia fetale in una gravidanza precedente ($\geq 4,5$ kg) - Diabete gestazionale in una gravidanza precedente (anche se con determinazione normale a 16-18 settimane) - Anamnesi familiare di diabete (parente di primo grado con diabete tipo 2) - Famiglia originaria di aree ad alta prevalenza di diabete: Asia meridionale (in particolare India, Pakistan, Bangladesh), Caraibi (per la popolazione di origine africana), Medio Oriente (in particolare Arabia Saudita, Emirati Arabi Uniti, Iraq, Giordania, Siria, Oman, Qatar, Kuwait, Libano, Egitto)

SCALA UNICA DI QUANTIFICAZIONE DEL VOMITO E DELLA NAUSEA IN GRAVIDANZA (PUQE Modified)

mother risk Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and nausea PUQE-24 scoring system

LACASSE A., REY E., FERREIRA E., MORIN C., BERARD A., "Validity of a modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUQE) scoring index to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy", American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2008, n°198, 71.e1-71.e7.

TEKOA L. K., PATRICIA A. M., "Evidence-Based Approaches to Managing Nausea and Vomiting in Early Pregnancy", Journal of Midwifery & Women's Health, November-December 2009, n° 54(6), 430-444.

1. On an average day, for how long do you feel nauseated or sick to your stomach?	>6 hrs (5 punti)	4-6 hrs (4 punti)	2-3 hrs (3 punti)	≤ 1 hr (2 punti)	Not at all (1 punto)
2. On an average day, how many times do you vomit or throw up?	7 or more (5 punti)	5-6 (4 punti)	3-4 (3 punti)	1-2 (2 punti)	none (1 punto)
3. On an average day, how many times do you have retching or dry heaves without bringing anything up?	7 or more (5 punti)	5-6 (4 punti)	3-4 (3 punti)	1-2 (2 punti)	none (1 punto)

Score:

- ☐ ≤ 6 Medio
☐ 7-12 Moderato
☐ ≥ 13 Severo

FATTORI DI RISCHIO PRE-ECLAMPSIA (ISS, 2011)

Se presente uno o più fattori di rischio: misurare più frequentemente la pressione arteriosa

Settimane gestazionali	Fattori di rischio
Al primo appuntamento	○ Età ≥40 anni ○ Nulliparità ○ Intervallo >10 anni dalla gravidanza precedente ○ Storia familiare di pre-eclampsia ○ Storia precedente di pre-eclampsia ○ Indice di massa corporea (IMC) ≥30 kg/m² ○ Malattie vascolari pre-esistenti come l'ipertensione ○ Malattia renale preesistente ○ Gravidanza multipla ○ Diabete pre-gravidico

DEFINIZIONE CATEGORIE ALIMENTARI INFANTILE

WHO. Division of diarrhoeal and acute respiratory disease control. (1991) Indicators for assessing breastfeeding practices WHO/CDD/SER/91.14. *World Heal. Organ.*, 1–14. Geneva; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62134/1/WHO_CDD_SER_91.14.pdf.

Cattaneo A, Davanzo R, Ronfani L. Are data on the prevalence and duration of breastfeeding reliable? The case of Italy. *Acta Paediatr* 2000;89:88-93.

<i>Categoria</i>	<i>Il bambino ASSUME</i>	<i>Il bambino PUÒ assumere</i>	<i>Il bambino NON assume</i>
Allattamento al seno esclusivo	Latte Materno, compreso Latte Materno spremuto o Latte Materno donato	Gocce, sciroppi (vitamine, minerali, farmaci), soluzioni reidratanti orali	Altro
Allattamento al seno predominante	Latte Materno, Latte Materno Spremuta o Latte Materno Donato come fonte predominante di nutrienti	Come sopra, più liquidi non nutritivi (acqua, soluzione glucosata, camomilla, tisane e succhi non zuccherati)	Altro
Alimentazione complementare	Latte Materno, Latte Materno Spremuta o Latte Materno Donato	Qualsiasi altro alimento o bevanda, compreso il latte non umano	
Non allattamento	Solo latte artificiale, di mucca o altro latte non umano e/o alimenti solidi o semisolidi		Latte materno, compreso Latte Materno spremuto o Latte Materno donato

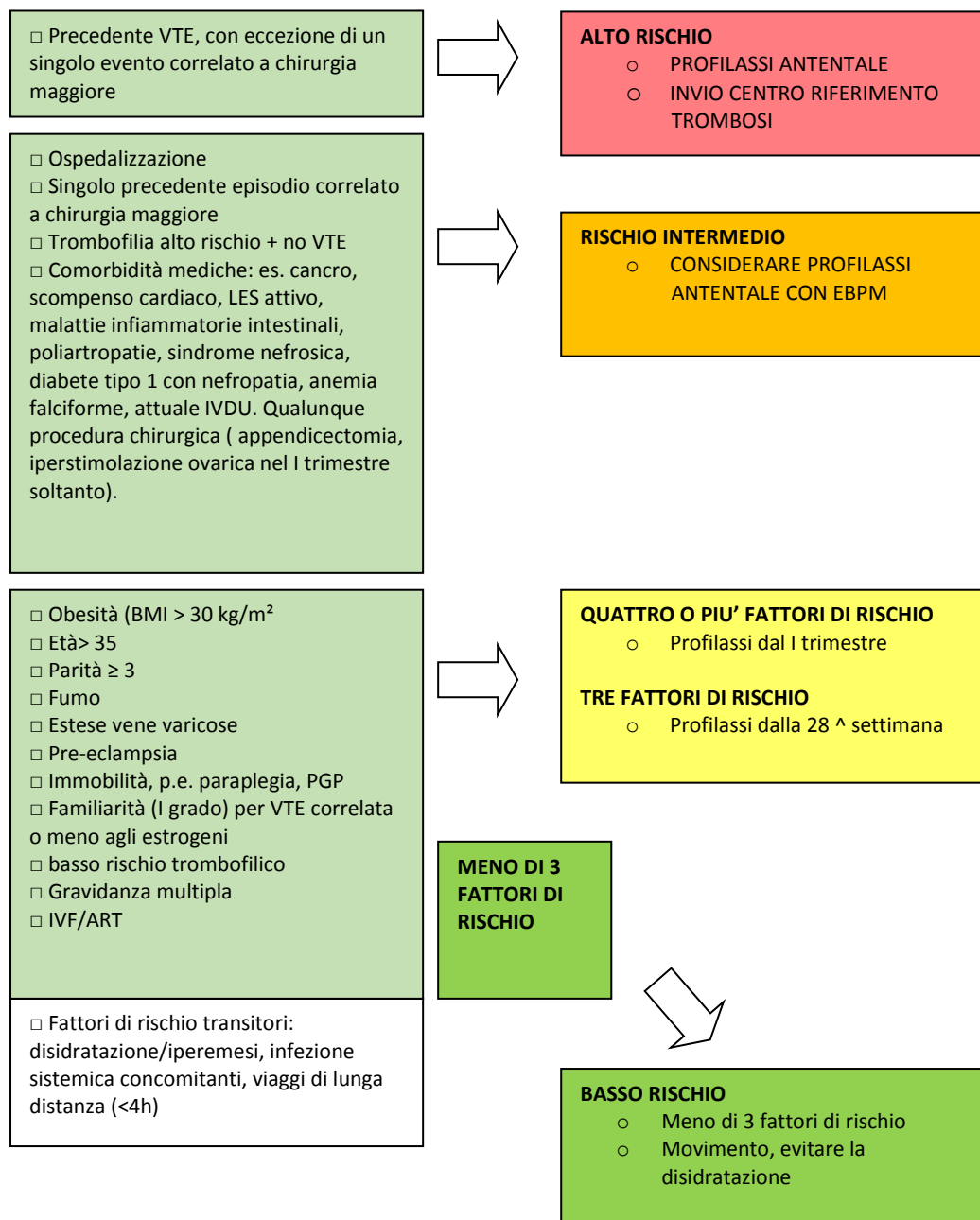
TROMBOPROFILASSI: VALUTAZIONE RISCHIO OSTETRICO.

VALUTAZIONE ANTENATALE

Traduzione e integrazione per la realtà clinica italiana

<http://www.aogoi.it/media/4895/algorithm-di-valutazione-del-rischio-tromboembolico-in-ostetricia.pdf> (disponibile Giugno 218)

La Fonte RCOG. 2015 Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium, Guideline n° 37a)



Estese vene varicose= sintomatiche, sopra al ginocchio, o associate a flebite/edema o modificazioni cutanee. Trombofilia alto rischio= deficit ATIII, proteina C or S; omozigosi o combinazioni di 2 o più eterozigosi di basso rischio; IVDU= uso di droghe endovena-; Trombofilia a basso rischio= eterozigosi per F V Leiden o mutazioni G20210A protrombina.

TROMBOPROFILASSI: VALUTAZIONE RISCHIO OSTETRICO.

Valutazione Post-Natale (da fare in sala parto)

Traduzione e integrazione per la realtà clinica italiana

<http://www.aogoi.it/media/4895/algorithm-di-valutazione-del-rischio-tromboembolico-in-ostetricia.pdf> (disponibile Giugno 218)

La Fonte RCOG. 2015 Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium, Guideline n° 37a)

- ☐ Precedente VTE
- ☐ Qualunque profilassi antenatale
- ☐ EBPM Alto rischio di trombofilia
- ☐ Basso rischio di trombofilia + familiarità



ALTO RISCHIO

Almeno 6 settimane EBPM

- ☐ BMI ≥ 40 kg/m²
- ☐ Riammissione o ospedalizzazione prolungata (≥ 3 giorni) in puerperio
- ☐ Qualunque procedura chirurgica in puerperio con eccezione riparazione immediata perineo
- ☐ Comorbidità medica (es.: cancro, scompenso cardiaco, LES attivo, malattie infiammatorie poliartrite, s. nefrosica, Diabete tipo I con nefropatia, anemia falciforme, attuale IVDU)



RISCHIO INTERMEDIO

Almeno 10 giorni EBPM

NB Se persistenti o >3 fattori di rischio considerare estensione tromboprofilassi con EBPM



- ☐ Età > 35 anni
- ☐ Obesità (BMI ≥ 30 kg/m²)
- ☐ Parità ≥ 3
- ☐ Fumo
- ☐ Taglio Cesareo in travaglio/elettivo
- ☐ Familiarità per VTE
- ☐ Trombofilia basso rischio
- ☐ Estese vene varicose
- ☐ Infezioni sistemiche
- ☐ Immobilità (es.: paraplegia, PGP, viaggi lunga distanza)
- ☐ Pre-eclampsia
- ☐ Gravidanza multipla
- ☐ Parto pretermine (< 37⁺⁰ weeks)
- ☐ MEF
- ☐ Parto operativo
- ☐ Travaglio prolungato (> 24 ore)
- ☐ EPP >1000 cc o trasfusione

DUE o PIU' fattori di rischio

Meno di DUE fattori



BASSO RISCHIO

Mobilizzazione precoce
+ Evitare disidratazione

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI TROMBOEMBOLISMO VENOSO (VTE) IN GRAVIDANZA E IN PUERPERIO

- Se punteggio ≥ 4 preparto, considerare tromboprolifassi dal I trimestre.
- Se punteggio 3 preparto, considerare tromboprolifassi dalla 28^a settimana.
- Se punteggio ≥ 2 postparto, considerare tromboprolifassi per almeno 10 giorni.
- Ospedalizzazione antenatale considerare tromboprolifassi.
- Se ospedalizzazione prolungata in puerperio (≥ 3 giorni) o riammissione in ospedale in puerperio considerare tromboprolifassi.

Fattori di rischio per VTE

Fattori preesistenti	PUNTEGGIO
Precedente VTE (ad eccezione di un singolo episodio legato a chirurgia maggiore)	4
Precedente VTE con eccezione di un singolo evento correlato a chirurgia maggiore	3
Alto rischio conosciuto di trombofilia	3
Comorbidità mediche p.e. cancro, scompenso cardiaco; LES attivo, poliartropatia infiammatoria o M infiammatoria intestinale cronica; s nefrosica; Diabete mellito tipo I con nefropatia; anemia falciforme; uso concomitante farmaci intravenosi	3
Familiarità (I grado) di VTE correlate o meno agli Estrogeni	1
Trombofilia conosciuta di basso rischio (no VTE)	1 ^a
Età (> 35 anni)	1
Obesità	1a o 2b
Parità ≥ 3	1
Fumo	1
Estese vene varicose	1
Fattori di rischio ostetrici	
Pre-eclampsia nella corrente gravidanza	1
ART/IVF (solo antenatale)	1
Gravidanza multipla	1
Taglio cesareo in travaglio	2
Taglio cesareo elettivo	1
Parto operativo allo stretto medio	1
Travaglio prolungato (> 24 ore)	1
EPP (> 1000 cc or trasfusione)	1
Parto pretermine $< 37^{+0}$ settimane	1
MIF nella gravidanza attuale	1
Fattori di Rischio transitori	
Qualunque procedura chirurgica in puerperio con eccezione riparazione immediata perineo p.e.. appendicectomia, sterilizzazione post parto	3
Iperemesi	3
S Iperstimolazione ovarica (solo nel I trimestre)	4
Infezione sistemica concomitante	1
Immobilità, Disidratazione	1
TOTAL.....	

a) Se lo stato trombofilico conosciuto di basso rischio si associa a familiarità I grado di VTE la tromboprolifassi nel post parto va continuata per 6 settimane. BMI $\geq 30 = 1$; BMI $\geq 40 = 2$

Controindicazioni/Accorgimenti all'uso di EBPM

M emorragiche conosciute (p.e. emofilia, m von Willebrand, coagulopatia acquisita)

Sanguinamento importante antenatale/postpartum

Situazioni classificate a rischio emorragico aumentato (p.e. placenta praevia)

Trombocitopenia (PLT $< 75 \times 10^9/l$)

Ictus emorragico o ischemico nelle 4 settimane precedenti

Malattia renale severa (Filtrato glomerulare < 30 ml/minuto/1.73m²)

Malattia epatica severa (PTT $>$ normal range o estese varici)

Iperensione non controllata (PA > 200 mmHg sistolica o > 120 mmHg diastolica)

Traduzione e integrazione per la realtà clinica Italiana a cura della professoressa Mariarosaria Di Tommaso.

<http://www.aogoi.it/media/4896/scheda-valutazione-rischio-tromboembolismo-venoso.pdf> (accesso Giugno 2018)

<http://www.aogoi.it/notiziario/linee-guida-fondazione-confalonieri-ragonese/> (accesso Giugno 2018)

