

Azienda Ospedaliera Università - Padova
 Dpt Salute Donna Bambino - SDB
 Clinica Ginecologica Ostetrica
 Direttore : Prof. Giovanni B. Nardelli

→ **ALLEGATO 10A**

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER LA TUTELA DELLA MATERNITA' RESPONSABILE, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO IN FUNZIONE PRECONCEZIONALE

1. Prestazioni specialistiche **per la donna**

89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA	Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale o preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI	[Test di Coombs indiretto] GRUPPO ???
91.26.D	VIRUS ROSOLIA	IgG e IgM per sospetta infezione acuta. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie
91.26.E	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG	per controllo stato immunitario
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)
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE	[PAP test] convenzionale ⁽¹⁾
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	

⁽¹⁾ Se non effettuato nei tre anni precedenti nella fascia d'età dello screening (>25 anni)

2. Prestazioni specialistiche **per l'uomo**

<i>In caso di donna (partner) eterozigote per emoglobinopatie</i>		
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).
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	



TEST p24 (proteina presente nell ' HIV-1) cioè nella sua parte interna; 1
 p24 è indice di una elevata replicazione virale ed è rilevabile nel periodo immediatamente successivo al contagio .
 p24 test può essere effettuato 2-6 settimane dopo il possibile contagio, poiché successivamente potrebbe anche negativizzarsi.
 p24 diventa positivo
 dopo 16 giorni dal contagio.
 p4 :un suo risultato negativo non ha un valore definitivo ed occorre comunque effettuare il test ELISA dopo 3 mesi.

3. Prestazioni specialistiche per la coppia

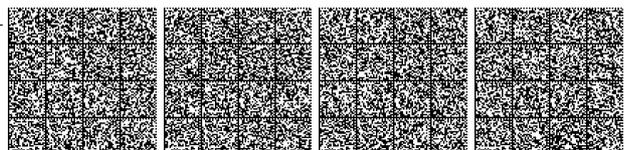
- 91.23.7 VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV 1-2]. TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS.
- 90.65.3 GRUPPO SANGUIGNO ABO (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D)
- 91.10.B TREPONEMA PALLIDUM. Sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR]. Incluso: eventuale titolazione. Incluso: eventuale Immunoblotting.
- 91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

Quando l' HIV penetra nell'organismo, gli anticorpi anti-HIV non si formano subito: esiste un "periodo finestra", durante il quale si è stati contagiati e si è contagiosi, ma nell'organismo non è ancora avvenuta la sierconversione, ossia «non si è ancora diventati sieropositivi», cioè non si sono ancora formati gli anticorpi specifici anti-HIV.

4. Dopo due aborti consecutivi o pregresse patologie della gravidanza con morte perinatale, o anamnesi familiare positiva per patologie ereditarie, su prescrizione dello specialista ginecologo o genetista medico:

Alla coppia

- 89.7B.1 PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA. Visita specialistica genetica con esame obiettivo e valutazione della documentazione clinica recente e remota. Incluso: primo colloquio, anamnesi personale e familiare, costruzione di un albero genealogico familiare nei rami paterno e materno per almeno 3 generazioni. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Formulazione dell'ipotesi diagnostica. Scelta del test genetico appropriato. Spiegazione vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione consensi informati. Scrittura della relazione. Escluso: Visita multidisciplinare 89.07
- G2.01 ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismo
- 88.78.2 ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale ⁽²⁾. Incluso: eventuale Ecocolordoppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1
- 68.12.1 ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO
- 68.16.1 BIOPSIA ENDOMETRIALE Non associabile a 68.12.1
- 90.46.5 LUPUS ANTICOAGULANT (LAC)
- 90.47.5 ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA [IgG, IgM ed eventuali IgA]



90.51.4	ANTICORPI ANTI TIREOPERROSSIDASI (AbTPO)	
	Non prescrivibile in caso di positività già accertata	
90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	LKM 1-2-3: Autoanticorpi associati alle malattie croniche del fegato, l'epatite autoimmune e l'epatite C.
90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	Sale Iodato (Ioduria v.n. < 50mcg/L)
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	

(2) Lo standard tecnico è rappresentato dalle sonde endovaginali ad alta frequenza (≥ 5 MHz). La via transaddominale è limitata ai fini integrativi o in caso di impossibilità di accesso per via vaginale.



Ministero della Salute

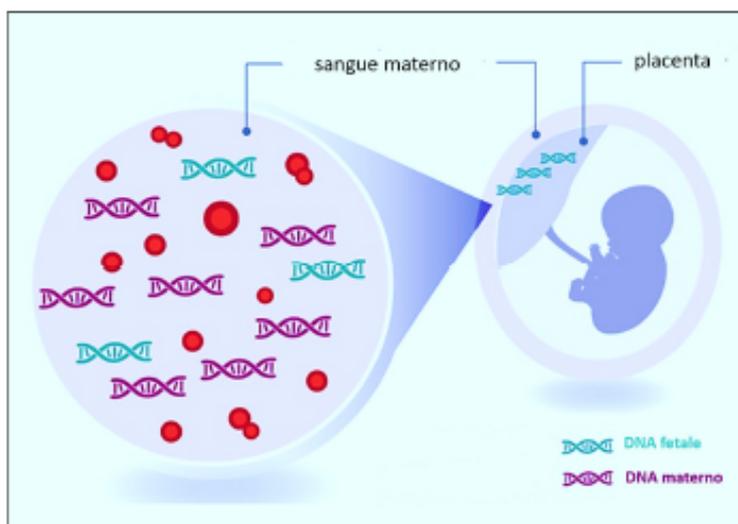
Consiglio Superiore di Sanità

Sezione I



Linee-Guida

Screening prenatale non invasivo basato sul DNA (Non Invasive Prenatal Testing – NIPT)



Nel plasma materno in gravidanza sono presenti cellule fetali nucleate e DNA libero (cffDNA) non-cellulare proveniente dalle cellule della placenta



→ **ALLEGATO 10B**

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO

All'inizio della gravidanza, possibilmente nel **PRIMO TRIMESTRE** (entro 13 settimane+6 gg.), e comunque al primo controllo:

- | | |
|---------|---|
| 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). <i>Qualora non eseguito in funzione preconcezionale.</i> |
| 90.65.3 | GRUPPO SANGUIGNO AB0 (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D) <i>Qualora non eseguito in funzione preconcezionale</i> |
| 90.49.3 | ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto] <i>Da ripetere a tutte le donne a 28 settimane</i> |
| 90.27.1 | GLUCOSIO ⁽³⁾ |
| 91.26.D | VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie <i>Da ripetere entro la 17^a settimana in caso di negatività</i> |
| 91.26.E | VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario <i>Da ripetere entro la 17^a settimana in caso di negatività</i> |
| 91.09.D | TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting <i>Da ripetere ogni 4-6 settimane in caso di negatività</i> |
| 91.10.B | TREPONEMA PALLIDUM. Sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR]. Incluso eventuale titolazione. Incluso: eventuale Immunoblotting. |
| 91.23.F | VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV 1-2] .TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24 . Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS. <i>Qualora non eseguito nei tre mesi precedenti</i> |
| 90.44.3 | URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario |



90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma
90.88.J	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso IgA se IgM negative <i>In caso di fattori di rischio riconosciuti (1)</i>
91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE. 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) <i>???????????</i>
	<small>DNA FETALE su sangue materno</small>
88.78.4	ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE . Incluso: consulenza pre e post test combinato. <i>Da eseguire esclusivamente tra 11 settimane + 0 gg e 13 settimane + 6 gg</i>
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

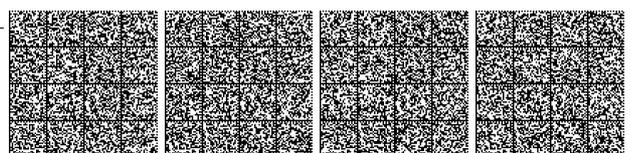
(3) secondo Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011

Trisomia	Risultato	Dati di performance (1)		
		Valore predittivo negativo	Sensibilità	Specificità
Trisomia 21	Basso rischio	> 99,99%	99,17%	99,95%
Trisomia 18	Basso rischio	> 99,99%	98,24%	99,95%
Trisomia 13	Basso rischio	> 99,99%	100%	99,96%

Nel SECONDO TRIMESTRE:

da 14 settimane + 0gg. a 18 settimane + 6gg. :

90.17.8	TRI TEST PER AFP, HCG TOTALE O FRAZIONE LIBERA, E3. DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER ANOMALIE CROMOSOMICHE E DIFETTI DEL TUBO NEURALE (2° trimestre) <small>DNA FETALE su sangue materno</small>
---------	---



DNA TEST su sangue materno

NIPT - Test prenatale non invasivo

Mediante sequenziamento di nuova generazione (NGS, Next Generation Sequencing)

12/09/2018

DNA fetale libero circolante (cffDNA): 9,0%

Trisomia	Risultato	Dati di performance (1)		
		Valore predittivo	Sensibilità	Specificità
Trisomia 21	Basso rischio	> 99,99%	99,17%	99,95%
Trisomia 18	Basso rischio	> 99,99%	98,24%	99,95%
Trisomia 13	Basso rischio	> 99,99%	100%	99,96%

Valore predittivo negativo: probabilità che, in caso di basso rischio, il feto non sia affetto da trisomia

Sensibilità: capacità di identificare correttamente, in una popolazione, i soggetti affetti da una determinata malattia

Specificità: capacità di identificare correttamente, in una popolazione, i soggetti sani

Determinazione del sesso Femminile

Trisomia	Valutazione del
Trisomia 9	Basso rischio
Trisomia 16	Basso rischio
Trisomia 22	Basso rischio

Aneuploidie cromosomi	Risultato
XO	Anomalia non rilevata
XXY	Anomalia non rilevata
XXX	Anomalia non rilevata
XYY	Anomalia non rilevata

- Zhang et al. Non-invasive prenatal testing for trisomies 21, 18 and 13 – Clinical experience from 146958 pregnancies; Ultrasound Obstet Gynecol. 2015 May;45:512-3
- Dan et al. Clinical application of massively parallel sequencing-based prenatal noninvasive fetal trisomy test for trisomies 21 and 18 in 11,105 pregnancies with mixed risk factors. Prenat Diagn. 2012 Dec;32(13):1225-32
- Jiang et al. Noninvasive fetal trisomy (NIFTY) test: an advanced noninvasive prenatal diagnosis methodology for fetal autosomal and sex chromosomal aneuploidies; BMC Med. Gen., 2012, S:57
- Chen et al. A method for noninvasive detection of fetal large deletions/ duplications by low coverage massively parallel sequencing. P. Diagn. 2013 Jun;33(6):584-90
- Pan et al. Noninvasive fetal sex determination by maternal plasma sequencing and application in X-linked disorder counseling. J Matern Fetal Neonatal Med. 2014 Dec;27(18):1829-33

Locus	Sindromi da microdelezioni/duplicazioni	Riferimento	Risultato
7q	Monosomia 7q	252270	Anomalia non rilevata
18q	Monosomia 18q	601808	Anomalia non rilevata
9p	Monosomia 9p	158170	Anomalia non rilevata
14q11-q22	Sindrome da 14q11-q22	613457	Anomalia non rilevata
1p36	Sindrome da delezione 1p36	607872	Anomalia non rilevata
6q11-q14	Sindrome da delezione 6q11-q14	613544	Anomalia non rilevata
8q12.2-q21.2	Sindrome da delezione 8q12.1-q21.2	600257	Anomalia non rilevata
Xq21	Sindrome da delezione Xq21	303110	Anomalia non rilevata
1q41-q42	Sindrome da delezione 1q41-q42	612530	Anomalia non rilevata
6q24-q25	Sindrome da delezione 6q24-q25	612863	Anomalia non rilevata
3q22-q24	Sindrome da Dandy-Walker	220200	Anomalia non rilevata
18p	Sindrome di De Grouchy	146390	Anomalia non rilevata
10q26	Sindrome da delezione 10q26	609625	Anomalia non rilevata
3pter-p25	Sindrome da delezione 3pter-p25	613792	Anomalia non rilevata
2p12-p11.2	Sindrome da delezione 2p12-p11.2	613564	Anomalia non rilevata
5q14.3-q15	Sindrome da delezione 5q14.3	612881	Anomalia non rilevata
13q14	Sindrome da delezione 13q14	613884	Anomalia non rilevata
10q23	Sindrome da delezione 10q22.3-q23.2	612242	Anomalia non rilevata
15q26-qter	Sindrome da delezione Levy-Shanske	614846	Anomalia non rilevata
15q26-qter	Monosomia 15 distale	612626	Anomalia non rilevata
6pter-p24	Sindrome da delezione 6pter-p24	612582	Anomalia non rilevata
2q31	Malformazione da schisi di mani e piedi tipo 5	606708	Anomalia non rilevata
Xq27.3-q28	Sindrome da duplicazione Xq27.3-q28	300869	Anomalia non rilevata
2q37.1-q37.3	Oloprosencefalia 6	605934	Anomalia non rilevata
Xp21	Sindrome da delezione Xp21	300679	Anomalia non rilevata
5p	Sindrome di Cri du Chat	123450	Anomalia non rilevata
11p13-p12	Sindrome di WAGRO	612469	Anomalia non rilevata
4q21	Sindrome da delezione 4q21	613509	Anomalia non rilevata
17p12-p11.2	Sindrome Yuan-Harel-Lupski	616652	Anomalia non rilevata
22q11	Sindrome dell'occhio di gatto	115470	Anomalia non rilevata
11q23	Sindrome di Jacobsen	147791	Anomalia non rilevata
10p14-p13	Sindrome DiGeorge tipo 2	601362	Anomalia non rilevata
8q24.11-q24.13	Sindrome di Langer-Giedion	150230	Anomalia non rilevata
2p16.1-p15	Sindrome da delezione 2p16.1-p15	612513	Anomalia non rilevata
4q32.1-q32.2	Sindrome da triplicazione 4q32.1-q32.2	613603	Anomalia non rilevata
16p12.2-p11.2	Sindrome da delezione 16p12.2-p11.2	613604	Anomalia non rilevata
Xp11.23-p11.22	Sindrome da duplicazione Xp11.23-p11.22	300801	Anomalia non rilevata
2q31.1	Sindrome da duplicazione 2q31.1	613681	Anomalia non rilevata
2q33.1	Sindrome da delezione 2q33.1	612313	Anomalia non rilevata
Xq28	Sindrome da delezione Xq28	300845	Anomalia non rilevata
22q11.2	Sindrome da duplicazione 22q11.2	608363	Anomalia non rilevata
16pter-p13.3	Sindrome da delezione 16p	141750	Anomalia non rilevata
16p13.3	Sindrome da delezione 16p13.3	600273	Anomalia non rilevata

Locus	Sindromi da microdelezioni/duplicazioni	Riferimento	Risultato
16p12.2-p11.2	Sindrome da microduplicazione 16p11.2-p12.2	bit.ly/2lvx662	Anomalia non rilevata
5q12	Sindrome da delezione 5q12	615668	Anomalia non rilevata
1p32-p31	Sindrome da delezione 1p32-p31	613735	Anomalia non rilevata
1p31.3	Sindrome da delezione 1p31	164750	Anomalia non rilevata
16q22	Sindrome da delezione 16q22	614541	Anomalia non rilevata
14q22.1-q22.3	Sindrome di Frías	609640	Anomalia non rilevata
15q11	Sindrome da duplicazione 15q11-q13	608636	Anomalia non rilevata
6q27	Cordoma	215400	Anomalia non rilevata
15q14	Sindrome da delezione 15q14	616898	Anomalia non rilevata
17q12	Chromosome 17q12 duplication syndrome	614526	Anomalia non rilevata
17q12	Sindrome da delezione 17q12	614527	Anomalia non rilevata
3q29	Sindrome da duplicazione 3q29	611936	Anomalia non rilevata
3q29	Sindrome da delezione 3q29	609425	Anomalia non rilevata
8q22.1	Sindrome da duplicazione 8q22.1	151200	Anomalia non rilevata
8q22.1	Sindrome da delezione Chromosome 8q22.1	608156	Anomalia non rilevata
15q11.2	Sindrome di Prader-Will/Angelman	176270 105830	Anomalia non rilevata
21q22.3	Oloprosencefalia 1	236100	Anomalia non rilevata
11p13	Sindrome di WAGR	194072	Anomalia non rilevata
7q11.23	Sindrome da delezione 7q11.23	613729	Anomalia non rilevata
7q11.23	Sindrome da duplicazione 7q11.23	609757	Anomalia non rilevata
11p11.2	Potocki-Shaffer syndrome	601224	Anomalia non rilevata
15q26.1	Ernia diaframmatica congenita	142340	Anomalia non rilevata
Xq22.3	Sindrome da delezione telomerica Xq22.3	300194	Anomalia non rilevata
4p16.3	Sindrome di Wolf-Hirschhorn	194190	Anomalia non rilevata
17q21.31	Sindrome da duplicazione 17q21.31	613533	Anomalia non rilevata
Xp11.3	Sindrome da delezione Xp11.3	300578	Anomalia non rilevata
3q13.31	Sindrome da delezione 3q13.31	615433	Anomalia non rilevata
8p23.1	Sindrome da delezione 8p23.1	bit.ly/2lrne18	Anomalia non rilevata
8p23.1	Sindrome da duplicazione 8p23.1	bit.ly/2lSt9Ma	Anomalia non rilevata
12q14	Sindrome da microdelezione 12q14	bit.ly/2lTXFp3	Anomalia non rilevata
17q23.1-q23.2	Sindrome da delezione 17q23.1-q23.2	613355	Anomalia non rilevata
17p11.2	Sindrome di Potocki-Lupski	610883	Anomalia non rilevata
17p11.2	Sindrome di Smith-Magenis	182290	Anomalia non rilevata
17p13.3	Sindrome da duplicazione 17p13.3	613215	Anomalia non rilevata
17p13.3	Sindrome da delezione 17p13.3	247200	Anomalia non rilevata
19q13.11	Sindrome da delezione 19q13.11	617219	Anomalia non rilevata
2q34-q36	Sindrome da duplicazione 2q35	185900	Anomalia non rilevata
15q25	Sindrome da delezione 15q25	614294	Anomalia non rilevata
22q11.2	Sindrome da delezione 22q11.2	611867	Anomalia non rilevata
22q11.21	Sindrome di DiGeorge	188400	Anomalia non rilevata

90.26.5	GLUCOSIO Dosaggio seriale dopo carico (da 2 a 4 determinazioni). Inclusa Determinazione del Glucosio basale 90.27.1 <i>Con 75 g di Glucosio (OGTT 75 g) e solo in presenza di fattori di rischio</i> ⁽³⁾
91.26.D	VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie
91.09.D	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting <i>In caso di sieronegatività</i>
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

(3) secondo Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011

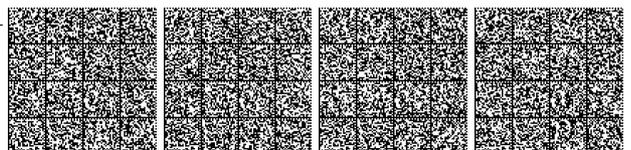
da 19 settimane + 0gg a 23 settimane + 6gg :

91.09.D	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting <i>In caso di sieronegatività</i>
88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA . Non associabile a 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Non associabile a 88.78 <i>da eseguire tra 19 settimane + 0 e 21 settimane + 0</i>

da 24 settimane + 0gg a 27 settimane + 6gg

91.09.D	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting <i>In caso di sieronegatività</i>
90.26.5	GLUCOSIO Dosaggio seriale dopo carico (da 2 a 4 determinazioni). Inclusa Determinazione del Glucosio basale 90.27.1 ⁽¹⁾ <i>Con 75 g di Glucosio (OGTT 75 g) e solo in presenza di fattori di rischio</i> ⁽³⁾
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario
90.94.2	ESAME CULTURALE DELL'URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma <i>In caso di batteriuria o leucocituria significativa e/o altri indici di infezione urinaria</i>
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

(3) secondo Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011



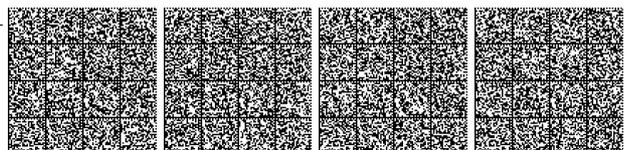
Nel TERZO TRIMESTRE:

da 28 settimane + 0gg. a 32 settimane + 6gg.:

90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]
91.09.D	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting <i>In caso di sieronegatività</i>
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA. <i>Solo in caso di patologia fetale e/o annessiale o materna</i>
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

da 33 settimane + 0 gg. a 37 settimane + 6gg.:

90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico
91.09.D	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting <i>In caso di sieronegatività</i>
91.18.6	VIRUS HBV [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo
91.10.B	TREPONEMA PALLIDUM. Sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR] incluso eventuale titolazione. Incluso eventuale Immunoblotting.
91.23.F	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV 1-2] .TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24 incluso eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS.
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario ⁽³⁾
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma <i>in caso di batteriuria o leucocituria significativa e/o altri indici di infezione urinaria</i>



91.08.4 STREPTOCOCCO BETA-EMOLITICO GRUPPO B
Raccomandato a 36-37 settimane

91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

(3) secondo Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011

da 41 settimane + 0gg.:

88.78 **ECOGRAFIA OSTETRICA**
per valutazione quantitativa del liquido amniotico

75.34.1 **CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA**

Per le donne che si presentano dopo la 13° settimana sono escluse dalla partecipazione al costo sia le prestazioni specialistiche relative alle precedenti fasi di gestazione, quando appropriate, sia quelle relative alla settimana di gestazione in corso.



ALLEGATO 10C**CONDIZIONI DI ACCESSO ALLA DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA, IN ESCLUSIONE DALLA QUOTA DI PARTECIPAZIONE AL COSTO**

L'accesso alla diagnosi prenatale ha due principali gruppi di indicazione, che riguardano situazioni nelle quali il rischio di patologia fetale è aumentato al di sopra dei livelli medi della popolazione generale:

- 1) **Rischio procreativo prevedibile a priori** in quanto correlato ad una condizione biologica-genetica presente in uno o in entrambi i genitori o nella famiglia, da valutare in sede di consulenza genetica
- 2) **Rischio rilevato in corso di gravidanza**: difetti fetali evidenziati mediante ecografia alterazione di parametri biochimici/molecolari rilevati con sistemi validati ed erogati presso strutture appositamente individuate dalle regioni, predittivi di patologie fetali e/o cromosomiche/geniche, patologie infettive a rischio fetale.

Le condizioni per le quali è previsto l'accesso alla diagnosi prenatale invasiva sono:

1) Per le indagini citogenetiche:

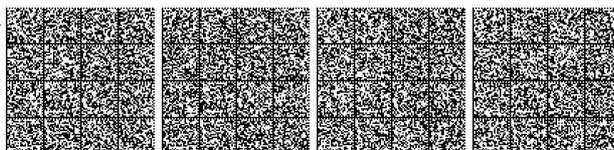
- probabilità di trisomia 21, o di altre anomalie cromosomiche $\geq 1/300$ al momento del test per la valutazione del rischio nel primo trimestre (o $\geq 1/250$ in caso di test nel secondo trimestre) calcolata secondo i metodi indicati dalle Regioni tra quelli basati sulla età materna in combinazione con altri parametri ecografici fetali e/o di laboratorio. Tale calcolo dovrà essere effettuato utilizzando specifici protocolli nell'ambito di programmi che garantiscano uniformità di accesso in tutto il territorio regionale, in Centri individuati dalle singole regioni e sottoposti a verifica continua della qualità. L'opzione da parte delle Regioni deve essere orientata all'adozione di metodi di calcolo del rischio con una maggiore sensibilità diagnostica e un minor numero di falsi positivi tenuto conto dell'evoluzione della ricerca scientifica e tecnologica.
- genitori con precedente figlio affetto da patologia cromosomica
- genitore portatore di riarrangiamento strutturale bilanciato dei cromosomi
- genitore con aneuploidia cromosomica omogenea o in mosaico
- anomalie fetali/della gravidanza evidenziate mediante ecografia

2) Per le indagini genetiche:

- genitore eterozigote per una patologia/mutazione autosomica dominante,
- genitori entrambi eterozigoti per mutazioni geniche correlate a patologie autosomiche recessive,
- madre eterozigote per mutazioni recessive legate all'X,
- madre portatrice di mutazione mitocondriale;
- segni ecografici feto-annessiali indicativi di specifiche patologie geniche
- altre condizioni di possibile rischio correlate alla storia familiare, da verificare in sede di consulenza genetica.

3) Per le indagini infettivologiche:

- condizione di rischio fetale determinato sulla base di una accertata infezione materna e/o di segni rilevati all'ecografia potenzialmente associati a patologie infettive.





ALLEGATO A Decreto n.

del

pag.

Ai Componenti Comitato Coordinamento

Progetto Regionale Gravidanza BRO

Trasmetto in allegato la versione finale del testo del percorso in oggetto aggiornato secondo il DM 12.1.2017 sui nuovi LEA, elaborato dallo scrivente e dalla dr.ssa Elena Fanton sulla base di quanto emerso nei diversi incontri su tale aggiornamento.

Tale testo andrà allegato al "corpo" del Decreto a Firma del Direttore Generale della Sanità e Sociale e ne costituirà parte integrante.

Data l'importanza di tale allegato sono a chiederVi un ultimo controllo e di segnalare eventuali imperfezioni entro il 8/10 p.v. .

Ringraziando per attenzione, rimango a disposizione per qualsiasi chiarimento ed invio cordiali saluti

Il Coordinatore Regionale ex DGR 228/2018

Dr. Simone Tasso

28/09/2018 15:06

Aggiornamento

Percorso gravidanza a basso rischio ostetrico -BRO

ex DGR 228/2018, in applicazione DPCM 12.1.2017.

INDICE

Premessa	pag. 3
Il percorso della gravidanza	pag. 6
2. Primo contatto	pag. 6
3. Presa in carico ostetrica pre-valutazione specialistica (entro 13 [^] settimana)	pag. 6
4. Valutazione specialistica e immissione nel percorso	pag. 7
5. Accessi successivi	pag. 8
Il Progetto Formativo	pag. 10
SCHEDA A.1 Scheda ambulatoriale percorso gravidanza	pag. 12
SCHEDA A.2 Criteri per la selezione delle gravidanze a basso rischio al 1° accesso	pag. 14
SCHEDA A.3 Aggiornamento criteri per la selezione delle gravidanze a basso rischio ai controlli dell'ostetrica/o successivi al 1° accesso	pag. 16
SCHEDA A.4 Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica (ex D.M. 10 settembre 1998)	pag. 18
SCHEDA A.5 Questionario "Rilevazione della qualità percepita nell'assistenza della gravidanza a basso rischio"	pag. 23

PREMESSA

- 1.1 L'appropriatezza clinica e organizzativa in epoca prenatale ha l'obiettivo di assicurare a tutte le gestanti e ai nascituri la migliore assistenza possibile compatibilmente con le risorse disponibili. A tal fine, essendo la gravidanza un processo a basso rischio, l'OMS raccomanda la *“vigilanza di tutte le gestanti che dovrebbero essere considerate come potenzialmente capaci di avere una gravidanza fisiologica fino a quando non ci sono chiare evidenze del contrario”* (Essential antenatal, perinatal and postpartum care WHO 2002).
- 1.2 L'OMS individua altresì nell'ostetrica/o, il professionista sanitario indicato per l'assistenza alla gravidanza con normale decorso, coerentemente con quanto previsto dalla Direttiva 2005/36/CE recepita in Italia dal D.Lgs n. 206 del 6/11/2007, che all'art. 48, comma 2, autorizza le ostetriche ad *“accertare la gravidanza e in seguito sorvegliare la gravidanza diagnosticata come normale da un soggetto abilitato alla professione medica, effettuare gli esami necessari al controllo dell'evoluzione della gravidanza normale; prescrivere gli esami necessari per la diagnosi quanto più precoce di gravidanze a rischio.”*
- 1.3 L'obiettivo generale del presente progetto è quello di promuovere percorsi assistenziali appropriati e diversificati per grado di rischio, attivando un sistema di controllo in cui le gestanti identificate *“a basso rischio”* dallo specialista siano monitorate da personale ostetrico, seguendo uno specifico protocollo che comprende i consueti esami di laboratorio e le prestazioni eseguite dallo specialista.
- 1.4 La promozione di tali percorsi si è resa necessaria perché in Veneto, così come in Italia, l'approccio alla gestione della gravidanza a basso rischio è risultato disomogeneo. In alcuni casi il monitoraggio da parte di personale ostetrico è ridotto o assente, in altri, invece, è completamente effettuato da detto personale. La prescrizione dei relativi esami di routine è sempre effettuata dal medico, seppure tale possibilità sia prevista, dalla normativa attualmente in vigore, anche per l'ostetrica/o.
- 1.5 La conseguenza di quanto sopra, si riflette negativamente sia sull'organizzazione del lavoro sia sulla gestante che deve tornare dal medico (MMG o specialista) per la prescrizione, in situazioni a basso rischio per le quali gli esami di controllo sono routinariamente definiti.
- 1.6 Sulla base di queste considerazioni, è stato elaborato un modello regionale (convenzionalmente chiamato *“Il Percorso della Gravidanza”*), approvato con DGR 568/2015, per sorvegliare e gestire tutte le gravidanze, come previsto dall'OMS che, dopo la fase istruttoria condotta dalla ostetrica/o, prevede la valutazione del medico specialista per definire il grado di rischio.
- 1.7 Nei casi di gravidanza classificata a *“basso rischio”* è l'ostetrica/o a farsi carico della gestante monitorandone l'andamento e prescrivendo gli esami previsti dal protocollo allegato alla suddetta DGR 568/2015 che rappresenta un aggiornamento del protocollo nazionale di cui al DM 10/09/1998
- 1.8 Qualora nel corso del monitoraggio emergano dati non indicativi di normale decorso, l'ostetrica/o prescrive e programma tempestivamente un controllo da parte dello specialista, che rivaluterà il caso, ridefinirà il grado di rischio e le eventuali ulteriori prestazioni di approfondimento.
- 1.9 L'attività svolta dal personale ostetrico è tracciata utilizzando una specifica voce *“valutazione ostetrica di controllo”* inserita con un proprio codice (NTR 89.26.5) nel Nomenclatore Tariffario Regionale che la differenzia dalla *“visita ostetrica di controllo”* dello specialista ginecologo (codice NTR 89.26.4).

- 1.10 Con l'effettuazione della suddetta "valutazione ostetrica di controllo", codice NTR 89.26.5, nelle gravidanze a basso rischio viene meno la necessità della "visita ostetrica di controllo", codice NTR 89.26.4. Pertanto tale "valutazione ostetrica di controllo", nell'ambito del presente percorso, sostituisce la "visita ostetrica di controllo" in quanto più appropriata nella gravidanza a basso rischio e parimenti esente alla partecipazione della spesa.
- 1.11 Ai fini del calcolo del consumo di risorse del personale ostetrico che effettua la valutazione di cui sopra, la Giunta Regionale nella suddetta DGR 568/2015 ha quantificato in € 11,15, analogamente a quanto previsto dal Nomenclatore Tariffario Regionale per prestazioni di pari impegno orario di altra professione sanitaria non medica, la tariffazione per la "valutazione ostetrica di controllo".
- 1.12 Nell'ambito del suddetto modello regionale previsto dalla DGR 568/2015, l'ostetrica/o può prescrivere, a carico del SSN, solo le prestazioni che sono state previste nel documento, utilizzando i criteri indicati. Tali prestazioni, così come tutte quelle afferenti al percorso (comprese quelle mediche), devono essere garantite dalle UU.OO/Servizi di ciascuna delle tre Aziende pilota individuate. Tutto il personale coinvolto dovrà essere informato dell'importanza delle innovazioni introdotte al fine di migliorare i processi assistenziali.
- 1.13 All'ostetrica/o prescrivente è assegnato uno specifico codice atto ad identificare il prescrittore sia individualmente sia come "personale ostetrico", distinto da quello medico. Tale codice è introdotto nell'anagrafe dei prescrittori del Sistema TS (Tessera Sanitaria) per censire il personale ostetrico prescrivente. In questo modo l'attività prescritta dell'ostetrica/o potrà essere monitorata parimenti all'attività prescrittiva medica.
- 1.14 Per perfezionare il percorso e rilevare eventuali criticità, con la DGR 568/2015 la Giunta Regionale ha ritenuto opportuno l'attivazione di una fase pilota in tre Aziende (ex ULSS 1 Belluno, ex ULSS 3 Bassano del Grappa, ex ULSS 9 Treviso) che, sulla base della documentazione pervenuta alla competente Struttura regionale, avevano dimostrato di possedere caratteristiche e condizioni favorevoli all'attivazione del presente percorso.
- 1.15 Tenuto conto dei validi risultati emersi dal Progetto Pilota, la Giunta Regionale ha approvato, con la suddetta DGR 228/2018, la graduale estensione del Progetto a tutte le Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere del Veneto, demandando a successivi atti del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale la definizione dei tempi e delle modalità di estensione del Progetto Pilota;
- 1.16 La suddetta DGR 228/2018 ha altresì stabilito di commutare il "Gruppo Tecnico", già deputato al monitoraggio trimestrale del progetto pilota, in "Comitato di Coordinamento" con funzione di operare a supporto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale.
- 1.17 Il D.M. 12.1.2017 ha aggiornato i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), tra i quali anche quelli previsti dal suddetto protocollo nazionale ex D.M. 10/09/1998 contenuti nel "Percorso della Gravidanza" approvato con la DGR 568/2015. Per questo il suddetto "Comitato di Coordinamento" ha predisposto un aggiornamento del suddetto "Percorso della Gravidanza", in modo da renderlo coerente con i nuovi LEA.
- 1.18 Tale Percorso è stato trasmesso dal "Coordinatore del Comitato di Coordinamento" al Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, depositato agli atti del competente Ufficio Regionale (prot. n. del ...), riportato nel presente documento alla voce "Percorso Gravidanza (V.2)".

1.19 In concomitanza con l'avvio della fase pilota, nelle suddette Aziende dev'essere organizzato un progetto formativo con particolare riferimento alla "formazione sul campo" finalizzato supportare gli operatori coinvolti, approfondendo il percorso delineato e l'utilizzo delle modalità e degli strumenti operativi introdotti. La formazione contribuisce a colmare eventuali gap derivanti dalle diverse competenze possedute dagli operatori e favorisce una presa in carico uniforme e appropriata, secondo quanto definito dal presente percorso. Gli obiettivi e i contenuti di suddetta formazione sono indicati nella sezione dal titolo "Progetto Formativo". A formazione conclusa, le Aziende devono trasmettere al Coordinatore del Comitato di coordinamento regionale, una breve relazione sull'esito dell'iniziativa.

IL PERCORSO DELLA GRAVIDANZA (V.2)

2. Primo contatto

2.1 Il primo contatto avviene con modalità individuata dall'Azienda e, di norma, mediante presentazione della ricetta con la prescrizione "prima visita ostetrica per gravidanza".

L'Azienda organizza il percorso in modo che la paziente giunga alla valutazione specialistica dopo la presa in carico da parte dell'ostetrica/o.

Ai fini di facilitare l'accessibilità alla gestante, l'Azienda può organizzare le fasi del percorso anche in sedi diverse (territoriali e/o ospedaliere), purché sia assicurata la continuità assistenziale.

3. Presa in carico ostetrica pre-valutazione specialistica (entro la 13^a settimana)

3.1 In questa fase l'ostetrica/o raccoglie le informazioni e i referti degli esami utili all'inquadramento clinico di competenza dello specialista, che effettuerà la valutazione della gestante per stabilire se la gravidanza è a basso rischio o meno. Tale valutazione specialistica dev'essere effettuata entro la 13^a settimana.

Le gestanti che si presentano oltre tale termine, sono escluse dal percorso gestito dall'ostetrica/o.

3.2 Considerando la varietà dei casi in termini di settimane di gestazione e di esami già effettuati dalle gestanti che si presentano all'ostetrica/o, in questa fase non è possibile predeterminare il numero preciso di contatti/accessi. Per tale motivo, il loro numero può essere anche superiore o inferiore a quelli previsti dal presente percorso.

3.3 L'ostetrica/o provvede a individuare eventuali fattori di rischio anche prescrivendo prestazioni mancanti, per evitare alla gestante di ritornare dal proprio medico curante o accedere allo specialista con esami incompleti.

L'ostetrica/o deve limitarsi alla prescrizione degli esami previsti dal presente percorso, sulla base dei criteri ivi descritti.

3.4 L'ostetrica/o invia allo specialista, entro i tempi previsti dal presente percorso e con tutta la documentazione raccolta, le gestanti che accedono entro la 13^a settimana e che non presentano fattori di rischio. Oltre la 13^a settimana e/o in presenza di fattori di rischio, la gestante dev'essere tempestivamente inviata allo specialista per la valutazione.

3.5 In entrambe le situazioni, per la prenotazione della visita con lo specialista, dev'essere utilizzata l'impegnativa di "prima visita ostetrica" presentata dalla gestante. Qualora ne sia sprovvista, l'ostetrica/o provvede direttamente alla prescrizione.

Presa in carico pre-valutazione specialistica

Conduzione/responsabilità	Ostetrica/o
Scopi e contenuti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conoscenza della gestante/coppia ▪ Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbi ▪ Presa in carico della donna e compilazione della scheda ambulatoriale (Scheda A.1) ▪ Apertura della cartella gravidanza ▪ Anamnesi ostetrica ▪ Presentazione percorso ▪ Informazioni su: piano assistenziale, stili di vita, alimentazione, diritti delle lavoratrici, corsi d'accompagnamento alla nascita e servizi/interventi di supporto alla genitorialità ▪ Informazioni sulla diagnosi prenatale ▪ Proposta di esecuzione del pap test (se non eseguito negli ultimi tre anni) ▪ Prima valutazione del rischio e compilazione della Scheda A.2, parte ostetrica ▪ Verifica della completezza dei referti presentati dalla paziente. In particolare, verifica <ul style="list-style-type: none"> - degli esami già stati refertati - degli esami in attesa di referto ▪ Prescrizione eventuali esami mancanti ▪ Programmazione delle prestazioni come da protocollo (Scheda A.4) ▪ Condivisione/discussione del piano assistenziale

4. Valutazione specialistica e immissione nel percorso

4.1 Si accede alla visita specialistica per mezzo dell'impegnativa di visita ostetrica per gravidanza. In questa fase il medico specialista effettua l'inquadramento clinico anche sulla base delle informazioni raccolte dalla ostetrica/o-riportate nella cartella di monitoraggio della gravidanza (scheda A.2) e valuta se la gravidanza è o meno a basso rischio. Tale valutazione dev'essere effettuata entro la 13^a settimana + 6 gg.

4.2 In caso di gravidanza a basso rischio, l'ostetrica/o prende in carico la gestante programmando i successivi controlli.

1° Accesso Valutazione specialistica ed immissione nel percorso (entro la 13^a settimana + 6 gg)

Conduzione/responsabilità	Medico Specialista in Ostetricia e Ginecologia
Scopi e contenuti	Identificazione del rischio, compilazione Scheda A.2 parte del medico
Conduzione/responsabilità	Ostetrica/o
Scopi e contenuti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presa d'atto della classificazione del rischio ▪ Prescrizione degli esami come da protocollo, compresa la "valutazione ostetrica" con la quale la paziente viene immessa nel percorso a tale gestione (codice NTR 89.26.5) ▪ Programmazione degli accessi successivi

5. Accessi successivi

5.1 Se la gravidanza permane a basso rischio fino al termine, il percorso prevede altri cinque accessi nei quali l'ostetrica/o deve svolgere le proprie valutazioni seguendo quanto descritto nelle tabelle sottoriportate.

5.2 Per monitorare le valutazioni, è stata individuata la prestazione "valutazione ostetrica di controllo" (codice NTR 89.26.5) di utilizzo delle Aziende che partecipano alla fase pilota del presente percorso. Ognuno degli accessi previsti dovrà essere registrato dall'ostetrica/o utilizzando tale codice. Nelle gravidanze a basso rischio, con l'effettuazione della valutazione ostetrica di controllo, viene meno la necessità della visita ostetrica di controllo (codice NTR 89.26.4). Pertanto, nell'ambito del presente percorso, la valutazione ostetrica di controllo sostituisce la visita ostetrica di controllo e parimenti, è esente alla compartecipazione della spesa.

5.3 In caso di individuazione di fattori di rischio, il personale ostetrico programma e prescrive tempestivamente la visita di controllo con lo specialista, secondo le modalità di prenotazione e/o invio formalizzate dall'Azienda.

5.4 Il personale ostetrico, nell'ambito del presente percorso, effettua la prescrizione delle valutazioni ostetriche e degli esami di controllo indicati, in esenzione ticket quando previsto dalla normativa vigente.

2° ACCESSO (preferibilmente entro la 18^a settimana + 6 gg)

Conduzione/responsabilità	Ostetrica/o
Scopi e contenuti	<ul style="list-style-type: none">▪ Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbi▪ Raccordo anamnestico/Rivalutazione del rischio attraverso compilazione della Scheda A.3▪ Aggiornamento della cartella gravidanza▪ Monitoraggio gravidanza (Peso, PA, S-F, BCF), controllo sviluppo uterino e visita ostetrica (se necessaria)▪ Se confermata gravidanza a basso rischio, prescrizione e programmazione prestazioni come da protocollo Scheda A.4▪ Valutazione delle prestazioni richieste dall'ostetrica/o

3° ACCESSO (preferibilmente entro la 23^a settimana + 6gg)

Conduzione/responsabilità	Ostetrica/o
Scopi e contenuti	<ul style="list-style-type: none">▪ Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbi▪ Raccordo anamnestico/Rivalutazione del rischio attraverso compilazione della Scheda A.3▪ Aggiornamento della cartella gravidanza▪ Monitoraggio gravidanza (Peso, PA, S-F, BCF), controllo sviluppo uterino e visita ostetrica (se necessaria)▪ Se confermata gravidanza a basso rischio, prescrizione e programmazione prestazioni come da protocollo (Scheda A.4)▪ Valutazione delle prestazioni richieste dall'ostetrica/o

4° ACCESSO (preferibilmente entro la 27^a settimana + 6 gg)

Conduzione/responsabilità	Ostetrica/o
Scopi e contenuti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbi ▪ Raccordo anamnestico/Rivalutazione del rischio attraverso compilazione della Scheda A.3 ▪ Aggiornamento della cartella gravidanza ▪ Monitoraggio gravidanza (Peso, PA, S-F, BCF), controllo sviluppo uterino e visita ostetrica (se necessaria) ▪ Se confermata gravidanza a basso rischio, prescrizione e programmazione prestazioni come da protocollo (Scheda A.4) ▪ Valutazione delle prestazioni richieste dall'ostetrica/o

5° ACCESSO (preferibilmente entro la 32^a settimana + 6 gg)

Conduzione/responsabilità	Ostetrica/o
Scopi e contenuti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbi ▪ Raccordo anamnestico/Rivalutazione del rischio attraverso compilazione della Scheda A.3 ▪ Aggiornamento della cartella gravidanza ▪ Monitoraggio gravidanza (Peso, PA, S-F, BCF), controllo sviluppo uterino e visita ostetrica (se necessaria) ▪ Se confermata gravidanza a basso rischio, prescrizione e programmazione prestazioni come da protocollo (Scheda A.4) ▪ Valutazione delle prestazioni richieste dall'ostetrica/o

6° ACCESSO (preferibilmente fra la 34^a e la 37^a settimana + 6 gg)

Conduzione/responsabilità	Ostetrica/o
Scopi e contenuti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbi ▪ Valutazione delle prestazioni richieste dall'ostetrica/o ▪ Raccordo anamnestico/Rivalutazione del rischio attraverso compilazione della Scheda A.3 ▪ Visita ostetrica valutazione esami, monitoraggio gravidanza (Peso, PA, S-F, BCF), test perineale ▪ Aggiornamento della cartella gravidanza ▪ Se confermata gravidanza a basso rischio, prescrizione e programmazione prestazioni come da protocollo (Scheda A.4) ▪ Chiusura della presa in carico ostetrica, compilazione Scheda A.1, parte "Accompagnamento al parto" e stabilire appuntamento con il reparto di ostetricia per la presa in carico ▪ Distribuzione del questionario per la rilevazione della qualità percepita Scheda A.5

IL PROGETTO FORMATIVO

La gravidanza a basso rischio gestita da personale ostetrico

PREMESSA

La gestione della gravidanza a basso rischio da parte di personale ostetrico trova il suo fondamento nell'assunto che la gravidanza e il parto sono eventi basati sulla naturale capacità della donna di vivere l'esperienza della nascita in modo fisiologico.

L'approccio da utilizzare, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dovrebbe essere quello della *“vigilanza di tutte le gestanti che dovrebbero essere considerate come potenzialmente capaci di avere una gravidanza fisiologica fino a quando non ci sono chiare evidenze del contrario”* (Essential antenatal, perinatal and postpartum care WHO 2002).

Le normativa nazionale ed europea individua infatti l'ostetrica/o come il professionista competente ad assistere la donna in tutte le situazioni di fisiologia del percorso nascita.

Il Piano socio-sanitario regionale 2012-2016 prorogato fino al 31.12.2018 dalla L.R. n.19/2016, individua gli ambiti di attività da potenziare tra cui *“il supporto alla donna in gravidanza, in stretta collaborazione con l'Ospedale, sulla base di specifici protocolli clinici e percorsi assistenziali per le diverse problematiche socio-sanitarie”*.

Su base di queste premesse, con l'obiettivo di valorizzare le competenze dei diversi professionisti coinvolti nel Percorso Nascita, la Direzione Generale Sanità e Sociale della Regione Veneto ha costituito un Gruppo Tecnico che ha elaborato il percorso per la presa in carico della gravidanza a basso rischio da parte del personale ostetrico.

Per l'avvio di questa nuova modalità di presa in carico della gestante, è stata realizzata una fase “pilota” (prevista dalla DGR n.568/2015) che ha coinvolto la “ex ULSS 1 Belluno”, la “ex ULSS 3 Bassano” e la “ex ULSS 9 Treviso”. Tale fase ha previsto la realizzazione di un Progetto Formativo rivolto al personale coinvolto.

Con la DGR 228/2018 la Giunta Regionale ha approvato la graduale estensione del Progetto Pilota alle altre Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto. Esso viene aggiornato tenendo conto dei nuovi L.E.A. ex D.M. 12.1.2017. Analogamente a quanto svolto in suddette “ex Aziende”, al fine di assicurare nelle Aziende Pilota, una presa incarico appropriata e uniforme secondo quanto definito dal presente percorso, dovrà essere organizzato un progetto formativo finalizzato ad aggiornare e supportare gli operatori coinvolti, approfondendo il percorso delineato e l'utilizzo delle modalità e degli strumenti operativi introdotti.

La formazione, infatti, soprattutto se organizzata anche con la modalità della Formazione sul Campo, può contribuire a colmare eventuali gap derivanti dalle diverse competenze possedute dagli operatori presenti nelle sedi di attivazione del percorso.

I destinatari del percorso formativo sono i ginecologi, le ostetriche/ostetrici ed eventuali altri professionisti coinvolti nelle sedi di attivazione del percorso.

OBIETTIVI:

- conoscere il nuovo modello regionale per la gestione della gravidanza a basso rischio da parte di personale ostetrico;
- saper utilizzare gli strumenti operativi previsti;
- saper gestire la gestante nelle diverse fasi del percorso: primo contatto, presa in carico pre- valutazione specialistica, valutazione specialistica e immissione nel percorso e accessi predeterminati;
- saper prescrivere gli esami e le valutazioni ostetriche previste dal percorso per le diverse epoche gestionali;

- saper lavorare in équipe con il ginecologo specialista e con altri operatori coinvolti nel rispetto dei ruoli e delle responsabilità nell'ambito del percorso pilota.

CONTENUTI

- Il modello regionale per la gestione della gravidanza a basso rischio da parte di personale ostetrico gli strumenti operativi previsti;
- la gestione medico specialistica della gravidanza a medio e alto rischio
- le modalità e gli strumenti da utilizzare per la prescrizione degli esami ematochimici;
- le fasi del percorso: primo contatto, presa in carico pre-valutazione specialistica, valutazione specialistica e immissione nel percorso e accessi predeterminati;
- gli indicatori e i tempi per il monitoraggio del progetto;
- i segnali di rischio della complicità della gravidanza a basso rischio;
- i principi della comunicazione efficace e del lavoro in équipe.

DOCENTI

Interni alle Aziende con supporto di componente/i del Comitato di coordinamento regionale.

ESITO VISITA SPECIALISTICA

Preso visione della anamnesi effettuata dalla ostetrica secondo il percorso regionale e, valutata la paziente, la gravidanza viene così classificata:

- nessuna selezione
- gravidanza a basso rischio presa in carico da parte dell'ostetrica
- non prosegue il percorso di gravidanza a basso rischio
- aborto spontaneo
- in attesa di valutazione specialistica (accertamenti in corso)
- la paziente non si è presentata ed esce dal percorso

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

Il Medico Specialista
(Timbro e firma)

ACCOMPAGNAMENTO AL PARTO

Gentile Collega,

l'assistita, gravida alla settimana, è stata seguita presso questo Ambulatorio con un regolare decorso della gravidanza.

Si segnalano i seguenti aspetti:

Partecipazione al corso di preparazione alla nascita SI NO

Presenza di supporto familiare SI NO

Altro: _____

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

L'Ostetrica/o
(Timbro e Firma)

SCHEDA A.2 NB vedi come modificata riga 1.20**CRITERI PER LA SELEZIONE DELLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO AL 1° ACCESSO**

ANAMNESI GENERALE				
FATTORI DI RISCHIO		SI	NO	NOTE
1.1	DIABETE MELLITO			
1.2	IPERTENSIONE ARTERIOSA (ATTUALE E PREGRESSA)			
1.3	PATOLOGIE CARDIACHE			
1.4	TROMBOEMBOLIE PREGRESSE			
1.5	EMOGLOBINOPATIE			
1.6	DIFETTI CONGENITI DELLA COAGULAZIONE E DIATESI EMORRAGICA			
1.7	PATOLOGIE RENALI E/O UROLOGICHE			
1.8	PATOLOGIE CRONICHE DELL' APPARATO RESPIRATORIO			
1.9	PATOLOGIA AUTOIMMUNE			
1.10	PATOLOGIE EPATICHE			
1.11.1	IPOTIROIDISMO MANIFESTO			
1.11.2	ALTRA PATOLOGIA ENDOCRINA			
1.12	PATOLOGIE ONCOLOGICHE			
1.13	USO DI ALCOOL IN GRAVIDANZA			
1.14	USO DI DROGHE			
1.15	FUMO IN GRAVIDANZA			
1.16	ASSUNZIONE CRONICA DI FARMACI			
1.17	PATOLOGIE GENETICHE FAMILIARI			
1.18	PATOLOGIE INFETTIVE CRONICHE (HIV, HCV, HBV, TUBERCOLOSI, SIFILIDE)			
1.19	PATOLOGIE PSICHIATRICHE E/O NEUROLOGICHE IN TRATTAMENTO			
1.20	1.20.1	BMI<18 MALNUTRIZIONE		
	1.20.2	BMI >35 OBESITÀ		
1.21	CONDIZIONE SOCIALE SFAVOREVOLE			
1.22	DATI DI LABORATORIO ANOMALI			
1.23	ALTRO			

ANAMNESI OSTETRICA REMOTA				
FATTORI DI RISCHIO		SI	NO	NOTE
2.1	PRECEDENTI MALFORMAZIONI FETALI/NEONATALI			
2.2	ABORTI SPONTANEI RICORRENTI (>3) E ABORTI 2° TRIMESTRE			
2.3	PRECEDENTE NEONATO CON PESO ALLA NASCITA < 2.550 GR.			
2.4	PRECEDENTE NEONATO CON PESO ALLA NASCITA > 4.500 GR.			
2.5	IPERTENSIONE O PRECLAMPSIA/ECLAMPSIA/S. HELLP NELLA PRECEDENTE GRAVIDANZA			
2.6	PRECEDENTE MORTE ENDOUTERINA O NEONATALE			
2.7	PREGRESSO PARTO PRETERMINE			
2.8	PREGRESSE PATOLOGIE PLACENTARI			
2.9	PREGRESSA ISOIMMUNIZZAZIONE			
2.10	MALFORMAZIONI UTERINE E/O MIOMI			
2.11	TAGLIO CESAREO O ALTRA PREGRESSA CHIRURGIA UTERINA (SE SI SPECIFICARE NELLE NOTE IL TIPO DI CHIRURGIA)			
2.12	ALTRO			

ANAMNESI GRAVIDANZA ATTUALE				
FATTORI DI RISCHIO		SI	NO	NOTE
3.1	GRAVIDANZA MULTIPLA			
3.2	ETÀ MATERNA < 16 ANNI			
3.3	ETÀ MATERNA > 40 ANNI			
3.4	GRAVIDANZA INSORTA CON PMA			
3.5	PERDITE EMATICHE VAGINALI			
3.6	ALTRO			

4.1 ANAMNESI GENERALE, OSTETRICA REMOTA, GRAVIDANZA ATTUALE: NESSUN FATTORE DI RISCHIO SEGNALATO DALLA PAZIENTE

Data.....L'Ostetrica/o (Timbro e Firma)

SCHEDA A.3**AGGIORNAMENTO CRITERI PER LA SELEZIONE DELLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO
AI CONTROLLI DELL'OSTETRICA/O SUCCESSIVI AL 1° ACCESSO**

FATTORI DI RISCHIO		SI	NO
5.1.15	FUMO IN GRAVIDANZA		
5.1.13	USO DI ALCOOL IN GRAVIDANZA		
5.1.8	ASMA SEVERA		
5.1.3	CARDIOPATIE		
5.4.2	DIABETE GESTAZIONALE		
5.1.21	DISAGIO SOCIALE/DISAGIO PSICHICO		
5.1.22	ESAMI DI LABORATORIO INDICATIVI DI PATOLOGIA		
5.2.10	FIBROMI UTERINI SINTOMATICI		
5.4.3	INFEZIONI GENITALI		
5.4.4	INFEZIONI URINARIE		
5.1.2	IPERTENSIONE		
5.4.5	IPERCONTRATTILITÀ UTERINA		
5.1.9	ISOIMMUNIZZAZIONE MF		
5.1.19	MALATTIE AUTOIMMUNI		
5.1.18	MALATTIE INFETTIVE SISTEMICHE		
5.2.1	MALFORMAZIONI FETALI		
5.4.6	MASSE PELVICHE SINTOMATICHE		
5.2.4	MACROSOMIA FETALE		
5.1.7	NEFROPATIE/UROPATIE		
5.4.7	OLIGO-POLIDRAMNIOS		
5.1.19	PATOLOGIE PSICHIATRICHE		
5.2.15	PRECLAMPSIA, ECLAMPSIA, HELLP		
5.4.8	PRESENTAZIONE ANOMALA DOPO LA 32 ^a SETTIMANA		
5.4.9	RITARDO DI CRESCITA INTRAUTERINO ACCERTATO O SOSPETTO		
5.3.5	SANGUINAMENTI ANOMALI		
5.1.4	TROMBOFLEBITE		
5.1.14	USO DI DROGHE		
5.4.10	ALTRO		

5.4.1 ESITO CONTROLLI DELL'OSTETRICA/O SUCCESSIVI AL 1° ACCESSO: nessun fattore di rischio segnalato dalla paziente

DECORSO NORMALE

Sentita la gestante, ed effettuata la valutazione ostetrica prevista dal presente percorso, non sono emersi fattori di rischio e/o altre problematiche. La gravidanza rimane a basso rischio e può proseguire il piano di assistenza in ambulatorio a gestione Ostetrica

Data..... L'Ostetrica/o (Timbro e firma).....

RILEVATA PROBLEMATICA

Sentita la gestante, ed effettuata la valutazione ostetrica prevista dal presente percorso, è sopravvenuto il seguente fattore di rischio e/o la seguente problematica:

Per questo la gestante deve essere inviata in consulenza specialistica per una rivalutazione del caso.

Programmata visita specialistica fissata per il giorno :.....ore.....

Presso ambulatorio:.....

La gestante ha ricevuto adeguata informazione sulla sua condizione e della importanza di effettuare tale visita in tale data.

Data.....L'Ostetrica/o(Timbro e firma).....

SCHEDA A.4**PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO****All'inizio della gravidanza, possibilmente nel PRIMO TRIMESTRE (entro 13 settimane +6 gg) e comunque al primo controllo**

Cod. prestazione	Prestazione	Note
89.26.3	PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 Sostituisce codice 89.26.	
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L. H.	
90.66.3	Hb – EMOGLOBINA A2	Qualora non eseguito in funzione preconcezionale.
90.66.4	Hb – EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio)	Qualora non eseguito in funzione preconcezionale.
90.66.5	Hb – EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.).	Qualora non eseguito in funzione preconcezionale .
90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO (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	Secondo Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011 ⁽³⁾
91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG	Da ripetere entro la 17 ^a settimana in caso di negatività
90.83.8	AVIDITA' DELLE IgG (TOXO O ROSO O CITO) E.I.A. Per ciascun microrganismo	Prescrivere sempre in associazione con 91.26.4 e 91.09.4
91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)	Da ripetere ogni 4-6 settimane in caso di negatività. Prescrivere sempre in associazione con 90.83.8
91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)	Prestazioni specialistiche per la coppia. Prescrivere con o in alternativa a 91.10.5 e 91.11.1
91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]	Prestazioni specialistiche per la coppia. Prescrivere sempre con 91.11.1 e con o in alternativa a 91.10.2
91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]	Prestazioni specialistiche per la coppia. Prescrivere sempre con 91.10.5 e con o in alternativa a 91.10.2
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	Qualora non eseguito nei tre mesi precedenti
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	
90.93.6	ESAME COLTURALE DELL'URINA [URINOCOLTURA] RICERCA COMPLETA	

	MICROORGANISMI E LIEVITI PATOGENI. Incluso: conta batterica e saggio di inibizione della crescita	
90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.). Per ciascuna specie	In caso di fattori di rischio riconosciuti secondo Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011 ⁽³⁾
91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE NAS.	In caso di fattori di rischio riconosciuti secondo Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011 ⁽³⁾
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI.	In caso di fattori di rischio riconosciuti secondo Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011 ⁽³⁾
93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale. Intero ciclo	
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	Da eseguire nel I trimestre per determinare l'età gestazionale
90.17.6	DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER SINDROME DI DOWN (1° trimestre) : HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A	Prescrivibile dall'ostetrica/o quando prescrivibile a livello regionale
88.78.4	ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE. Incluso: consulenza pre e post test combinato	Prescrivibile dall'ostetrica/o quando prescrivibile a livello regionale
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]. Include eventuale ricerca oncologica, flogistica ed ormonale	Qualora non effettuato nell'ambito dei programmi di screening

Nel **SECONDO TRIMESTRE**

da 14 settimane + 0 gg a 18 settimane + 6gg

Cod. prestazione	Prestazione	Note
89.26.5	VALUTAZIONE OSTETRICA DI CONTROLLO non associabile al codice 89.26.2.	
90.43.1	TRI TEST: ALFA 1 FETO, GONADOTROPINA CORIONICA ED ESTRIOLO LIBERO (Per screening S. Down e altre anomalie)	
90.26.4	GLUCOSIO Curva da carico 2 o 3 determinazioni. Inclusa determinazione del Glucosio basale 90.27.1	Con 75 g di Glucosio (OGTT 75 g) e solo in presenza di fattori di rischio secondo Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011 ⁽³⁾
91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (IgG)	Prescrivere sempre in associazione con 90.83.8
90.83.8	AVIDITA' DELLE IgG (TOXO O ROSSO O CITO) E.I.A. Per ciascun microrganismo	Prescrivere sempre in associazione con 91.26.4 e 91.09.4

91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)	In caso di sieronegatività. Prescrivere sempre in associazione con 90.83.8
93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale. Intero ciclo	

Da 19 settimane + 0 gg a 23 settimane + 6 gg

Cod. prestazione	Prestazione	Note
89.26.5	VALUTAZIONE OSTETRICA DI CONTROLLO non associabile al cod. 89.26.2.	
91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)	In caso di sieronegatività. Prescrivere sempre in associazione con 90.83.8
90.83.8	AVIDITA' DELLE IgG (TOXO O ROSSO O CITO) E.I.A. Per ciascun microrganismo	Prescrivere sempre in associazione con 91.09.4
88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA	Da eseguire tra 19 settimane + 0 e 21 settimane + 0
93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale. Intero ciclo	se non precedentemente prescritto

Da 24 settimane + 0 gg a 27^a settimane + 6 gg

Cod. prestazione	Prestazione	Note
89.26.5	VALUTAZIONE OSTETRICA DI CONTROLLO non associabile al cod. 89.26.2.	
91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)	In caso di sieronegatività. Prescrivere sempre in associazione con 90.83.8
90.83.8	AVIDITA' DELLE IgG (TOXO O ROSSO O CITO) E.I.A. Per ciascun microrganismo	Prescrivere sempre in associazione con 91.09.4
90.26.4	GLUCOSIO Curva da carico 2 o 3 determinazioni. Inclusa determinazione del Glucosio basale 90.27.1	Con 75 g di Glucosio (OGTT 75 g) e solo in presenza di fattori di rischio secondo Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011 ⁽³⁾
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	
90.93.6	ESAME COLTURALE DELL'URINA [URINOCOLTURA] RICERCA COMPLETA MICROORGANISMI E LIEVITI PATOGENI. Incluso: conta batterica e saggio di inibizione della crescita	In caso di batteriuria o leucocituria significativa e/o altri indici di infezione urinaria
93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale. Intero ciclo	se non precedentemente prescritto

Da 28 settimane + 0 gg a 32^a settimana + 6 gg

Cod. prestazione	Prestazione	Note
89.26.5	VALUTAZIONE OSTETRICA DI CONTROLLO non associabile al cod. 89.26.2.	Prescrivibile all'interno del percorso di gravidanza a basso rischio DGR n.568/2015
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L. H.	
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto].	
91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)	In caso di sieronegatività. Prescrivere sempre in associazione con 90.83.8
90.83.8	AVIDITA' DELLE IgG (TOXO O ROSSO O CITO) E.I.A. Per ciascun microrganismo	Prescrivere sempre in associazione con 91.09.4
93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale. Intero ciclo	se non precedentemente prescritto

Da 33 settimane + 0 gg a 37 settimane + 6gg

Cod. prestazione	Prestazione	Nota
89.26.5	VALUTAZIONE OSTETRICA DI CONTROLLO non associabile al cod. 89.26.2.	
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L. H.	
91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)].	In caso di sieronegatività. Prescrivere sempre in associazione con 90.83.8
90.83.8	AVIDITA' DELLE IgG (TOXO O ROSSO O CITO) E.I.A. Per ciascun microrganismo	Prescrivere sempre in associazione con 91.09.4
91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg	
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	
91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)	Prestazioni specialistiche per la coppia. Prescrivere con o in alternativa a 91.10.5 e 91.11.1
91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]	Prestazioni specialistiche per la coppia. Prescrivere sempre con 91.11.1 e con o in alternativa a 91.10.2
91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]	Prestazioni specialistiche per la coppia. Prescrivere sempre con 91.10.5 e con o in alternativa a 91.10.2
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	Secondo Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011 ⁽³⁾
90.93.6	ESAME COLTURALE DELL'URINA [URINOCOLTURA] RICERCA COMPLETA MICROORGANISMI E	In caso di batteriuria o leucocituria significativa e/o altri indici di infezione urinaria

	LIEVITI PATOGENI. Incluso: conta batterica e saggio di inibizione della crescita	
91.08.04	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE E/O RETTALE ESAME COLTURALE	Raccomandato a 36-37 settimane
93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale. Intero ciclo	se non precedentemente prescritto

Da 41 settimane + 0 gg

Cod. prestazione	Prestazione	Note
89.26.5	VALUTAZIONE OSTETRICA DI CONTROLLO non associabile al cod. 89.26.2.	
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	Per valutazione quantitativa del liquido amniotico
75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA	

LOGO AZIENDA ULSS

SCHEDA A.5

Questionario

Rilevazione della qualità percepita nell'assistenza della gravidanza a basso rischio

Gentile signora,

Le chiediamo cortesemente di compilare il presente questionario. I risultati consentiranno di individuare eventuali criticità e margini di miglioramento di cui tener conto nel progettare un percorso di gestione della gravidanza a basso rischio più aderente possibile alle necessità delle donne che si rivolgono a questo Servizio.

Le chiediamo di rispondere a ciascuna domanda indicando con una X la risposta.

Nel compilare il questionario le ricordiamo che non esistono risposte giuste o sbagliate: la migliore è quella che più si avvicina alla sua esperienza.

Una volta completata la compilazione, le chiediamo di inserire il questionario nell'apposito contenitore.

1. In che modo ritiene di essere stata seguita durante il percorso?

- Scarso
- Insufficiente
- Sufficiente
- Buono
- Ottimo

2. Come valuta le informazioni ricevute?

- Scarse
- Insufficienti
- Sufficienti
- Buone
- Ottime

3. Ha avuto difficoltà ad accedere al servizio?

- Sì
- No

4. Osservazioni: _____

ANALISI GENETICHE - ELENCO PATOLOGIE

Impegnativa:

(174) 91.36.5 Estrazione di DNA

(142) 91.30.3 Analisi di segmenti di DNA mediante sequenziamento X 5 – 10 - 15

(Ripetuto secondo lo schema – vedi ultima colonna)

(codici “decreto Lorenzin”)

Malattia	Gene	Sequenziamenti (x5, x10, x15)	
Acidemia isovalerica (P005)?	IVD	10	
Acidosi tubulare renale con ipoacusia (P004)	ATP6V1B1	10	
Aciduria arginino succinica (P035)	ASL	10	
Aciduria metilmalonica (P349)	con omocistinuria, tipo cbIC	MMACHC	5
	con omocistinuria, tipo cbID	MMADHC	5
	tipo cbID, variante 2	MMADHC	5
	vitamina B12-sensibile	MMAA	5
	vitamina B12-sensibile, tipo cbIB	MMAB	5
	tipo mut0	MUT	10
Acquedotto vestibolare allargato (P467)?	FOX11	5	
	KCNJ10	5	
Amelogenesi imperfetta (P168)	tipo IB	ENAM	5
	tipo IC	ENAM	5
	tipo IE	AMELX	5
	tipo IIA1	KLK4	5
	tipo IIA2	MMP20	5
	tipo IIA3	WDR72	10
	tipo III	FAM83H	5
tipo IV	DLX3	5	
Andersen, sindrome di (P048)	KCNJ2	5	
	MYH11	15	
Aneurisma aortico toracico familiare (P030)	ACTA2	5	
	MYLK	15	
	PRKG1	10	
Antley-Bixler senza anomalie genitali o difetto della steroidogenesi, sindrome di (Sindrome di Antley-Bixler associata a FGFR2) (P034)?	FGFR2	10	
Apert, sindrome di (Acrocefalosindattilia tipo 1, ACS 1) (P034)	FGFR2	10	
Aplasia delle ghiandole lacrimali e salivari	FGF10	5	
ARCA2 (P040)	ADCK3	10	
Argininemia (P035)	ARG1	5	

Atassia di Friedrich (ricerca mutazioni puntiformi) ((P041)		FXN	5
Atassia e aprassia oculomotoria tipo 1 ((P039)		APTX	5
Atassia spinocerebellare recessiva 1, AOA2, SLA 4 (P0407)		SETX	10
Atresia Auris congenita (P467)		TSHZ1	5
Atrofia muscolare spinale con distress respiratorio, tipo 1 (P050)		IGHMBP2	10
Atrofia ottica dominante (P054)		OPA1	15
	tipo 1	GNAI3	5
Auriculocondilare, Sindrome (467)	tipo 2	PLCB4	15
	tipo 3	EDN1	5
Baraitser-Winter 2, Sindrome di		ACTG1	5
Barth, sindrome di (P057)		TAZ	5
Bart-Pumphrey, Sindrome di		GJB2	5
Bartter tipo 3, Sindrome di (P058)		CLCNKB	10
Branchiooculofacciale, Sindrome		TFAP2A	5
		EYA1	10
Branchiootorenale (BOR)/Branchiootica, Sindrome (P0459)		SIX1	5
		SIX5	5
	tipo 1	SCN5A	10
Brugada, sindrome (P036)	tipo 3	CACNA1C	15
Cantù, Sindrome (osteocondrodisplasia ipertricotica) (P075)?		ABCC9	15
		BRAF	10
		KRAS	5
Cardiofaciocutanea, Sindrome ((P074)		MAP2K1	10
		MAP2K2	10
Cardiomiopatia amiloide familiare legata alla transtiretina (P025)?		TTR	5
Cardiomiopatia dilatativa (P075)	1A	LMNA	10
	1AA, con o senza LVNC	ACTN2	10
	1BB	DSG2	10
	1C, con o senza LVNC	LDB3	10
	1CC	NEXN	10
	1D	TNNT2	10
	1DD	RBM20	10
	1E	SCN5A	10
	1EE	MYH6	15
	1FF	TNNI3	5
	1G	TTN	15
	1HH	BAG3	5
	1I	DES	5
	1II	CRYAB	5
	1J	EYA4	10
	1JJ	LAMA4	15
	1KK	MYPN	10
	1L	SGCD	5
	1M	CSRP3	5
	1MM	MYBPC3	15
	1NN	RAF1	10
	1O	ABCC9	15
	1P	PLN	5
	1R	ACTC1	5
	1S	MYH7	15
	1U	PSEN1	10

	1V	PSEN2	5
	1W	VCL	10
	1X	FKTN	10
	1Y	TPM1	10
	1Z	TNNC1	5
	2A	TNNI3	5
	con capelli lanosi e cheratoderma	DSP	10
	con capelli lanosi, cheratodermia e agenesia dentale	DSP	10
		ANKRD1	5
		CHRM2	5
		NEBL	15
		OBSCN	15
		PDLIM3	5
	1	MYH7	15
	1, Digenica	MYLK2	10
	2	TNNT2	10
	3	TPM1	10
	4	MYBPC3	15
	6	PRKAG2	10
	7	TNNI3	5
	8	MYL3	5
	9	TTN	15
	10	MYL2	5
	11	ACTC1	5
	12	CSRP3	5
	13	TNNC1	5
Cardiomiopatia ipertrofica (P077)	14	MYH6	15
	15	VCL	10
	16	MYOZ2	5
	17	JPH2	5
	18	PLN	5
	19	CALR3	5
	20	NEXN	10
	22	MYPN	10
	23, con o senza LVNC	ACTN2	10
	24	LDB3	10
	25	TCAP	5
		CAV3	5
		ANKRD1	5
Cardiomiopatia restrittiva familiare	1	TNNI3	5
	3	TNNT2	10
	4	MYPN	10
CATSHL, sindrome		FGFR3	10
Charcot-Marie-Tooth, malattia di (P084)	X-linked dominante, 1	GJB1	5
	tipo 1A	PMP22	5
	tipo 1B	MPZ	5
	tipo 1C	LITAF	5
	tipo 1D	EGR2	5
	tipo 1E	PMP22	5
	tipo 1F	NEFL	5
	tipo 2A2	MFN2	10
	tipo 2B1	LMNA	10
	tipo 2D	GARS	10
	tipo 2E	NEFL	5

	tipo 2F, assonale	HSPB1	5
	tipo 2I	MPZ	5
	tipo 2J	MPZ	5
	tipo 2K, assonale	GDAP1	5
	tipo 2S, assonale	IGHMBP2	10
	tipo 2W, assonale	HARS	10
	tipo 4A	GDAP1	5
	tipo 4C	SH3TC2	10
	tipo 4J	FIG4	10
CHARGE, sindrome (P085)		CHD7	15
		SEMA3E	10
Cheratite-ittiosi simil-istrice-sordità (KID/HID), sindrome (P467)?		GJB2	5
Cheratite-ittiosi-sordità, sindrome		GJB2	5
Cheratoderma palmo-plantare con alopecia congenita		GJA1	5
Cheratoderma palmoplantare, con sordità		GJB2	5
Cheratosi palmoplantare striata II		DSP	10
		ASS1	10
Citrullinemia (P087)	tipo II, ad esordio in età adulta	SLC25A13	10
	tipo II, ad esordio neonatale	SLC25A13	10
Colestasi intraepatica progressiva familiare, tipo 4 (P089)		TJP2	10
Convulsioni, cecità corticale, microcefalia, sindrome		DIAPH1	10
Coproporfiria		CPOX	5
Costello, sindrome (p101)		HRAS	5
Crouzon con acanthosis nigricans, syndrome (p106)		FGFR3	10
Crouzon, sindrome (p106)		FGFR2	10
Cutis laxa autosomica dominante (p108)		ELN	15
Danon, malattia di (p109)		LAMP2	10
		ADCK4	10
		COQ2	5
		COQ4	5
		COQ6	10
		COQ7	5
		COQ9	5
		PDSS1	10
		PDSS2	5
		ADCK3	10
Deficit coenzima Q10 (p113)			
Deficit del trasportatore di acidi monocarbossilici (P126)		SLC16A1	5
Deficit di Acil-CoA deidrogenasi a catena media (P126)		ACADM	10
Deficit di carbamoil-fosfato sintetasi I		CPS1	15
Deficit di carnitina acilcarnitina traslocasi (P132) ?		SLC25A20	5
Deficit di carnitina-palmitoil transferasi (P132)	tipo IA	CPT1A	10
	tipo II	CPT2	5
Deficit di GLUT1 (DeVivo, malattia di)		SLC2A1	5
Deficit di LCHAD (P121)		HADHA	10
Deficit di lipasi acida lisosomale		LIPA	5
		MCCC1	10
Deficit di metilcrotonil CoA carbossilasi		MCCC2	10
Deficit di N-acetilglutammato sintetasi (P138)		NAGS	5
Deficit di ornitina aminotransferasi (Atrofia Girata della corioide e della retina con o senza ornitinemia) (P140)		OAT	10

Deficit di ornitina transcarbamilasi (P141)		OTC	5
Deficit di VLCAD (P125)		ACADVL	10
Deficit primitivo sistemico della carnitina		SLC22A5	10
Dentinogenesi imperfetta (P153)	tipo Shields II	DSPP	5
	tipo Shields III	DSPP	5
Deplezione del DNA mitocondriale, sindrome	tipo 3 (tipo epatocerebrale)	DGUOK	5
	tipo 4A (tipo Alpers)	POLG	10
	tipo 4B (tipo MNGIE)	POLG	10
	tipo 6 (tipo epatocerebrale)	MPV17	5
Dermopatia restrittiva, letale (P155)		LMNA	10
DiGeorge, sindrome (ricerca mutazioni puntiformi) (P156)		TBX1	5
Disostosi acrofaciale post-assiale (sindrome di Miller) (P355)		DHODH	5
Disostosi acrofaciale, tipo Nager (Sindrome Nager) (P373)		SF3B4	5
Disostosi mandibolo-facciale con microcefalia, tipo Guion-Almeida (P478)?		EFTUD2	10
Displasia acromicrica		FBN1	15
	1	TGFB3	5
	2	RYR2	15
	5	TMEM43	10
Displasia aritmogena del ventricolo destro (P078)	8	DSP	10
	9	PKP2	10
	10	DSG2	10
	11	DSC2	10
	12	JUP	10
Displasia con incurvamento delle ossa FGFR2-correlata		FGFR2	10
Displasia Craniometafisaria, autosomica recessiva (P167)		GJA1	5
Displasia della dentina, tipo II (P153)		DSPP	5
Displasia ectodermica /bassa statura, sindrome (P168)		GRHL2	10
	1, ipoidrotica, X-linked	EDA	5
	2, tipo Clouston	GJB6	5
Displasia ectodermica (P168)	3, tipo Witkop	MSX1	5
Displasia ectodermica, ectrodattilia e distrofia maculare (P168)		CDH3	10
Displasia Geleofisica 2		FBN1	15
Displasia mandiboloacrale		LMNA	10
Displasia Oculodentodigitale (P175)		GJA1	5
Displasia Otospondilomegaepifisaria (da mutazione nel gene COLL11A2)		COL11A2	15
Distrofia corneale endoteliale e sordità percettiva (P195)		SLC4A11	10
Distrofia corneale endoteliale tipo 2, autosomica recessiva (195)		SLC4A11	10
Distrofia muscolare congenita da mutazione di LMNA		LMNA	10
Distrofia muscolare congenita, tipo Fukuyama		FKTN	10
	tipo 1B	LMNA	10
	tipo 1C	CAV3	5
	tipo 2F	SGCD	5
	tipo 2G	TCAP	5
	tipo 2J	TTN	15
Distrofia muscolare di Emery-Dreifuss (P191)	tipo 2R	DES	5
	1, X-linked	EMD	5
	2, Autosomica Dominante	LMNA	10

	3, Autosomia Recessiva	LMNA	10
	7, Autosomica Dominante	TMEM43	10
Distrofia muscolare tibiale, tardiva	Distrofia muscolare tibiale, tardiva	TTN	15
DOOR, sindrome (sindrome sordità, oncodistrofia, osteodistrofia e ritardo mentale) (467)?		TBC1D24	5
Ectopia del cristallino, familiare (P342)		FBN1	15
Ehlers-Danlos tipo IV, Sindrome (P199)		COL3A1	15
Epidermolisi bollosa acantolitica letale (P210)		DSP	10
Epstein, sindrome di		MYH9	15
Eritrocheratoderma variabile e progressiva (P221)		GJA1	5
Fechtner, sindrome di		MYH9	15
Fenilchetonuria (P227)		PAH	10
Fibrillazione ventricolare familiare, 1 (P463)		SCN5A	10
Fibrocondrogenesi 2 (P080)		COL11A2	15
Fragilità cutanea-capelli lanosi, sindrome (P078)		DSP	10
Gaucher, malattia di (P239)		GBA	10
Gitelman, sindrome di		SLC12A3	10
	Tipo 1	GCDH	10
	Tipo 2	ETFB	5
Glutarico Aciduria (P005)	Tipo 2	ETFDH	10
	Tipo 2	ETFA	10
Holt-Oram, sindrome di (P249)		TBX5	5
Hutchinson-Gilford, progeria (P427)		LMNA	10
Iperaldosteronismo familiare, tipo III (P430)?		KCNJ5	5
Iperornitinemia-iperammoniemia-omocitrullinemia, sindrome		SLC25A15	5
Ipocondroplasia (P284)		FGFR3	10
Ipotricosi, congenita, con distrofia maculare giovanile ((P183)		CDH3	10
IVIC, sindrome (SALL4	5
Jackson-Weiss, Sindrome di		FGFR2	10
		KCNQ1	10
Jervell e Lange-Nielsen (P463)	tipo 2	KCNE1	5
Keutel sindrome (Matrix acido Carbossiglutarico)		MGP	5
		FGF10	5
Lacrimo-auriculo-dento-digitale, sindrome (Sindrome LADD)		FGFR2	10
		FGFR3	10
Legius, sindrome di (P306)		SPRED1	5
	2	PTPN11	10
LEOPARD, sindrome (P308)	2	RAF1	10
	3	BRAF	10
Leucodistrofia ipomielinizzante, 11		POLR1C	5
Lipodistrofia congenita generalizzata, tipo 4		PTRF	5
Lipodistrofia familiare parziale, 2		LMNA	10
Loeys Dietz 1 (P342)	1	TGFBR1	5
	2	TGFBR2	5
	3	SMAD3	5

	4	TGFB2	5
	5	TGFB3	5
Macrotrombocitopenia e sordità neurosensoriale progressiva (417)		MYH9	15
Marfan, sindrome di (P342)		FBN1	15
Marshall-Smith, sindrome di (P468)		NFIX	10
MASS, sindrome (P342)		FBN1	15
Miopatia da deficit di CPT II		CPT2	5
Miopatia distale alfa B cristallina-correlata a esordio tardivo		CRYAB	5
Miopatia distale di Laing		MYH7	15
	1	DES	5
Miopatia miofibrillare	2	CRYAB	5
	4	LDB3	10
	6	BAG3	5
Miopatia prossimale ereditaria con insufficienza respiratoria precoce		TTN	15
Miopatia, ad esordio precoce, con cardiomiopatia fatale		TTN	15
Miopatia, distale, tipo Tateyama		CAV3	5
Mucopolisaccaridosi 1 (Hurler, malattia di) (P371)		IDUA	10
Muenke, sindrome di (P372)		FGFR3	10
Naxos, malattia di (P078)		JUP	10
Neurofibromatosi tipo 1 (P381)		NF1	15
Neurofibromatosi tipo 2 (P382)		NF2	10
Neuropatia uditiva, autosomica dominante, 1 (P386)		DIAPH3	10
Nieman Pick tipo C, malattia di (P392)		NPC1	10
	1	PTPN11	10
	3	KRAS	5
	4	SOS1	10
Noonan, sindrome di (P394/437)?	5	RAF1	10
	6	NRAS	5
	7	BRAF	10
	8	RIT1	5
	10	LZTR1	10
Noonan-simile con capelli loose-anagen, sindrome di (P437)		SHOC2	5
Noonan-simile, sindrome di (P437)		CBL	10
Oftalmoplegia esterna progressiva, 1 (P395)		POLG	10
Okhiro, Sindrome (Sindrome Duane-raggio radiale) (P397)		SALL4	5
		PAX9	5
Oligodontia (P449/168)		MSX1	5
		EDA	5
Omocistinuria, tipo cbID, variante 1		MMADHC	5
Pendred, sindrome di (P413)		SLC26A4	10
Peters-plus, sindrome		B3GALTL	10
Pompe, malattia di		GAA	10
Porfiria (P425)	acuta intermittente	HMBS	10
	cutanea tarda	UROD	5
	epatica acuta	ALAD	10
	eritropoietica congenita	UROS	5

	variegata	PPOX	10	
Propionico acidemia (P005)		PCCA	10	
		PCCB	10	
		ALAS2	10	
Protoporfiria eritropoietina (P425)		FECH	10	
	1	KCNH2	10	
QT Breve, sindrome (P463)	2	KCNJ2	5	
	3	KCNQ1	10	
	1	KCNQ1	10	
QT Lungo, sindrome (P463)	2	KCNH2	10	
	3	SCN5A	10	
	4	ANK2	15	
	5	KCNE1	5	
	6	KCNE2	5	
	9	CAV3	5	
	10	SCN4B	5	
	12	SNTA1	5	
	13	KCNJ5	5	
	14	CALM1	5	
	Roussy-Levy, sindrome (P083)		MPZ	5
			PMP22	5
			LZTR1	10
	Schwannomatosi (P450)		NF2	10
		SMARCB1	5	
Sebastian, sindrome di		MYH9	15	
SESAME, sindrome		KCNJ10	5	
Sindattilia, tipo III		GJA1	5	
Sordità, autosomica dominante (P467)	1	DIAPH1	10	
	2A	KCNQ4	10	
	2B	GJB3	5	
	3A	GJB2	5	
	3B	GJB6	5	
	4A	MYH14	15	
	4B	CEACAM16	5	
	5	DFNA5	5	
	6/14/38	WFS1	5	
	9	COCH	10	
	10	EYA4	10	
	11	MYO7A	15	
	13	COL11A2	15	
	15	POU4F3	5	
	17	MYH9	15	
	20/26	ACTG1	5	
	22	MYO6	15	
	22, con cardiomiopatia ipertrofica	MYO6	15	
	23	SIX1	5	
	25	SLC17A8	10	
	28	GRHL2	10	
	36	TMC1	10	
	39, con dentinogenesi	DSPP	5	

	40	CRYM	5
	41	P2RX2	5
	44	CCDC50	10
	48	MYO1A	10
	50	MIR96	5
	56	TNC	10
	64	DIABLO	5
	65	TBC1D24	5
	67	OSBPL2	10
	1A	GJB2	5
	1B	GJB6	5
	2	MYO7A	15
	4, con acquedotto vestibolare allargato	SLC26A4	10
	7	TMC1	10
	8/10	TMPRSS3	10
Sordità, autosomica recessiva (P467)	25	GRXCR1	5
	37	MYO6	15
	53	COL11A2	15
	74	MSRB3	5
	76	SYNE4	5
	77	LOXHD1	15
	84A	PTPRQ	15
	86	TBC1D24	5
Sordità, con aplasia labirintica, microtia, e microdontia (Sindrome LAMM)		FGF3	5
	1	PRPS1	5
Sordità, X-linked (P467)	2	POU3F4	5
	4	SMPX	5
		NSD1	10
Sotos, sindrome di (P468)	tipo 2	NFIX	10
Stenosi aortica sopravvalvolare		ELN	15
Stickler tipo III, sindrome (P090)		COL11A2	15
Tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica, 4 (P036)		CALM1	5
Tetralogia di Fallot		GATA4	5
		TBX1	5
Timothy, sindrome di (P036)		CACNA1C	15
Tirosinemia	tipo I	FAH	10
	tipo II	TAT	10
Tortuosità delle arterie, sindrome da		SLC2A10	5
Townes-Brocks, sindrome (P477)		SALL1	5
	1	TCOF1	10
Treacher Collins, sindrome di (P478)	2	POLR1D	5
	3	POLR1C	5
Trico dento ossea, sindrome (P168)		DLX3	5
		BCKDHA	5
Urine a sciroppo d'acero, malattia (P005)		BCKDHB	10
		DBT	10
	tipo 1B	MYO7A	15
Usher, sindrome (P485)	tipo 3A	CLRN1	5
	tipo 3B	HARS	10
Velocardiofaciale, sindrome (mutazioni puntiformi) (P156)		TBX1	5
Ventricolo sinistro non compatto (P075)	1, con o senza difetti cardiaci	DTNA	10

	congeniti	
	3	LDB3 10
	4	ACTC1 5
	5	MYH7 15
	6	TNNT2 10
	9	TPM1 10
	10	MYBPC3 15
Wilson, Malattia di (P493)		ATP7B 10
Wolfram, sindrome di (P494)		WFS1 5
Wolman, malattia di		LIPA 5
		DDB2 5
		ERCC2 10
		ERCC3 10
Xeroderma Pigmentosum		ERCC4 10
		ERCC5 10
		POLH 5
		XPA 5
		XPC 10
Yunis-Varon, sindrome di (P083)		FIG4 10

(rev 02/05/2016)

Per la diagnosi prenatale si distinguono 3 categorie di pazienti:

- pazienti ad alto rischio per anomalie genetiche**
- pazienti con feti affetti da anomalie strutturali rilevate ecograficamente**
- pazienti a basso rischio**

Età materna	R.alla nascita	R. all'amniocentesi	R. alla villocentesi
20	1:526		
25	1:476		
30	1:385		
35	1:202	1:141	1:118
36	1:163	1:112	1:93
37	1:129	1:88	1:72
38	1:103	1:70	1:56
39	1:82	1:56	1:44
40	1:65	1:45	1:34
41	1:51	1:35	1:27
42	1:40	1:28	1:21
43	1:32	1:22	1:16
44	1:25	1:18	1:13
45	1:20	1:14	1:10
46	1:16	1:11	1:8
47	1:12	1:9	1:6
48	1:10	1:7	
49	1:8	1:6	

Rischio di anomalie cromosomiche in rapporto all'età materna

Incidenza e ricorrenza di alcune malattie genetiche dovute a mutazione di un singolo gene

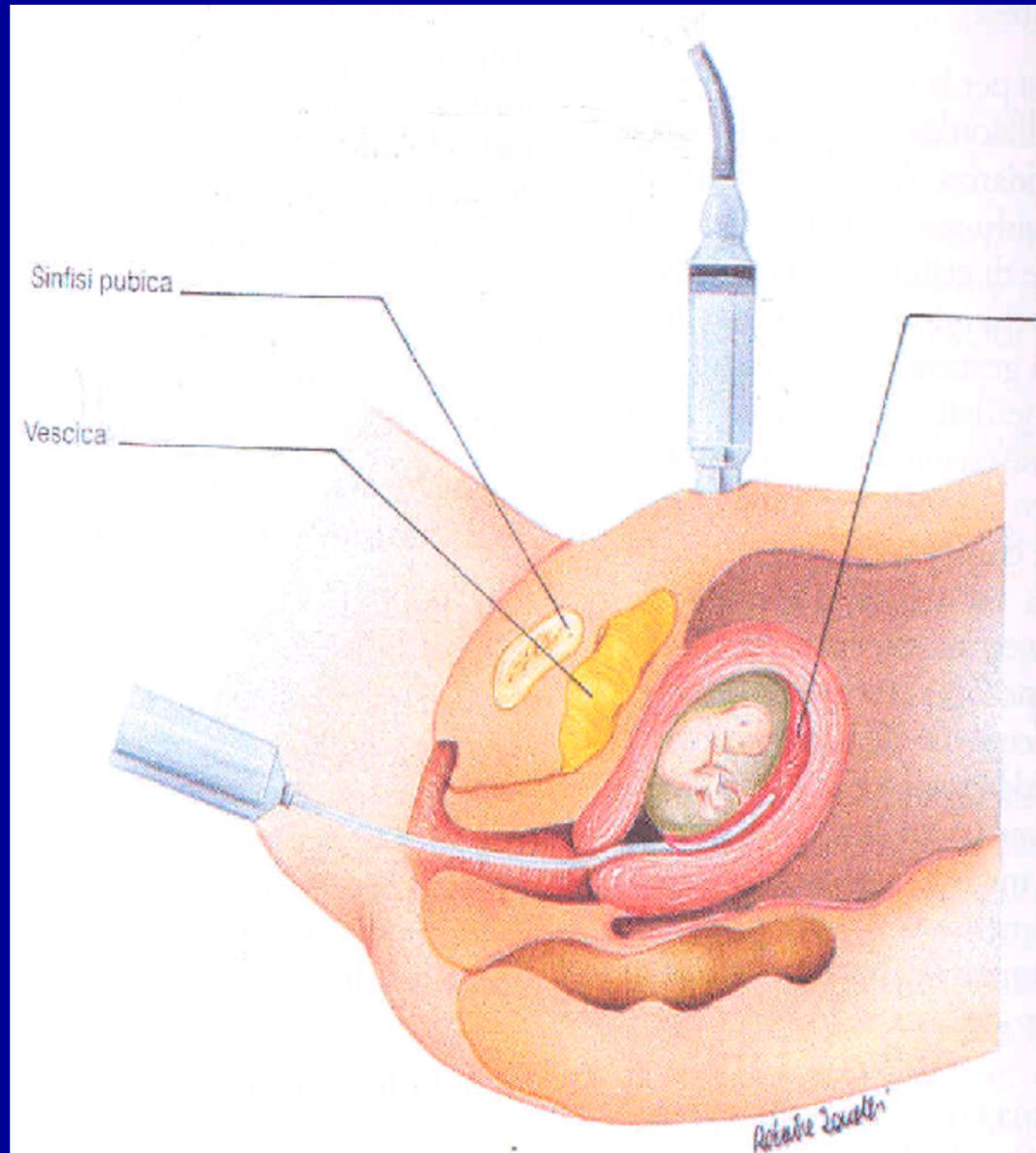
	Incidenza nei nati vivi	Rischio di ricorrenza
<u><i>Autosomiche dominanti</i></u>		1:2 (50 %)
Ipercolesterolemia familiare	1:500	
Corea di Huntigton	1:5.000	
Sindrome di Marfan	1:20.000	
Osteogenesi imperfetta	1:25.000	
<u><i>Autosomiche recessive</i></u>		1:4 (25 %)
Fibrosi cistica	1:2.500	
Fenilchetonuria	1:12.000	
Mucopolisaccaridosi	1:25.000	
Glicogenosi	1:50.000	
<u><i>Legate al cromosoma X</i></u>		1:4 (25 %) 50 % nei maschi
Distrofia muscolare di Duchenne	1:7.000	
Emofilia	1:10.000	

Indicazioni alla diagnosi prenatale genetica

- ❑ età della gestante > 35 anni alla data presunta del parto
- ❑ riarrangiamento cromosomico (traslocazioni) in uno dei due genitori
- ❑ anomalia genetica in un precedente figlio
- ❑ anomalia genetica nei familiari
- ❑ precedenti DTN nei figli precedenti o nei parenti di 1° o 2° grado
- ❑ 2 o + aborti o morti intrauterine nelle gravidanze precedenti
- ❑ esposizione ad agenti potenzialmente teratogeni
- ❑ positività ad uno dei precedenti metodi di screening
- ❑ malformazioni fetali ecograficamente identificate

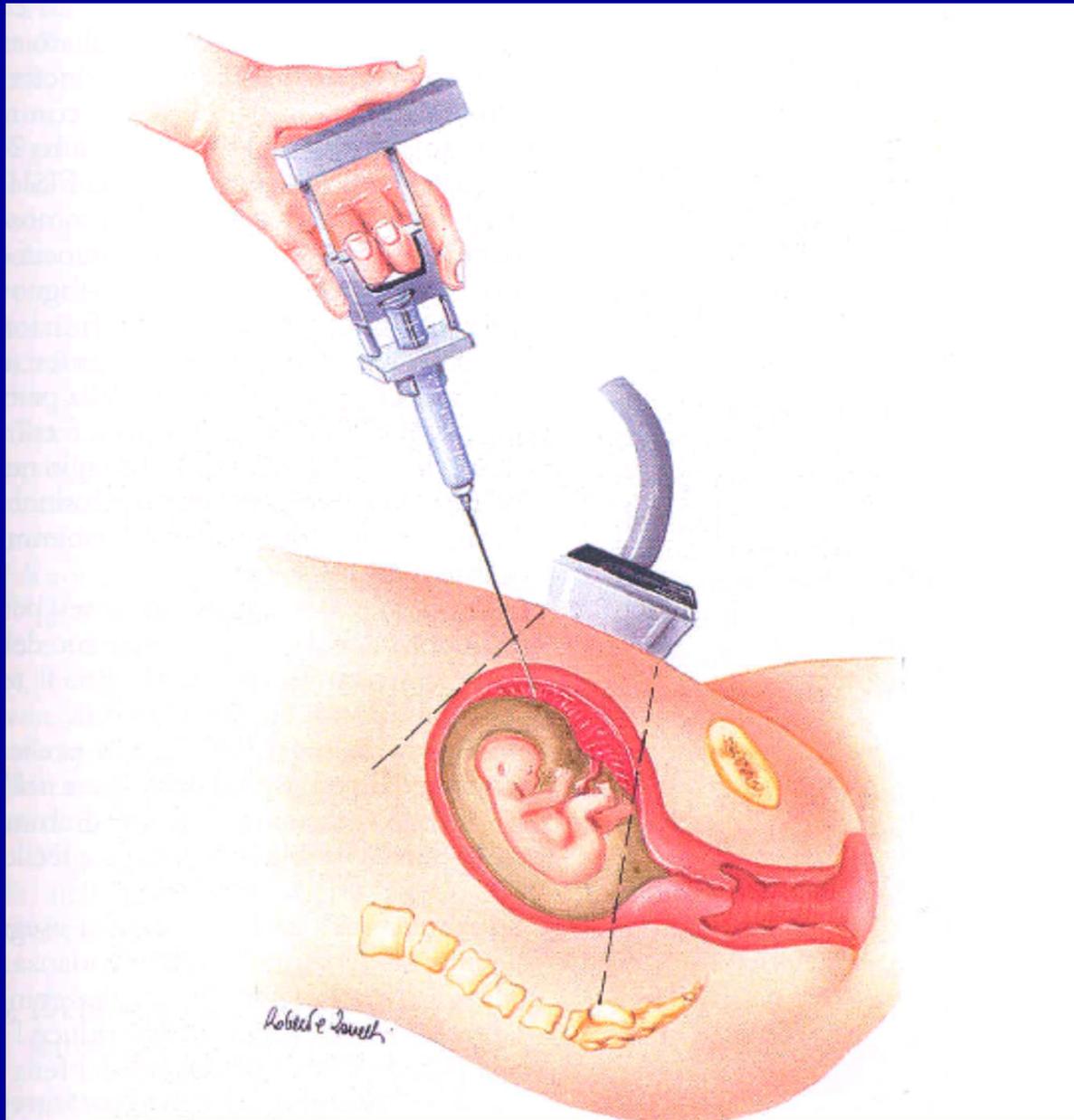
Metodiche di diagnosi prenatale

- **Dosaggio AFP nel L.A.**
- **Villocentesi (tra la 10[^]- 12[^] s.g.)**
 - ✓ transcervicale
 - ✓ transaddominale
 - ✓ transvaginale (attraverso il fornice posteriore nei casi di utero retroverso e placenta posteriore)
- **Amniocentesi (tra la 16[^]- 18[^] s.g.)**
- **Funicolocentesi o cordocentesi (dopo la 18[^] s.g.)**
- **Ecografia “morfologica”**



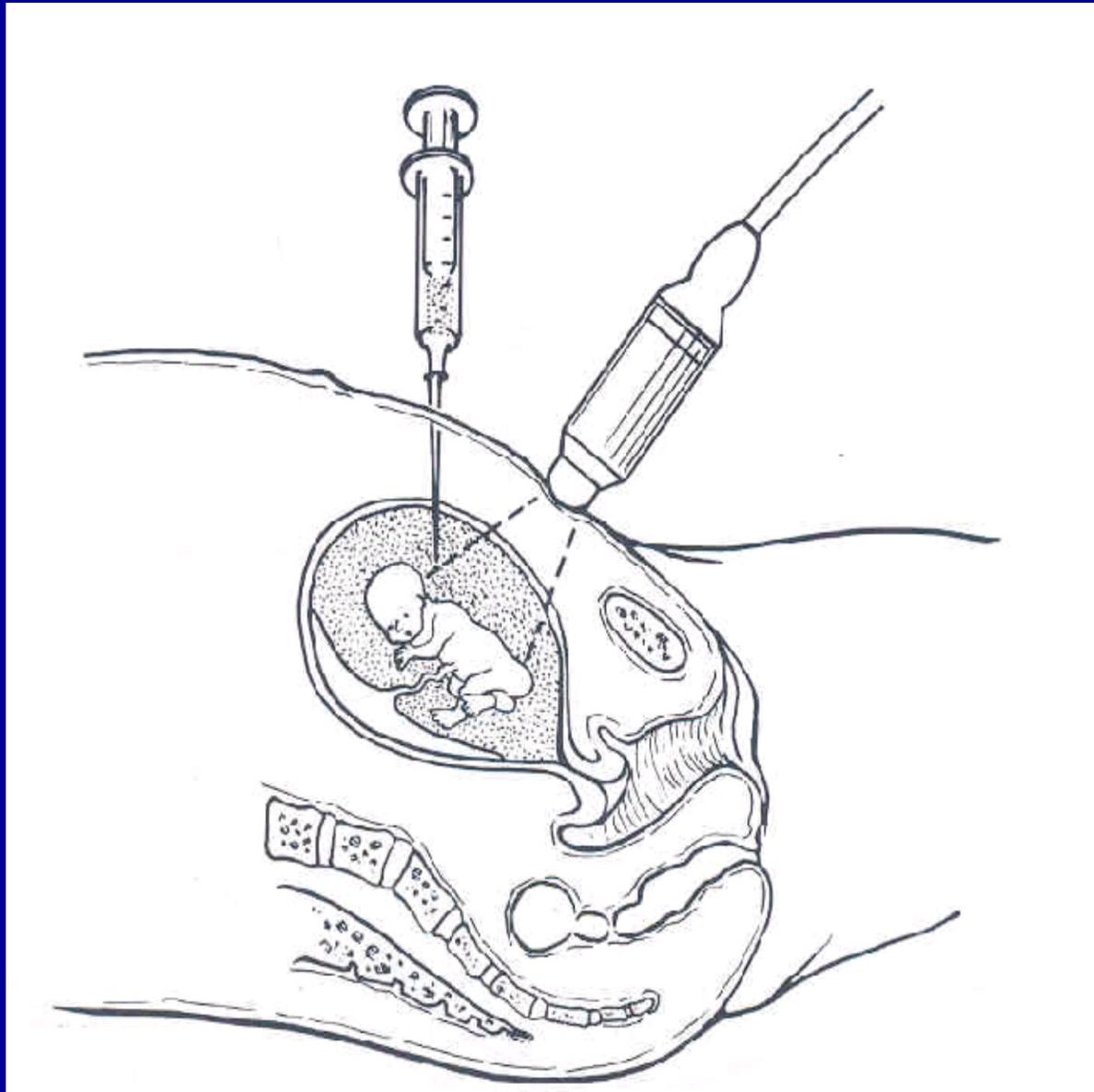
Villocentesi transcervicale

**E' la prima metodica
di Villocentesi ideata
da Brambati e Coll.,
attualmente
praticamente
abbandonata**



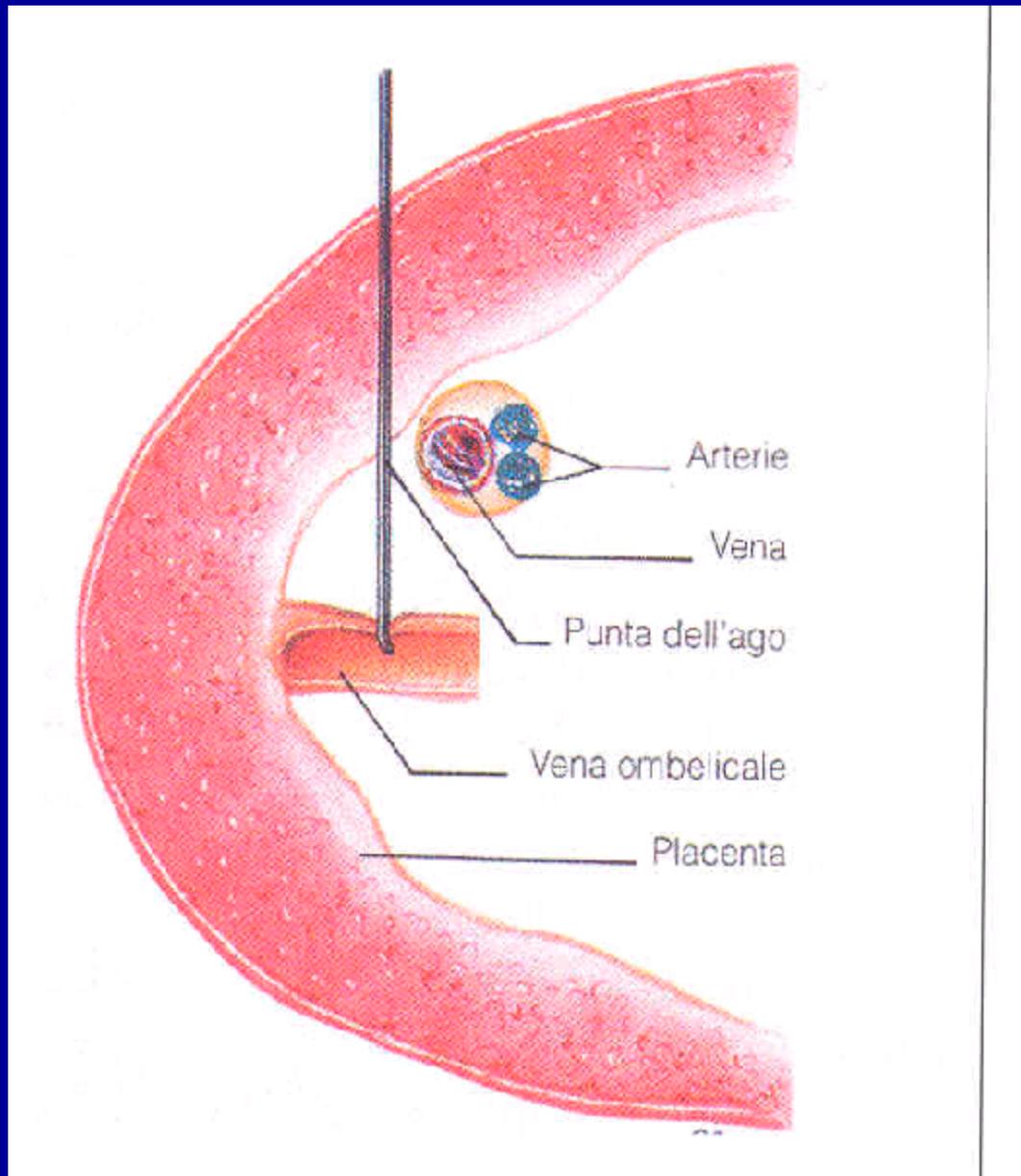
Villocentesi transaddominale

**E' attualmente la
metodica di
Villocentesi più
adoperata nel
mondo**



Amniocentesi
transaddominale
ecoguidata

**E' la metodica di
diagnosi prenatale
proposta per
prima, ma è
ancora oggi la più
adoperata nel
mondo.**



Funicolocentesi o Cordocentesi

**E' sicuramente la
metodica di diagnosi
prenatale più
cruenta e va
riservata solo a
situazioni particolari
o quando bisogna
prendere decisioni
terapeutiche a breve
distanza**

Ecografia Morfologica

- cardiopatie congenite
- malformazioni del torace e del tubo digerente
- malformazioni dell'apparato urinario
- malformazioni del sistema nervoso centrale
- malformazioni della faccia e del collo
- malformazioni scheletriche

Accuratezza diagnostica dell'Ecografia Ostetrica nel 2° trimestre di gravidanza

Autori	anni	S.G.	Sensibilità (%)	Specificità (%)
Rosendhal e Kivinen	'80-88	18	39	99,90
Saari- Kempainen	'86-87	16-20	40	99,80
Chitti et Al.	'88-89	18-20	74	99,98
Levi et Al.	'84-89	16-20	21	100,00
Shirley et Al.	'89-90	19	60	99,98
Luck	'88-91	19	85	99,90
Ewigman	'87-91	15-22	17	-
Levi et al.	'90-92	16-20	41	99,90



DPT SDB-Salute Donna Bambino
UOC Clinica Ginecologica Ostetrica
Direttore: Prof. G.B. Nardelli

PROCEDURA per SOMMINISTRARE i VACCINI in GRAVIDANZA

>I Vaccini possono essere eseguiti nel III Trimestre di Gravidanza, dopo la 28^a sett.

>I Vaccini eseguibili in gravidanza sono :

Anti Pertosse – Anti Difterite - Anti Tetano (Boostrix Trivalente.)

>Il Vaccino anti Influenzale può cambiare di anno in anno e può essere effettuato solo d'inverno (Vaxigrip Tetra).

Modalità: Il Ginecologo curante :_

- 1)-accerta e allega i referti della pregressa immunità: presenza/assenza di IgG specifiche
- 2)-allega la **RICHIESTA DI VACCINAZIONE SCRITTA**, assumendosi la responsabilità della corretta indicazione , delle condizioni permettenti (allergie specifiche o aspecifiche, ecc.) e della compatibilità con il benessere materno-fetale.
- 3)-deve prendere contatti diretti con un Medico Strutturato, specificandone il nome e cognome nella lettera di richiesta, creando un riferimento medico per la vaccinazione.
- 4)-deve far firmare il Consenso informato alla paziente.

Tutte la Vaccinazioni in Gravidanza vengono registrate su apposito registro/file e la documentazione verrà archiviata come prestazione ambulatoriale : *Richiesta del Medico Curante, Tipo di vaccino, Lotto, Tracciati CTG pre-post vaccino, copia impegnativa per somministrazione di farmaco, consenso informato.*

Tutta questa parte amministrativa è a carico del personale infermieristico / ostetrico del Reparto di DH (Coordinatrice Dott.ssa Loretta Zagolin) che comunicherà la avvenuta vaccinazione all'ULSS 6 Euganea (Dott.ssa Ivana Simoncello).

La vaccinazione avviene sotto il diretto controllo di un Medico Strutturato/Prescrittore/Indicato . Trattandosi di Atto Medico, il personale infermieristico / ostetrico non può richiedere/autorizzare alcuna vaccinazione ma solo eseguirla in collaborazione con il Medico Responsabile della vaccinazione e della specifica paziente.

Paziente Gravida Esterna : se non è ricoverata, la paziente deve acquistare in farmacia il Vaccino : Boostrix Trivalente (Difterite, Tetano e Pertosse), con la ricetta bianca del Ginecologo Richiedente. Il Vaccino non è contemplato nei LEA.

La PAZIENTE fornirà : 1)-un documento di identità e la tessera sanitaria; 2)-il vaccino acquistato in farmacia, che è a carico della paziente



DPT SDB-Salute Donna Bambino
UOC Clinica Ginecologica Ostetrica
Direttore: Prof. G.B. Nardelli

Paziente Gravida Ambulatoriale : se non è ricoverata, la paziente deve acquistare in farmacia il Vaccino : Boostrix Trivalente (Difterite, Tetano e Pertosse), con la ricetta bianca del Ginecologo Richiedente. Il Vaccino non è contemplato nei LEA.
La PAZIENTE fornirà : 1)-un documento di identità e la tessera sanitaria; 2)-il vaccino acquistato in farmacia, che è a carico della paziente

Paziente Gravida Ricoverata : se è ricoverata, i Medici di Reparto, espletati i dovuti controlli circa la presenza/assenza di immunità ed escluse le possibili controindicazioni, e raccolto il consenso informato firmato della paziente, richiedono il Vaccino alla Farmacia dell'Azienda Ospedaliera di Padova, che provvederà a fornirlo.

MODALITA' di ACCESSO all' AMBULATORIO VACCINI in GRAVIDANZA:

- >Telefonare alla Coordinatrice del Day Hospital: Dott.ssa Loretta Zagolin al n° 049 821 4435 per fissare un appuntamento, al mattino;
- >La Coordinatrice avviserà: --il Medico Strutturato/Prescrittore/Indicato
--il servizio di CTG;
- >Il giorno concordato la paziente pagherà il ticket prima di effettuare la vaccinazione per : >>>1 impegnativa (*Visita Ostetrica e 2 Tracciati CTG*),
>>>1 impegnativa per *iniezione di sostanza terapeutica*
- >L'accesso in reparto sarà alle ore 9.00, circa,
- >Prima del vaccino verrà eseguito un tracciato computerizzato CTG;
- >Il vaccino sarà somministrato sul M. Deltoide del braccio dx o sx dal personale infermieristico/ostetrico alla presenza del Medico strutturato/prescrittore/ indicato
- >Dopo il vaccino verrà eseguito un tracciato CTG ed una osservazione di 1 ora circa.
- > I tracciati CTG verranno firmati dal Medico Strutturato/Prescrittore/Indicato,
- >Il rientro a domicilio verrà autorizzato dal Medico Strutturato/Prescrittore/Indicato.

REGIONE VENETO
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PADOVA
DPT SALUTE DONNA BAMBINO - SDB
U.O.C. di CLINICA GINECOLOGICA E OSTETRICA
Direttore: Prof. Giovanni B. Nardelli
P.O. 35128 - c.f.: 80000000296



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

UFFICIO 5 PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI E PROFILASSI INTERNAZIONALE

A

Assessorati alla Sanità Regioni
Statuto ordinario e speciale

Federazione nazionale degli ordini dei medici
chirurghi e degli odontoiatri

Assessorati alla Sanità Province
Autonome Trento e Bolzano

Comando carabinieri tutela della salute – NAS
sede centrale

U.S.M.A.F. – S.A.S.N.

Istituto Superiore di Sanità

AIFA

Croce rossa italiana
Reparto nazionale di sanità pubblica

Ministero della difesa
Stato maggiore della difesa
Ispettorato generale della sanità

Istituto nazionale per la promozione della salute
delle popolazioni migranti e per il contrasto delle
malattie della povertà (INMP)

OGGETTO: Vaccinazioni raccomandate per le donne in età fertile e in gravidanza

Le vaccinazioni sono uno degli strumenti preventivi più efficaci in Sanità Pubblica. Esse sono in grado di prevenire, in modo efficace e sicuro, lo sviluppo di alcune malattie infettive, le loro complicanze e la loro diffusione. Esse hanno un impatto rilevante in termini di riduzione dell'incidenza delle malattie stesse e di possibili decessi ad esse correlati, nonché di diminuzione delle sequele a breve e lungo termine e dei costi legati all'assistenza durante e dopo la malattia.

L'uso delle vaccinazioni, oltre che per la protezione di specifiche classi di età in cui sono maggiori i rischi, deve tenere in considerazione anche specifiche esigenze, ad esempio legate a particolari condizioni di vita, di lavoro e di salute. Tra le condizioni più comuni che possono beneficiare delle vaccinazioni c'è, sicuramente, la gravidanza, come sottolineato anche nel PNPV 2017-2019.

Scopo del presente documento è ribadire l'importanza delle vaccinazioni come strumento di promozione della salute della donna in età fertile, in previsione e durante la gravidanza, proteggendo se stessa e il nascituro da alcune specifiche patologie infettive.

Vaccinazioni in età fertile

Alcune malattie possono incidere negativamente sulla fertilità o avere conseguenze sull'esito di una gravidanza. Di conseguenza, per le donne in età fertile sono indicate, se non già immuni, le vaccinazioni contro morbillo, parotite, rosolia, varicella e papilloma virus (HPV). Di grande importanza è anche il richiamo decennale della vaccinazione contro difterite, tetano e pertosse.

Vaccinazione anti morbillo-parotite-rosolia (MPR) e varicella

L'eliminazione di morbillo e rosolia congenita è una priorità assoluta, riconosciuta anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che ha definito un piano mondiale a cui l'Italia ha aderito. È, quindi, necessario utilizzare tutte le occasioni possibili per verificare lo stato immunitario della donna nei confronti di morbillo, parotite e rosolia; in assenza di immunizzazione anche solo verso una delle malattie elencate, è opportuno proporre attivamente la vaccinazione con due dosi di vaccino MPR, con un intervallo di un mese tra le dosi.

Per le donne in età fertile, in considerazione del maggior rischio di sviluppare complicanze gravi in età adulta e dei seri rischi per la salute embrio-fetale, conseguenti all'infezione naturale contratta da una donna in gravidanza, è consigliabile valutare lo stato immunitario contro la varicella e, se necessario, proporre attivamente la vaccinazione.

Attualmente sono in commercio sia vaccini trivalenti MPR e monovalenti varicella, sia vaccini tetravalenti MPR-V.

Vaccinazione anti-HPV

Secondo il PNPV 2017-2019, il dodicesimo anno di vita (dal compimento dell'11° compleanno al compimento del 12°) rappresenta l'età raccomandata per l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione anti-HPV. Cionondimeno, benefici possono derivare anche dalla somministrazione del vaccino in età superiore, specialmente se prima del debutto sessuale. È opportuno consigliare la vaccinazione anti-HPV, alle donne in età fertile non vaccinate in precedenza, utilizzando, ad esempio, l'occasione dell'invito al primo screening per la citologia cervicale (Pap-test o HPV test). Si rimanda alle strategie vaccinali attuate dalle singole Regioni (gratuità o regime di co-pagamento) per tutte le fasce d'età superiori ai 12 anni.

Vaccinazione contro difterite, tetano, pertosse (dTpa)

Nel corso della vita è raccomandata la somministrazione periodica (ogni 10 anni) della vaccinazione dTpa con dosaggio per adulti, che deve essere offerta in modo attivo, individuando le occasioni e le modalità più opportune per tale offerta. Un'alta copertura con questa vaccinazione consente di limitare la circolazione del batterio della pertosse e ridurre i casi di malattia, offre protezione individuale nei confronti del tetano in seguito a traumi e ferite, limitando l'impatto della profilassi post-esposizione, e permette di evitare che la difterite possa tornare nel nostro Paese.

Vaccinazioni in previsione di una gravidanza

In previsione di una gravidanza, le donne in età fertile è necessario siano protette nei confronti di morbillo-parotite-rosolia (MPR) e della varicella, dato l'elevato rischio, per il nascituro, derivanti dall'infezioni materna durante la gravidanza, specie se si verifica nelle prime settimane di gestazione. Per la varicella contratta nell'immediato periodo pre-parto, il rischio, oltre che per il nascituro, può essere molto grave anche per la madre.

Poiché sia il vaccino MPR che quello della varicella sono controindicati in gravidanza, è necessario che, al momento dell'inizio della gravidanza, la donna sia vaccinata regolarmente (con due dosi) da almeno un mese.

Vaccinazione anti morbillo-parotite-rosolia (MPR)

Nel 2000, su un totale, a livello globale, di 1,7 milioni di morti infantili causate da malattie prevenibili con la vaccinazione, circa il 46% era attribuibile al morbillo, una malattia apparentemente banale che può causare numerose complicanze, anche serie, come l'encefalite e la panencefalite sclerosante subacuta, che possono condurre al decesso. Grazie alla vaccinazione ed all'avvio di un piano globale per l'eliminazione, il numero dei decessi associati al morbillo è diminuito dell'84% dal 2000 al 2016. Il morbillo continua, però, a circolare in Italia, come in altri Paesi, in quanto le coperture vaccinali non hanno ancora raggiunto la soglia raccomandata del 95% e per l'accumulo negli anni di soggetti suscettibili, oggi adulti. Se contratto in gravidanza è associato ad un maggior rischio di complicanze (in particolare polmonite) e mortalità materne rispetto all'atteso. Alcuni studi hanno, inoltre, riscontrato un rischio aumentato di aborto spontaneo, morte intrauterina, parto pretermine; tale rischio sembra essere più elevato in caso di infezione nel primo e secondo

trimestre di gravidanza. L'infezione in prossimità del parto può aumentare il rischio di morbillo neonatale, condizione gravata da una significativa mortalità.

La rosolia è solitamente una patologia benigna che presenta raramente complicanze (per lo più artralgie e artriti transitorie). Diventa, però, pericolosa durante la gravidanza, soprattutto se la madre contrae l'infezione nel primo trimestre: infatti, più precoce è l'infezione, maggiore è il rischio di danno embrio-fetale (intorno al 90%). La rosolia, in questi casi, può essere responsabile di serie conseguenze nel prodotto del concepimento, quali aborto spontaneo, morte intrauterina del feto, gravi malformazioni fetali e nel bambino, come difetti della vista, sordità, anomalie cardiache e ritardo di acquisizione delle tappe dello sviluppo. In Italia, nel periodo gennaio 2005 - febbraio 2018 sono stati notificati 173 casi di rosolia in gravidanza e 88 casi di rosolia congenita. Tra i casi di rosolia in gravidanza si è registrato un nato morto, un aborto spontaneo e 32 interruzioni volontarie di gravidanza. Tra i casi di rosolia congenita, 65 bambini hanno riportato almeno una manifestazione clinica, tra cui le più frequenti sono state: cardiopatia congenita (44), sordità/ipoacusia (31), cataratta (13), meningoencefalite (12) e microcefalia (11).

La parotite è un'infezione lieve nel bambino, mentre nell'adulto sono frequenti le complicanze quali encefalite, meningite, pancreatite e danni all'udito. Se contratta durante le prime 12 settimane di gravidanza è associato a un'alta percentuale di aborto spontaneo (25%), ma non comporta il rischio di malformazioni nel feto.

Vaccinazione anti-varicella

La varicella provoca nell'adulto, particolarmente nella donna incinta, complicanze molto più frequenti che nel bambino, quali polmonite, superinfezioni batteriche, meningite o encefalite; inoltre, durante la prima metà della gravidanza, potrebbe causare malformazioni congenite con gravi lesioni della pelle, delle ossa, degli occhi e del cervello. Pertanto, in soggetti anamnesticamente negativi per la malattia, così come nei soggetti che non siano già stati vaccinati in precedenza, è opportuno utilizzare tutte le occasioni possibili per offrire attivamente la vaccinazione contro la varicella.

Vaccinazioni durante la gravidanza

La gravidanza rappresenta uno dei momenti più critici nella vita di una donna, durante la quale le preoccupazioni e le responsabilità legate alla salute della vita in grembo aumentano, così come i timori di assumere farmaci con potenziali effetti indesiderati sul feto. Tuttavia, proprio la somministrazione del vaccino dTpa in gravidanza è legato alla protezione della donna e del nascituro.

Non esistono evidenze che dimostrino un rischio fetale legato alla vaccinazione della gestante con vaccini a microrganismi inattivati o con tossoide. Al contrario, la presenza di anticorpi (trans-placentari) nel neonato riduce il rischio di malattie prevenibili da vaccino nelle prime settimane-mesi di vita, quando il sistema immunitario del neonato è ancora immaturo.

È stato osservato che le madri trasferiscono anticorpi al prodotto del concepimento, offrendogli così un certo grado di protezione contro malattie quali il morbillo, la difterite e poliomielite. Gli anticorpi materni sono in grado di proteggere i neonati dalle infezioni, e modificare la severità delle malattie infettive nei bambini, per un periodo di tempo variabile, a seconda del livello di trasmissione placentare e il tasso di decadimento degli anticorpi acquisiti passivamente. La trasmissione transplacentare di anticorpi è un processo selettivo, attivo e intracellulare, che inizia intorno alla 17^a settimana di gestazione e progressivamente aumenta, fino alla 40^a settimana, quando le IgG fetali raggiungono livelli più elevati rispetto a quelle materne. Tuttavia, i livelli di IgG fetali sono influenzati da diversi fattori, tra cui concentrazione delle stesse nel sangue materno, anomalie della placenta, tipo di vaccino eventualmente ricevuto, età gestazionale al parto e tempo intercorso tra la vaccinazione e il parto.

Nel corso di ogni gravidanza e per ogni successiva gestazione sono raccomandate le vaccinazioni anti-dTpa e anti-influenza (se la gestazione si verifica nel corso di una stagione influenzale).

Vaccinazione contro difterite, tetano, pertosse (dTpa)

Di grande rilievo è la vaccinazione dTpa durante ogni gravidanza, anche se la donna in gravidanza sia già stata vaccinata o sia in regola con i richiami decennali o abbia contratto la pertosse. Infatti, la pertosse

contratta nei primi mesi di vita può essere molto grave o persino mortale, la fonte di infezione è frequentemente la madre, e la protezione conferita passivamente da madri infettate dal bacillo della pertosse o vaccinate molti anni prima è labile e incostante. Per tali motivi, vaccinare la madre nelle ultime settimane di gravidanza consente il trasferimento passivo di anticorpi in grado di proteggere il neonato fino allo sviluppo di una protezione attiva attraverso la vaccinazione del bambino. Il periodo raccomandato per effettuare la vaccinazione è il terzo trimestre di gravidanza, idealmente intorno alla 28^a settimana, al fine di consentire alla gestante la produzione di anticorpi sufficienti e il conseguente passaggio transplacentare. In considerazione del fatto che gli anticorpi anti-pertosse si riducono progressivamente con il trascorrere del tempo, è raccomandato effettuare la vaccinazione dTpa ad ogni gravidanza: questo potrà garantire il passaggio di un alto livello di IgG ad ogni nascituro.

Il vaccino dTpa si è dimostrato sicuro sia per la donna in gravidanza, sia per il feto.

Vaccinazione anti-influenzale

La vaccinazione anti-influenzale è raccomandata e offerta gratuitamente alle donne che all'inizio della stagione epidemica dell'influenza si trovino nel secondo o terzo trimestre di gravidanza. Infatti, l'influenza stagionale aumenta il rischio di ospedalizzazione materna, prematurità, parto cesareo, distress fetale, basso peso del nascituro e interruzione di gravidanza. Anche nei neonati al di sotto dei 6 mesi di vita, per cui non esiste ancora un vaccino, l'influenza aumenta il rischio di malattia severa e complicanze.

La vaccinazione in gravidanza ha, invece, un effetto protettivo sui neonati attraverso il passaggio di anticorpi protettivi dalla madre.

Sebbene siano disponibili pochi studi in grado di valutare l'immunogenicità ed efficacia della vaccinazione anti-influenzale in donne in gravidanza, i dati mostrano una risposta sierologica leggermente inferiore/simile, nelle donne gravide rispetto alle donne non gravide della stessa età. Studi di letteratura mostrano una riduzione del rischio di prematurità e basso peso alla nascita in neonati nati da gestanti che nel corso del secondo o terzo trimestre di gravidanza avevano effettuato la vaccinazione anti-influenzale, così come una riduzione significativa del rischio di contrarre la malattia nei mesi successivi alla nascita e una riduzione del rischio di sviluppare infezioni delle alte vie respiratorie e otiti medie nei bambini al di sotto dei 12 mesi di vita.

I vaccini controindicati in gravidanza

Eventuali rischi teorici da vaccinazione in gravidanza potrebbero derivare dall'utilizzo di vaccini a virus vivo. Pertanto, la somministrazione di vaccini vivi attenuati è, a scopo cautelativo, controindicata in gravidanza.

I vaccini contro MPR e varicella, contenendo vaccini a virus vivi attenuati, non possono essere somministrati in gravidanza, sebbene l'effettuazione accidentale della vaccinazione in donne che non sapevano di essere in gravidanza, non ha mai fatto registrare un aumento di aborti o malformazioni.

È, inoltre, opportuno che le donne che intendono programmare una gravidanza siano informate della necessità di posticiparla di un mese dopo la vaccinazione. Tuttavia, l'esposizione accidentale della donna in gravidanza alla vaccinazione, o l'inizio di una gravidanza entro le quattro settimane successive alla vaccinazione non rappresentano indicazioni all'interruzione volontaria di gravidanza.

Nel caso una donna non risulti immune nei confronti di morbillo, parotite, rosolia o varicella durante la gravidanza, è importante che sia immunizzata prima della dimissione dal reparto di maternità o, comunque, le sia fissato un appuntamento presso il servizio vaccinale nel periodo immediatamente successivo.

Anche la vaccinazione anti-HPV non è attualmente consigliata durante la gravidanza, poiché non sono stati effettuati studi specifici sull'impiego del vaccino in donne in stato di gravidanza. Tuttavia, durante il programma di sviluppo clinico, la somministrazione accidentale in donne gravide non ha registrato un aumento di malformazioni o di aborti rispetto al gruppo di controllo. Tuttavia, pur in assenza di segnali di possibili effetti teratogeni, i dati non sono sufficienti per raccomandarne l'uso durante la gravidanza.

L'eventuale somministrazione accidentale in gravidanza non comporta l'indicazione all'interruzione volontaria della stessa, mentre la vaccinazione dovrà essere sospesa e rimandata sino al completamento della gravidanza. La vaccinazione potrà però essere completata durante il periodo di allattamento, in quanto gli studi dimostrano la sicurezza del vaccino in questa fase.

La tabella 1 sintetizza le informazioni fornite nella presente nota e include ulteriori vaccinazioni controindicate o non raccomandate in gravidanza. Per maggiori informazioni, si può fare riferimento alla Guida alle controindicazioni, quinta edizione – 2018, disponibile al seguente link: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2759.

Tabella 1: Vaccinazioni in donne in età fertile, in gravidanza e nel puerperio

Vaccinazioni in età fertile		Note
Raccomandate	MPR e varicella	Se non vaccinata e anamnesticamente negativa anche solo a una delle malattie elencate. Ritardare la gravidanza di 4 settimane dopo la vaccinazione
	dTpa	Richiamo ogni 10 anni
	HPV	Prima dell'inizio dell'attività sessuale, intorno al 12esimo anno di vita. Raccomandato anche recupero in caso di non vaccinazione in quella età
Vaccinazioni in gravidanza		
Raccomandate	dTpa, influenza inattivato	Idealmente intorno alla 28esima settimana e ad ogni gravidanza, indipendentemente dalla storia anamnestica clinica e vaccinale
Controindicate	Vaccini vivi attenuati (MPR, Varicella, zoster), BCG ¹ , encefalite giapponese ²	Vaccini MPR, Varicella, zoster se somministrati non comportano indicazioni all'interruzione volontaria di gravidanza.
Non raccomandate per dati non disponibili	HPV, Tifo orale (se necessario, preferire la formulazione a subunità iniettabile), pneumococco	Se somministrate non comportano indicazioni all'interruzione volontaria di gravidanza.
Possibili se beneficio maggiore del rischio	Epatite A, epatite B, IPV ³ , meningococco, TBE ⁴ , rabbia, colera, febbre gialla ⁵	Se somministrate non comportano indicazioni all'interruzione volontaria di gravidanza.
Vaccinazioni nel puerperio		
Raccomandate	MPR e varicella	Se la donna non è stata vaccinata e se anamnesticamente negativa anche solo a una delle malattie elencate
	dTpa	Se la donna non è stata vaccinata durante la gravidanza. In tale evenienza è altresì opportuna la vaccinazione dei contatti stretti.

¹ Non vi sono studi che dimostrano reazioni avverse nella donna e nel feto

² Non esistono dati relativi all'innocuità del vaccino anti-encefalite giapponese somministrato in gravidanza. In caso non sia possibile rimandare il viaggio verso zone ad alto rischio o garantire una adeguata protezione contro le punture di insetto la valutazione deve essere effettuata dal medico vaccinatore, eventualmente con la consulenza del medico specialista che ha in cura la donna. La vaccinazione può essere somministrata nelle situazioni ad alto rischio di infezione che superano il teorico rischio del vaccino, tenendo conto che l'infezione da encefalite giapponese è causa di aborto se contratta nei primi due trimestri di gravidanza

³ Da evitare nei primi 2 mesi di gestazione

⁴ Dovrebbe essere considerato per le donne gravide che vivono in aree ad alta incidenza di malattia (>5 casi/100 000 anno). Nelle aree dove l'incidenza di malattia è medio/bassa (<5 casi/100 000 anno) la vaccinazione può essere considerata nelle persone a maggior rischio (ad es. in donne che partecipano ad attività all'aperto ad alto rischio)

⁵ Controindicata nei primi 6 mesi di gravidanza.

Si ribadisce l'importanza dell'anamnesi pre-vaccinale, come da Guida alle controindicazioni – edizione 2018, e della tempestiva e corretta segnalazione degli eventuali eventi avversi a vaccinazione, come da normativa vigente.

Si sottolinea, altresì, l'importanza della corretta registrazione nell'anagrafe vaccinale delle vaccinazioni somministrate, allo scopo di monitorare la performance dei programmi vaccinali in corso, inclusi quelli destinati alla tutela della salute della donna e del nascituro.

Si coglie, infine, l'occasione per invitare le Regioni e Province Autonome a promuovere la vaccinazione nelle donne in età fertile, in gravidanza e nel puerperio con adeguate compagne di comunicazioni e a includere queste vaccinazioni tra le azioni previste per la salute preconcezionale e materno-infantile, monitorandole con specifici obiettivi ed indicatori nei futuri piani sanitari regionali.

Si prega di dare la massima diffusione alla presente nota presso le strutture sanitarie, inclusi presidi ed aziende ospedaliere.

IL DIRETTORE GENERALE
***F.to Dott. Claudio D'Amario**

Il Direttore dell'Ufficio 5
dr. Francesco Maraglino

Referente/Responsabile del procedimento:
Iannazzo Stefania – 06.59943836

****“firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell’art. 3, comma 2, del D. Lgs. n. 39/1993”***

CONSENSO INFORMATO

Lettera al Ginecologo Curante

Lettera per l'Anagrafe Vaccinale ULSS Euganea 6 Padova (fax 049 821 4284)

Vaccinazioni raccomandate

Sig.ra _____

per le donne in età fertile e in gravidanza

Prima e/o durante la gravidanza è prudente controllare l'immunità delle donne per **Morbillo - Parotite - Rosolia (MPR), Varicella, e Difterite, Pertosse, Tetano (dTpa)**, pur non presenti nei LEA, **perché si dispone dei vaccini**. I Vaccini costituiscono una promozione della salute della donna in età fertile, in previsione e durante la gravidanza, proteggendo madre, feto e neonato da danni irreversibili.

VACCINAZIONI IN PREVISIONE DI UNA GRAVIDANZA

1)--In previsione di una gravidanza, le **donne in età fertile** devono essere protette nei confronti di **Morbillo - Parotite - Rosolia (MPR) e Varicella**, perché sono **controindicati in gravidanza**, dato l'elevato rischio, per il nascituro, derivanti dall'infezione materna durante la gravidanza, specie se si verifica nelle prime settimane di gestazione. Per la **varicella** contratta nell'immediato periodo pre-parto, il rischio, oltre che per il nascituro, può essere molto grave anche per la madre. **PRIMA DELLA GRAVIDANZA**, la donna deve essere vaccinata regolarmente (con due dosi) da almeno un mese. Quindi deve attendere almeno 4 settimane dalla fine della vaccinazione prima di tentare un concepimento.

2)--In previsione di una gravidanza, le **donne in età fertile** devono essere protette nei confronti di **Difterite, Pertosse, Tetano**: **non controindicati in gravidanza**

VACCINAZIONI DURANTE la GRAVIDANZA dalla 28a sett.

La somministrazione del vaccino dTpa (**Difterite - Tetano - Pertosse**) e anti-influenzale in gravidanza è legato alla protezione della donna e del nascituro. Non esistono evidenze che dimostrino un rischio fetale legato alla vaccinazione della gestante con vaccini a microrganismi inattivati o con tossoide. Al contrario, la presenza di anticorpi (trans-placentari) nel neonato riduce il rischio di malattie prevenibili da vaccino nelle prime settimane di vita, quando il sistema immunitario del neonato è ancora immaturo.

Le madri immunizzate trasferiscono anticorpi al feto ed al neonato, offrendogli così una protezione contro le malattie. Gli anticorpi materni sono in grado di proteggere i neonati dalle infezioni, e modificare la severità delle malattie infettive nei bambini, per un periodo di tempo variabile, a seconda del livello di trasmissione placentare e il tasso di decadimento degli anticorpi acquisiti passivamente.

La trasmissione transplacentare di anticorpi è un processo selettivo, attivo e intracellulare, che inizia intorno alla 17a sett. di gestazione e progressivamente aumenta, da 28 a 40 sett., quando le IgG FETALI RAGGIUNGONO LIVELLI PIÙ ELEVATI RISPETTO A QUELLE MATERNE.

Nel corso di OGNI GRAVIDANZA e per OGNI SUCCESSIVA GESTAZIONE

sono raccomandate le vaccinazioni anti-dTpa e anti-influenza (se in stagione influenzale).

Di grande rilievo è la vaccinazione anti-dTpa e anti-influenza DURANTE OGNI GRAVIDANZA, **anche se** la donna in gravidanza sia già stata vaccinata, sia in regola con i richiami decennali

o abbia già contratto la pertosse: La pertosse contratta nei primi mesi di vita può essere molto grave o persino mortale,

LA FONTE DI INFEZIONE o PROTEZIONE È LA MADRE,

e la protezione conferita passivamente da madri infettate in precedenza dalla pertosse o vaccinate molti anni prima, è labile e incostante.

La vaccinazione è raccomandata da 28 sett in poi, per consentire alla gestante la produzione di Ac sufficienti e il conseguente passaggio transplacentare. **Il vaccino dTpa si è dimostrato sicuro sia per la Gravida, sia per il feto.**

VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE

La vaccinazione anti-influenzale è raccomandata e **offerta gratuitamente alle donne** che all'inizio della stagione epidemica dell'influenza si trovino nel secondo o terzo trimestre di gravidanza.

Infatti, l'influenza stagionale **aumenta il rischio di ospedalizzazione materna, aborto, prematurità, parto**

cesareo, distress fetale, basso peso del nascituro, malformazioni e patologie nei neonati al di sotto dei 6 mesi di vita e riduzione del rischio di sviluppare infezioni delle alte vie respiratorie e otiti medie, nei bambini al di sotto dei 12 mesi di vita. La vaccinazione in gravidanza ha, invece, un effetto protettivo sui neonati attraverso il passaggio di anticorpi protettivi dalla madre.

I VACCINI CONTROINDICATI IN GRAVIDANZA

La somministrazione di vaccini vivi ed attenuati è controindicata in gravidanza.

Tuttavia, l'esposizione accidentale della donna in gravidanza alla vaccinazione, o l'inizio di una gravidanza entro le quattro settimane successive alla vaccinazione non rappresentano indicazioni all'interruzione volontaria di gravidanza.

VACCINI IN PUERPERIO

Se la donna non è immune per **MORBILLO – PAROTITE – ROSOLIA - VARICELLA**

Se la donna non è immune per **DIFTERITE – PERTOSSE - TETANO**

È IMPORTANTE CHE SIA IMMUNIZZATA PRIMA DELLA DIMISSIONE DAL REPARTO DI MATERNITÀ o, comunque, le sia fissato un appuntamento presso il servizio vaccinale, telefonando al CUP 840 000 664.

Anche la **vaccinazione anti-HPV** non è attualmente consigliata durante la gravidanza,

Tuttavia, la somministrazione accidentale in donne gravide non ha registrato un aumento di malformazioni o di aborti rispetto al gruppo di controllo e pur in assenza di segnali di possibili effetti teratogeni, l'esperienza scientifica **non è sufficiente per raccomandarne l'uso durante la gravidanza.**

L'EVENTUALE SOMMINISTRAZIONE ACCIDENTALE IN GRAVIDANZA

NON COMPORTA L'INDICAZIONE ALL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA STESSA,

MENTRE LA VACCINAZIONE DOVRÀ ESSERE SOSPESA E RIMANDATA SINO AL COMPLETAMENTO DELLA GRAVIDANZA. La vaccinazione potrà però essere completata durante il periodo di allattamento,

in quanto gli studi dimostrano la sicurezza del vaccino in questa fase.

http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2759.

Le vaccinazioni saranno registrate nell'anagrafe vaccinale della ULSS Euganea 6 di Padova, allo scopo di monitorare la performance dei programmi vaccinali

DOPO AVER LETTO e CAPITO :

La Sottoscritta Sig.ra : _____
dichiara di essere stata informata accuratamente circa i tre vaccini eseguibili in gravidanza (**Difterite, Pertosse , Tetano**), il Vaccino **Antiinfluenzale stagionale** , ed i vaccini eseguibili in puerperio e durante l'allattamento (**Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella**) , di aver letto attentamente le informazioni contenute nel presente atto e decide di

essere / non essere vaccinata contro la **Difterite-Pertosse-Tetano**
durante la gravidanza o puerperio o allattamento

essere / non essere vaccinata contro **l'Influenza stagionale**
durante la gravidanza o puerperio o allattamento

essere / non essere vaccinata contro il **Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella**
prima della gravidanza o durante il puerperio o allattamento

Data Cognome e Nome data di nascita Indirizzo U.M./Data del parto Sett. di Grav. Cell e-mail

Firma Leggibile della Gravida _____

Firma Personale Sanitario Strutturato/Prescrittore/Indicato _____

Applicare
Tagliando/i
del/i Lotto/i
Vaccini