



**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI**

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

N.	<u>1759</u>
Del	<u>- 7 OTT. 2016</u>

**Oggetto: Adozione della "Agenda della Gravidanza Fisiologica" nella ASL Bari.**

**IL DIRETTORE GENERALE**

con l'assistenza del Segretario, sulla base della istruttoria del Funzionario Amministrativo di Direzione Generale - Direzione Sanitaria Aziendale Avv. Gianpaolo Parisi e della proposta formulata dal Direttore U.O.C. Rischio Clinico Dott. Vincenzo Defilippis, che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e determina quanto segue.

**PREMESSO :**


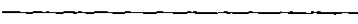
- che il Ministero della Salute ha pubblicato la Linea Guida 20 "Gravidanza Fisiologica" nel novembre 2010, aggiornata nel settembre 2011;
- che la Giunta Regionale della Puglia ha adottato la Deliberazione 11 marzo 2015, n. 413 "Recepimento delle linee Guida Gravidanza Fisiologica" del sistema nazionale Linee guida ed indicazioni per l'accesso alle prestazioni a tutela della maternità in Regione Puglia. Avvio dell'Agenda della Gravidanza";
- che il Dipartimento Materno Infantile della ASL Bari in data 18.05.2015 ha recepito il detto atto deliberativo regionale ed avviata la procedura di attivazione dell'Agenda della Gravidanza;
- che la Direzione Generale della ASL Bari con atto deliberativo n. 881 del 01.06.2015 ha recepito al fine dell'adozione la Linea Guida "Gravidanza Fisiologica" secondo le indicazioni della Giunta Regionale la Deliberazione 11 marzo 2015, n. 413 ;

**CONSIDERATO :**

- che la C.V.L.P. Commissione Aziendale Permanente Verifica, Controllo e Validazione Linee Guida e Percorsi Diagnostico - Terapeutici ed Assistenziali della ASL BARI, nella seduta del 02.05.2016 - giusta convocazione prot. n. 83053/1 del 28.04.2016 - ha esaminato, espresso parere positivo ed approvato l'"Agenda della Gravidanza Fisiologica" nella ASL Bari, proposto dalla Direzione Dipartimentale Materno Infantile, al fine di essere adottata con apposito provvedimento deliberativo della Direzione Generale della ASL Bari, così come risulta agli atti e da verbalizzazione del 02.05.2016;

**PRESO ATTO :**

- della nota del 02.05.2016 - in epigrafe alla procedura *de quo* proposta dalla Direzione Dipartimentale Materno Infantile – Consultori Familiari - ed a seguito di quanto nella medesima disposto, d'ordine del Direttore U.O.C. Rischio Clinico e Responsabile Sanitario della Commissione C.V.L.P. della ASL Bari di predisporre apposito atto deliberativo di adozione dell'"Agenda della Gravidanza Fisiologica" nella ASL Bari, così come da schema allegato che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE	AVV. GIANPAOLO PARISI	
IL DIRETTORE U.O.C. RISCHIO CLINICO	DOTT. VINCENZO DEFILIPPIS	

Assunto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

Assunto quanto in premessa.

Per le motivazioni esposte in premessa, che qui si intendono completamente acquisite e che formano parte essenziale e fondamentale del presente atto dispositivo.

**DELIBERA**

- di prendere atto che la narrativa sopra riportata è ritenuta parte costitutiva e basilare della presente disposizione deliberativa;
- di adottare l'"Agenda della Gravidanza Fisiologica" nella ASL Bari, così come da allegato atto che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di trasmettere copia del presente provvedimento al Direttore del Dipartimento Materno Infantile Dott. Antonio Del Vecchio, alle Direzioni Mediche e Amministrative dei Presidi

Ospedalieri, alle Direzioni dei Distretti Socio Sanitari, alle Direzioni di Area di Gestione della ASL BARI per la predisposizione degli adempimenti successivi di competenza;

Il Dirigente Responsabile del Procedimento, sulla base della propria istruttoria e proposta ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità; nel sottoscrivere il presente atto, evidenzia che lo stesso non comporta alcun onere, ovvero alcun costo aggiuntivo a carico della ASL BARI.

ASL BA

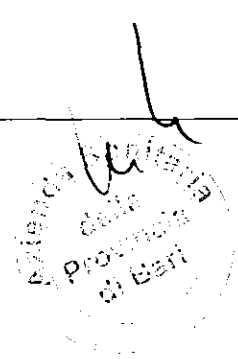
ASL BA 7

DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE  
CONSULTORI FAMILIARI

# AGENDA DELLA GRAVIDANZA FISIOLOGICA

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_



A handwritten signature in black ink is written over a circular stamp. The stamp contains the text "Azienda Ospedaliera della Provincia di Bari" around its perimeter.

*L'Agenda viene acquisita e allegata alla Cartella Clinica della Struttura dove viene espletato il parto.*

Data: \_\_\_\_\_

Età: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_ **EMOGRUPPO:** \_\_\_\_\_ **RH:** \_\_\_\_\_ **HBA2:** \_\_\_\_\_

Cognome e nome del MMG: \_\_\_\_\_

Parità: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ UM: \_\_\_\_\_ EPP: \_\_\_\_\_ EG: \_\_\_\_\_ Gravidanza:  spontanea  PMA

### FAMILIARITÀ

Diabete Si  No

Ipertensione Si  No

Neoplasie Si  No

Altro Si  No

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ANAMNESI

Allergie Si  No

(se sì, specificare \_\_\_\_\_)

Infertilità Si  No

(se sì, specificare \_\_\_\_\_)

Trasfusioni pregresse Si  No

Interventi pregressi Si  No

(se sì, specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_)

### GRAVIDANZE PREGRESSE

Malformazioni uterine Si  No

Aborto precoce Si  No

Aborto abituale (>3) Si  No

Cerchiaggio cervicale Si  No

Pregresso TC Si  No

Pregresso Parto Operativo Si  No

Pregressa Macrosomia

fetale (> 4500 gr) Si  No

Morte Fetale/Morte Perinatale Si  No

Aborto Tardivo Si  No

Parto Pretermine Si  No

Pregresso IUGR Si  No

Pregresso ricovero neonatale in UTIN Si  No

Pregressa amniotite/endometrite/ sepsi puerperale/sepsi neonatale Si  No

Pregressi episodi tromboembolici Si  No

Ipertensione in gravidanza Si  No

Preeclampsia-Eclampsia- HELLP Si  No

Isoimmunizzazione M-F Si  No

Emorragia Post-parto Si  No

Placenta ritenuta o altra patologia del secondamento Si  No

Psicosi Puerperale Si  No

Pregresso nato con anomalia congenita o patologia genetica Si  No

### GRAVIDANZA ATTUALE

Età < 16 o > 40 Si  No

Donne con crisi epilettiche o tx anticonvulsivante Si  No

Esposizione a radiazioni o farmaci Si  No

Perdite ematiche vaginali Si  No

Gravidanza multipla Si  No

Patologie uterine (miomi, isterocele, patologia ovarica, ecc.) Si  No

Note:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## CONDIZIONI O PATOLOGIE PRESENTI O SOSPETTE AL 1° COLLOQUIO

BMI < 18 o > 35	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Uso di droghe attuali o pregresse	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Abuso di fumo o alcool attuali o pregresse	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Patologie oncologiche attuali o pregresse	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Condizione sociale sfavorevole	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sifilide - HIV - Malattie sessualmente trasmesse attuali	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Malattie ereditarie e congenite anche relative al partner	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Epatopatie attive	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Patologie psichiatriche attuali o pregresse	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Endocrinopatie	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Malattie autoimmuni	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Precedenti tromboembolici/coagulopatie attuali o pregresse	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Iperensione attuale e progressiva	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabete	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cardiopatie	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nefropatie o Uropatie attuali	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ogni altra patologia o condizione di rischio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Se Sì, specificare quale \_\_\_\_\_

❖ La donna necessita di assistenza diversa da quella appropriata per la gravidanza fisiologica?  
Si  No  (Se Sì, riformulare il relativo piano di assistenza)

❖ Informazioni su:

- servizi di assistenza e sostegno alla donna	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- benefici di legge per maternità e paternità	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- stili di vita	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- gestione dei sintomi	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- esami di screening per la diagnosi prenatale	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

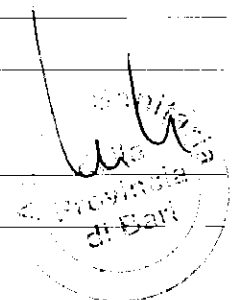
❖ Pressione arteriosa \_\_\_\_/\_\_\_\_ mmHg

❖ Peso \_\_\_\_ Kg; Altezza \_\_\_\_ cm; BMI: \_\_\_\_

❖ Eventuale terapia in atto o eventi avversi: \_\_\_\_\_

Note:

Il Ginecologo  
(firma e timbro)



**1° TRIMESTRE fino a 12 settimane +6 giorni**

❖ Programmazione e alla visita successiva inserimento degli esiti dei seguenti esami:

	Si	No	Esito esami
Determinazione Gruppo sanguigno e fattore Rh			
Screening per emoglobinopatie			
Emocromo			Hb ..... HTC ..... PLT .....
Test di <i>Coombs</i> indiretto*			
Anticorpi anti HIV (HIV1-2)			
Complesso T.O.R.C.H.			TOXO ..... RUBEO ..... CMV* ..... HSV *.....
Ig anti Treponema (E.I.A.)			
SOLO in presenza di fattori di rischio: ⇒ <i>Chlamydia trachomatis</i> * ⇒ Gonorrea* ⇒ HCV*			..... ..... .....
Screening per la batteriuria asintomatica			
Ecografia del primo trimestre			
Screening e diagnosi prenatale S. di Down: - translucenza nucale (test combinato)* - villocentesi*			
Esame citologico vaginale (PAP-TEST) (se non effettuato nei 3 anni precedenti)			
Il Ginecologo che programma gli esami (data, firma e timbro)	Il Ginecologo che riporta l'esito degli esami (data, firma e timbro)		

\*Esami non a carico del SSN

Stamp: Ospedale S. Maria ...  
 Stamp: Ginecologia ...  
 Stamp: ...

Parere del Direttore Amministrativo Gianluca Capochiani	Parere del Direttore Sanitario Silvana Fornelli
--	--

Il Segretario  
Giuseppe Colella

Il Direttore Generale  
Vito Montanaro

<b>Area Gestione Risorse Finanziarie Esercizio 2016</b>	
La spesa relativa al presente provvedimento è stata registrata sui seguenti conti:	
Conto economico n. _____	per € _____
Conto economico n. _____	per € _____
Conto economico n. _____	per € _____
..... (riga da utilizzare per indicare finanziamenti a destinazione vincolata)	
Il Funzionario .....	Il Dirigente dell'Area .....
_____	

**SERVIZIO ALBO PRETORIO**

Pubblicazione n. 111

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata sul sito Web di questa ASL BA in data 10 OTT 2016

Bari: 10 OTT 2016

L'Addetto all'Albo Pretorio on line

*[Handwritten Signature]*

Ai sensi della vigente normativa, la presente deliberazione – con nota n. .... del ..... è stata/non è stata trasmessa alla Regione Puglia per gli adempimenti di competenza.