

Il nuovo modello di assistenza alla gravidanza fisiologica elaborato dal WHO

Criteri per l'identificazione delle donne con gravidanza a basso rischio da indirizzare al nuovo modello di assistenza prenatale

Un modello di assistenza alla gravidanza deve includere uno schema semplice, da utilizzare facilmente per identificare quelle donne che per le loro condizioni sanitarie e/o per il rischio di sviluppare complicanze, necessitano di cure specifiche e devono essere inviate a un livello di cura superiore. Lo schema proposto dal WHO prevede 18 domande a risposta binaria (sì/no).

Rispondere sì o no a tutte le seguenti domande

ANAMNESI OSTETRICA

1. precedente morte endouterina fetale o neonatale
2. storia di tre o più aborti spontanei
3. precedente figlio con peso alla nascita <2500gr
4. precedente figlio con peso alla nascita >4500gr
5. ipertensione o preeclampsia/eclampsia nella precedente gravidanza
6. pregressa chirurgia dell'apparato riproduttivo (miomectomia, resezione di setto uterino, conizzazione, cerchiaggio cervicale)

GRAVIDANZA ATTUALE

7. gravidanza multipla
8. età materna <16 anni
9. età materna >40 anni
10. isoimmunizzazione Rh nell'attuale o precedente/i gravidanze
11. perdite ematiche vaginali
12. presenza di massa pelvica
13. pressione diastolica uguale o maggiore a 90 mmHg

ANAMNESI GENERALE

14. diabete mellito insulino-dipendente
15. patologia renale
16. patologia cardiaca
17. abuso di sostanze (incluso alcool)
18. altre patologie (*specificare*)

Una o più risposte sì ad una qualsiasi delle precedenti domande comporta l'esclusione della donna dal programma di assistenza alla gravidanza fisiologica.

E' possibile che una donna inizialmente inviata a un livello di cura superiore possa poi rientrare nel programma. In tal caso la donna dovrà sottoporsi a tutti gli accertamenti e le attività previste fino a quel momento, perse per il ritardato ingresso al programma di base. Le donne con fattori di rischio legati a complicazioni intrapartum (es. taglio cesareo), ma che per il resto hanno avuto gravidanze normali, possono essere incluse nel modello di assistenza alla gravidanza fisiologica, selezionando attentamente il luogo del parto.

PRIMA VISITA

INFORMAZIONI GENERALI

Andrebbe effettuata idealmente entro la 12a settimana, ma lo stesso tipo di esame, con gli stessi contenuti, andrebbe eseguito per tutte le donne in gravidanza che giungono al primo controllo, qualsiasi sia l'età gestazionale.

Il tempo dedicato alla prima visita dovrebbe essere di 30-40 minuti. Molta attenzione va posta all'anamnesi patologica ed ostetrica della paziente, al tipo di lavoro svolto (se a rischio di esposizione a tossici, se pesante fisicamente), e alla sua condizione sociale (situazione economica, familiare), per poter identificare gli eventuali fattori di rischio che escludono la donna dal programma di assistenza alla gravidanza fisiologica.

Idealmente, ogni accertamento diagnostico, trattamento e *follow up* dovrebbe essere fruibile presso il centro che fornisce assistenza alla gravidanza.

La visita vaginale è raccomandata di *routine* solo la prima volta, con possibilità di rimandarla alla volta successiva se la donna esprime disagio. La visita vaginale include l'eventuale esecuzione del Pap test, se sono passati due anni dall'ultima citologia, e l'identificazione e trattamento di infezioni sessualmente trasmesse. L'esame vaginale potrebbe essere riservato alle donne con storia di aborto nel secondo trimestre, parto prematuro, o sintomatiche (perdite ematiche genitali, leucorrea, algie pelviche).

In caso di perdite ematiche genitali, l'esplorazione vaginale può essere effettuata nel primo trimestre, mentre in epoca gestazionale più avanzata va prima esclusa la diagnosi di placenta previa o altra patologia.

La supplementazione con ferro andrebbe eseguita di *routine*. Il valore di emoglobina va determinato a 32 settimane (terza visita) a meno che la donna non presenti segni clinici di anemia severa (pallore, alterazioni ungueali, della mucosa orale e/o congiuntivale, affanno).

Il modello di assistenza alla gravidanza fisiologica prevede solo quattro controlli. Il tempo dedicato ad ogni visita deve poter permettere il dialogo con la paziente, la possibilità di rispondere alle sue domande e di fornire adeguate informazioni sulla gravidanza, il parto, su come comportarsi e a chi rivolgersi in caso di emergenze. La paziente va rassicurata sulla possibilità di ricorrere ai sanitari in qualsiasi momento di bisogno (dove andare, chi contattare nelle 24 ore). I consigli verbali andrebbero accompagnati da semplici istruzioni scritte.

CONTENUTO DELLA PRIMA VISITA

a) Raccogliere informazioni su:

DATI PERSONALI

- nome
- età (data di nascita)
- indirizzo e numero di telefono
- stato civile

- abitudini: fumo o eventuale assunzione di sostanze pericolose
- abitazione: tipo, dimensioni, numero di occupanti
- condizioni sanitarie: presenza di acqua e servizi igienici
- abitazione: presenza di elettricità e riscaldamento, possibilità di cucinare
- grado di alfabetismo
- livello scolastico
- condizioni economiche
- tipo di occupazione, anche del marito

ANAMNESI PATOLOGICA

Indagare su specifiche condizioni e malattie:

- tubercolosi, cardiopatie, nefropatie, epilessia, diabete mellito
- malattie sessualmente trasmesse
- sieropositività per HIV
- altre patologie prevalenti in quella area geografica (malaria, epatite, talassemia)
- allergie
- interventi chirurgici
- trasfusioni, immunizzazione Rh
- uso di farmaci e quali
- storia di infertilità

ANAMNESI OSTETRICA

- numero di gravidanze
- data ed esito di ciascuna (nato vivo, morte fetale, aborto, gravidanza ectopica, mola idatiforme). Possibilmente specificare i parti pretermine o il tipo di aborto
- peso alla nascita
- sesso
- periodo di allattamento
- complicazioni materne, specificando in quale gravidanza e, possibilmente, documentando:
 - aborto ricorrente
 - aborto volontario ed ev. complicanze
 - trombosi, embolia
 - ipertensione, pre-eclampsia, eclampsia
 - abrupio placentae
 - placenta previa
 - presentazione podalica o situazione trasversa del feto
 - distocia
 - lacerazioni di III-IV grado, IV grado complicato
 - emorragie del terzo stadio
 - sepsi puerperale
 - diabete gestazionale
- Interventi ostetrici:
 - tagli cesarei (con l'indicazione se nota)
 - applicazione di forcipe o ventosa
 - parto vaginale con feto in presentazione podalica

- distacco manuale di placenta
- Precedenti complicazioni perinatali, possibilmente documentate:
 - gravidanze gemellari
 - basso peso alla nascita
 - rallentamento della crescita fetale, se documentato
 - immunizzazione materno-fetale
 - precedente figlio con anomalia genetica o con malformazioni
 - macrosomia fetale (>4500gr)
 - rianimazione o altri trattamenti al neonato
- Storia della attuale gravidanza
 - ultima mestruazione (specificare se certa o incerta)
 - abitudini: fumo, alcol, farmaci
 - presenza di dolore addominale, perdite ematiche vaginali o ogni altro evento inaspettato
 - attacchi di malaria intercorrenti

b) Eseguire l'esame obiettivo:

- ricercare segni di anemia severa: pallore, alterazioni ungueali, della mucosa orale e/o congiuntivale, difficoltà respiratorie (respiro corto, affanno)
- rilevare peso e altezza
- misurare la pressione arteriosa
- auscultare cuore e torace
- valutare le dimensioni uterine con la misura della distanza sinfisi-fondo
- eseguire eventualmente l'esame speculare e il Pap test

c) Eseguire i seguenti test:

- urine (per accertare batteriuria o proteinuria)
- test rapido per la sifilide (se positivo trattare)
- gruppo sanguigno
- emoglobinemica se presenti segni di anemia severa

d) Stabilire se esistono le condizioni per inviare a un livello di cura superiore

- determinare l'epoca presunta del parto
- stabilire se la donna può rientrare nel programma WHO di assistenza alla gravidanza fisiologica o se necessita di cure speciali e/o di invio a centri specialistici (vedi schema iniziale)
- stabilire se sussistono le seguenti condizioni e procedere come raccomandato:
 - diabete: inviare per cure specialistiche continue
 - cardiopatia: inviare allo specialista e procedere secondo le sue prescrizioni
 - nefropatia: inviare allo specialista e procedere secondo le sue prescrizioni
 - epilessia: consigliare sulla prosecuzione della terapia
 - abuso di droghe: inviare presso un centro specialistico

- segni di severa anemia: aumentare la supplementazione con ferro, inviare allo specialista in caso di sintomi respiratori
- sieropositività per HIV: fornire informazioni sul rischio per il feto e il partner, inviare allo specialista per il trattamento e per la prevenzione della trasmissione materno-fetale
- anamnesi positiva per malattie genetiche: inviare allo specialista
- primigravida: fornire informazioni sui benefici di un parto istituzionale
- precedente morte endouterina fetale: inviare allo specialista e procedere secondo le sue prescrizioni
- precedente rallentamento della crescita fetale (IUGR): inviare allo specialista e procedere secondo le sue prescrizioni
- ricovero per pre-eclampsia o eclampsia: inviare allo specialista e procedere secondo le sue prescrizioni
- pregresso taglio cesareo: raccomandare il parto in ospedale
- ipertensione (>140/90): inviare per una valutazione
- indice di massa corporea (BMI: peso/altezza²): inviare per una valutazione dello stato nutrizionale in caso di BMI <18.5 o >32.3 kg/ m² (meglio utilizzare valori di cut-off locali).

e) Favorire i seguenti interventi:

- la supplementazione con ferro ed acido folico, in dose doppia in caso di anemia severa
- il trattamento in caso di positività del test per la sifilide
- la somministrazione della prima iniezione di tossoide tetanico
- nelle zone endemiche per la malaria la somministrazione di sulfadoxina/pirimetamina nel secondo trimestre, da ripetere nel terzo trimestre
- l'invio allo specialista per una valutazione in tutti i casi ad alto rischio, come previsto nel precedente paragrafo

f) Fornire consigli e suggerimenti e programmare l'appuntamento successivo

- consigliare sul sesso sicuro e sul rischio di HIV e infezioni sessualmente trasmesse senza l'uso del condom
- consigliare la sospensione di fumo, consumo di alcool o altre sostanze pericolose
- fornire consigli sull'allattamento, quando sospendere l'allattamento del figlio precedente e quando iniziare quello del figlio atteso
- specificare dove andare e chi chiamare in caso di sanguinamento, dolore addominale o qualsiasi altra emergenza, preferibilmente con istruzioni scritte sulla cartella della gravidanza consegnata alla paziente
- chiedere alla donna di notare i primi movimenti fetali
- fornire informazioni sul percorso nascita, incluse le modalità di trasporto e il luogo del parto
- lasciare il tempo per domande libere

- suggerire alla donna di farsi accompagnare dal partner (o da un altro membro della famiglia) nelle visite successive, in modo da coinvolgerlo e informarlo su come potrà aiutarla durante la gravidanza
- programmare la seconda visita a circa 26 settimane. Scrivere data e ora sulla cartella della gravidanza e sulla agenda degli appuntamenti

g) Compilare in modo completo la cartella

- compilare la cartella clinica e la cartella della gravidanza che la donna terrà con sé e porterà ad ogni controllo di tipo sanitario.

SECONDA VISITA

INFORMAZIONI GENERALI

Andrebbe effettuata a circa 26 settimane di gestazione. Il tempo dedicato dovrebbe essere di 20 minuti. L'invio delle pazienti ad una valutazione è previsto solo per quelle che hanno sviluppato sintomi e segni significativi dalla prima visita. A seconda dei segni e sintomi, per alcune donne è possibile anche anticipare la terza visita.

CONTENUTO DELLA SECONDA VISITA

a) Raccogliere informazioni su:

DATI PERSONALI

- annotare qualsiasi variazione dalla prima visita

ANAMNESI PATOLOGICA

- rivedere i punti più importanti rilevati alla prima visita
- indagare su eventuali malattie intercorrenti
- annotare l'assunzione di eventuali farmaci diversi da ferro e folati
- controllare la regolare assunzione di ferro
- annotare eventuali consulenze mediche o ricoveri

ANAMNESI OSTETRICA

- rivedere i punti più importanti rilevati alla prima visita

ATTUALE GRAVIDANZA

- indagare su sintomi o qualsiasi altro evento intercorso dalla prima visita: es. dolore, sanguinamenti, leucorrea (perdita di liquido amniotico?), segni o sintomi di anemia severa
- indagare su eventuali cambiamenti fisici anomali (es. affanno, edemi), osservati dalla donna o dai suoi familiari
- annotare se la donna avverte i movimenti fetali, e quando è successo per la prima volta
- controllare le abitudini: fumo, alcool o altro

b) Eseguire l'esame obiettivo

- misurare la pressione arteriosa
- valutare le dimensioni uterine con la misura della distanza sinfisi-fondo da registrare sul grafico
- osservare l'eventuale presenza di edemi
- notare altri segni: respiro corto, tosse, altro
- eseguire eventualmente l'esame vaginale se non eseguito alla prima visita. In caso di sanguinamento o spotting inviare all'ospedale (per escludere placenta previa)

c) Eseguire i seguenti test:

- urine per accertare eventuali infezioni urinarie; se positivo per batteriuria dopo aver già eseguito un trattamento, inviare in ospedale. La proteinuria va ricercata nelle nullipare, nelle donne con storia di eclampsia, pre-eclampsia o con rilievo di ipertensione durante la visita stessa
- sangue: emoglobinemia se presenti segni di anemia severa o se il valore alla prima visita era <70g/l

d) Stabilire se esistono le condizioni per inviare a un livello di cura superiore

- rivalutare se la donna può continuare il programma WHO di assistenza alla gravidanza fisiologica o se necessita di cure speciali e/o di invio a centri specialistici
- sintomi inaspettati, sanguinamenti o spotting, emoglobinemia <70g/l: procedere come raccomandato precedentemente
- segni di pre-eclampsia, ipertensione e/o proteinuria: inviare a un livello di cura superiore o in ospedale
- sospetto rallentamento della crescita fetale (valore della distanza sinfisi-fondo inferiore al 10° percentile): invio in ospedale per valutazione
- movimenti fetali non percepiti dalla donna: rilievo del BCF con apparecchio Doppler, se assente invio in ospedale

e) Favorire i seguenti interventi:

- il proseguimento della supplementazione con ferro, con aumento della dose in caso di Hb<70g/l, o invio allo specialista in caso di sintomi da anemia severa
- se il trattamento per batteriuria è già stato effettuato e tale reperto persiste, inviare per valutazione

f) Fornire consigli e suggerimenti e programmare l'appuntamento successivo

- ripetere eventuali consigli e suggerimenti
- lasciare il tempo per domande libere

- confermare le istruzioni scritte su dove andare e chi chiamare in caso di sanguinamento, dolore addominale o qualsiasi altra emergenza, come per la prima visita
- programmare la terza visita a circa 32 settimane.

g) Compilare in modo completo la cartella

- compilare la cartella clinica e la cartella della gravidanza che la donna terrà con sé e porterà ad ogni controllo sanitario.

TERZA VISITA

INFORMAZIONI GENERALI

Andrebbe eseguita a circa 32 settimane. Il tempo dedicato dovrebbe essere di 20 minuti. In caso di mancata seconda visita, la terza visita dovrebbe includere anche tutti gli accertamenti e le attività previste dalla precedente e il tempo dedicato allungato.

L'invio ad un livello di cura superiore è previsto per quelle donne che hanno sviluppato sintomi e segni che richiedono interventi particolari.

Alcune donne partoriranno prima della data prevista per il controllo successivo, si dovranno perciò fornire informazioni sull'eventuale inizio del travaglio (dove andare, cosa fare) ed introdurre l'argomento contraccezione: aspettare la visita postparto per parlarne può essere troppo tardi.

CONTENUTO DELLA TERZA VISITA

a) Raccogliere informazioni su:

DATI PERSONALI

- annotare qualsiasi variazione dalla seconda visita

ANAMNESI PATOLOGICA

- rivedere i punti più importanti rilevati alla prima e seconda visita
- indagare su eventuali malattie intercorrenti
- annotare l'assunzione di eventuali farmaci diversi da ferro e folati
- controllare la regolare assunzione di ferro
- annotare eventuali consulenze mediche o ricoveri

ANAMNESI OSTETRICA

- rivedere i punti più importanti rilevati alla prima e seconda visita

ATTUALE GRAVIDANZA

- indagare su sintomi o qualsiasi altro evento intercorso dalla seconda visita: es. dolore addominale (minaccia di parto pretermine?), sanguinamenti, leucorrea (perdita di liquido amniotico?) o altri sintomi specifici
- indagare su eventuali cambiamenti fisici anomali, osservati dalla donna o dai suoi familiari
- annotare se la donna avverte i movimenti fetali
- controllare le abitudini: fumo, alcool o altro

b) Eseguire l'esame obiettivo:

- misurare la pressione arteriosa
- valutare le dimensioni uterine con la misura della distanza sinfisi-fondo da registrare sul grafico
- eseguire la palpazione dell'addome per escludere una gravidanza gemellare
- rilevare il BCF con apparecchio Doppler in caso di movimenti fetali non percepiti durante la visita, di diminuzione dei movimenti fetali avvertiti dalla donna, o se la donna stessa lo richiede
- valutare l'eventuale presenza di edema generalizzato
- osservare altri segni: respiro corto, tosse, altro
- in caso di sanguinamento o spotting inviare all'ospedale (per escludere placenta previa)
- eseguire l'esame delle mammelle

c) Eseguire i seguenti test:

- urine per accertare eventuali infezioni urinarie; se positivo per batteriuria dopo aver già eseguito un trattamento, inviare in ospedale. La proteinuria va ricercata nelle nullipare e nelle donne con storia di eclampsia, pre-eclampsia o ipertensione
- sangue: emoglobinemia a tutte

d) Stabilire se esistono le condizioni per inviare a un livello di cura superiore

- effettuare una rivalutazione del rischio in base ai dati emersi dalla seconda visita e le osservazioni effettuate durante la visita stessa
- sintomi inaspettati: procedere come raccomandato
- in caso di sanguinamento: procedere come raccomandato
- segni di pre-eclampsia, ipertensione e/o proteinuria: inviare allo specialista o in ospedale
- sospetto rallentamento della crescita fetale (dimensioni uterine inferiori all'atteso, scarsa crescita evidenziata dalla curva della distanza sinfisi-fondo): inviare per valutazione
- sospetta gravidanza gemellare: inviare per conferma e organizzare il parto
- emoglobinemia continuamente <70g/l: inviare
- emoglobinemia >130g/l: programmare un nuovo controllo entro la 36a settimana per valutare la crescita fetale, la pressione arteriosa, e la proteinuria. Se a tale controllo si riscontrano anomalie: inviare

e) Favorire i seguenti interventi:

- il proseguimento della supplementazione con ferro, con invio allo specialista in caso di Hb<70g/l

- la seconda iniezione di tossoide tetanico

f) Fornire consigli e suggerimenti e programmare l'appuntamento successivo

- ripetere eventuali consigli e suggerimenti
- informare sulle misure da prendere in caso di minaccia di parto pretermine
- lasciare il tempo per domande libere
- confermare le istruzioni scritte su dove andare e chi chiamare in caso di emergenza
- organizzare il trasporto, se disponibile, in caso di bisogno durante il travaglio
- fornire raccomandazioni sulla lattazione, la contraccezione e la visita postparto
- programmare la quarta visita a circa 38 settimane.

g) Compilare in modo completo la cartella

- compilare la cartella clinica e la cartella della gravidanza che la donna terrà con sé e porterà ad ogni controllo sanitario.

QUARTA VISITA

INFORMAZIONI GENERALI

La visita finale andrebbe eseguita a 36-38 settimane di amenorrea.

Durante questa visita è estremamente importante identificare le gravidanze con feto in presentazione podalica da inviare per una eventuale versione cefalica esterna (in caso di sospetta sproporzione feto-pelvica va considerato il taglio cesareo).

Occorre specificare alle donne che, in caso il parto alla fine della 41a settimana di amenorrea (si stima siano il 5-10%), dovranno recarsi direttamente in ospedale per una valutazione e l'eventuale induzione del parto. Sebbene non sia sempre raccomandata, l'induzione del parto dopo la 41a settimana, se eseguita correttamente, non è associata a particolari rischi, e non aumenta il tasso di tagli cesarei.

CONTENUTO DELLA QUARTA VISITA

a) Raccogliere informazioni su:

DATI PERSONALI

- annotare qualsiasi variazione dalla terza visita

ANAMNESI PATOLOGICA

- rivedere i punti più importanti rilevati alle visite precedenti
- indagare su eventuali malattie intercorrenti
- annotare l'assunzione di eventuali farmaci diversi da ferro e folati
- controllare la regolare assunzione di ferro
- annotare eventuali consulenze mediche o ricoveri

ANAMNESI OSTETRICA

- revisione finale della storia ostetrica, con particolare attenzione a precedenti complicazioni durante il parto

ATTUALE GRAVIDANZA

- indagare su sintomi o qualsiasi altro evento intercorso dalla terza visita: es. dolore, contrazioni, sanguinamenti, leucorrea (perdita di liquido amniotico?) o altri sintomi specifici
- indagare su eventuali cambiamenti fisici anomali, osservati dalla donna o dai suoi familiari
- annotare se la donna avverte i movimenti fetali

b) Eseguire l'esame obiettivo:

- misurare la pressione arteriosa
- valutare le dimensioni uterine con la misura della distanza sinfisi-fondo (da registrare sul grafico)
- escludere una gravidanza gemellare
- valutare situazione e presentazione fetale
- rilevare il BCF con apparecchio Doppler in caso di movimenti fetali non percepiti durante la visita, di diminuzione dei movimenti fetali avvertiti dalla donna, o se la donna stessa lo richiede
- valutare l'eventuale presenza di edema generalizzato
- osservare altri segni: respiro corto, tosse, altro
- in caso di sanguinamento o spotting inviare all'ospedale

c) Eseguire i seguenti test:

- urine per accertare eventuali infezioni urinarie; se positivo per batteriuria dopo aver già eseguito un trattamento, inviare in ospedale. La proteinuria va ripetuta nelle nullipare e nelle donne con storia di eclampsia, pre-eclampsia o ipertensione

d) Stabilire se esistono le condizioni per inviare a un livello di cura superiore

- effettuare una rivalutazione del rischio in base ai dati emersi dalla terza visita e le osservazioni effettuate durante la visita stessa
- sintomi inaspettati: procedere come raccomandato
- in caso di sanguinamento: procedere come raccomandato
- segni di pre-eclampsia, ipertensione e/o proteinuria: inviare allo specialista o in ospedale
- sospetto rallentamento della crescita fetale (dimensioni uterine inferiori all'atteso): inviare per valutazione
- sospetta gravidanza gemellare: organizzare il parto in ospedale
- sospetta presentazione podalica: inviare per valutare una possibile versione cefalica esterna. Il parto deve essere programmato in ospedale.

e) Favorire i seguenti interventi:

- il proseguimento della supplementazione con ferro

f) Fornire consigli e suggerimenti e programmare l'appuntamento successivo

- ripetere i consigli e suggerimenti già forniti
- informare sulle misure da prendere in caso di perdita di liquido amniotico o inizio del travaglio
- fornire consigli sull'allattamento
- lasciare il tempo per domande libere
- confermare le istruzioni scritte su dove andare e chi chiamare in caso di inizio del travaglio o qualsiasi altra emergenza
- programmare l'appuntamento per il controllo in ospedale alla fine della 41a settimana, nel caso in cui la donna non avesse ancora partorito (scriverlo sulla cartella della gravidanza)
- programmare la visita postparto. Fornire raccomandazioni sulla lattazione e la contraccezione

g) Compilare in modo completo la cartella

- compilare la cartella clinica e la cartella della gravidanza che la donna terrà con sé e porterà in ospedale o ad ogni ulteriore controllo sanitario.

VISITA POSTPARTO

Sebbene la visita postparto sia universalmente raccomandata, è raramente eseguita nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo. Uno sforzo speciale deve essere fatto per programmare questo tipo di visita. Tale visita dovrà avvenire entro una settimana dal parto ed includerà:

- la prevenzione delle gravidanze indesiderate
- il sostegno all'allattamento
- l'eventuale completamento della vaccinazione antitetanica
- la supplementazione con acido folico per le donne con precedente figlio affetto da difetto del tubo neurale
- il proseguimento della supplementazione con ferro per le donne anemiche o che hanno avuto perdite ematiche abbondanti durante il parto
- la prevenzione delle infezioni
- la programmazione di una sorveglianza postnatale se lo si ritiene necessario

La visita vaginale non è raccomandata di *routine*, ma se esistono le indicazioni cliniche.

Tratto da: Department of Reproductive Health and Research RHR, World Health Organization. WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model. WHO/RHR/01.30. Gèneva: WHO; 2002.

http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_30/RHR_01_30_contents.en.html

