

Sanità e Salute

Ag
en
da



della
gravidanza

Sig.ra

IN CASO DI SMARRIMENTO RESTITUIRE A:

Sommario

Agenda di Gravidanza... mi presento	3
Come si usa l'Agenda di Gravidanza	4
Il diario della gravidanza	5
I Controlli Proposti Nel I Trimestre;	7
I Controlli Proposti Nel II Trimestre;	8
I Controlli Proposti Nel III Trimestre.	9
Attestato di gravidanza	11
Il Diario Clinico: Scheda Della Gravidanza E Bilanci Di Salute	12
Riferimenti Per Il Percorso Nascita;	13
Calendario Degli Appuntamenti;	14
Scheda Della Gravidanza: Inizio Gravidanza – Primo Incontro;	15
Criteri Attribuzione Profilo Assistenziale Appropriato;	18
Tabella Degli Esami;	20
Scheda Ecografie (I, II e III Trimestre);	22
Scheda Corsi Accompagnamento Alla Nascita;	25
Bilanci Di Salute – Diario Clinico (Con Valutazione Accrescimento Fetale);	26
Screening Prenatale (Con Correlati Moduli Di Consenso Informato);	28
Test HIV - Informazioni Per Consenso All'esecuzione (Con Correlati Moduli Di Consenso Informato);	31
Adesione al Programma di Assistenza Territoriale e in Puerperio	32
Moduli Preferenze Per Il Parto,	33
Anamnesi Per L'allattamento);	33
Dimissione Ospedaliera;	34
Adesione Al Programma Di Assistenza Territoriale E In Puerperio;	36
Assistenza In Puerperio;	37
Schede Informative	38
Quali Diritti In Gravidanza?	39
Stile Di Vita (Alimentazione E Igiene, Comportamenti, E Abitudini Di Vita)	40
Esami Di Laboratorio	44
Ecografie, Screening E Diagnosi Prenatale	45
Vaccinazioni E Gravidanza	48
Covid-19: Vaccinazione In Gravidanza	49
Vaccinazioni Per Il Neonato	50
Cosa mettere in Valigia	51
Gravidanza A Termine	52
Fisiologia Del Travaglio E Del Parto	53
Allattamento	55
Puerperio	60
Benessere Psico-Fisico	61
Donazione Del Cordone Ombelicale	62
Recapiti Telefonici Importanti Per Il Percorso Nascita	64

AGENDA DI GRAVIDANZA... MI PRESENTO

Gentile signora, la nascita di un figlio è un'occasione di grande cambiamento e crescita, per la donna e per la coppia¹.

Il Servizio Sanitario della Regione Molise mi ha immaginato e definito per accompagnarLa durante il **"Percorso Nascita"**², per fornirLe informazioni corrette, complete e obiettive per affrontare la gravidanza e l'evento nascita con serenità.

L'obiettivo è fornirLe uno strumento di collaborazione e comunicazione tra Lei e i professionisti che incontrerà nell'ambito del "Percorso Nascita", in modo da facilitare scelte appropriate e consapevoli e promuovere la salute della mamma e del bambino per il miglioramento della qualità assistenziale.

Le evidenze scientifiche mettono in evidenza come la registrazione degli eventi delle varie fasi della gravidanza in un unico documento (che la donna porta con sé in ogni visita e che i professionisti ginecologo e ostetrica³ aggiornano con scrupolosità), permette di fornire assistenza e risultati migliori in termini di salute, sia per la madre che per il neonato.

Metto a disposizione le schede cliniche per registrare il decorso della gravidanza, gli esami da eseguire, informazioni e consigli.

Il servizio o il professionista di riferimento aggiungeranno quanto necessario per la donna che abbia bisogno di assistenza addizionale o specialistica.

Le riporto, inoltre, i riferimenti dei servizi del Servizio Sanitario Regionale (consultori, medici di medicina generale, ambulatori specialistici, laboratori di analisi, servizi di ecografia, punti nascita) a disposizione delle donne in gravidanza per realizzare un percorso nascita accessibile e rispettoso delle scelte personali di ognuna.

Mi presento, pertanto, come:

- ❖ **documento** personale sul quale riportare i dati della donna e della sua gravidanza;
- ❖ **raccoglitore** che permette alla donna e agli operatori pubblici o privati di avere (e condividere) documentazione e dati ordinati sulla donna e sul nascituro, ossia un **patrimonio di informazioni** necessarie per un'assistenza appropriata e personalizzata. Tutti i dati personali inseriti nell'Agenda o comunicati agli operatori durante gli incontri/colloqui sono tutelati dalla *Legge sulla Privacy* attualmente vigente e fanno parte della relazione donna/ostetrica-medico;
- ❖ **mezzo informativo** che indica alla donna le tappe del percorso nascita e le fornisce le informazioni necessarie per la promozione della sua salute, aiutandola a scegliere tra i vari modelli assistenziali proposti riguardo la fisiologia della gravidanza, il parto, il puerperio, corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) e integrata con eventuali referti di consulenze specialistiche, ricoveri ospedalieri, passaggi in Pronto Soccorso, esami di laboratorio e diagnostici.
Il consenso informato⁴ qualifica ogni atto medico.

¹ di seguito con il termine **"donna in gravidanza"** si comprenderà sia la singola donna che la coppia di genitori

² il **"Percorso Nascita"** è l'insieme delle prestazioni offerte dalla Regione Molise per promuovere la salute della donna e del bambino e per fornire adeguata assistenza in gravidanza, al travaglio, al parto e successivamente durante l'allattamento ed il puerperio.

³ di seguito con il termine **"ginecologo/ostetrico"** si intenderà sia il professionista donna che uomo

⁴ Il **consenso informato** è la dichiarazione della persona che, avendo ricevuto le informazioni sulla sua situazione di salute e su possibili indagini e/o interventi terapeutici, avendone compreso i rischi e i vantaggi, acconsente al trattamento proposto. Attraverso il consenso informato si formalizza la collaborazione tra la donna e gli operatori

Al mio interno troverà:

- ❖ il “**diario della gravidanza**”, pensato come una guida che, trimestre dopo trimestre, illustra l'assistenza che le viene proposta;
- ❖ le “**schede della gravidanza o bilancio di salute**” in cui l'operatore che segue la gravidanza ne descrive il decorso;
- ❖ le “**schede informative**”, dedicate ognuna a un tema specifico (stili di vita, sostegno durante il travaglio, allattamento al seno, ecc...) per individuare più facilmente le risposte ai dubbi e alle perplessità più comuni in gravidanza e nei primi giorni dopo la nascita. Il servizio o il professionista di riferimento aggiungeranno quanto necessario, eventualmente consegnandole altri opuscoli, nel caso lei abbia a bisogno di ulteriore assistenza.

Come si usa l'agenda della gravidanza

La “Agenda della gravidanza” è distribuita a tutte le donne in gravidanza nei consultori familiari e negli Ambulatori pubblici ubicati nei Distretti e nelle U.O. di Ginecologia e Ostetricia della Regione. Le donne assistite privatamente potranno ritirarne una copia presso il consultorio familiare del proprio distretto di residenza.

Ogni donna avrà cura di leggere, utilizzare e conservare la propria Agenda e potrà:

- consultarla per avere informazioni: sulla fisiologia della gravidanza, sui corsi di accompagnamento alla nascita, sul parto e sul puerperio;
- compilarla con i propri dati e le preferenze rispetto alle scelte possibili;
- portarla agli appuntamenti con i professionisti sanitari e al Punto Nascita dove andrà a partorire;

Gli operatori sanitari (pubblici o privati) che la donna avrà scelto per la sua gravidanza, avranno cura di:

- compilarla e aggiornarla durante gli appuntamenti;
- integrarla con eventuali referti di consulenze specialistiche, ricoveri ospedalieri, passaggi in Pronto Soccorso, esami di laboratorio
- arricchirla con messaggi di educazione e promozione della salute e prevenzione.

Il percorso nascita

La donna potrà scegliere se intraprendere il percorso di cura tramite il Consultorio (dove è presente una Ostetrica e un Ginecologo) oppure tramite un Ginecologo presso un Ambulatorio pubblico o privato.

Il ginecologo/ostetrico, il Medico di Medicina Generale (MMG), i consultori e le altre strutture territoriali costituiscono **la rete di assistenza integrata alla donna in gravidanza**.

La donna in gravidanza sarà seguita nei detti Presidi Territoriali fino alla 37^a settimana e, a seguire, indirizzata presso i Punti Nascita dei Presidi Ospedalieri Regionali¹.

L'accesso alla **rete consultoriale territoriale** non richiede impegnativa del medico curante e le sedi sono ubicate a:

- Campobasso
- Bojano

¹ Anche le pazienti che scelgono di essere seguite presso un ambulatorio privato potranno usufruire degli ambulatori ospedalieri sia ad altro che a basso rischio, dei servizi della rete consultoriale e di ogni servizio pubblico.

- Isernia
- Termoli
- Larino

Il consultorio di Campobasso e Bojano hanno come struttura ospedaliera di riferimento il P.O “Cardarelli”, il Consultorio di Isernia hanno come struttura ospedaliera di riferimento l'ospedale “Veneziale”, i consultori del basso Molise hanno come struttura ospedaliera di riferimento il “San Timoteo” di Termoli.

Nell'ottica di dare attuazione al DM 71 (che prevede un consultorio ogni 20.000 abitanti; 10.000 per le aree interne e rurali), si possono anche prevedere ulteriori consultori da attivare presso la Casa della Salute di Riccia e presso la Casa della Salute di Trivento

La stessa cosa presso la Casa della Salute di Frosolone, Venafro ed Agnone).

Ugualmente per la Casa della Salute di Montenero di Bisaccia .

I Punti Nascita regionali sono i Presidi Ospedalieri (OP):

- “Cardarelli” di Campobasso;
- “Veneziale” di Isernia;
- “San Timoteo” di Termoli

nei detti presidi sono presenti gli ambulatori della gravidanza a termine (dalla 37° - 41° settimana +0 giorni) e oltre il termine

La “gravidanza a rischio o patologica” (vedi infra sub “Diario della gravidanza”) dovrà essere indirizzata solo presso l'Ospedale di Campobasso, che dispone di una Unità Operativa Complessa (UOC) di Ginecologia e Ostetricia e dove verrà istituito un ambulatorio specifico.

Presso l'Ospedale di Campobasso è presente, inoltre, l'ambulatorio della gravidanza a rischio per la diagnosi prenatale invasiva (amniocentesi).

L'accesso ai punti nascita non richiede impegnativa del medico curante.

IL DIARIO DELLA GRAVIDANZA

Il “diario della gravidanza” è l'insieme delle prestazioni offerte per promuovere la salute della donna e del bambino e per fornire adeguata assistenza in gravidanza, al travaglio, al parto e successivamente durante l'allattamento ed il puerperio.

Le prestazioni di base, suddivise in trimestri, sono quelle indicate nelle Linee Guida nazionali Gravidanza Fisiologica. (SNLG 2023 Gravidanza-fisiologica consultabile sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità www.iss.it)

Il primo appuntamento ha generalmente una durata maggiore dei successivi perché è necessario raccogliere informazioni sulla salute della donna, del partner e della famiglia; è inoltre l'occasione per ricevere informazioni sull'assistenza e sul sostegno in gravidanza, sui diritti di legge che tutelano la maternità e la paternità, sui corsi di accompagnamento alla nascita, sugli stili di vita e su come gestire i sintomi più comuni (vedi relative schede informative).

Durante la prima visita, è consigliato portare con sé tutti gli esami già effettuati, in particolare la documentazione riguardante il gruppo sanguigno, il certificato vaccinale, malattie avute in passato, precedenti visite ginecologiche, esiti di pap-test (in particolare l'ultimo), tutto ciò che si ritiene sia utile in relazione alla salute di mamma e bambino.

È opportuno anche che tutte le informazioni aggiuntive ritenute importanti siano discusse con il ginecologo/ostetrico.

Potrebbe essere utile che la donna annoti in precedenza le domande da porre o i dubbi da chiarire durante il colloquio con l'ostetrica/ginecologo.

Lo stato di salute della donna influenza l'andamento della gravidanza.

Una **donna sana**, non portatrice di malattie croniche, che non assume farmaci o droghe, ha elevata probabilità di avere una gravidanza, un parto e dopo-parto normali, e di partorire un neonato sano.. A seconda degli elementi di rischio o patologie presenti, i percorsi da inserire nell'Agenda potranno variare. Tali percorsi possono talvolta richiedere competenze altamente specialistiche in malattie materne e/o fetali disponibili solo in alcune strutture con elevata specializzazione.

In una gravidanza **fisiologica** è utile un bilancio di salute ogni 4/6 settimane, per la gravidanza **con complicanze** potrebbe essere necessario un numero superiore di incontri. In ogni caso è raccomandato che la donna sia seguita in modo continuativo e per tutta la gravidanza, dallo stesso professionista o piccolo gruppo di professionisti.

Nel corso di ogni appuntamento concordato con la donna si tratterà il bilancio di salute attraverso:

- **visita ostetrica.** L'esplorazione vaginale viene effettuata al primo incontro e ogni volta che se ne ravvisa la necessità;
- **controllo del peso.** È indicatore di una corretta alimentazione e stile di vita, è effettuato di routine ad ogni controllo. Viene utilizzato insieme all'altezza per la valutazione dell'indice di massa corporea (BMI).
- **controllo della pressione.** Esame utile per diagnosticare un'eventuale ipertensione (pressione alta) preesistente alla gravidanza;
- **controllo degli esami** richiesti e prescrizione dei successivi;
- **auscultazione del battito del feto** (dopo la 12° settimana);
- **utilizzo dell'ecografo**, (in alcuni casi) solo come strumento di supporto alla clinica;
- **valutazione del benessere psico-emotivo della coppia.** Sono offerte informazioni sui servizi/associazioni del territorio in cui trovare supporto e aiuto (vedi scheda informativa "benessere psico-fisico"). Si ricevono informazioni sui **corsi di accompagnamento alla nascita (CAN)** (vedi scheda informativa) e si inizia a parlare del travaglio e del parto (vedi scheda informativa sulle "fisiologia del travaglio e del parto").

Gravidanza e vaccinazioni

Fra ottobre e dicembre viene offerta gratuitamente dal Servizio Sanitario la **vaccinazione anti- influenzale** (vedi scheda informativa "vaccinazioni e gravidanza"); inoltre, nel corso del secondo trimestre, è offerta la **vaccinazione antiCovid-19** con vaccino a mRNA. Questo vaccino è particolarmente raccomandato alle donne in gravidanza con fattori di rischio di sviluppare forme gravi di Covid-19 oppure a chi, per situazione privata o per lavoro, è esposta a un altorischio di entrare a contatto col coronavirus, (vedi scheda informativa "Covid-19: vaccinazione in gravidanza").

Infine, fra la 28° e la 32° settimana di gestazione viene offerto il **vaccino contro la pertosse** (vedi scheda informativa "vaccinazioni e gravidanza").

In dettaglio i controlli proposti nel I TRIMESTRE

(fino alla 12a settimana + 6 giorni)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità consiglia che il primo incontro avvenga almeno entro il terzo mese di gravidanza per programmare senza difficoltà i controlli clinici opportuni e pianificare nel modo migliore l'assistenza alla gravidanza.

In particolare, un incontro **entro la 10ª settimana** è utile per ricevere informazioni nel caso si vogliano eseguire esami di screening e/o diagnosi prenatali (vedi scheda informativa "ecografie e diagnosi prenatale") ed è raccomandato, a tutte le donne con malattie in corso e/o che assumono regolarmente farmaci.

ESAMI DEL SANGUE

Gruppo sanguigno - Fattore RH. Raccomandato nel 1° trimestre è utile per rilevare le donne RH negative.

Test di Coombs indiretto. Importante nel monitoraggio delle donne in gravidanza RH negative. Raccomandato a tutte le donne nel corso della prima visita e successivamente ripetuto nel 3° trimestre.

Emocromo. È l'unico esame valido per lo screening dell'anemia in gravidanza. È richiesto ad ogni trimestre.

Glicemia. È il test utilizzato per individuare un diabete preesistente alla gravidanza. È consigliato alla prima visita.

Transaminasi Solo nel 1° trimestre, serve per identificare le donne alle quali proporre il test per l'epatite C.

Emoglobine anomale. L'esame viene proposto a tutte le donne nel 1° trimestre di gravidanza se non effettuato prima della gravidanza: permette di identificare le portatrici sane di anemia mediterranea e altre forme di anemia.

ESAMI PER MALATTIE INFETTIVE

HIV. È proposto di routine nel 1° e nel 3° trimestre perché è dimostrata l'efficacia del trattamento con farmaci antivirali nelle donne in gravidanza sieropositive.

Rubeo-Test (Rosolia). Raccomandato di routine al 1° trimestre, è da ripetersi nel 2° trimestre nel caso in cui il primo test fosse negativo (vedi scheda informativa "Vaccinazioni e gravidanza").

Toxo-Test (Toxoplasmosi). Raccomandato nel 1° trimestre è da ripetere ogni 40 - 60 giorni in caso di sieronegatività. In questo caso verranno consigliati quei comportamenti utili per prevenire l'infezione (vedi scheda informativa sugli "Stili di vita in gravidanza").

Cytomegalovirus-Test. NON viene offerto di routine, ma è consigliato. Se negativo alla prima determinazione, va ripetuto mensilmente, fino alla 24ª settimana di gestazione. È importante seguire le misure di prevenzione per limitare il rischio di infezione durante la gravidanza (vedi scheda informativa sugli "Stili di vita").

Test per la Sifilide. È raccomandato nel 1° trimestre e da ripetere nel 3° trimestre. L'infezione materna può essere trattata con una specifica terapia antibiotica, valida anche per prevenire la trasmissione dalla madre al feto.

Test per HCV (epatite C). Il test è proposto nel 1° trimestre alle donne che presentano fattori di rischio (pazienti sottoposti ad emodialisi, a chi convive con persone con epatite C, a chi ha fatto uso di droghe iniettabili, etc).

ESAME DELLE URINE

Utile per la diagnosi di alcune malattie preesistenti alla gravidanza, per la diagnosi delle infezioni urinarie in gravidanza e per rilevare l'eventuale presenza di proteine nell'urina. È raccomandato a ogni trimestre.

Urinocoltura. L'esame viene proposto per verificare la presenza di una carica batterica elevata nelle urine (batteriuria) che a volte non dà nessun sintomo. La batteriuria asintomatica normalmente non è preoccupante, ma in gravidanza va identificata per avviare un trattamento.

Test per malattie sessualmente trasmesse (clamidia, gonorrea). Il test viene proposto alle donne con fattori di rischio (chi ha avuto rapporti sessuali non protetti con più partner, chi ha subito violenza, chi ha una storia di prostituzione, chi ha fatto abuso di alcol e droghe, ecc.). In caso di risultato positivo, va iniziata subito una terapia antibiotica per evitare che l'infezione passi al bambino durante il parto.

ECOGRAFIA OSTETRICA / ECOGRAFIA DI SCREENING

L'ecografia nel 1° trimestre ha l'obiettivo di datare con certezza l'epoca della gravidanza e verificare se si tratta di una gravidanza gemellare (vedi scheda informativa "Ecografie e diagnosi prenatale").

L'ecografia di Screening, che si effettua tra l'11° e la 13° settimana, comprende in particolare la misurazione della **translucenza nucale** per fornire una stima del rischio che il feto sia affetto da sindrome di Down e/o anomalie congenite (vedi scheda informativa "Ecografie e diagnosi prenatale").

PAP TEST – HPV DNA TEST

Vengono proposti per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina:

- il PAP test alle donne tra i 25 e i 29 anni che non l'abbiano eseguito negli ultimi 3 anni;
- l'HPV test alle donne con età pari o superiore ai 30 anni che non l'abbiano eseguito negli ultimi 5 anni.

L'esecuzione di questi test durante la gravidanza non comporta rischi di aborto o altre complicanze

In dettaglio i controlli proposti nel II TRIMESTRE

(dalla 13° settimana + 0 giorni alla 27° settimana + 6 giorni)

Durante gli incontri di questo trimestre il medico o l'ostetrica valutano i risultati degli esami, rispondono alle domande e chiariscono i dubbi.

Viene controllato il peso e la pressione arteriosa, si valuta l'accrescimento fetale, gli esami ematici prescritti nel precedente incontro, si ripropone il test per rosolia e toxoplasmosi nei soggetti non immuni e in presenza di fattori di rischio per il diabete si programma curva da carico orale di glucosio (OGTT).

Si propone un'ecografia detta comunemente Morfologica da eseguire tra la 19° e la 21° settimana, per la diagnosi di eventuali anomalie fetali.

Si informa la donna circa la vaccinazione per la pertosse da eseguire nel successivo trimestre (vedi scheda), la vaccinazione antiinfluenzale (nel periodo ottobre-dicembre) e il vaccino Covid 19 nelle donne a rischio (vedi scheda).

Si informa in merito ai corsi di accompagnamento alla nascita, si valuta il benessere psico-fisico e si inizia a parlare del travaglio e del parto (scheda scelte per il parto)

ESAMI DEL SANGUE

Emocromo. È l'unico esame valido per lo screening dell'anemia in gravidanza. È richiesto ad ogni trimestre.

Glicemia - Curva da carico. Questo esame viene proposto alle donne che sono a rischio di sviluppare il diabete gestazionale sulla base della presenza di alcun fattore di rischio (obesità o sovrappeso, diabete gestazionale in una gravidanza precedente, storia familiare di diabete, età superiore a 35 anni, essere originaria di paesi dell'Asia meridionale, in particolare India, Bangladesh, Pakistan, Caraibi, Medio-Oriente). Nel corso dell'esame viene inizialmente controllata la glicemia a digiuno con un prelievo. Si viene poi invitate a bere un bicchiere di acqua in cui è sciolta una notevole quantità di zucchero. La glicemia viene quindi ricontrollata dopo 60 e 120 minuti. Complessivamente l'esame dura circa 2 ore.

ESAMI PER MALATTIE INFETTIVE

Rubeo-Test (Rosolia). Da ripetersi nel 2° trimestre in caso di negatività (vedi anche “Controlli proposti nel primo trimestre”).

Toxo-Test (Toxoplasmosi). Vedi “Controlli proposti nel primo trimestre”.

CMV test (Citomegalovirus) Vedi “Controlli proposti nel primo trimestre”.

ESAME DELLE URINE

Utile per la diagnosi delle infezioni urinarie in gravidanza e per rilevare l'eventuale presenza di proteine nell'urina. È raccomandato a ogni trimestre.

ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA

L'ecografia morfologica viene effettuata fra la 19° e la 21° settimana e serve a diagnosticare l'eventuale presenza di alcune malformazioni congenite del feto, a valutarne la crescita, a valutare eventuali anomalie della quantità del liquido amniotico (vedi scheda informativa “ecografie e diagnosi prenatale”)

MISURA FONDO-SINFISI

Si tratta di un controllo per verificare che la crescita del feto proceda in modo regolare. Si effettua misurando con un metro a nastro, cioè un comune metro da sarta, la distanza fra il fondo dell'utero (cioè il limite alto del pancione) e la sinfisi pubica (cioè il punto più basso della pancia).

In dettaglio i controlli proposti nel III TRIMESTRE

(dalla 28° settimana + 0 giorni al termine)

Durante gli incontri il medico o l'ostetrica rispondono alle domande poste dalla donna e chiariscono i dubbi. Si controlla la pressione arteriosa e l'incremento ponderale materno, si pone attenzione al benessere psicofisico della donna/coppia. Si valutano gli esami eseguiti e si illustra l'assistenza proposta negli ultimi mesi di gravidanza.

Attorno alla 34° settimana si pianificano i contatti con l'ospedale scelto per partorire; si ricevono informazioni sull'assistenza dopo il parto, sugli esami che vengono proposti dopo la nascita, sull'allattamento al seno e la cura del neonato (vedi relative schede informative pag. 69).

Alla 32°-34° settimana, si verifica che il feto sia nella giusta posizione per il parto (presentazione cefalica).

Presso il punto nascita prescelto, verso la 36°-37° settimana si esaminano la storia della gravidanza in base a quanto riportato nell'agenda, lo stato di salute della mamma e del bambino, eventuali elementi di rischio per il parto stesso, l'esito degli esami eseguiti in gravidanza (in particolare quelli eseguiti tra la 33°/37° settimana). Viene predisposta la cartella clinica ospedaliera e si informa la donna sul programma di monitoraggio del benessere fetale. Se la situazione richiede il taglio cesareo saranno richiesti gli esami ematici necessari e la visita anestesiológica da eseguire presso l'Ospedale scelto per il parto.

Nelle gravidanze che vanno oltre la 41° settimana (come anche in quelle in cui si manifestino specifiche indicazioni cliniche), si richiede il monitoraggio cardiocografico (tracciato per valutare il benessere fetale) e la valutazione ecografica della quantità di liquido amniotico (AFI). Nel caso in cui, nell'epoca gestazionale suddetta, non si verifichi spontaneamente l'avvio del travaglio di parto si rende necessaria l'induzione del travaglio, che può avvenire attraverso diverse modalità (farmaci, dispositivi appositi o rottura strumentale delle membrane).

ESAMI DEL SANGUE

Test di Coombs indiretto. Raccomandato a tutte le donne nel corso della prima visita e nel 3° trimestre (28 settimane).

Emocromo. È l'unico esame valido per lo screening dell'anemia in gravidanza. È richiesto ad ogni trimestre.

ESAMI PER MALATTIE INFETTIVE

HIV. È proposto di routine nel 1° e nel 3° trimestre perché è dimostrata l'efficacia del trattamento con

farmaci antivirali nelle gestanti sieropositive.

Toxo-Test (Toxoplasmosi). Vedi "Controlli proposti nel primo trimestre".

Test per la Sifilide. È raccomandato di routine nel 1° trimestre e da ripetere nel 3° trimestre. L'infezione materna può essere trattata con una specifica terapia antibiotica, valida anche per prevenire la trasmissione dalla madre al feto.

Epatite B. È consigliato al 3° trimestre. In caso la madre risulti positiva, ci sono terapie efficaci per prevenire la trasmissione dell'infezione al bambino.

CMV test (Citomegalovirus) Vedi "Controlli proposti nel primo trimestre".

ESAME DELLE URINE

Utile per la diagnosi delle infezioni urinarie in gravidanza e per rilevare l'eventuale presenza di proteine nell'urina. È raccomandato a ogni trimestre.

IMMUNOPROFILASSI AN-RH(D)

Questa terapia viene offerta di routine a tutte le donne Rh negative a 28 settimane con test di Coombs negativo.

TAMPONE VAGINALE-RETTALE

Serve per identificare una infezione da streptococco betaemolitico gruppo B: viene proposto a tutte le donne dopo le 36 settimane.

Alle donne che risultano positive al test, il medico proporrà un trattamento antibiotico durante il travaglio di parto.

MISURA FONDO-SINFISI Vedi "Controlli proposti nel II trimestre"



ATTESTATO DI GRAVIDANZA

La signora

Nata a _____

il _____

Residente

a _____

Via _____

È attualmente alla _____ settimana di gravidanza

data dichiarata ultima mestruazione data presunta parto _____

Gravidanza diagnosticata con:

Test immunologico effettuato in data _____

Esame clinico effettuato in data _____

Esame ecografico effettuato in data _____

Data Firma e timbro del medico attestante _____

L'elenco e la descrizione delle prestazioni dell'INPS (Istituto Nazionale Previdenza Sociale) per la maternità possono essere trovate, nella formulazione più aggiornata, sul sito Inps (www.inps.it).

Dalla prima pagina del sito è possibile:

avere il numero telefonico 803164 che fornisce informazioni in otto lingue (il servizio è gratuito);
inserendo la parola "maternità" nello spazio per la ricerca, compariranno le prestazioni INPS per la maternità/paternità (indennità di maternità, assegno di maternità, indennità di paternità, ecc.);

- dalla sezione MODULI (sull'intestazione sempre della prima pagina) inserendo ancora la parola "maternità" si accede ai moduli che possono essere scaricati e compilati (domanda di congedo per maternità delle lavoratrici dipendenti, autocertificazione relativa ai periodi di maternità e malattia, domanda di assegno di maternità dello Stato – per gli aventi diritto, ecc.).

IL DIARIO CLINICO: SCHEDA DELLA GRAVIDANZA E BILANCI DI SALUTE

Il bilancio di salute è il risultato dell'incontro tra la donna e il professionista che segue la gravidanza e ne descrive il decorso.

L'inizio del diario clinico è costituito dalla compilazione delle schede anamnestiche.

Vi verranno rivolte alcune domande che hanno l'obiettivo di fare il quadro del vostro stato di salute e delle sue influenze sulla salute del bambino. È opportuno che tutte le informazioni aggiuntive che ritenete importanti siano discusse con il ginecologo/ostetrico.

Di seguito le singole schede:

- RIFERIMENTI PER IL PERCORSO NASCITA;
- CALENDARIO DEGLI APPUNTAMENTI;
- SCHEDA DELLA GRAVIDANZA: inizio gravidanza – primo incontro;
- CRITERI ATTRIBUZIONE PROFILO ASSISTENZIALE APPROPRIATO;
- TABELLA DEGLI ESAMI;
- SCHEDE DELLE ECOGRAFIE (I, II e III TRIMESTRE);
- SCHEDA CORSI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA;
- BILANCI DI SALUTE – DIARIO CLINICO (con valutazione accrescimento fetale);
- SCREENING PRENATALE (con correlati moduli di consenso informato);
- TEST HIV - INFORMAZIONI PER IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE;
- MODULO INVIO DAL SERVIZIO TERRITORILE AL PUNTO;
- PREFERENZE PER IL PARTO;
- FOGLIO DIMISSIONE OSPEDALIERA;
- ADESIONE AL PROGRAMMA DI ASSISTENZA TERRITORIALE E IN PUERPERIO ;
- BILANCIO DI SALUTE PER L'ASSISTENZA IN PUERPERIO.

RIFERIMENTI PER IL VOSTRO PERCORSO NASCITA

Professionista che segue la gravidanza ☐ ostetrico ☐ ginecologo	
Cognome	Nome
Indirizzo	
Tel. Fisso	Cellulare
Orari	
Medico Di Medicina Generale	
Cognome	Nome
Indirizzo	
Tel. Fisso	Cellulare
Orari	
E' In Carico A Specialisti? Per Quale Patologia?	
Patologia	
Dott./Dott.ssa	Recapito
Patologia	
Dott./Dott.ssa	Recapito
Riferimenti In Caso Di Emergenza	
Ospedale	
Reparto/ Pronto Soccorso	
Telefono	
Punto Nascita Previsto Per Il Parto	
Ospedale	
Reparto	
Telefono	

CALENDARIO DEGLI APPUNTAMENTI

ESAMI/VISITE	TRIMESTRE	DATA
DIAGNOSI PRENATALE	I TRIMESTRE	
VISITE	I TRIMESTRE	
	II TRIMESTRE	
	III TRIMESTRE	
ECOGRAFIE	I TRIMESTRE	
	II TRIMESTRE	
	III TRIMESTRE	
AMBULATORIO GRAVIDANZA A TERMINE	III TRIMESTRE	
PUERPERIO	POST PARTUM	

SCHEDA DELLA GRAVIDANZA: inizio gravidanza - primo incontro

Nome e Cognome _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Data di nascita _____ Nata a _____

Anni _____ Stato civile _____

Cittadinanza _____

Professione _____

Titolo di studio _____

Codice Fiscale _____

Se straniera:

Anno di ingresso in Italia _____

Necessita di mediazione sì no

Conoscenza dei diritti in gravidanza sì no

Coniuge – partner

Nome e Cognome _____

Gruppo sanguigno _____ Fattore RH _____

età _____

Professione _____

Titolo di studio _____

Rilievi anamnestici (familiarità per malattie genetiche, etc..) _____

Situazione abitativa

Coabita con:

Partner	sì	no	Altri adulti	sì	no
Minori	sì	no	In carico ai servizi sociali	sì	no

Note _____

Anamnesi familiare

Malattie generiche	sì	no	Ipertensione	sì	no	Diabete
	sì	no	Trombofilia	sì	no	Tireopatie -

Endocrinopatie sì no

Altro _____

Anamnesi Personale

Peso _____ Altezza _____ BMI _____

Gruppo Sanguigno _____

Alimentazione _____

Patologie di rilievo _____

Interventi chirurgici _____

Malattie genetiche _____

Emoglobinopatie _____

Allergie _____

Terapie in corso _____

N. sigarette/die (prima della gravidanza) _____

N. sigarette/die (durante la gravidanza) _____

Alcool	sì	no	Sostanze stupefacenti	sì	no
--------	----	----	-----------------------	----	----

Anamnesi Ostetrico-Ginecologica

Ultima mestruazione: Data presunta del parto: Peso iniziale: BMI:

Ridatazione ecografica Data presunta del parto ecografica

Cicli regolari sì no Ultimo PAP TEST

Patologie ginecologiche

Chirurgia collo dell'utero

Chirurgia utero-annessi

ANNO	PARTO EUTOCICO	PARTO DISTOCICO	T.C.	ABORTI	IVG	PESO NEONATO	FIGLI VIVENTI	PARTO IN ANALGESIA	ALLATTAMENTO

Note

CRITERI ATTRIBUZIONE PROFILO ASSISTENZIALE APPROPRIATO

DATA / /

nome e cognome paziente _____

nome e cognome medic* _____

nome e cognome ostetric* _____

Principali fattori di rischio materno/ fetale (da rivalutare ad ogni visita e al ricovero)		
Fattori sociali	1	Eta <16>35 >40* (>RT)
	2	Malnutrizione BMI <18; Obesità BMI >30; BMI > 35* (>RT) BMI = Kg/m2
	3	PMA (procreazione medico assistita) *
	4	Svantaggio sociale/Violenza di genere/ mutilazioni genitali femminili
	5	Scarsi o ritardati controlli in gravidanza
	6	Esposizione a raggi e farmaci nell'attuale gravidanza
	7	Abuso di tabacco
	8	Abuso di alcool (sindrome alcolica fetale/malformazioni congenite)
	9	Uso di droghe (cocaina eroina e metadone, morfina)
Malattie preesistenti alla gravidanza	10	Malattie cardiache (congenite, ischemiche, valvolari) e relativo rischio
	11	Ipertensione/ preclampsia in precedenza
	12	Malattie respiratorie (asma severo, fibrosi cistica)
	13	Malattie renali (insufficienza renale acuta o cronica)
	14	Alterazioni endocrino-dismetaboliche o diabete compensato/scompensato
	15	Malattie neurologiche (sclerosi multipla, epilessia)
	16	Malattie muscolo scheletriche (scoliosi, traumi al bacino)
	17	Attuali o pregressi accidenti cerebrovascolari
	18	Malattie ematologiche (trombocitopenia, trombofilia) (>RT) Isoimmunizzazione M-F**
	19	Trapianto d'organo
	20	Malattia autoimmuni (>RT) Malattie reumatiche
	21	Malattie psichiatriche trattate con farmaci
	22	Malattie infettive (influenza, sifilide, HIV, HCB, HBV, MST, TORCH, Streptococco, TBC)
	23	Epatopatie attive (steatosi, insufficienza epatica lieve, media, grave)
	24	Infezioni urinarie- cistiti ricorrenti – calcolosi renale
	25	Tumori maligni
	26	Pregressa tromboembolia
	27	Malformazioni uterine/metroplastiche
	28	Miomi
	29	Aborto abituale (>3)
	30	Parità
	31	Malattie ereditarie in famiglia (anche partner)
Altri fattori di rischio della gravidanza attuale	32	Diabete gestazionale
	33	Preeclampsia/eclampsia/HELLP
	34	Precedente EPP/Trasfusioni/rischio rifiuto trasfusionale
	35	Colestasi gravidica/Atrofia giallo acuta del fegato
	36	Taglia cesareo pregresso
	37	Pregressa chirurgia addomino pelvica
	38	Metrorragie (1-2-3 Trimestre)

	39	Placenta previa
	40	Rischio placentazione (previa con pregresso TC/ accreta/percreta/increta)
	41	Altra patologia
Rischio fetale	42	Rischio fetale individuato dai test di screening
	43	Morte fetale o perinatale/aborto tardivo/parto pretermine (>23 e <34 settimana)
	44	Pregresso nato con basso peso alla nascita (lbsettimana) e ricoverato in TIN
	45	Diagnosi prenatale invasiva/cerchiaggio
	46	Rilievi ecografici anomali (strutturali fetali/anomalie genetiche)
	47	Gravidanze gemellari monocoriali mono-bi-amniotiche
	48	Anemia emoglobinopatie (1* e 3* TRIM. HB < 11,0/ 2 * Trim. HB <10, 5)
	49	Difetto di crescita accertato o sospetto /Macrosomia fetale
	50	Presentazione anomala alla 32esima settimana
	51	Oligo-Polidramnios-Anidramnios

Gravidanza a basso rischio: assenza di patologie e di condizioni di rischio

Gravidanza a medio rischio: presenza di uno o più fattori di rischio (escludono la valutazione ostetrica e richiedono la valutazione del medico ginecologico)

Gravidanza a medio/alto rischio: patologia e/o quadro clinico in trattamento che necessita di una valutazione multidisciplinare

Gravidanza ad alto rischio (GAR I livello): presenza di una o + patologie e condizioni di rischio**. Richiedono gestione multidisciplinare in centri ad elevata complessità assistenziale

Gravidanza ad alto rischio (GAR II livello): presenza di una o + patologie e condizioni di rischio*** (rischio placentazione: previa con pregresso TC/accreta/percreta/increta) richiedono il trasferimento in strutture di II livello e con presenza di radiologia interventistica

Rischio: basso medio medio/alto alto

Condizioni cliniche che giustificano l'assegnazione alla classe di rischio _____

Livello assistenziale assegnato:

- ☐ ambulatorio generale di gravidanza/consultorio
☐ GAR I Livello ☐ GAR II livello
☐ Punto nascita I Livello ☐ Punto nascita II livello
☐ Altro _____

Firma del Medic* _____

Firma dell'ostetric* _____

TABELLA DEGLI ESAMI

Le caselle COLORATE Indicano le settimane in cui si raccomanda l'esecuzione dell'esame.
La presenza di asterischi rinvia alle condizioni – esplicitate in calce – in presenza delle quali si raccomanda l'esecuzione dell'esame.

Esami da eseguire	Preconcepimento o entro la 13° settimana	Settimane di gravidanza					
		14-18	19-23	24-28	29-32	33-37	38-41
Gruppo sanguigni AB0 e Rh							
Coombs indiretto		*	*	**	*	*	*
HIV							
Rubeo-test	immune SI- ☐ NO ☐	**					
Toxo test	immune SI- ☐ NO ☐	**	**	**	**	**	
CMV test	immune SI- ☐ NO ☐	**	**	**			
ALT/AST							
VDRL/TPHA							
HBsAg							
HCV	***						
Emocromo							
Elettroforesi Hb							
Ferritinemia							
Glicemia		rischio diabete ☐ SI ☐ NO se SI OGTT		rischio diabete ☐ SI ☐ NO se SI OGTT			
Esame urine							
Urinocoltura							

(*) da eseguire mensilmente se RH negativo (**) da eseguire solo se NON immune

ESAMI DA ESEGUIRE	PRECONCEPIMENTO O ENTRO 13 SETT.	SETTIMANE DI GRAVIDANZA					
		14 – 18	19 – 21	22 – 27	28 – 32	33 – 37	38 – 41
Ecografia	(impegnativa codice 88.78)		(impegnativa codice 88.78)		(impegnativa codice 88.78)		
Screening biochimico	tra l’11° e la 13° sett.						
Tampone vagino-rettale per strepto B							
Tampone per Chlamydia e gonococco	***						
Pap – Test – HPVb test	***						

(***) da eseguire solo in presenza di fattori di rischio da LG nazionali Gravidanza Fisiologica

(****) se non eseguito nei tre anni precedenti

ESAMI PADRE

ESAMI DA ESEGUIRE	PRECONCEPIMENTO O ENTRO 13 SETT.	SETTIMANE DI GRAVIDANZA					
		14 - 18	19 – 23	24 - 28	29 - 32	33 - 37	38 - 41
HIV							
Emocromo e assetto emoglobinico							
VDR/TPHA							

ECOGRAFIA DEL I TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

Cognome e nome Data di nascita..... UM

Epoca gestazionale dall’UM: _____sett. + ____gg; D.P.P. UM:_____

Epoca gestazionale ecografica: _____ sett.+____gg; DPP-ecografica:_____

Indicazione: Esame ecografico di screening del II trimestre.

Informazione: la persona assistita acconsente all’effettuazione dell’indagine ecografica, adeguatamente informata su scopi e limiti dell’esame ecografico attraverso il colloquio con il proprio Ginecologo/ Ostetrica/ Medico ecografista (al quale ha avuto la possibilità di porre eventuali quesiti).

Camera gestazionale intrauterina diametro medio: _____mm

Posizione della camera gestazionale (in pazienti pre-cesarizzate): ☐ fondo ☐ corpo ☐ istmo

Embrione / feto: ☐ rilevato ☐ non rilevato; ☐ unico ☐ gravidanza gemellare

Se gemellare: Corionicità _____ Amnionicità _____

Attività cardiaca: ☐ presente ☐ assente

Movimenti fetali: ☐ presenti ☐ assente

BIOMETRIA: CRL _____ mm BPD _____ mm

Valori biometrici : corrispondenti / non corrispondenti all’ epoca di amenorrea.

Patologie uterine/annessiali _____

Fattori limitanti l’esame: ☐ no ☐ sì : (specificare) _____

Note:_____

Si informa la persona assistita degli esiti dell’esame ecografico effettuato e dei suoi limiti. Si rinvia la persona assistita al medico curante/ ostetrica.
Si allegano n° ____ fotogrammi (☐ stampati, ☐ CD, ☐ pendrive)

Data _____ Operatore _____

Firma _____

ESAME DI SCREENING DEL II TRIMESTRE

Cognome e nome Data di nascita..... UM

Epoca gestazionale dall'UM: _____ sett. + ____gg; D.P.P. UM: _____

Epoca gestazionale ecografica: _____ sett.+ ____gg; DPP-ecografica: _____

Informazione: la persona assistita acconsente all'effettuazione dell'indagine ecografica, adeguatamente informata su scopi e limiti dell'esame ecografico attraverso il colloquio con il proprio Ginecologo/ Ostetrica/ Medico ecografista (al quale ha avuto la possibilità di porre eventuali quesiti).

N° feti: _____

Se gemellare: Corionicità _____ Amnionicità _____

Attività cardiaca fetale: _____

Movimenti attivi fetali: _____

Placenta (localizzazione): _____

Presentazione fetale: _____

BIOMETRIA:

BPD: _____ CC: _____ MISURA DEL TRIGONO VENTRICOLARE: _____

DIAM. TRASVERSO CERVELLETTO (DTC): _____ CA: _____

LUNGHEZZA FEMORE: _____

Accrescimento fetale: valori biometrici nella norma / anormali per l'età gestazionale.

Anatomia fetale: visualizzati* :

1. ESTREMO CEFALICO:

CSP: ☐ visualizzato ☐ non visualizzato _____

CISTERNA MAGNA: ☐ visualizzato ☐ non visualizzato _____

ORBITE: ☐ visualizzato ☐ non visualizzato _____

LABBRO SUPERIORE : ☐ visualizzato ☐ non visualizzato _____

2. COLONNA VETRETRALE (scansione longitudinale) : ☐ visualizzato ☐ non visualizzato _____

3. TORACE:

SITUS CARDIACO: _____

SCANSIONE 4 CAMERE CARDIACHE: ☐ visualizzato ☐ non visualizzato _____

CONNESSIONE VENTRICOLO ARTERIOSA SINISTRA: ☐ visualizzato ☐ non visualizzato _____

CONNESSIONE VENTRICOLO ARTERIOSA DESTRA: ☐ visualizzato ☐ non visualizzato _____

4. ADDOME:

PARETE ADDOMINALE ANTERIORE: ☐ visualizzato ☐ non visualizzato _____

STOMACO: ☐ visualizzato ☐ non visualizzato _____

RENI: ☐ visualizzato ☐ non visualizzato _____

VESCICA: ☐ visualizzato ☐ non visualizzato _____

5. ARTI:

OSSA LUNGHE DEI 4 ARTI: ☐ visualizzato ☐ non visualizzato _____

MANI E PIEDI: ☐ visualizzato ☐ non visualizzato _____

* (per "visualizzato" si intende che l'organo o apparato indagato presenta caratteristiche ecografiche regolari per età gestazionale)

Fattori limitanti l'esame: ☐ no ☐ sì (specificare) _____

Note: _____

Si informa la persona assistita degli esiti dell'esame ecografico effettuato e dei suoi limiti nella individuazione delle anomalie fetali. Si rinvia la persona assistita al medico curante/ ostetrica.

Si allegano n° ____ fotogrammi (☐ stampati, ☐ CD, ☐ pendrive).

Data _____ Operatore _____

Firma _____

ESAME DI SCREENING DEL III TRIMESTRE

Cognome e nome Data di nascita..... UM

Epoca gestazionale dall'UM: _____ sett. + ____gg; D.P.P. UM: _____

Epoca gestazionale ecografica: _____ sett.+____gg; DPP-ecografica: _____

Indicazione: Esame ecografico di screening del II trimestre

Informazione: la persona assistita acconsente all'effettuazione dell'indagine ecografica, adeguatamente informata su scopi e limiti dell'esame ecografico attraverso il colloquio con il proprio Ginecologo/ Ostetrica/ Medico ecografista (al quale ha avuto la possibilità di porre eventuali quesiti).

N° feti: _____

Se gemellare: Corionicità _____ Amnionicità _____

Attività cardiaca fetale: _____

Movimenti attivi fetali: _____

Placenta (localizzazione): _____

Presentazione fetale: _____

BIOMETRIA:

BPD: _____ CC: _____ MISURA DEL TRIGONO VENTRICOLARE: _____

CA: _____ LUNGHEZZA FEMORE: _____

Accrescimento fetale: valori biometrici nella norma / anormali per l'età gestazionale.
Se anormali specificare: Biometria pari al _____ percentile.

Anatomia fetale: visualizzati* :

4 CAMERE CARDIACHE: ☐ visualizzato ☐ non visualizzato _____

STOMACO: ☐ visualizzato ☐ non visualizzato _____

RENI: ☐ visualizzato ☐ non visualizzato _____

VESCICA: ☐ visualizzato ☐ non visualizzato _____

* (per "visualizzato" si intende che l'organo o apparato indagato presenta caratteristiche ecografiche regolari per età gestazionale)

Fattori limitanti l'esame: ☐ no ☐ sì : (specificare) _____

Note: _____

Si informa la persona assistita degli esiti dell'esame ecografico effettuato e dei suoi limiti.
Si rinvia la persona assistita al medico curante/ ostetrica.

Si allegano n° ____ fotogrammi (☐ stampati, ☐ CD, ☐ pendrive).

Data _____ Operatore _____

Firma _____

SCHEDA CORSI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA (CAN)

I Consultori Familiari ed Enti privati organizzano Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) sia prima che dopo la nascita, nei quali sarai guidata verso una maggiore consapevolezza del tuo corpo attraverso la sperimentazione di movimenti, posizioni, modi di respirare (tecniche di gestione dello stress, tecniche del contenimento del dolore del parto).

Gli incontri proposti rappresentano una preziosa opportunità per potenziare la prevenzione primaria in molteplici direzioni:

- favorire una **cultura della nascita in sintonia con i ritmi naturali** del parto e i bisogni affettivi della coppia e del bambino;
- ridurre il ricorso al taglio cesareo;
- promuovere condizioni di protezione rispetto agli incidenti domestici;
- diffondere la pratica dell'allattamento al seno;
- prevenire condizioni di vulnerabilità psico-sociale della coppia o del singolo;
- prevenire i disturbi di coppia;
- migliorare il benessere psico-affettivo del bambino, della neo-mamma e della coppia genitoriale.

Mediante i CAN è possibile:

- aiutarti a comprendere le emozioni e i cambiamenti psico-fisici in gravidanza;
- confrontarsi su aspettative e paure;
- ricevere informazioni sul travaglio, parto e allattamento al seno;
- istruirti all'uso di tecniche di contenimento del dolore;
- sostenerti nelle scelte e nel riconoscere i suoi bisogni;
- sviluppare la tua autostima

Presso il consultorio la frequentazione dei CAN è gratuita e non richiede impegnativa

Prenotare entro la 20^A settimana di gravidanza. Inizio incontri: _____

Luogo: _____ Tel. di riferimento _____

 CALENDARIO DEGLI INCONTRI		
DATA	SI PARLA DI	CONDUCE

BILANCI DI SALUTE - DIARIO CLINICO

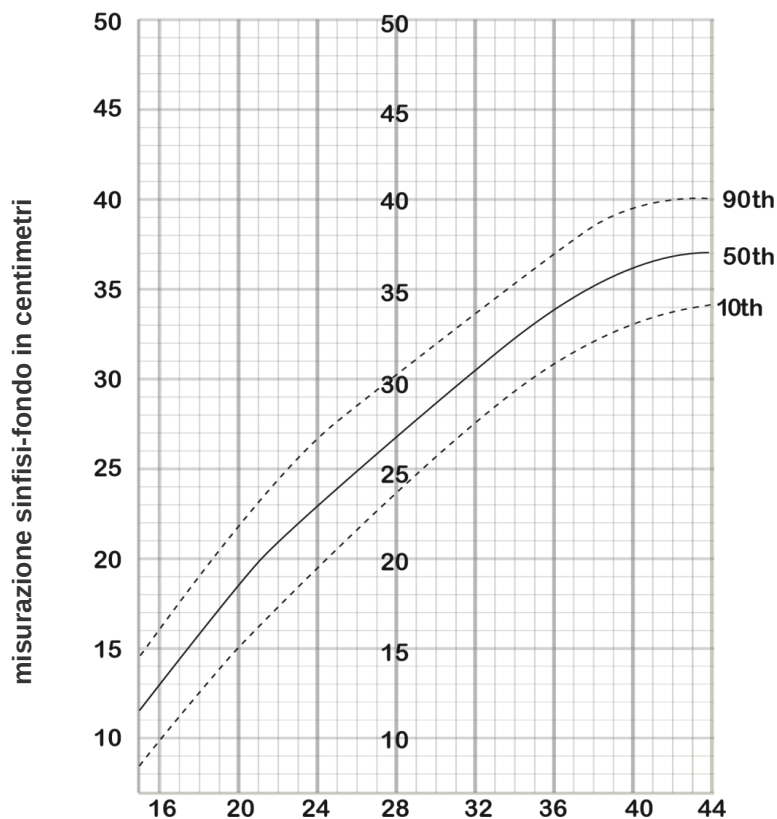
Nome e Cognome _____ Età _____ Para _____ Altezza _____ cm
Gruppo sanguigno: _____

	DATA	E.G.	BCF	MAF	EDEMI/ VARCI		PESO	P.A.	URINE: PROTEIN E /GLUCOSI O		Hb	ESAME VAGINALE
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Atto: DEC.COMSAN 2024/77 del 02-05-2024
Servizio proponente: DS.09 PREVENZIONE
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

Valutazione dell'accrescimento fetale

GRAFICO SINFISI-FONDO



carta della distanza sinfisi-fondo basata sui dati di Cardiff (Calvert JP. et al - 47) BMJ 285: 846 - 9 1982

weeks



SCREENING PRENATALE

I test di screening prenatale servono ad evidenziare il rischio di alcune trisomie (21, 13, 18). Se da questi test emerge un rischio aumentato, si renderanno necessarie indagini diagnostiche specifiche invasive, che possano essere in grado di esprimersi con certezza.

I test di screening non sono invasivi e quindi non comportano alcun rischio né per la donna né per il bambino.

I test disponibili sono:

- **il test combinato 11-13 sett. + 6 gg (ecografia per la misurazione della traslucenza nucale + prelievo ematico per dosaggio frazione libera HCG e PAPP-A)**

L'ecografia di Screening per lo studio della Traslucenza Nucale si effettua tra 11 settimane + 0 giorni e la 13 settimane + 6 giorni (incluso consulenza pre e post Test Combinato) che, associata in un algoritmo con l'età materna ed i livelli ematici dell'HCG frazione libera e della PAPP-A fornisce la stima della probabilità che il feto sia affetto da sindrome di Down (Trisomia 21) e/o altre anomalie cromosomiche (Trisomia 13 e 18).

- **il cfDNA (o NIPT) test del DNA fetale circolante**

si suggerisce che, nel caso in cui la gestante si sottoponga al test del DNA fetale circolante, attualmente non erogabile con oneri a carico del SSN, salvo diverse disposizioni in materia, quest'esame venga eseguito dopo il test combinato (con esito: rischio intermedio). Le informazioni sullo screening e sulla diagnostica prenatale sono discusse durante il primo incontro

TEST SCREENING PRENATALE

eseguiti presso _____

Test Combinato

data _____

esito: _____

Valutazione: _____

Firma _____

CONSENSO INFORMATO SCREENING PRENATALE (copia per la struttura)

La seguente dichiarazione è la "dichiarazione di consenso informato". Deve essere compilata e firmata in duplice copia: una resterà allegata all'Agenda, l'altra è legata all'impegnativa per l'esame e sarà conservata dal laboratorio. Firmando il documento "Manifestazione di volontà della donna relativamente allo screening per anomalie cromosomiche", la donna autorizza la esecuzione degli esami di screening e degli accertamenti diagnostici.

Manifestazione di volontà della donna sullo screening per anomalie cromosomiche

Sono consapevole che la decisione di sottopormi ad un test di screening è una mia scelta e non costituisce un obbligo o un esame routinario. Sono stata informata riguardo alle possibilità e i limiti dei test di screening e delle tecniche di diagnosi prenatale per la Sindrome di Down (anche conosciuta come trisomia 21) e per le trisomie 18 e 13. Ho compreso che per le trisomie 21, 13 e 18 non esiste una terapia. Sono stata inoltre informata che, qualora le precedenti anomalie vengano riscontrate prima che il feto abbia possibilità di vita autonoma, una mia eventuale richiesta di interruzione di gravidanza verrà valutata dal medico del Servizio al quale mi rivolgerò, che verificherà se esistano le condizioni per accettarla, nel rispetto delle norme previste dalla Legge 194/1978. Ho compreso che la diagnosi delle anomalie cromo-somiche può attualmente essere effettuata solo mediante tecniche invasive, quali prelievo di liquido amniotico (amniocentesi) o di tessuto placentare (biopsia dei villi coriali), a seguito di ciascuna delle quali può verificarsi l'aborto in circa l'1% dei casi. Mi è stato spiegato che esistono test di screening che consentono di identificare il rischio, cioè la probabilità che il feto sia affetto da sindrome di Down, al di là del dato relativo all'età materna. In particolare, mi sono state date informazioni relative ai seguenti test di screening:

- **Test combinato → 11a-13a sett. + 6 gg (ecografia per la misurazione della traslucenza nucale + prelievo ematico per dosaggio frazione libera HCG e PAPP-A)**

Ho compreso che se il test di screening è "positivo" (cioè presenta un rischio elevato di trisomie 21, 13 o 18), si può procedere alla diagnosi mediante amniocentesi o prelievo dei villi coriali; se il test è "negativo" (basso rischio) non vengono suggerite ulteriori indagini, anche se ciò non dà "certezza" che il feto sia sano.

Ho discusso con il medico dr. _____ in merito alla capacità del test di screening di individuare correttamente i feti realmente affetti e la possibilità di risultati falsi positivi e falsi negativi.

Firma del sanitario _____

Ritengo queste informazioni sufficienti e complete e dichiaro di aver pienamente compreso le informazioni che mi sono state date. Avendo chiaro quanto sopra esposto decido di:

sottopormi al test combinato di screening Data e Firma _____

non sottopormi al test combinato di screening Data e Firma _____

CONSENSO INFORMATO SCREENING PRENATALE

La seguente dichiarazione è la "dichiarazione di consenso informato". Deve essere compilata e firmata in duplice copia: una resterà allegata all'Agenda, l'altra è legata all'impegnativa per l'esame e sarà conservata dal laboratorio. Firmando il documento "Manifestazione di volontà della donna relativamente allo screening per anomalie cromosomiche", la donna autorizza la esecuzione degli esami di screening e degli accertamenti diagnostici.

Manifestazione di volontà della donna sullo screening per anomalie cromosomiche

Sono consapevole che la decisione di sottopormi ad un test di screening è una mia scelta e non costituisce un obbligo o un esame routinario. Sono stata informata riguardo alle possibilità e i limiti dei test di screening e delle tecniche di diagnosi prenatale per la Sindrome di Down (anche conosciuta come trisomia 21) e per le trisomie 18 e 13. Ho compreso che per le trisomie 21, 13 e 18 non esiste una terapia. Sono stata inoltre informata che, qualora le precedenti anomalie vengano riscontrate prima che il feto abbia possibilità di vita autonoma, una mia eventuale richiesta di interruzione di gravidanza verrà valutata dal medico del Servizio al quale mi rivolgerò, che verificherà se esistano le condizioni per accettarla, nel rispetto delle norme previste dalla Legge 194/1978. Ho compreso che la diagnosi delle anomalie cromo-somiche può attualmente essere effettuata solo mediante tecniche invasive, quali prelievo di liquido amniotico (amniocentesi) o di tessuto placentare (biopsia dei villi coriali), a seguito di ciascuna delle quali può verificarsi l'aborto in circa l'1% dei casi. Mi è stato spiegato che esistono test di screening che consentono di identificare il rischio, cioè la probabilità che il feto sia affetto da sindrome di Down, al di là del dato relativo all'età materna. In particolare, mi sono state date informazioni relative ai seguenti test di screening:

- **Test combinato → 11a-13a sett. + 6 gg (ecografia per la misurazione della traslucenza nucale + prelievo ematico per dosaggio frazione libera HCG e PAPP-A)**

Ho compreso che se il test di screening è "positivo" (cioè presenta un rischio elevato di trisomie 21, 13 o 18), si può procedere alla diagnosi mediante amniocentesi o prelievo dei villi coriali; se il test è "negativo" (basso rischio) non vengono suggerite ulteriori indagini, anche se ciò non dà "certezza" che il feto sia sano.

Ho discusso con il medico dr. _____ in merito alla capacità del test di screening di individuare correttamente i feti realmente affetti e la possibilità di risultati falsi positivi e falsi negativi.

Firma del sanitario _____

Ritengo queste informazioni sufficienti e complete e dichiaro di aver pienamente compreso le informazioni che mi sono state date. Avendo chiaro quanto sopra esposto decido di:

sottopormi al test combinato di screening Data e Firma _____

non sottopormi al test combinato di screening Data e Firma _____

TEST HIV - INFORMAZIONI PER CONSENSO ALL'ESECUZIONE

L'HIV (Human Immunodeficiency Virus) è il virus che causa l'AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), una malattia infettiva che attacca e compromette gravemente le difese del nostro organismo mettendo a rischio la vita, se non curata. Una persona che contrae l'HIV diventa sieropositiva e può trasmettere l'infezione ad altre persone. **Tutti lo possiamo contrarre.**

L'HIV si trasmette prevalentemente attraverso i rapporti sessuali non protetti (senza preservativo) con persone con HIV, tramite sangue (ad esempio attraverso aghi adoperati da persone con HIV), oppure da madre con HIV a figlio durante la gravidanza, al momento del parto o attraverso l'allattamento.

Effettuare il test HIV è particolarmente importante per le donne in gravidanza. Esistono terapie specifiche per ridurre fortemente la trasmissione dell'HIV dalla mamma al figlio.

È necessario che la coppia che pensa di avere un figlio si sottoponga al test HIV prima della gravidanza o al suo inizio per tutelare la propria salute e quella del bambino.

Si può imparare a proteggersi dall'infezione chiedendo informazioni al proprio medico o telefonando al Servizio (anonimo e gratuito) **"Telefono Verde AIDS"** dell'Istituto Superiore di Sanità **800 861061**, dal lunedì al venerdì, dalle ore 13,00 alle ore 18,00

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Nel momento in cui si effettua l'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV, ai sensi e per gli effetti del d. lgs. n. 196/2003, previa informativa, i dati vengono raccolti ai soli fini del consenso informato. Essi sono soggetti al segreto professionale e non saranno comunicati ad alcuno, ma conservati esclusivamente all'interno della struttura presso cui si è effettuato il test.

Consenso all'esecuzione del test HIV

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/a _____ il ____/____/____

Dichiaro

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario attraverso:

- l'informativa fornita;
- il colloquio con un operatore sanitario.

Liberamente, spontaneamente e consapevolmente, esprimo il consenso all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV.

Data ____/____/____

Firma leggibile

Firma dell'Operatore

Privacy e gratuità

Il test HIV è gratuito e si può chiedere di eseguirlo in anonimato, in ogni caso è garantita la massima tutela della privacy ed il segreto professionale, anche per le persone straniere prive del permesso di soggiorno. La comunicazione del risultato del test HIV può essere data esclusivamente alla persona che si è sottoposta al prelievo (Legge 135 del 5 giugno 1990). La legge vigente protegge da discriminazioni derivanti dal risultato positivo all'HIV e assicura a tutte le persone, italiane e straniere, le eventuali terapie necessarie

MODULO DI INVIO DAL SERVIZIO TERRITORIALE AL PUNTO NASCITA

Data / /

Servizio di invio _____

Telefono _____

Medico ginecologo _____

Ostetrica _____

Cognome Nome _____

data nascita _____

età _____

U.M. _____ / _____ / _____

E.P.P. _____ / _____ / _____ E.P. ecografica _____ / _____ / _____

W _____ Priorità _____

Elementi di attenzione dall'anamnesi _____

Elementi di attenzione dall'evoluzione della gravidanza _____

PREFERENZE PER IL PARTO

La donna prenderà in considerazione, insieme all'ostetrico/ginecologo, gli aspetti sotto elencati sui quali è opportuno esprimersi per vivere al meglio l'esperienza del parto. Le scelte espresse potranno essere soddisfatte compatibilmente con l'evoluzione fisiologica del travaglio e del parto e con la disponibilità del Punto Nascita prescelto.

luogo del parto	
modalità del parto	
presenza di persona di fiducia durante il travaglio	
posizione durante il travaglio e durante il parto	
sollievo del dolore in travaglio	
accoglienza al neonato - contatto pelle a pelle	
rooming in	
alimentazione del neonato	
durata permanenza in ospedale	
altro	

ANAMNESI PER L'ALLATTAMENTO

	Sì, per _____ mesi
Allattamenti precedenti	No, motivo _____
Problemi nei precedenti allattamenti:	
Paure o dubbi:	
Vincoli lavorativi o altro:	
Condizioni che controindicano l'allattamento al seno:	Alcolismo o tossicodipendenza
	Tumore mammario
	Malattie rare congenite del neonato (es. Galattosemia)
	Sieropositività HIV
	Psicosi post-parto
	Assunzione permanente di farmaci controindicati
	Agenesia mammaria o mastectomia bilaterale
	Epatite in fase acuta
	Herpes bilaterale al capezzolo

DIMISSIONE

Al termine della permanenza in ospedale alla donna verrà compilato il *foglio di dimissione* con la sintesi dell'assistenza prestata durante il travaglio, il parto e nei giorni seguenti.

La donna riceverà inoltre le sintesi dell'assistenza prestata al neonato che costituirà l'inizio del Libretto di salute del suo bambino.

Con il foglio di dimissione, mamma e bambino possono tornare a casa.

Per andare a casa in macchina è necessario avere l'apposito seggiolino o navicella (gruppo O per i bambini di peso inferiore ai 10 Kg) omologati alle normative europee contrassegnati con le sigle ECE R-03 oppure ECE R44-04; nel fissarli rispettare tutte le indicazioni riportate sul manuale di istruzione.

FOGLIO DIMISSIONE OSPEDALIERA

(A CURA DEL PUNTO NASCITA)

data ____/____/____

Madre: Cognome Nome _____

data nascita _____ età _____

PARTO

Data ____/____/____ ora ____ **E.G.** _____

Profilassi antibiotica _____

Travaglio: - spontaneo - Indotto con _____

Rottura del sacco amniotico: - spontaneo - artificiale

Modalità parto: - Eutocico - Distocico - TC(indicazione) _____

Secondamento: - Spontaneo -

Manuale _____

Perdita ematica intrapartum: _____

Profilassi anti D _____

ESAME CLINICO DELLA PUERPERA (alla dimissione) ____ data ____/____/____

Utero _____

Perineo sutura: - Si - No

Emorroidi: - Si - No

Cicatrice laparotomica: - Si _____ - No

Minzione: - Regolare - Irregolare

Alvo: - Regolare - Irregolare

Fondo _____

Cervice _____

NEONATO

Cognome Nome _____

data nascita _____ sesso _____

APGAR _____ Peso alla nascita _____ g

Rianimazione: - No - Si, con _____

Taglio del funicolo: - Si, immediato - Si, ritardato

Contatto pelle a pelle: - Si - No

Allattamento al seno : - Precoce - Ritardato - No

Profilassi: Oculare Antiemor. Altro _____

ESAME CLINICO DEL NEONATO ALLA DIMISSIONE

Data	Settimana dalla nascita	Peso	Lunghezza	Circonferenza cranica	Ittero	Alimentazione durante la degenza	Note
						☐ Materna esclusiva ☐ Complementare ☐ Artificiale	

Rooming in nella struttura di degenza : - Si - No

RIFLESSO ROSSO → metodo:

esito:

necessità di controllo:

SCREENING AUDIOLOGICO → esito:

controllo:

Saturimetria per lo screening delle cardiopatie congenite →

controllo:

Prescrizioni e indicazioni all'uso dei sostituti del latte materno:

.....

.....

Vitamine :

Visita di controllo (data e luogo) : _____

Le **vaccinazioni** hanno determinato nel nostro Paese una drastica riduzione delle malattie infettive, ma queste costituiscono ancora un potenziale grave pericolo per i nuovi nati. I vaccini attualmente a disposizione garantiscono una protezione sempre più efficace contro una serie di malattie infettive e al tempo stesso presentano un rischio sempre più ridotto di effetti collaterali. Diventa perciò importante la scelta consapevole da parte dei genitori di proteggere i propri figli nei confronti di malattie potenzialmente mortali o gravemente invalidanti. I vaccini attualmente proposti sono segnalati nel Calendario Vaccinale riportato nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 18/2/2017, che prevede la somministrazione gratuita dei vaccini raccomandati. Per ulteriori dettagli chiedete al Pediatra di Vostro figlio e collegatevi al sito www.vaccinarsi.org.

Calendario Vaccinale riportato nel PNPV 2017-2019

ADESIONE AL PROGRAMMA DI ASSISTENZA TERRITORIALE IN PUERPERIO (A CURA DEL PUNTO NASCITA)

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/a a _____ il ____/____/____

informata sull'offerta di assistenza territoriale in puerperio da parte dei Consultori di questa ASL, che prevede una visita di controllo da parte degli operatori consultoriali entro sette giorni dalla dimissione ospedaliera, dichiara di:

☐

NON ADERIRE

☐

ADERIRE

Data ____/____/____ Firma _____

La sottoscritta autorizza altresì il personale del Punto Nascita a segnalare i propri recapiti telefonici al Consultorio di _____ per essere inserita nel programma di assistenza territoriale in puerperio.

Data ____/____/____ Firma _____

L'operatore del punto nascita Firma _____

Segnalazione al consultorio di riferimento per presa in carico

☐

No

☐

Si

Segnalazione al pediatra di base per presa in carico

☐

No

☐

Si

ASSISTENZA IN PUERPERIO



PUERPERA

☐

Visita domiciliare

☐

Visita ambulatoriale

I settimana _____ data / /

Genitali _____

Cicatrici _____

Alvo _____

Utero _____

Lochiazioni _____

Mammella _____

Minzione _____

Note _____

NEONATO

☐

Visita domiciliare

☐

Visita ambulatoriale

Giorni/settimane dal parto _____ data / /

Calo ponderale _____

Ritmi del bambino (sonno, pianto, evacuazione) _____

Ittero _____

Allattamento esclusivo _____

Allattamento misto _____

Allattamento artificiale _____

Presa in carico dal PLS _____

Note _____

SCHEDA INFORMATIVA

- **quali diritti in gravidanza?**
- **stile di vita** (alimentazione e igiene, comportamenti, e abitudini di vita)
- **esami di laboratorio**
- **ecografie e screening prenatale** **screening diagnosi**
- **vaccinazioni e gravidanza**
- **Covid-19:** **vaccinazione in gravidanza**
- **vaccinazioni per il neonato**
- **gravidanza a termine**
- **fisiologia del travaglio e del parto**
allattamento
- **puerperio**
- **benessere psico-fisico**
- **donazione del cordone ombelicale**
- **recapiti telefonici importanti per il percorso nascita**

Quali diritti in gravidanza?

La legge italiana (D. Lgs. 151/2001) garantisce la protezione della salute della madre lavoratrice e il diritto del bambino ad un'assistenza adeguata.

La **donna lavoratrice dipendente**¹ ha diritto:

- a permessi retribuiti per effettuare esami prenatali, accertamenti clinici, visite mediche specialistiche, nel caso in cui questi debbano essere eseguiti durante l'orario di lavoro;
- a non essere licenziata: il divieto di licenziamento decorre dall'inizio della gravidanza fino al compimento di 1 anno di età del bambino;
- a non essere adibita a lavori a rischio, gravosi e insalubri;
- a 5 mesi di astensione obbligatoria (congedo di maternità) dal lavoro retribuita all'80% (in alcuni casi al 100%) tra prima e dopo la nascita del bimbo;
- agli assegni famigliari e agli sgravi fiscali per coniugi e figli a carico anche per le donne immigrate. Se ha la cittadinanza italiana ha diritto agli assegni famigliari anche per i figli minori residenti all'estero;
- alla maternità retribuita anche se ha un contratto a tempo determinato;
- alla riduzione dell'orario di lavoro per tutto il primo anno di vita del bambino.

Inoltre, **entrambi i genitori lavoratori dipendenti** hanno diritto a un periodo di astensione facoltativa (congedo parentale), retribuita al 30% dello stipendio solo entro il 6° anno di vita del bambino, di cui si può fruire dopo il periodo di astensione obbligatoria ed entro il 12° anno di vita del bambino. Spetta sia alle madri che ai padri, fino a un massimo di 6 mesi (anche frazionati) per la madre, e di 7 mesi (anche frazionati) per il padre.

Alle **donne lavoratrici autonome** è riconosciuta una indennità di maternità per i due mesi precedenti la data del parto e per i tre mesi successivi alla data medesima. L'indennità non comporta comunque obbligo di astensione dall'attività lavorativa autonoma.

Le **donne con lavori atipici e discontinui** che non beneficiano di indennità di maternità o che beneficiano di una indennità inferiore a un certo tetto, possono rivolgersi all'INPS dove troveranno assistenza e informazioni.

Le **donne che non lavorano, italiane, comunitarie o extracomunitarie in possesso di carta di soggiorno**, possono presentare domanda per l'assegno di maternità presso l'Assessorato ai Servizi Sociali del Comune di residenza e/o alla sede INPS di residenza, entro 6 mesi dalla nascita del bambino.

Le **donne straniere senza carta di soggiorno** possono rivolgersi al Consultorio e alle Associazioni di Volontariato che offrono accoglienza, informazioni, assistenza senza correre il rischio di segnalazione finalizzata all'espulsione poiché la legge italiana garantisce l'assistenza sanitaria anche ai migranti senza documenti. Possono fare richiesta di permesso di soggiorno per maternità che ha validità fino al sesto mese di vita del bambino.

Inoltre, in Italia la legge riconosce alla donna il **diritto a partorire in anonimato in ospedale**. La legge italiana consente alla madre di non riconoscere il bambino e di lasciarlo nell'ospedale in cui è nato.

¹ altre informazioni riguardo la tutela della salute sul lavoro della donna in gravidanza possono essere reperite nel documento "Quando arriva un bambino" (terza ed.) disponibile nel sito dell'Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) all'indirizzo:
[http://settimanasettimanasettimana.inail.it:80/Portale/appmanager/portale/desktop?nfpb=true&_pageLabel=PAGE_PUBBLICAZIONI&nextPage=PUBBLICAZIONI/Tutti_i_titoli/Pari_opportunita/Quando_arriva_un_bambino_\(terza_edizione\)info752606768.jsp](http://settimanasettimanasettimana.inail.it:80/Portale/appmanager/portale/desktop?nfpb=true&_pageLabel=PAGE_PUBBLICAZIONI&nextPage=PUBBLICAZIONI/Tutti_i_titoli/Pari_opportunita/Quando_arriva_un_bambino_(terza_edizione)info752606768.jsp)

Stile di vita (alimentazione e igiene, comportamenti, e abitudini di vita)

L'alimentazione¹ concorre al buon andamento della gravidanza e, se non vi sono carenze nutrizionali o altri problemi, non c'è motivo di modificare il proprio stile alimentare.

Bisogna rispettare i propri desideri e, se si segue una dieta particolare, comunicarlo all'ostetrica/ginecologo.

Buone norme sempre, e tanto più in gravidanza, sono:

- preferire un'ampia varietà di alimenti come verdura e frutta di stagione (consumarne cinque porzioni frazionate nella giornata), pane, pasta, riso e altri cereali, latticini, carne, uova, pesce;
- evitare sia digiuni prolungati che pasti molto abbondanti;
- bere molta acqua;
- consumare con moderazione grassi di origine animale, zucchero, sale;
- mangiare possibilmente cibi freschi o ben cotti quando non si è certi della loro igiene;
- evitare cibi preconfezionati;
- riscaldare uniformemente i piatti e ad alte temperature;
- si consiglia di non superare i 300 mg di caffeina al giorno, corrispondenti a due caffè, e di consumare con moderazione cioccolato e tè.



Ci sono alcuni alimenti che se non consumati con le giuste accortezze possono essere la causa dell'insorgenza di alcune malattie, ad esempio *Listeria monocytogenes* e *Toxoplasma gondii*.

La tabella riporta l'elenco dei cibi a cui fare attenzione, le malattie che possono generare ed i consigli per il consumo.

Igiene degli alimenti

Se il toxotest è negativo (cioè non si è mai contratta la toxoplasmosi) **occorre:**

- lavare bene frutta e verdura;
- evitare di mangiare carne cruda e di farla mangiare ai gatti;
- indossare i guanti per maneggiare la carne cruda o lavarsi le mani subito dopo averla maneggiata;
- lavare subito tutti gli utensili che sono stati a contatto con la carne cruda;
- indossare i guanti per il giardinaggio e lavare bene le mani se si è toccata la terra;
- se si ha un gatto in casa evitare di cambiare la cassetta della sabbia oppure farlo con i guanti. *Non è necessario allontanare il gatto;*
- qualunque animale si abbia in casa non è un pericolo ma è necessario seguire attentamente le comuni norme igieniche per la pulizia.

Per non contrarre la listeriosi² è importante:

- bere solo latte pastorizzato o UHT;
- non mangiare formaggi fatti con latte crudo;
- non mangiare patè di carne freschi;
- non mangiare pesce affumicato;
- non contaminare i cibi in preparazione con cibi crudi;
- non mangiare carne o cibi di gastronomia che non siano stati riscaldati ad alte temperature.

Per non contrarre la salmonella³ è importante:

- non mangiare uova crude o poco cotte;
- cuocere bene tutti i cibi di origine animale;
- tenere separati i cibi crudi da quelli cotti;
- refrigerare a piccole dosi, per garantire il rapido abbattimento della temperatura;
- proteggere i cibi dalla contaminazione di insetti e roditori;
- lavare bene le mani prima, durante e dopo la preparazione degli alimenti. In generale è sconsigliata l'assunzione di fegato per l'alto contenuto di vitamina A.

Per prevenire l'infezione da citomegalovirus¹:

- non condividere stoviglie (es. tazze, bicchieri, posate), cibo (es. assaggiare la pappa con lo stesso cucchiaino), biancheria (asciugamani, tovaglioli) strumenti per l'igiene (spazzolino da denti);
- non portare alla bocca succhiotti o ciò qualsiasi bimbo possa aver messo in bocca;
- non baciare altri bambini sulla bocca;
- lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone dopo aver: cambiato il pannolino, pulito il naso e la bocca del bambino o dopo fatto il bagnetto lavare frequentemente giocattoli e superfici varie (es seggiolone, box).

Per prevenire l'infezione da citomegalovirus¹:

- non condividere stoviglie (es. tazze, bicchieri, posate), cibo (es. assaggiare la pappa con lo stesso cucchiaino), biancheria (asciugamani, tovaglioli) strumenti per l'igiene (spazzolino da denti);
- non portare alla bocca succhiotti o ciò qualsiasi bimbo possa aver messo in bocca;
- non baciare altri bambini sulla bocca;
- lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone dopo aver: cambiato il pannolino, pulito il naso e la bocca del bambino o dopo fatto il bagnetto lavare frequentemente giocattoli e superfici varie (es seggiolone, box).

¹ ulteriori informazioni sulla dieta corretta in gravidanza sono disponibili nel documento *Linee guida per una sana alimentazione dell'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione*, all'indirizzo: http://settimanasettimanasettimana.inran.it/648/linee_guida.html

² ulteriori informazioni sulla listeriosi sono disponibili nel sito internet del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, all'indirizzo: <http://settimanasettimanasettimana.epicentro.iss.it/problemi/listeria/listeria.asp>

³ ulteriori informazioni sulla salmonellosi sono disponibili nel sito internet del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, all'indirizzo: <http://settimanasettimanasettimana.epicentro.iss.it/problemi/salmonella/salmonella.asp>

Integratori

L'acido folico è l'unico integratore alimentare di cui è scientificamente dimostrata l'utilità per ogni donna a partire da due mesi prima del concepimento e nei primi tre mesi di gravidanza (la dose raccomandata è 0,4 mg al giorno).

Altri integratori alimentari sono necessari solo in particolari condizioni cliniche:

- la **Vitamina D**, quando c'è una scarsa esposizione al sole o si segue una dieta vegana;
- il **Ferro**, quando è accertata la presenza di un'anemia da mancanza di Ferro;
- in caso di diete particolari valutare l'assunzione di **Vitamina B12**.

Suggerimenti anti-nausea

Al mattino è consigliabile mangiare cibi secchi croccanti (tipo fette biscottate e pane tostato) ed evitare cibi ricchi di acqua o liquidi. Questo piccolo accorgimento permetterà di superare la crisi mattutina e di poter assumere cibi tradizionali nel resto della giornata.

Disturbi vari

Acidità gastrica: si può trovare sollievo modificando l'alimentazione (pasti piccoli e frequenti, riduzione dei cibi irritanti) e la postura dopo i pasti (eretta) e durante il sonno (sollevata). Gli antiacidi sono utilizzabili, per gli altri farmaci non ci sono dati sulla sicurezza.

Stipsi: l'introduzione di fibre alimentari può risolvere il disturbo o le emorroidi.

Vene varicose: indossare calze elastiche non previene le vene varicose ma potrebbe alleviarne i sintomi.

Perdite vaginali: un aumento nelle perdite vaginali è un cambiamento fisiologico della gravidanza. Un approfondimento diagnostico è necessario solamente quando le perdite sono associate a prurito, dolore, cattivo odore o dolore alla minzione.

Fumo e Alcool

È severamente sconsigliato il fumo durante la gravidanza.

Il fumo aumenta il rischio di aborto spontaneo, di ridotta crescita fetale, di morte in culla del neonato, di malattie respiratorie del bambino.

Si consiglia di non assumere alcoolici durante il periodo dell'intera gravidanza. I danni più frequenti sono: aborto spontaneo, malformazioni fetali, ritardo di crescita fetale, ritardo mentale dopo la nascita. Se vi sono difficoltà, è necessario consultare i servizi specializzati nella cura e nell'aiuto.

Sostanze stupefacenti (eroina, cocaina, anfetamina, etc.)

L'uso abituale di tali sostanze in gravidanza comporta danni differenti a seconda del tipo di sostanza assunta.

I più frequenti sono: aborto spontaneo, malformazioni fetali, parto pre-termine, ridotta crescita fetale, crisi di astinenza del bambino alla nascita, rischio maggiore di morte in utero o nei primi mesi dopo la nascita, alterazioni del comportamento e dell'apprendimento del bambino durante la crescita.

La gravidanza in donne che fanno uso abituale di stupefacenti è considerata ad alto rischio e deve essere seguita in servizi specializzati.

¹ Prevention of Primary Cytomegalovirus Infection in Pregnancy, Maria Grazia Revello et al. E BioMedicine 2 (2015) 1205–1210

Informazioni sui farmaci:

Esistono servizi telefonici speciali gratuiti dedicati alle future e neo mamme, pensati per offrire "a domicilio" informazioni e chiarimenti per la prevenzione dei difetti congeniti del neonato e una valutazione dei rischi derivanti dall'assunzione dei farmaci in gravidanza e in allattamento.

- **Centro antiveleni degli Ospedali Riuniti di Bergamo:** tel. 800883300 attivo 24 ore

- **Telefono Rosso** del Policlinico Universitario A. Gemelli di Roma: tel. 06/3050077 attivo da lunedì a venerdì, ore 9.00-13.00 e 14.00-16.00.

- **Servizio di Informazione Teratologica CEPIG** (Centro per l'informazione genetica) dell'Università degli Studi - Azienda Ospedaliera di Padova, tel.049/8213513, fax 049/8211425, attivo da martedì a venerdì, ore 15.00-17.00.

- **Tossicologia Perinatale dell'Azienda Ospedaliera Careggi di Firenze**, tel. 055/4277731, attivo lunedì ore 14.00-16.00, mercoledì e venerdì ore 10.00-12.00.

- **Filo Rosso**, tel. 02/8910207; 06/5800897; 081/5463881.

- **Filo Rosso Genetico**, tel. 0882/416291.

- **Centro Antiveleni dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR." di Foggia**, tel. 800183459,

NB: È sempre necessario parlare di tutti i disturbi con chi ci segue e concordare la terapia insieme, dopo aver valutato il sintomo.

Rapporti sessuali

Le evidenze scientifiche dimostrano che i rapporti sessuali in gravidanza non creano problemi né alla mamma né al neonato. Alcune condizioni cliniche possono richiederne la momentanea sospensione (es. perdite ematiche, diagnosi invasive, presenza di contrazioni uterine, etc.).

La gravidanza può influire sul desiderio della donna, tali variazioni devono essere considerate normali e rispettate anche dal partner.

Attività fisica

In gravidanza avvengono modificazioni fisiche che aumentano temporaneamente la lassità dei legamenti, utile per il parto.

Una moderata attività fisica (es. camminate, nuoto) favorisce la circolazione ed il benessere fisico generale. Sono invece da evitare attività che richiedano un intenso sforzo muscolare, sport particolarmente pesanti o a rischio di caduta.

Cura del corpo

Le modificazioni fisiche che avvengono in gravidanza (aumento di volume dell'addome e del seno, modificazione della circolazione capillare) possono incoraggiare una diversa attenzione alla cura del corpo. In generale non è necessario cambiare le proprie abitudini e le tradizioni culturali nelle cure igieniche personali.

Dal momento che non esistono studi scientifici sui prodotti per la cura del corpo si consiglia, in generale, di leggere attentamente l'etichetta e di controllare la compatibilità dei prodotti con

la gravidanza.

Viaggi

*Per viaggiare in Paesi per i quali sono consigliate vaccinazioni specifiche è bene attenersi alle indicazioni dei Centri di Medicina dei Viaggi (Struttura di Diagnosi e Cura delle Malattie del Viaggiatore - Vaccinazioni Internazionali ASL Roma/E di Via Plinio 31, tel. **06/68354005**).*

In aereo: *i lunghi viaggi aerei, a causa dell'immobilità che impongono, aumentano il rischio di trombosi venosa, ma non sono stati evidenziati rischi maggiori in gravidanza: è comunque consigliabile l'uso di calze elastiche compressive.*

Ogni compagnia aerea ha regole proprie in tema di viaggi aerei e gravidanza. È sempre opportuno chiedere informazioni precise al momento della prenotazione del volo. Nell'interesse delle passeggere gravide, generalmente, è consigliato un limite che si colloca a 36 settimane per le gravidanze fisiologiche ed a 32 per quelle gemellari.

Dopo le 28 settimane le gestanti sono invitate a portare un certificato del medico che confermi il buon andamento della gravidanza e la data presunta del parto.

In auto: *sebbene la legge preveda la possibile esenzione per le donne in stato di gravidanza (Legge n.284 del 4 agosto 1989, art. 1, punto f), l'uso della cintura di sicurezza è sempre raccomandato, salvo casi assolutamente eccezionali certificati dal medico curante. Numerosi studi documentano anche per le donne in gravidanza i benefici derivanti dall'uso della cintura di sicurezza, posizionata correttamente.*

Esami di laboratorio

Gli esami di laboratorio servono a verificare la presenza di eventuali patologie che potrebbero avere effetti negativi sulla salute della mamma e del neonato.

Diamo di seguito una sommaria descrizione degli esami previsti dal PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) per la gravidanza fisiologica.

Gli esami che, secondo il calendario ministeriale, sono necessari per valutare il benessere di mamma e bambino, sono esenti da ticket.

- **EMOCROMO:** rileva la quantità di globuli rossi, bianchi, emoglobina, piastrine presenti nel sangue. I valori di riferimento sono diversi in gravidanza. L'esame va eseguito entro le 13 settimane e ripetuto tra 28-32 e tra 33-37 settimane.
- **GLICEMIA:** rileva la quantità di zucchero presente nel sangue. I valori di riferimento sono gli stessi, anche in gravidanza. Serve per valutare l'equilibrio dell'assorbimento degli zuccheri. Va eseguito entro le 13 settimane e va ripetuto tra 24-27 settimane in situazioni di rischio (OGTT).
- **IG ANTITREPONEMA:** Verifica l'assenza della sifilide, malattia che ha inizialmente un decorso senza sintomi. La sifilide, che si può contrarre attraverso rapporti sessuali con persone malate, se non viene curata, comporta gravi danni fetali, fino alla morte del feto. La cura è a base di antibiotici che è possibile assumere anche in gravidanza.
- **TOXOTEST:** ricerca gli anticorpi contro il toxoplasma, in assenza dei quali c'è rischio di infezione; pertanto, l'esame va ripetuto. La toxoplasmosi contratta in gravidanza può essere causa di lesioni fetali: la cura varia in base all'età gestazionale.
- **RUBEO TEST:** ricerca gli anticorpi contro la rosolia. Se la donna non ha mai contratto la rosolia, il rubeo test è negativo. In questo caso occorrerà evitare ogni contatto con persone malate e sottoporsi alla vaccinazione dopo il parto.
- **ANTICORPI ANTI HIV:** ricerca la presenza o assenza di anticorpi contro il virus dell'AIDS. Si tratta di un esame della massima importanza. In caso di sieropositività è

possibile intraprendere un percorso assistenziale specifico che limita le possibilità di contagio al figlio. Questo esame è tutelato dal consenso informato.

- **ESAME URINE:** rileva le sostanze presenti nelle urine e l'eventuale presenza di batteri. L'esame delle urine deve essere effettuato con frequenza mensile.
- **UROCULTURA:** verifica se la quantità di batteri eventualmente presenti nelle urine è segno di infezione delle vie urinarie.
- **HCVAB:** ricerca la presenza di epatite C e ne valuta la contagiosità.
- **HBSAG:** ricerca la presenza di epatite B. L'epatite B può essere trasmessa al neonato. Si esegue nel 3° trimestre. In caso di positività, al neonato verranno somministrate gammaglobuline ed anticipata la prima vaccinazione alla nascita, invece che al terzo mese di vita.
- **RICERCA DELLO STREPTOCOCCO BETA EMOLITICO GRUPPO B:** ricerca la presenza del batterio nel tampone vaginale e rettale. Si esegue a 36 – 37 settimane. Se l'esito è positivo, sarà necessario sottoporre la mamma ad una terapia antibiotica ed effettuare controlli sul neonato.
- **ELETTROFORESI DELL'EMOGLOBINA:** è utilizzato per la prevenzione della Talassemia e di altre forme di emoglobinopatie. Deve essere richiesta se all'Emocromo l'MCH è < a 27.

Possono verificarsi circostanze che richiedano assistenza addizionale e, quindi, l'esecuzione di ulteriori e più specifiche indagini.

Questi esami saranno richiesti dal ginecologo e sono esenti ticket, se sull'impegnativa è indicata la patologia ed il relativo codice di esenzione.

Tutti gli altri esami eventualmente richiesti sono a carico dell'utente.

Ecografia, screening -diagnosi prenatale

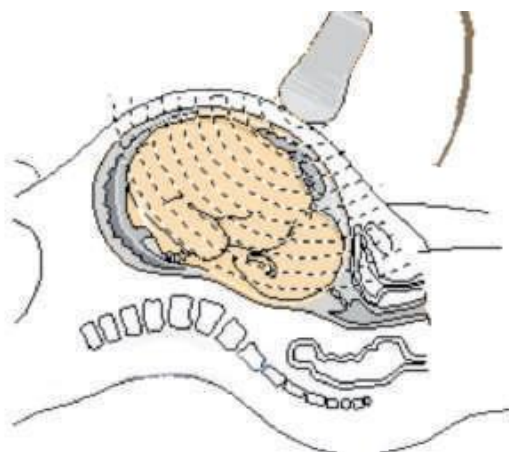
L'ecografia è un esame che attraverso gli ultrasuoni permette di vedere il feto prima della nascita.

E' un esame innocuo, infatti gli ultrasuoni sono usati in ostetricia da oltre 30 anni.

Con l'approvazione dei nuovi Lea, Livelli essenziali di assistenza, le ecografie previste dal Ministero della Salute durante i 9 mesi sono due e sono completamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, purché vengano effettuate nelle settimane previste.

Le altre possono essere eseguite gratuitamente solo su specifica richiesta del ginecologo, che dovrà attestare la condizione di rischio della gravidanza.

Per i limiti della metodica, è possibile che alcune anomalie, anche importanti, possano non essere rilevate. Si stima che l'ecografia in condizioni ottimali possa diagnosticare il 50% delle malformazioni e l'attendibilità dipende da diversi fattori: la settimana di gravidanza, la qualità dello strumento utilizzato, l'abilità dell'operatore, la posizione del feto e la costituzione materna.



L'ECOGRAFIA DEL 1° TRIMESTRE DI GRAVIDANZA:

È forse quella più emozionante per la futura mamma, poiché le dà finalmente la certezza visiva di portare in grembo un bambino.

È un esame molto importante poiché consente di confermare il corretto annidamento dell'ovulo fecondato nell'utero e di datare con maggiore precisione la gestazione.

Un'informazione utile per calcolare, con un margine di errore di 3-4 giorni al massimo, la data presunta del parto (la "DPP" indicata nel referto).

Se necessario, per motivi clinici o per una datazione dubbia, si può eseguire prima della 11° settimana e in questo caso può essere necessario eseguirla per via transvaginale. Inoltre, si può vedere se la gravidanza è singola o multipla e, nella seconda ipotesi, se i gemelli "abitano" nella stessa camera gestazionale e se hanno placente separate (corionicità), in modo da stabilire i controlli più appropriati.

Altrimenti, si effettua tra la 11° settimana e la 13° settimana, e si può **abbinare anche la valutazione della translucenza nucale**, che però deve essere eseguita solamente da ginecologi accreditati. Si tratta della misurazione della falda liquida che si accumula dietro la nuca del feto in quel periodo gestazionale e che, unita all'esame di un campione ematico, fornisce una stima del rischio che il bambino sia affetto da alcune patologie, come le trisomie 21, 13 e 18. Si esegue per via addominale, cioè semplicemente appoggiando la sonda sulla pancia, come accade per le ecografie in gravidanza del secondo e del terzo trimestre.

L'ECOGRAFIA DEL 2° TRIMESTRE DI GRAVIDANZA:

Viene comunemente denominata morfologica poiché valuta l'anatomia dei vari organi del feto, al fine di individuare eventuali anomalie o malformazioni.

In base alle nuove linee guida deve essere effettuata tra la 19° e la 21° settimana di gestazione. Tale ecografia va eseguita in questa epoca gestazionale perché il feto è abbastanza grande per poter analizzare alcune caratteristiche anatomiche fetali, in particolare; la testa e le strutture del sistema nervoso centrale, le labbra, la colonna vertebrale, l'addome e la parete addominale, gli arti, lo stomaco, i reni e la vescica. Si valuta anche la localizzazione della placenta, la quantità di liquido amniotico e la crescita fetale.

Essendo un'indagine più complessa rispetto alla prima, richiede anche più tempo: della precedente.

L'ECOGRAFIA DEL 3° TRIMESTRE DI GRAVIDANZA (solo in presenza di rischio materno o fetale):

Questa ecografia serve per ricercare eventuali anomalie anatomiche che si possono manifestare tardivamente, verificare alcuni parametri per monitorare la crescita del bambino, controllare la quantità di liquido amniotico e la posizione della placenta, visualizzare la

posizione fetale.

Si esegue fra la 30° e la 32° settimana, ma con l'approvazione dei nuovi Lea, i Livelli essenziali di assistenza, viene offerta gratuitamente solo in presenza di un rischio di patologia materna o fetale.

Test per valutare il rischio di S.Di Down e altre anomalie cromosomiche

Sono esami non invasivi che stimano il rischio di una donna di avere un feto affetto da alcune anomalie cromosomiche: trisomia 21, trisomia 18, trisomia 13.

Non sono test diagnostici ma esprimono la probabilità che il feto sia affetto da tali anomalie. E l'eventuale conferma si avrà solo dopo esami più specifici come la villocentesi e l'amniocentesi.

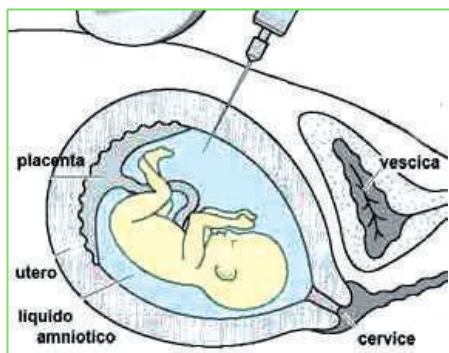
Le linee guida nazionali considerano idonei 2 test: il test combinato effettuato nel I trimestre e il tri-test che si effettua nel II trimestre solo alle donne che non hanno eseguito il test combinato nel I trimestre.

- Test combinato è l'insieme del bitest (prelievo di sangue materno) e della misura ecografica della Translucenza Nucale. Si esegue tra 11 e 13 settimane. I falsi positivi (esami risultati erroneamente alterati) sono circa 50 su 1000, i falsi negativi (esami risultati erroneamente negativi) sono inferiori a 1 su 1000. Oltre ad indicare un rischio aumentato per le anomalie cromosomiche, può indicare anche un rischio maggiore per alcune malformazioni che andranno indagate con ecografie di II livello. <L'esame deve essere effettuato solo da professionisti accreditati da società scientifiche nazionali o internazionali.
- Tri test: si esegue tra la 15° e la 18° settimana di gravidanza. Consiste in un prelievo di sangue materno per dosare tre sostanze prodotte dal feto e dalla placenta. La percentuale di identificazione delle anomalie cromosomiche è più bassa rispetto al test combinato (circa il 65\70% di tutti i casi di trisomia 21, 18 e 13).
- Altri test: un nuovo test permette di individuare le principali anomalie numeriche dei cromosomi (trisomia 21,13,18) mediante estrazione del DNA fetale dal sangue materno.

Test invasivi per la diagnosi di Sindrome di Down e altre anomalie cromosomiche

Sono esami che permettono di determinare il corredo cromosomico del feto e quindi diagnosticare anomalie numeriche e strutturali dei cromosomi, attraverso il prelievo di liquido amniotico (Amniocentesi) o attraverso il prelievo di tessuto placentare (Villocentesi). Hanno un rischio di aborto di circa 0,1-1% (1 caso ogni 100-200 esami).

- **AMNIOCENTESI** : esame ambulatoriale non doloroso che consiste nel prelievo attraverso un sottile ago di una piccola quantità di liquido amniotico. Si esegue tra la 15° e la 18° settimana.



- **VILLOCENTESI:** esame ambulatoriale che preleva, con un sottile ago, una piccola quantità di tessuto placentare (villi coriali). Si esegue tra 11° e 13° settimana.

Vaccinazioni e gravidanza

PER LA MADRE prima della gravidanza (oppure dopo)

Rosolia e varicella sono malattie piuttosto comuni che contratte in gravidanza mettono a rischio anche il bambino soprattutto se ci si ammala nel primo trimestre e, per la varicella, anche nei giorni prossimi al parto.

La donna che sta programmando una gravidanza dovrebbe sapere se ha già contratto queste malattie o se è stata vaccinata.

In caso negativo può effettuare la vaccinazione *prima del concepimento* e aspettare almeno un mese prima di intraprendere una gravidanza.

La donna che ha scoperto solo in gravidanza di essere ancora suscettibile a queste malattie deve tutelarsi *durante la gravidanza* evitando contatti con persone ammalate e poi, *dopo il parto*, fare la vaccinazione anche *durante l'allattamento*.

PER LA MADRE durante la gravidanza

Durante la gravidanza non tutte le vaccinazioni sono possibili, ma alcune sono raccomandabili. È il caso dell'antinfluenzale e della vaccinazione antipertosse.

Vaccinazione anti-influenzale: *l'influenza può essere rischiosa sia per la madre che per il feto, con maggior rischio di ospedalizzazione, parto pretermine, basso peso alla nascita e interruzione della gravidanza.* 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.

Vaccinazione antipertosse: *la pertosse contratta dal neonato nei primi mesi di vita può essere molto grave o mortale e la fonte di infezioni è frequentemente la madre.* La vaccinazione antipertosse (sommministrata con vaccino trivalente dTpa anche per *difterite e tetano*) è consigliata ad ogni donna in gravidanza, pur se precedentemente vaccinata o in regola con i richiami decennali o abbia già avuto la pertosse.

Il periodo raccomandato per effettuare la vaccinazione è il terzo trimestre di gravidanza (tra la 28° e la 32° settimana) al fine di consentire alla gestante la produzione di anticorpi sufficienti e il conseguente passaggio transplacentare.

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

Covid-19: vaccinazione in gravidanza

La vaccinazione con Vaccini mRNA è rivolta a tutte le donne in gravidanza nel secondo e terzo trimestre.

Gli effetti avversi della vaccinazione sono analoghi a quelli della popolazione generale: dolore e gonfiore nel punto di inoculo, dolori ossei e muscolari, febbre e si hanno maggiormente dopo la seconda dose

In gravidanza Il rischio di ammalarsi di una forma grave di Covid 19 si ha in presenza di patologie concomitanti (diabete, ipertensione, obesità)

I dati finora raccolti sulla sicurezza dei vaccini a mRNA somministrati in gravidanza sono tranquillizzanti e non evidenziano un aumento dei rischi né per la madre né per il feto, rispetto ai rischi della popolazione generale. Inoltre, gli anticorpi prodotti dal sistema immunitario materno attraversano la placenta e vengono trasmessi al feto che acquisisce così una protezione contro il coronavirus

Se la gravidanza inizia dopo aver ricevuto la prima dose, non ci sono indicazioni all'interruzione di gravidanza ma si consiglia di ritardare la seconda dose fino all'inizio del secondo trimestre (a meno che non ci siano condizioni e patologie che espongano al rischio di Covid 19 grave)

Se la donna sta cercando una gravidanza deve attendere circa 2 settimane dopo la seconda dose prima di tentare il concepimento.

Vaccinazioni per il neonato

Le vaccinazioni rappresentano uno degli interventi più efficaci e sicuri in Sanità Pubblica per proteggere soggetti sani che, per alcune condizioni epidemiologiche, di salute, occupazionali o comportamentali, possono essere esposti al pericolo di contrarre determinate infezioni.

I programmi di vaccinazione hanno anche lo scopo di ottenere la riduzione e, quando possibile, l'eradicazione di alcune malattie infettive per le quali non esiste una terapia o che possano essere causa di gravi complicazioni.

Nel Calendario Vaccinale della Regione sono riportate le vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fascia d'età.

Le vaccinazioni alla nascita

Vaccinazione contro virus dell'Epatite B: raccomandata solo nei figli di madri portatrici del virus dell'epatite B, la vaccinazione prevede 4 dosi: la prima entro 12-24 ore dalla nascita, la seconda dopo un mese, la terza dopo 2 mesi e la quarta all'11°-12° mese anche in concomitanza con le altre vaccinazioni. Contemporaneamente alla somministrazione della prima dose è previsto l'impiego di immuno-globuline specifiche.

Le vaccinazioni nel primo anno di vita

Vaccinazione contro difterite, tetano, pertosse, poliomielite, Haemophilus influenzae di tipo B ed epatite B. Il primo anno di vita è di fondamentale importanza per proteggere il bambino contro queste importanti malattie. Si raccomanda di vaccinare il bambino, a partire dal 61° giorno di vita, proprio per fornire una protezione rapida soprattutto nei confronti della pertosse, la cui gravità clinica è tanto maggiore quanto più è contratta precocemente.

L'immunizzazione nei confronti di questi 6 agenti infettivi è normalmente effettuata utilizzando un unico vaccino (esavalente).

Vaccinazione contro pneumococco: è raccomandata la vaccinazione contro questo batterio, che è la prima causa di otite e di meningite, simultaneamente alla vaccinazione con esavalente

Vaccinazione contro meningococco B: è raccomandata per tutti i nuovi nati e dovrebbe essere effettuata nel primo anno di vita, 15 giorni dopo aver somministrato i vaccini esavalenti pneumococco

Vaccinazione contro i rotavirus: somministrata per via orale, è raccomandata universalmente a tutti i bambini a partire dalla 6° settimana di vita e si può somministrare con le altre vaccinazioni previste per l'età.

Vaccinazione contro influenza: a partire dai 6 mesi di vita, è raccomandata per i bambini appartenenti a gruppi a rischio.

Le vaccinazioni nel secondo anno di vita

Vaccinazione contro difterite, tetano, pertosse, poliomielite, Haemophilus influenzae di tipo B ed epatite B. Il secondo anno di vita è l'epoca del completamento con la terza dose di vaccino esavalente.

Vaccinazione contro pneumococco: è raccomandata la seconda dose di richiamo della vaccinazione pneumococcica coniugata.

Vaccinazione contro meningococco B: è raccomandata la quarta dose di questo vaccino o laterza dose, se il ciclo è iniziato dopo i sei mesi di vita.

Vaccinazione contro morbillo, parotite, rosolia e varicella: è raccomandata la prima dose di questo vaccino a partire dal compimento dell'anno.

Vaccinazione contro meningococco C: è raccomandata la protezione del bambino tra il 13° ed il 15° mese di vita. In alternativa al vaccino anti-meningococco C, potrebbe essere utilizzato il vaccino tetravalente A,C,Y,SETTIMANA135, allo scopo di offrire ai bambini una protezione più ampia per quei ceppi di meningococco che, pur ancora sporadici nel nostro Paese, mostrano una tendenza all'espansione, principalmente in conseguenza dei cambiamenti climatici, dei viaggi, e dei movimenti migratori.

Vaccinazione contro influenza per bambini a rischio. Vaccinazione contro il virus dell'epatite A per bambini a rischio.



COSA METTERE IN VALIGIA PER L'OSPEDALE

VALIGIA MAMMA

- Camicia da notte con bottoni sul davanti, (N, 2/3)
- Vestaglia,
- Ciabatte (in gomma per un'eventuale doccia),
- Telo,
- Beauty personale,
- Asciugamano viso e ospite (tessuto o usa e getta),
- Assorbenti o mutande assorbenti,
- Acqua, caramelle, piccoli snack

VALIGIA NEONATO:

- 6 body misura 1-3 mesi, (caldo cotone in inverno e cotone in estate),
- 6 tutine (ciniglia d'inverno, di cotone in estate),
- 1 camicino della fortuna (facoltativo),
- 3 bavette,
- 1 asciugamano per avvolgere il neonato
- 1 copertina di fibra naturale (lana o cotone),
- 1 pacco di pannolini prima misura

Conservare i cambi in piccole buste singole, etichettate con nome, cognome della mamma

GRAVIDANZA A TERMINE

A 37 + 0 SETTIMANE

*Il bilancio di salute materno-fetale va effettuato presso il **Punto Nascita** scelto per il parto, o individuato come adatto per la situazione clinica.*

Durante il primo incontro presso l'Ambulatorio per la Gravidanza a termine del Punto Nascita, vengono valutati:

- **l'anamnesi**
- **lo stato di salute attuale**
- **l'esito degli esami ematochimici eseguiti in gravidanza**
- **le modalità previste per il parto.**

In quest'occasione è molto importante discutere e chiarire ogni dubbio della donna sul parto, quali sono le sue aspettative e/o i suoi bisogni, e verificare se il *Punto Nascita* è in grado di dare risposte adeguate a richieste specifiche (es. situazioni cliniche particolari, orientamento per modalità del parto particolari, come l'immersione in acqua o l'analgesia peridurale, la donazione del sangue del cordone ombelicale, etc.).

In questo primo incontro viene anche illustrato alla donna il piano di assistenza personalizzato per le successive settimane di gravidanza e chiarite le regole del reparto quali la possibilità di essere accompagnate da un parente, orari di ricevimento, tempi di degenza per il parto.

DA 37 E 41 SETTIMANE

Si considerano a termine le gravidanze tra 37 e 42 settimane.

Il giorno della nascita non è prevedibile, ma la maggioranza dei bambini nasce intorno alla 40° settimana. In quest'ultimo periodo il bambino perfeziona la maturazione di alcune funzioni, acquisisce peso e si posiziona per il parto.

La mamma, in genere, a partire dalla 38° settimana respira meglio perché *“l'addome si abbassa”* ed incomincia a percepire le contrazioni che preparano al travaglio.

Se appaiono segnali come gonfiori (edemi) alle gambe, ai polsi, al viso, o perdite di sangue o di liquido amniotico, dolori addominali, disturbi della vista o altre sensazioni percepite come fastidiose, o se non si percepiscono i movimenti abituali del feto, è importante andare al più presto al *Punto Nascita* per escludere condizioni di rischio materno e/o fetale.

Nelle gravidanze oltre le 41 settimane, o in quelle in cui si manifestano specifiche indicazioni cliniche, si rende necessario il monitoraggio della gravidanza con più frequenza.

Cosa preparare per l'ospedale

- **l'Agenda di Gravidanza;**
- **documento d'identità e tessera sanitaria;**
- **Tessera TEAM per le donne straniere provenienti da paesi dell'UE;**
- **codice STP (stranieri temporaneamente presenti) per le donne appartenenti a paesi extra comunitari e senza permesso di soggiorno;**
- **codice ENI per le donne di paesi comunitari e senza permesso di soggiorno;**
- **effetti personali della mamma e del bambino consigliati dal *Punto Nascita*.**

Quando andare in ospedale

- **quando le contrazioni sono regolari per intensità, frequenza e durata da almeno un paio di ore;**
- **quando avviene la rottura delle membrane amniotiche con fuoriuscita di liquido (perdita o rottura delle “acque”);**
- **quando le perdite di sangue sono maggiori di qualche goccia;**
- **in tutti i casi in cui si hanno dubbi.**

FISIOLOGIA DEL TRAVAGLIO E DEL PARTO

La natura ha programmato il parto in ogni dettaglio: normalmente è il feto a dare l'inizio, mettendosi in posizione favorevole alla nascita e stimolando l'inizio delle contrazioni uterine.

SINTOMI PRIMA DEL TRAVAGLIO

Già **nelle ultime settimane** di gravidanza si possono manifestare dei sintomi che precedono il travaglio vero e proprio, cioè:

- **contrazioni** (compressione e indurimento dell'addome con sensazione di dolore allaschiena) saltuarie e irregolari, che possono anche sparire in breve tempo;
- **perdita di muco mista a tracce di sangue** (perdita del tappo mucoso);
- **nausea e/o vomito**.

Nelle **ore che precedono il travaglio** (da poche ore a più di 24 ore), possono manifestarsi i seguenti sintomi:

- **le contrazioni** diventano regolari per intensità, durata e frequenza. A differenza delle contrazioni precedenti il travaglio, queste contrazioni non si attenuano, anzi aumentano nel tempo;
- **piccole perdite di sangue** legate alla preparazione del collo dell'utero. La perdita in genere è di poche gocce, rosso vivo;
- **perdita di liquido amniotico**, dovuta alla rottura del sacco amniotico che avvolge il bambino. Il liquido amniotico di solito è incolore e inodore. La perdita è solitamente improvvisa ed abbondante;
- **diarrea**, dovuta agli ormoni che preparano il collo dell'utero ed è utile per liberare l'intestino e preparare il corpo al parto.

FASI DEL TRAVAGLIO E PARTO

Fase prodromica consiste nella "trasformazione del collo dell'utero", che si ammorbidisce, si assottiglia e si accorcia sino a diventare completamente piatto. La durata di questa fase può essere compresa tra qualche ora e qualche giorno.

Fase dilatante è il travaglio vero e proprio; serve a dilatare completamente il collo dell'utero, grazie alle contrazioni che diventano regolari per durata e frequenza. Ha inizio quando il collo uterino è completamente piatto.

La durata è variabile: può essere anche molto veloce se il collo dell'utero è ben assottigliato e la testa del bambino è ben flessa nel bacino. La durata media è di 6-8 ore per una donna al primo parto e di 3-5 ore per una donna che ha già avuto almeno un parto.

Fase espulsiva è il momento finale del travaglio che porta alla nascita del bambino. Inizia quando la dilatazione raggiunge il diametro sufficiente a permettere il passaggio del feto.

Secondamento è la parte finale del parto. In questa fase avviene l'espulsione della placenta solitamente a breve distanza dal parto e comunque entro un'ora.

Post parto. Dalle prime ore dopo il parto, e nei giorni successivi, l'ostetrica o il ginecologo controllano l'utero e le perdite vaginali (chiamate lochi o lochiazioni). Accogliere bene mamma e bambino vuol dire: rispettare la loro voglia/necessità di stare insieme, sforzarsi di capire le loro richieste e comunicare serenità. *È di fondamentale importanza nei primissimi momenti, il contatto pelle a pelle e l'attaccamento precoce del bambino al seno della mamma.*

Avere il bambino vicino durante tutta la giornata permette alla madre di riconoscere le sue esigenze e di rispondervi a tempo; permette, inoltre, di adeguare i suoi ritmi a quelli del bambino, approfittando delle sue pause di sonno per riposare.

dimissione dall'ospedale. È l'occasione per un dialogo con gli operatori della nascita

per concludere consapevolmente l'esperienza della gravidanza e del parto e aprire la nuova fase di vita della donna e della famiglia.

Puerperio è il periodo di tempo che va dal parto a circa 6 settimane dopo.

MODALITÀ DEL PARTO

Il parto spontaneo vaginale è il parto prescelto dalle mamme in condizione fisiologica del parto.

Cosa è bene sapere sul parto spontaneo vaginale:

- provoca meno dolore dopo la nascita
- consente una ripresa fisica più facile dopo il parto
- aumenta il senso di autostima
- facilita la relazione con il bambino
- è associato con minor frequenza alla depressione dopo il parto
- consente una migliore esperienza per l'allattamento
- è associato con minor frequenza ad infezioni dopo il parto

Il parto cesareo (intervento chirurgico che consiste nell'incisione dell'addome e dell'utero) si rende necessario qualora ci siano condizioni di rischio per te e/o per il bambino.

Cosa è bene sapere sul parto cesareo:

- richiede una degenza più lunga
- provoca più dolore e maggiori difficoltà a muoversi e ad accudire il bambino nei giornisuccessivi al parto
- comporta maggiore rischio di infezione e di anemia
- comporta maggiori difficoltà all'avvio dell'allattamento
- ha un rischio più alto di mortalità materna
- aumenta la frequenza di patologie a carico della placenta nelle gravidanze successive.

POSIZIONI IN TRAVAGLIO E PARTO

Non esiste un'unica posizione raccomandata per il travaglio e il parto: l'ostetrico propone quelle più favorevoli alla progressione del parto ed al contenimento del dolore e invita la donna a scegliere quelle per lei più confortevoli.

In generale sono sconsigliate le posizioni sdraiate e supine.

La possibilità di muoversi e la posizione eretta durante il periodo dilatante e quella accovacciata/carponi durante il periodo espulsivo, sembrano quelle in grado di ridurre la durata del travaglio e garantire un maggiore benessere.



DOLORE IN TRAVAGLIO

Il dolore del travaglio ha caratteristiche del tutto particolari e serve a promuovere il naturale svolgersi del parto e della nascita. Ogni donna ha una percezione del dolore in travaglio del tutto soggettiva, condizionata dalle condizioni fisiche, dalle emozioni, dalle circostanze sociali, culturali ed assistenziali.

*Tuttavia, i moderni ospedali dispongono di **strategie naturali (senza utilizzo di farmaci) per contenere il dolore in travaglio:***

- **continuità dell'assistenza durante il travaglio e il parto;**
- **rapporto “uno-a-uno” (una donna-un'ostetrica) al momento del travaglio-parto;**
- **sostegno emotivo: comunicazione, informazione, ascolto, coinvolgimento nelle scelte;**
- **azioni di sollievo: potersi muovere durante il travaglio, poter scegliere la posizione per il parto, un ambiente-parto confortevole;**
- **tecniche di rilassamento, massaggi;**

Queste semplici strategie e tecniche, in generale, **riducono il bisogno di farmaci per il contenimento del dolore, riducono la necessità di interventi medici per il parto (uso di ossitocina, episiotomia, taglio cesareo)** e aumentano la soddisfazione della donna per l'esperienza vissuta

Con utilizzo di farmaci. Epidurale

Necessaria una visita anestesilogica nelle settimane che precedono il parto, alcuni esami specifici e il consenso informato della donna

Consiste in una puntura effettuata da un anestesista nella regione lombare (parte bassa della schiena) con cui viene inserito un sottile catetere (tubicino) che rimane per tutta la durata del travaglio e rimosso dopo il parto, attraverso q

Il parto in questo caso viene medicalizzato: si è sottoposti al monitoraggio continuo del battito cardiaco, si ha maggiore probabilità di un parto operativo (ventosa o forcipe) e un maggior rischio di avere la febbre durante e dopo il parto.

ALLATTAMENTO

Allattare al seno è la naturale continuazione del rapporto speciale che si è creato con il piccolo durante la gravidanza.

È un momento ricco di emozioni che crea un legame unico e intenso. Oltre ad essere l'alimento migliore l'allattamento garantisce un sano sviluppo psico-fisico, soddisfa il bisogno di contatto con la madre dunque importante sul piano relazionale. I bambini allattati al seno hanno molti vantaggi per la salute, perché ricevono gli anticorpi e perché nel latte sono presenti tutte le sostanze per proteggerli dalle malattie, per lo sviluppo neurologico, del sistema immunitario e della vista.

Si inizia ad allattare il prima possibili, appena la madre se la sente. Sarebbe ideale che subito dopo il parto il neonato venisse messo vicino alla madre, a contatto pelle a pelle e fosse aiutato ad attaccarsi al seno

Il primo latte (colostro) è poco ma ricchissimo di grassi e di anticorpi e il neonato ne beve poche gocce ma a volte sono sufficienti. Il latte arriva dopo 3-4 giorni. Importante è attaccare il bambino ogni volta che è possibile perché la suzione stimola la produzione di ormoni (prolattina e ossitocina) grazie ai quali le ghiandole mammarie producono il latte.

Si può allattare finché lo si desidera. Il latte po' integrare la dieta anche durante lo

svezzamento.

L'allattamento anche se appagante è impegnativo, per questo è importante il sostegno dei familiari.

Non ci sono cibi a cui si deve rinunciare perché il bambino “partecipa” ai gusti e sapori della casa. L'importante è una dieta varia, ricca di frutta e verdura di stagione cercando di bere molta acqua per reintegrare i liquidi.

Sono rari i casi in cui la donna non possa allattare il proprio bambino. Questo accade se la madre è stata sottoposta a terapie per gravi patologie (tumori, HIV...), grave e totale intolleranza del bambino al lattosio (galattosemia), mancanza totale di latte materno.

- **affidarsi a un'ostetrica e non aver paura di contattarla in caso di difficoltà,**
- **frequentare negli ultimi mesi di gestazione altre neo-mamme che allattano, per iniziare a capire e carpire i primi segreti.**

Per allattare correttamente ci sono numerose posizioni possibili, per ognuna è però importante verificare alcuni aspetti:

- **La mamma è comoda? Eventualmente ci si può aiutare con cuscini se necessario, ma è necessario che spalle e braccia possano essere rilassate.**
- **Testa e corpo del bambino in una linea retta? In caso contrario la deglutizione può risultare difficile.**
- **È possibile sostenere con facilità collo, spalle e schiena del bimbo?**

È infine preferibile che sia sempre il bimbo a essere portato al seno e non la mamma che si sporge, salvo alcune eccezioni che vedremo a breve, come la posizione della lupa.

Ricorda che stai rispondendo alle esigenze del tuo bambino: non è possibile rimanere a casa tutto il tempo e possiedi il diritto di dargli da mangiare anche mentre sei in giro. Anzi, devi essere orgogliosa del tuo impegno e delle tue attenzioni verso di lui/lei!



POSIZIONE A CULLA

La posizione a culla è la più usata ed è adatta ai bimbi nati a termine da parto naturale, perché in caso di cesareo la mamma potrebbe avvertire nei primi giorni un po' di fastidio sull'addome.

1. Per iniziare siediti in modo comodo su una poltrona con i braccioli o su un letto con dei cuscini a disposizione.
2. Gira il bimbo su un fianco, in modo che viso, stomaco e ginocchia siano rivolte verso di te.
3. Puoi usare le braccia e le mani per aiutarlo, sorreggendogli collo, schiena e sederino.
4. Avvicina il bimbo al seno appoggiandogli la testa nell'incavo del gomito, con il nasino davanti al capezzolo.

POSIZIONE A RUGBY

Questa posizione è particolarmente indicata in caso di parto cesareo, ma in generale anche per tutti i bambini che manifestino qualche iniziale difficoltà ad attaccarsi correttamente (magari perché nati un po' in anticipo), perché la mamma può guidarli con l'aiuto della mano.

La posizione risulta particolarmente adatta anche per le donne con seni molto grandi e/o capezzoli poco sporgenti.

1. Per adottare la posizione a rugby siediti su una poltrona e preparati un cuscino vicino.
2. Solleva tuo figlio come se fosse un pallone da rugby, con il braccio sullo stesso lato del seno con cui desideri iniziare la poppata.
3. Sposta il bimbo sul tuo fianco, sotto il braccio.
4. Appoggia delicatamente la mano dietro la testa del bimbo e avvicinala al capezzolo; piedini e gambine andranno posizionate all'altezza di fianco/schiena e con l'altra mano può aiutarlo ulteriormente.



POSIZIONE SDRAIATA DI LATO



Questa posizione è perfetta dopo un cesareo, perché il bambino non pesa sulla pancia.

Risulta inoltre particolarmente adatta anche in caso di parti naturali difficili, perché la mamma può rimanere sdraiata e riposarsi nel letto.

Sdraiati nel letto su un fianco e posiziona il tuo bimbo accanto a te, in modo che il nasino si trovi davanti al capezzolo.

Puoi usare un cuscino basso per farlo stare più comodo e usare la parte dal gomito alla mano per sostenergli la schiena, mentre l'altra mano rimane libera per eventualmente aiutarlo.

BIOLOGICAL NURTURING

È una posizione particolarmente comoda per entrambi, che favorisce l'istinto naturale del neonato all'allattamento.



La madre deve semplicemente mettersi comoda in posizione semisdraiata, con la schiena ben supportata da cuscini o altro e appoggiare il bambino sul proprio corpo, a pancia in giù.

È una posizione innata, che risulta spontanea per entrambi perché usata istintivamente dopo il parto che nei secoli/millenni passati era doloroso quanto oggi, ma vissuto in condizioni ancora più difficili per la coppia mamma-figlio.

Il bambino poppa sdraiato sul corpo della mamma e questo permette un attacco e una suzione pressoché perfetti in modo del tutto spontaneo e naturale, un po' come i cuccioli di mammiferi in natura.

POSIZIONE DELL'ABBRACCIO TRASVERSALE

Questa posizione è simile a quella a culla, ma le braccia sono disposte in modo diverso. Si tratta di una variante che molte mamme sperimentano nelle prime settimane dopo il parto, perché permette un maggior controllo sul modo in cui il neonato si attacca al seno. In questo caso, anziché sostenere la testa del bambino nell'incavo del gomito, un braccio sostiene il seno e l'altro rimane intorno alla schiena del bambino. Sostenete la testa, il collo e la spalla del bambino mettendo la mano alla base della testa, con il pollice e l'indice all'altezza della schiena. Come nella posizione a culla, le vostre pance saranno a contatto.



POSIZIONE DELLA LUPA

In questa posizione il bimbo si trova sdraiato sulla schiena, appoggiato sul letto o su un cuscino, mentre la mamma a carponi sopra di lui gli porge il seno. È una possibilità che risulta particolarmente utile in caso di ingorgo mammario, poiché stimola lo svuotamento del seno anche nei quadranti inferiori.

QUALI SONO I SEGNALE CHE L'ALLATTAMENTO È CORRETTO?

1. Il neonato sembra a suo agio e la mamma non avverte dolore.
2. Il petto del bambino è appoggiato contro il corpo della mamma e non ha bisogno di girare la testa durante la suzione.
3. L'areola è interamente (o quasi, nel caso sia particolarmente grande) nascosta all'interno della bocca del bambino.
4. La bocca del neonato è interamente riempita dal seno.
5. La lingua del bimbo è posizionata sotto il seno ed è quindi nascosta alla mamma.
6. Se la stanza è sufficientemente silenziosa è possibile avvertire che il bimbo deglutisce; in alcuni casi la deglutizione è così silenziosa che si avverte solo la differenza quando si prendono un attimo di pausa.
7. Spesso le orecchie del neonato si muovono leggermente.
8. Le labbra del neonato sono rivolte verso l'esterno, come quelle di un pesciolino (spesso il labbro inferiore non si vede perché coperto).
9. Il mento del bimbo è appoggiato al seno.

PUERPERIO

È il periodo che va dal parto a circa 6-8 settimane dopo. È una fase di adattamento fisico e psichico durante la quale l'utero ritorna alle dimensioni e al tono muscolare di prima della gravidanza, si consolida l'allattamento al seno e si regolarizzano i ritmi di vita giornaliera di mamma e bambino. È importante sapere che i ritmi della giornata si modificano via via sulla base della fisiologia dell'allattamento e quindi conviene vivere questo periodo nella consapevolezza che l'adattamento mamma - bambino raggiungerà con il tempo un armonico equilibrio, senza trarre intempestive previsioni per il futuro ("è un piccolo tiranno non mi lascia un momento libero, mi vuole tutta per sé giorno e notte, ..."). L'adattamento alla nuova situazione



(presenza del primo figlio o di un nuovo figlio) con esigenze apparentemente molto lontane dai ritmi di vita abituali della famiglia, può creare talvolta qualche difficoltà e tensione anche nella coppia. A causa del cambiamento ormonale e della stanchezza dopo il parto è abbastanza comune sentirsi tristi e malinconici. Per alcune donne questa condizione potrebbe avere necessità di un supporto psicologico e/o medico, in alcuni casi anche farmacologico.

*Dopo il parto, è normale che fuoriescano dalla vagina delle perdite che contengono residui placentari chiamate **lochi o lochiazioni**. Non sono mestruazioni e possono durare fino a tre settimane dopo il parto. Le lochiazioni hanno un particolare odore e sono prevalentemente tinte di sangue nella prima settimana e cremose alla fine. In presenza di perdite vaginali maleodoranti, dolore perineale, difficoltà di guarigione dell'eventuale ferita perineale, dolore al seno, perdite abbondanti, di urina, ansia o affaticamento significativi è consigliabile anticipare l'incontro in puerperio.*

Alle donne che non hanno anticorpi contro la rosolia viene consigliata la vaccinazione dopo il parto. Nel mese successivo alla vaccinazione è necessario evitare una nuova gravidanza mentre non ci sono controindicazioni rispetto all'allattamento che può continuare normalmente.

Dopo il parto, a seconda delle esigenze personali, e comunque entro 30-40 giorni, è utile un incontro con il professionista che ha seguito la gravidanza per raccontare l'esperienza del proprio parto e per la valutazione:

- **delle condizioni ostetriche;**
- **del perineo;**
- **del benessere psichico e psicologico;**
- **dell'eventuale contraccettione;**
- **dell'allattamento;**
- **informazioni sulle opportunità per ricevere sostegno da gruppi di auto aiuto o da servizisocio-sanitari.**

Esistono evidenze che incontri di gruppo tra donne che stanno vivendo la stessa esperienza permettono di condividere le paure, le ansie, ecc., riconoscendo la "normalità" di tali eventi e stati d'animo. I Consulteri offrono momenti di incontro per le donne nel dopo parto. Al termine

del percorso nascita l'Agenda diventerà la documentazione clinica della gravidanza e parto appena vissuti, utile per la anamnesi ostetrica in caso di successiva gravidanza e si collegherà con il Libretto di salute del bambino che seguirà il piccolo dalla nascita all'adolescenza. L'inserimento di una o più foto della propria gravidanza e del bambino potrà trasformare il documento in un album della esperienza appena conclusa.

Prima di lasciare l'ospedale, la mamma potrà offrire al reparto il proprio giudizio sulla sua esperienza di degenza collaborando in tal modo al miglioramento dei servizi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda, nei primi giorni dopo la nascita, alcuni comportamenti che costituiscono un obiettivo per tutti i Punti Nascita regionali:

- **aiutare le mamme perché possano tenere il neonato a contatto pelle-pelle subito dopo la nascita in modo che abbia inizio spontaneamente la prima poppata**
- **mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dal neonato**
- **non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica**
- **sistemare il neonato nella stessa stanza della madre, in modo che trascorran insieme 24 ore su 24 durante la permanenza in ospedale**
- **incoraggiare l'allattamento al seno tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento**
- **non dare tettarelle o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento**
- **favorire la creazione di gruppi di sostegno alla pratica dell'allattamento anche dopo la dimissione dall'ospedale.**

BENESSERE PSICO-FISICO

Entrambi i genitori durante la gravidanza vivono delle intense emozioni al pensiero del bambino che sta crescendo nell'utero della mamma.

Condividere le nostre preoccupazioni con persone di fiducia, o con i professionisti scelti (ostetrica, ginecologo, psicologo), chiedere aiuto - durante la gravidanza o nel periodo del puerperio - è importante per raggiungere e mantenere lo stato di benessere, non solo fisico, ma anche psichico.

In alcuni casi però il disagio è più profondo e allora diventa importante riconoscere di aver bisogno di aiuto, senza paura di essere giudicati, perché a tutti può capitare. Rivolgendosi direttamente al Consultorio, si potrà trovare un sostegno e il percorso terapeutico più adeguato alle proprie necessità per superare le difficoltà.

Uno spazio di supporto e dialogo aperto non solo alle future madri, ma anche ai futuri padri. Rilevare precocemente questi disagi permette di ricevere di supporto necessario per avere una gravidanza serena e di evitare molte complicanze che potrebbero insorgere qualora non venissero individuati.

In assenza di problemi la mamma e il bambino devono poter continuare a rimanere in stretto contatto, senza interruzioni e in modo naturale. Il neonato si guarda intono, gira la testa al suono della voce della mamma e vede alla distanza di 20-30 cm che è poi la distanza tra i suoi occhi e quelli della mamma quando è in braccio o al seno. Il contatto della pelle e la suzione precoce al seno, aumenta nella mamma gli ormoni inducono la produzione degli ormoni dello stress, dell'allarme e del consumo di energie,. Il contatto pelle-pelle consente di

attivare dei riflessi innati che portano il neonato a spostarsi fino a raggiungere da solo il capezzolo.

In caso di parto cesareo è possibile con l'aiuto degli operatori presenti alla nascita, non allontanare il neonato dalla mamma e permetterne il contatto immediato.

Se ci sono condizioni che richiedono una separazione è importante comunque cercare di far ritrovare mamma e neonato nel più breve tempo possibile

ROOMING IN

Per favore la continuazione della strettissima relazione tra mamma e bambino, entrambi dovrebbero rimanere nella stessa camera, sia in caso di parto spontaneo che di parto cesareo. Questo consente alla mamma di imparare a riconoscere le richieste del neonato e a rispondere ad esse in modo adeguato, rassicurandola sulle proprie competenze materne oltre che abituandola a riposare mentre il bambino dorme. Alla nascita i ritmi sonno veglia non sono differenti nelle ore diurne e notturne e solo con il passare delle settimane i periodi di sonno diventeranno più lunghi durante le ore notturne intervallate dalle poppate che sono molto importanti poiché le più ricche e nutrienti

Gradualmente la mamma e il bambino troveranno un loro armonico equilibrio di vita e il luogo migliore dove sviluppare il rapporto madre-bambino-famiglia è certamente la loro casa.

La dimissione in genere avviene dopo 47-72 ore in caso di parto spontaneo e 3- 5 giorni in caso di parto cesareo.



DONAZIONE DEL CORDONE OMBELICALE

Il sangue cordonale contiene cellule staminali del tutto simili a quelle contenute nel midollo osseo dal quale hanno origine i globuli rossi, i globuli bianchi e le piastrine; per queste caratteristiche possono essere utilizzate per curare diverse malattie del sangue.

Il trapianto di cellule del sangue cordonale è una valida alternativa al trapianto del midollo osseo e presenta alcuni vantaggi per chi riceve il trapianto (minor rischio di rigetto, pronta disponibilità delle cellule) e nessun svantaggio per chi lo dona: la procedura, infatti, è innocua e indolore per la mamma e per il neonato. Inoltre, se il sangue cordonale non viene donato, è destinato ad essere eliminato.

Donare il sangue cordonale significa contribuire alla possibilità di cure salvavita e alla ricerca nel campo di queste malattie.

La donazione definita **allogenica o solidaristica**, cioè fatta per curare una persona diversa da quella che dona, è volontaria e gratuita: nessun costo, in nessuna delle fasi, sarà a carico della madre donatrice e dei familiari.

La conservazione **autologa** viene richiesta dai genitori quando vogliono conservare il sangue cordonale per eventuali necessità future del neonato stesso, pur essendo quest'ultimo sano al momento della donazione, nell'ipotesi teorica che nel corso della vita possa sviluppare una malattia curabile con le proprie cellule staminali.

Tale conservazione non è permessa in Italia in quanto non è supportata dalle evidenze scientifiche e pertanto non è considerata appropriata. È possibile comunque, conservare il sangue cordonale presso Banche estere, richiedendo alla Direzione Sanitaria sede del punto nascita una specifica autorizzazione.

Per donare il sangue cordonale è necessario accertare con l'ostetrica o il ginecologo la propria idoneità alla donazione, la disponibilità del punto nascita al prelievo e firmare il consenso informato.

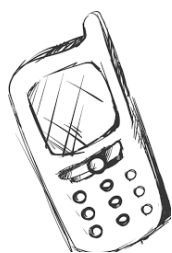
POTETE ACCEDERE DIRETTAMENTE DOPO LA 33 SETTIMANA DI GESTAZIONE AL CENTRO TRASFUSIONALE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO oppure al CONSULTORIO FAMILIARE

Esistono alcune controindicazioni alla donazione:

- **durata della gravidanza inferiore a 35 settimane;**
- **stato febbrile della madre;**
- **malformazioni congenite;**
- **malattie congenite della madre o del padre;**
- **rottura membrane da più di 12 ore;**
- **stress fetale;**
- **positività sierologica o rischio dei genitori di trasmettere malattie infettive.**



In mancanza di controindicazioni, il sangue sarà raccolto dal cordone ombelicale in una sacca sterile dopo il taglio del funicolo e prima dell'espulsione della placenta, in maniera indolore sia per il parto vaginale che taglio cesareo.



RECAPITI TELEFONICI IMPORTANTI PER IL PERCORSO NASCITA

Consultori

Ambulatori Ostetrici per richiedere appuntamento:

Campobasso 0874.409001-0874.409003

Mercoledì dalle ore 15:00 alle ore 17:00

Venerdì dalle ore 9:00 alle ore 12:00

Bojano 0874.752340

Lunedì dalle ore 15:30 alle ore 17:30

Martedì dalle ore 10:30 alle ore 12:30

Riccia 0874.714312

Lunedì dalle ore 14:30 alle ore 15:30

Larino 0874.827329-0874.827328

Lunedì e Martedì dalle ore 10:00 alle ore 12:00

Martedì dalle ore 15:00 alle ore 17:00

Mercoledì e Venerdì dalle ore 9:00 alle ore 12:00

Termoli 0875.717888

Martedì e Venerdì dalle ore 9:30 alle ore 12:30

Mercoledì dalle ore 15:00 alle ore 17:00

Venafrò 0865.907903

Martedì e Mercoledì dalle ore 12:00 alle ore 13:30

Agnone 0865.722492

Lunedì dalle ore 8:30 alle ore 14:00

Lunedì dalle ore 14:30 alle ore 16:30

Isernia 0865.442752

Lunedì dalle 15:00 alle 17:00 - Giovedì dalle 8:00 alle 13:00

Ospedali

Presidio Ospedaliero "Cardarelli" di Campobasso:

Ostetricia e Ginecologia 0874 409 231

Ambulatorio 0874 409 411

Presidio Ospedaliero di Isernia:

Ostetricia e Ginecologia 0865442333

Ambulatorio: 0865442248

Presidio Ospedaliero di Termoli:

Ostetricia e Ginecologia 0875 7159359

Ambulatorio 0875 7159383

Call center Prenotazioni e informazioni sanitarie

Da rete fissa: 800 63 95 95

Da rete mobile: 0875 752626

Segreteria Screening Mammella e Cervice:

0874.409449

0874.409249

0874.409160

Dal Lun. al Ven. dalle ore 10:00 alle ore 12:00

Ufficio vaccinale, Campobasso

0874.409128