



Servizio Sanitario Regionale



di **g** **e** **n** **d** **a**
a **d** **i**



di gravidanza

IN CASO DI SMARRIMENTO RESTITUIRE A:



Servizio Sanitario Regionale





Indice

Il Percorso Nascita	pg.	3
L'Agenda di Gravidanza	pg.	5
L'Agenda di Gravidanza è	pg.	6
Come utilizzare l'Agenda di Gravidanza	pg.	6
L'Agenda di Gravidanza comprende – Il diario di gravidanza	pg.	7
Controlli proposti nel I TRIMESTRE	pg.	9
Controlli proposti nel II TRIMESTRE	pg.	11
Controlli proposti nel III TRIMESTRE	pg.	11
Bilancio di Salute	pg.	13
Schede sulla Salute in Gravidanza	pg.	13
<i>Scheda della Gravidanza</i>	pg.	15
<i>Criteri per l'attribuzione del profilo assistenziale appropriato</i>	pg.	18
<i>Diario degli esami di laboratorio</i>	pg.	21
<i>Screening Prenatale</i>	pg.	22
<i>Informazioni per il consenso all'esecuzione del Test HIV</i>	pg.	28
<i>Modulo di invio dal servizio territoriale al Punto Nascita</i>	pg.	31
<i>Scheda accettazione C/O Ambulatorio per la gravidanza</i>	pg.	33
<i>Foglio Dimissione Ospedaliera (con copia per la struttura)</i>	pg.	35
<i>Adesione al Programma di Assistenza Territoriale e in puerperio</i>	pg.	37
<i>Assistenza in puerperio (Servizio)</i>	pg.	39
<i>Registro Visite</i>	pg.	41
<i>Sommario e calendario degli appuntamenti</i>	pg.	42
Schede informative	pg.	46
Quali diritti in gravidanza?	pg.	47
Stile di vita (alimentazione e igiene, comportamenti, e abitudini divita)	pg.	48
Disturbi vari – Fumo e alcool	pg.	50
Informazioni sui farmaci	pg.	51
Esami di laboratorio	pg.	53
Ecografia e diagnosi prenatale	pg.	55
Vaccinazioni e gravidanza Covid 19	pg.	57
Corsi di accompagnamento alla nascita	pg.	58
Gravidanza a termine	pg.	59



Servizio Sanitario Regionale



Fisiologia del travaglio e del parto	pg.	60
Allattamento	pg.	63
Benessere psichico-fisico	pg.	66
Donazione del cordone ombelicale	pg.	67



IL PERCORSO NASCITA

Il Percorso Nascita è un modello organizzativo e assistenziale che garantisce l'assistenza, l'accompagnamento e il sostegno alla donna/coppia e neonato durante la gravidanza, il travaglio, il parto e il puerperio, nel contesto del suo ambiente di vita, attraverso prestazioni appropriate e uniformi su tutto il territorio regionale. Propone una continuità assistenziale per tutto il periodo della gravidanza, utilizzando l'Agenda della Gravidanza come strumento informativo per la donna, ma anche come raccolta dati per gli operatori sanitari.

Prevede alcune tappe fondamentali:

- gli esami durante la gravidanza;
- il sostegno all'allattamento al seno;
- gli incontri di accompagnamento alla nascita.

La donna potrà scegliere se intraprendere il percorso di cura tramite il Consultorio (dove è presente una Ostetrica e un Ginecologo), il Centro Maternità del P.O. San Timoteo di Termoli, 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**.

Con questo progetto, però, la Regione Molise vuole idealmente avviare quel nuovo corso della sanità territoriale, che rappresenta la vera sfida del futuro prossimo, in cui numerose prestazioni (che non comportano ovviamente rischi per la salute dei pazienti) saranno gestite sempre di più in strutture alternative all'ospedale¹.

La donna in gravidanza sarà seguita nei suddetti presidi territoriali fino alla 37^a settimana e, a seguire, indirizzata presso i Punti Nascita dei Presidi Ospedalieri Regionali².

L'accesso ai consultori territoriali non richiede impegnativa del medico curante ed è così strutturata:

- Campobasso, (quale *hub*) (S.S.);
 - Boiano, (quale *spoke*);
- Isernia, (quale *hub*) (S.S.);
 - Venafro ed Agnone, (quali *spoke*);
- Termoli, (quale *hub*) (S.S.);
 - Larino, (quale *spoke*).

I consultori *hub* svolgono attività più complesse dei consultori *spoke*.

Le tre S.S. (Campobasso, Isernia e Termoli) sono incardinate nella S.S. *Governance dei Consultori territoriali e Screening Oncologici*. Presso di essi, quali consultori *hub*, verrà eseguita attività ecografica di screening (N.T. e Il trimestre-ecografia Morfologica) e ecografia dell'accrescimento fetale.

Il consultorio di Campobasso ed il suo *spoke* hanno come struttura ospedaliera di riferimento il P.O. "Cardarelli", mentre il Consultorio di Isernia ed i suoi due *spoke* hanno come struttura

¹ 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.

² Anche i privati potranno usufruire di questi ambulatori ospedalieri, sia di gravidanza a basso rischio che ad alto rischio.

ospedaliera di riferimento l'ospedale "Veneziale".

I consultori del basso Molise hanno come struttura ospedaliera di riferimento il P.O. "San Timoteo" di Termoli.

Nell'ottica di dare attuazione al DM 77 (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, dove attualmente è in servizio solo un'ostetrica e presso la Casa della Salute di Trivento (Campobasso avrebbe in questo modo tre *spoke*: Bojano, Riccia e Trivento).

Lo stesso discorso vale per la Casa della Salute di Frosolone (anche il consultorio di Isernia avrebbe così tre *spoke*: Frosolone, Venafro ed Agnone).

Ugualmente per la Casa della Salute di Montenero di Bisaccia. Quindi il consultorio di Termoli avrebbe due *spoke*: Larino e Montenero).

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

- "Cardarelli" di Campobasso;
- "San Timoteo" di Termoli
- "Veneziale" di Isernia;

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

La "gravidanza a rischio o patologica" dovrà essere indirizzata solo presso l'Ospedale di Campobasso, che dispone di una Unità Operativa Complessa (UOC) di Ginecologia e Ostetricia e dove è 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.





L'AGENDA DI GRAVIDANZA

Da tempo la Regione Molise dedica particolare attenzione ai temi della famiglia e della natalità, al supporto nel momento della nascita di un figlio e durante la sua crescita, come testimoniato dalle ingenti risorse stanziare e dalle importanti misure avviate negli ultimi anni a sostegno delle famiglie in difficoltà e all'accompagnamento della crescita dei bambini. La nascita di un figlio è un'occasione di grande cambiamento e crescita, per la donna e per la coppia³.

Il Servizio Sanitario della Regione Molise mette a disposizione vari strumenti informativi per accompagnare i futuri genitori durante la gravidanza e nei mesi successivi al parto, con l'obiettivo di fornire informazioni coerenti e aggiornate sul percorso assistenziale e facilitare la comunicazione tra loro e i professionisti che incontreranno, in modo da realizzare scelte appropriate e serene.

La realizzazione dell'Agenda di Gravidanza consente ad ogni donna di seguire e comprendere meglio l'andamento della propria gravidanza e di viverla con serenità. È un prezioso strumento di collegamento tra le mamme, i servizi territoriali (consultori) e quelli ospedalieri (punti nascita).

L'Agenda di gravidanza accompagna la donna durante tutto il "*Percorso nascita*" e fornisce a lei ed agli operatori la cartella sanitaria per riportarvi i dati clinici, in modo da facilitare scelte appropriate e consapevoli così da promuovere la salute della mamma e del bambino, garantendo la migliore assistenza.

Questa agenda illustra i temi che, trimestre dopo trimestre, la donna in gravidanza si troverà ad affrontare. Può essere utilizzata per riflettere ed elaborare le domande da porre al medico e all'ostetrica per chiarire i propri dubbi.

Altrettanto importante sarà la collaborazione tra i diversi servizi socio-sanitari che si intrecciano nell'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio. Le evidenze scientifiche raccolte confermano la stretta relazione tra la registrazione degli eventi delle varie fasi della gravidanza in un unico documento (che la donna porta con sé in ogni visita e che il professionista ginecologo/ ostetrico aggiorna con scrupolosità) e un'assistenza appropriata e personalizzata, nonché il raggiungimento di risultati migliori in termini di salute, sia per la madre che per il neonato.

Sono a disposizione della donna in gravidanza 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.

Nell'Agenda sono riportati, 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.

³ Di seguito con il termine "*donna in gravidanza*" si comprenderà sia la singola donna che la coppia di genitori.



L'Agenda di Gravidanza è:

- **un documento** personale sul quale riportare i dati della donna e della sua gravidanza;
- **un 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 (Decreto Legislativo 196/2003)** e riguardano la relazione donna/ostetrica-medico;
- **un 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 e per avere informazioni sulla fisiologia della gravidanza, del parto e del puerperio, informazioni sui corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) e integrata con eventuali referti di consulenze specialistiche, ricoveri ospedalieri, passaggi in Pronto Soccorso, esami di laboratorio.

*Le **informazioni** contenute nell'Agenda sono un contributo al consenso informato⁴ che qualifica ogni atto medico.*

Come utilizzare l'Agenda di Gravidanza

L' Agenda di gravidanza è distribuita a tutte le donne in gravidanza nei consultori familiari e negli Ambulatori pubblici e privati ubicati nei Distretti e nelle U.O. di Ginecologia e Ostetricia della Regione. Anche le donne assistite privatamente potranno ritirarne una copia presso il consultorio familiare del proprio distretto di residenza o presso il Centro Maternità del P.O. San Timoteo di Termoli.

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.

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.



L'Agenda di Gravidanza comprende:

- il “**diario della gravidanza**”, pensato come una guida che, trimestre dopo trimestre, illustra l’assistenza che le viene proposta;
- il “**bilancio di salute**” e le “**schede sulla salute in gravidanza**” attraverso 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 la donna abbia bisogno di ulteriore assistenza.

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* elaborate dal Ministero della Salute, dall’ISS e dal CeVEAS⁵.

Durante gli appuntamenti, alla donna verranno rivolte alcune domande (*anamnesi*) che hanno l’obiettivo di fare il quadro dello stato di salute (fisica e psicologica) della donna, del *partner* e delle rispettive famiglie e delle loro possibili influenze sulla salute del bambino.

Il **primo incontro** con l’operatore sanitario ha durata maggiore rispetto ai successivi e dovrebbe avvenire subito dopo la scoperta della gravidanza, allo scopo di programmare senza difficoltà i controlli clinici opportuni.

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) e 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. La gravidanza con queste caratteristiche viene definita “**gravidanza fisiologica o basso rischio ostetrico**” (circa l’85% delle donne).

Per la **donna con patologie**, in terapia con farmaci o nella quale insorgano malattie o disturbi, è prevista un’assistenza addizionale di un ginecologo che, quando necessario, terrà i contatti

⁵ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf; aggiornamento 2023 - <https://www.iss.it/-/iss-aggiornate-le-linee-guida-sulla-gravidanza-fisiologica-nuove-raccomandazioni-su-informazioni-e-screening-per-le-malattie-infettive>



con gli altri specialisti. La gravidanza con queste caratteristiche è definita “**gravidanza a rischio o patologica**”. 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 qualora se ne dovesse ravvisare l’assoluta 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 oppure un aumento pressorio correlato alla gravidanza;
- **controllo degli esami:** richiesti e prescrizione dei successivi;
- **auscultazione del battito del feto:** (dopo la 12^a settimana);
- (in alcuni casi) **utilizzo dell’ecografo:** solo come strumento di supporto alla clinica;
- **valutazione del benessere psico-emotivo della coppia:** sono offerte informazioni sugli effetti dannosi su madre e bambino della violenza domestica ed indicazioni 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** (vd. scheda informativa) e si inizia a parlare del travaglio e del parto (vedi scheda informativa sulle “Scelte per il parto”).

Fra ottobre e dicembre viene offerta gratuitamente dal Servizio Sanitario la **vaccinazione anti-influenzale** (vd. 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, fra cui ipertensione, diabete, obesità, età superiore a 30 anni, oppure a chi, per situazione privata o per lavoro, è esposta ad un alto rischio di entrare a contatto col coronavirus, come le professioniste che lavorano in ambito sanitario, nelle case di riposo, le donne che vivono in una comunità chiusa, ecc. (vd. scheda informativa “Covid-19: vaccinazione in gravidanza”).

Infine, fra la 28^a e la 32^a settimana di gestazione viene offerto anche il **vaccino contro la pertosse** (vd. scheda informativa “vaccinazioni e gravidanza”).



CONTROLLI PROPOSTI NEL I TRIMESTRE

(fino alla 12^a 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 10^a settimana è utile per ricevere informazioni nel caso si vogliano eseguire *esami di screening e/o diagnosi prenatali* (vd. scheda informatica "*diagnosi prenatale*") ed è raccomandato, in particolare, a tutte le donne con malattie in corso e/o che assumono regolarmente farmaci.

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 (cfr. schede informative).

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 (vd. 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 (vd. scheda informativa sugli "Stili di vita in gravidanza").

Citomegalovirus -Test: NON viene offerto di routine perché può evidenziare solo se la madre ha contratto il virus, ma non può chiarire se è stato trasmesso al feto e se ci saranno delle conseguenze. Per questo diventa importante seguire le misure di prevenzione per limitare il



rischio di infezione durante la gravidanza (vd. 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 sulla “Diagnosi prenatale”).

L’ecografia di Screening, che si effettua tra l’11^a e la 13^a settimana, comprende in particolare la misurazione della trasfluenza nucale per fornire una stima del rischio che il feto sia affetto da sindrome di Down e/o anomalie congenite. (vedi scheda informativa sulla “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.



CONTROLLI PROPOSTI NEL II TRIMESTRE

(dalla 13^a settimana + 0 giorni alla 27^a settimana + 6 giorni)

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 (vd. anche "Controlli proposti nel I TRIMESTRE").

Toxo-Test (Toxoplasmosi): Vd. "Controlli proposti nel I 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^a e la 21^a 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 sulla "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).

CONTROLLI PROPOSTI NEL III TRIMESTRE

(dalla 28^a settimana + 0 giorni al termine)

Intorno alla 34^a settimana si pianificano i contatti con l'ospedale in cui si è scelto di partorire; si ricevono informazioni sull'assistenza dopo il parto, sugli esami che vengono proposti subito dopo la nascita, sull'allattamento al seno e la cura del neonato (vd. schede informative).



Alle 32[^]-34[^] settimane, si verifica che il feto sia nella giusta posizione per il parto (in presentazione cefalica): se è in presentazione podalica, il ginecologo/ostetrico da informazioni sulle possibilità per farlo girare (rivolgimento per manovre esterne).

Presso il punto nascita prescelto 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 33[^]/37[^] settimana). Viene predisposta la cartella clinica ospedaliera e si informa la donna sul programma di monitoraggio del benessere fetale a partire dal 41[^] settimane+0 se il parto non fosse ancora avvenuto. Se la situazione richiede il taglio cesareo saranno richiesti visita anestesiologicala, esami per-operatori da eseguire presso l'Ospedale.

Nelle gravidanze che vanno oltre la 41[^] settimana (come anche in quelle in cui si manifestino specifiche indicazioni cliniche), si rende necessario il monitoraggio cardiocografico (tracciato per valutare il benessere fetale) e la valutazione ecografica della quantità di liquido amniotico (AFI). L'induzione del travaglio si esegue in genere a 42[^] settimane + 0 giorni attraverso farmaci o con amnioressi (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): vd. "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.

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 beta emolitico 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.



BILANCIO 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.

In questa sezione sono contenuti i risultati dei bilanci di salute eseguiti durante il percorso nascita. L'inizio del diario clinico è costituito dalla compilazione delle schede anamnestiche.

I bilanci di salute sono un importante momento di comunicazione: per compilare le schede informative, che costituiranno l'inizio del diario clinico della gravidanza. Alla donna verranno rivolte alcune domande che hanno l'obiettivo di fare il quadro del suo stato di salute e delle sue influenze sulla salute del bambino. È opportuno che tutte le informazioni aggiuntive che si ritengono importanti siano discusse con il ginecologo/ostetrico.

Ad ogni incontro verrà effettuato un Bilancio di salute della mamma e del feto. Il Bilancio di salute è soprattutto un momento di comunicazione e di scambio all'interno della relazione di "cura" che si sviluppa lungo tutto il percorso nascita tra la donna e l'operatore. La donna fornisce le informazioni sulla sua salute fisica e psicologica. L'ostetrica/ginecologo dopo aver raccolto l'anamnesi, sulla base delle evidenze scientifiche e della esperienza professionale, valuta gli elementi clinici, rassicura e chiarisce eventuali dubbi della donna sulla gravidanza, sul parto e l'allattamento, sull'accoglienza al neonato e sulle "cure" al bambino, insomma su tutto ciò che si desidera sapere.

SCHEDE SULLA SALUTE IN GRAVIDANZA

Per impostare il diario clinico della gravidanza e successivamente la cartella clinica del travaglio e parto sono indispensabili i dati anagrafici. Le domande che saranno poste alla donna per compilare le schede, le informazioni che l'ostetrica/ginecologo analizzeranno con la donna, dal punto di vista clinico, definiscono l'ANAMNESI.

All'inizio della gravidanza è utile esaminare alcuni aspetti dello stile di vita che influiscono sulla salute in generale e nel corso della gravidanza in particolare.

Le informazioni riguardano:

- salute dei familiari (= anamnesi familiare);
- salute della donna (=anamnesi personale);
- storia ostetrico-ginecologica della donna (=anamnesi ostetrica) sono utili per capire se il decorso della gravidanza potrà essere fisiologico oppure avrà necessità di assistenza addizionale.

Di seguito l'elenco delle singole schede:

- 1. SCHEDE DELLA GRAVIDANZA**
- 2. CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DEL PROFILO ASSISTENZIALE APPROPRIATO**
- 3. DIARIO DEGLI ESAMI DI LABORATORIO**
- 4. SCREENING PRENATALE (con correlati moduli di consenso informato, in duplice copia)**



5. **INFORMAZIONI PER IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST HIV (con correlati moduli di consenso informato, in duplice copia)**
6. **MODULO DI INVIO DAL SERVIZIO TERRITORIALE AL PUNTO NASCITA (con copia per la struttura)**
7. **SCHEDA ACCETTAZIONE c/o AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA (con copia per la struttura)**
8. **FOGLIO DIMISSIONE OSPEDALIERA (con copia per la struttura)**
9. **ADESIONE AL PROGRAMMA DI ASSISTENZA TERRITORIALE E IN PUERPERIO (con copia per la struttura)**
10. **ASSISTENZA IN PUERPERIO (Servizio)**
11. **REGISTRO VISITE**
12. **SOMMARIO E CALENDARIO DEGLI APPUNTAMENTI**



1-SCHEDA DELLA GRAVIDANZA

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 _____

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 _____

Ridatazione ecografica _____

Data presunta del parto ecografica _____

Cicli regolari sì no

Ultimo PAP TEST _____

Patologie ginecologiche _____

Chirurgia collo dell'utero _____

Chirurgia utero-annessi _____

Parità

A n	P a	P a	T .	A b	I V	P e	F i	P a	A l

Note _____

Atto: DEC.COMSAN 2023/68 del 30-12-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5Z.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

2- CRITERI ATTRIBUZIONE PROFILO ASSISTENZIALE APPROPRIATO

Principali fattori di rischio materno/ fetale (da rivalutare ad ogni visita e al ricovero)		
Fattori sociali	1	Età <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 (LBWI/ >>monossido di carbonio >> Ematocrito fetale)
	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	Iperensione/ 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) ISO immunizzazione 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/metro plastiche
	28	Miomi
	29	Aborto abituale (>3) *
	30	Parità (>3) *
	31	Malattie ereditarie in famiglia (anche partner)

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**(anche +): Presenza di patologie e condizioni di rischio che richiedono gestione multidisciplinare in centri ad elevata complessità assistenziale.

In caso di doppio *** Rischio placentazione (previa con pregresso TC/accreta/percreta/increta) *** il trasferimento deve avvenire in strutture di II livello e con presenza di radiologia interventistica.

Data _____ / _____ / _____

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
43		Morte fetale o perinatale/aborto tardivo/parto pretermine (>23 e <34 w) **
44		Pregresso nato con basso peso alla nascita (lbw) 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

nome e cognome paziente _____

nome e cognome medico _____

nome e cognome ostetrica/o _____



Servizio Sanitario Regionale



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 medico _____

Firma dell'ostetrico _____



4 - 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 disponibili sono:

- il **test combinato** 11-13 sett. + 6 gg (ecografia + prelievo ematico)
- il **cfDNA (o NIPT) test del DNA fetale circolante (*)**

TEST SCREENING PRENATALE

Eseguiti presso _____

Test Combinato

Data ____ / ____ / ____

Esito _____

Valutazione: _____

Firma _____

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



DIAGNOSTICA PRENATALE INVASIVA

Eseguiti presso _____

Amniocentesi

Data _____

Esito _____

Villocentesi

Data _____

Esito _____

Valutazione: _____

Firma _____

** 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.*



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 (testo):

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 le 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 esistono le condizioni per accettarla, nel rispetto delle norme previste dalla Legge 194/1978.

Ho compreso che la diagnosi delle anomalie cromosomiche 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 discreening 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 al seguente test di screening più adeguato attualmente erogabile con oneri a carico del SSN.

Test combinato 11-13 sett. + 6 gg (ecografia + prelievo ematico)

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 l’ostetrica/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:

non sottopormi al test di screening

Firma _____

sottopormi al test di screening

Firma _____

Data ____ / ____ / ____

INDAGINI DIAGNOSTICHE PRENATALE

Test COMBINATO	Si	No
Villi coriali	Si	No
Amniocentesi	Si	No



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 (testo):

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 le 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 esistono le condizioni per accettarla, nel rispetto delle norme previste dalla Legge 194/1978.

Ho compreso che la diagnosi delle anomalie cromosomiche 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 più adeguato attualmente erogabile con oneri a carico del SSN.

Test combinato 11-13 sett. + 6 gg (ecografia + prelievo ematico)

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 l’ostetrica/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:

non sottopormi al test di screening:

Firma _____

sottopormi al test di screening:

Firma _____

Data ____/____/____/

INDAGINI DIAGNOSTICHE PRENATALE

<i>Test COMBINATO</i>	Si	No
<i>Villi coriali</i>	Si	No
<i>Amniocentesi</i>	Si	No



5 - INFORMAZIONI PER IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST HIV

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.

L'unico modo per sapere se si è contratto l'**HIV** è fare un'analisi che prevede uno o più prelievi successivi di campioni di sangue. I tempi per l'esecuzione del test e per il ritiro dei risultati sono variabili per ragioni di tipo tecnico e indipendentemente dall'esito dell'analisi.

Gli operatori sanitari della struttura dove viene effettuato il **test HIV** sono a disposizione per fornire spiegazioni relative ai risultati dell'indagine diagnostica.

Il risultato del test HIV

Se il risultato del test HIV è:

- **NEGATIVO/NON REATTIVO** significa che non si è infettati.
- **POSITIVO/REATTIVO** occorre rivolgersi quanto prima a un Centro di Malattie Infettive per ricevere le cure necessarie a controllare l'infezione.

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 ____/____/____

in proprio nella qualità di _____

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 risultare positivo all'HIV e assicura a tutte le persone, italiane e straniere, le eventuali terapie necessarie.



ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO / copia per la struttura

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 ____/____/____

in proprio nella qualità di _____

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 risultare positivo all'HIV e assicura a tutte le persone, italiane e straniere, le eventuali terapie necessarie.



6 - 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 _____



**MODULO DI INVIO DAL SERVIZIO TERRITORIALE AL PUNTO NASCITA /copia
per la struttura**

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 _____



7 - SCHEDA ACCETTAZIONE - AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA

- a basso rischio ed a termine
- ambulatorio per la gravidanza a rischio

Data ____/____/____

Cognome Nome _____

data nascita _____ età _____

U.M. ____/____/____ E.P.P. / /

U.M. ____/____/____ E.P. ecografica ____/____/____

W _____ Gruppo Sanguigno _____

La gravidanza è stata seguita presso: (indicare il numero di visite per servizio)

Consultorio di _____ N° _____

Studio Privato _____ N° _____

Ambulatorio di _____ N° _____

Ambulatorio gravidanza a rischio _____ N° _____

Elementi di rischio per il travaglio/parto si no

Specificare _____

Peso _____ PAO _____

ESAME OBIETTIVO GENERALE _____

ESAME OSTETRICO _____

Firma Operatore Sanitario _____



SCHEDA ACCETTAZIONE /copia per la struttura **AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA**

- a basso rischio ed a termine
- ambulatorio per la gravidanza a rischio

Data ____/____/____

Cognome Nome _____

data nascita _____ età _____

U.M. ____/____/____ E.P.P. / /

U.M. ____/____/____ E.P. ecografica ____/____/____

W ____ Gruppo Sanguigno _____

La gravidanza è stata seguita presso: (indicare il numero di visite per servizio)

Consultorio di _____ N° _____

Studio Privato _____ N° _____

Ambulatorio di _____ N° _____

Ambulatorio gravidanza a rischio _____ N° _____

Elementi di rischio per il travaglio/parto No Si

Specificare _____

Peso _____ PAO _____

ESAME OBIETTIVO GENERALE _____

ESAME OSTETRICO _____

Firma Operatore Sanitario _____



8 - FOGLIO DIMISSIONE OSPEDALIERA (a cura del Punto Nascita)

Data ____/____/____

Madre: Cognome Nome _____

data nascita _____ età _____

Neonato: Cognome Nome _____

data nascita _____ sesso _____

PARTO

Data ____/____/____ ora _____ W _____

Profilassi antibiotica _____

Travaglio: spontaneo indotto con **Rottura del sacco amniotico:**

spontaneo artificiale

Modalità parto: Eutocico _____ Distocico _____

TC _____

Secondamento: Spontaneo Manuale

Profilassi anti D _____

NEONATO

APGAR _____ Peso _____

Rianimazione: No Si, con _____

Taglio del funicolo: Si, immediato Si, ritardato

Contatto pelle a pelle: Si No

Allattamento: Precoce Ritardato

Profilassi: Oculare Antiemor Altro _____

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

Utero _____

Perineo sutura: Si No **Emorroidi:** Si No

Cicatrice laparotomia: Si No **Minzione:** Regolare Irregolare

Alvo: Regolare Irregolare

Fondo _____ Cervice _____

ALLATTAMENTO ALLA DIMISSIONE

Nella struttura presenza di Rooming in: Si No

Materno esclusivo Complementare Artificiale

Controindicazioni all'allattamento naturale _____



FOGLIO DIMISSIONE OSPEDALIERA / *copia per la struttura*
(a cura del Punto Nascita)

Data ___/___/___

Madre: Cognome Nome _____
data nascita _____ età _____

Neonato: Cognome Nome _____
data nascita _____ sesso _____

PARTO

Data ___/___/___ ora _____ W _____

Profilassi antibiotica _____

Travaglio: spontaneo i n dotto con _____ **Rottura del sacco amniotico:**
spontaneo artificiale

Modalità parto: Eutocico Distocico _____
TC _____

Secondamento: Spontaneo Manuale

Profilassi anti D _____

NEONATO

APGAR _____ Peso _____

Rianimazione: No Si, con _____

Taglio del funicolo: Si, immediato Si, ritardato

Contatto pelle a pelle: Si No

Allattamento: Precoce Ritardato

Profilassi: Oculare Antiemor Altro _____

ESAME CLINICO DELLA PUERPERA (alla dimissione) Data ___/___/___

Utero _____

Perineo sutura: Si No **Emorroidi:** Si No

Cicatrice laparotomia: Si No **Minzione:** Regolare Irregolare

Alvo: Regolare Irregolare

Fondo _____ Cervice _____

ALLATTAMENTO ALLA DIMISSIONE

Nella struttura presenza di Rooming in: Si No

Materno esclusivo Complementare Artificiale

Controindicazioni all'allattamento naturale _____



9 - ADESIONE AL PROGRAMMA DI ASSISTENZA TERRITORIALE IN PUERPERIO (a cura del Punto Nascita)

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/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 al programma specificando eventualmente la sua preferenza per:
 assistenza domiciliare assistenza ambulatoriale

Data ____ / ____ / ____ Firma _____

La sottoscritta autorizza altresì il personale del Punto Nascita a segnalare i propri recapititelefonicamente 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 _____



**ADESIONE AL PROGRAMMA DI ASSISTENZA TERRITORIALE IN PUERPERIO /
copia per la struttura (a cura del Punto Nascita)**

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/a _____ il ____/____/____

informata sull'offerta di assistenza territoriale in puerperio da parte dei Consulteri 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 al programma specificando eventualmente la sua preferenza per:
 assistenza domiciliare assistenza ambulatoriale

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 _____



10 - ASSISTENZA IN PUERPERIO - SERVIZIO

PUERPERA

Visita domiciliare Visita ambulatoriale

Prima 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 _____



Servizio Sanitario Regionale



Allattamento esclusivo _____

Allattamento misto _____

Allattamento artificiale _____

Presca in carico dal PLS _____

Note _____



11 - REGISTRO VISITE

Visita/controllo	1	2	3	4	5	6	7	8
Età gestazionale								
P.a.								
Peso								
Edemi								
Albumina								
Glucosio								
Sedimento								
Urinocoltura								
WBE								
RCB								
HGB								
HTC								
MCV								
MCH								
PLT								
Glicemia								
Test Coombs Indiretto								
Toxoplasmosi Ab								
Rosolia Ab								
LUE (VDRL-TPHA)								
HCV Ab								
Epatite B (HBs Ag)								
HIV Ab								
Tampone vagino rettale Streptococco Emolitico								
Screening Clamidia								
OGTT								
BCF								
Movimenti fetali								
Presentazione								
Esplorazione vaginale								
Presentazione								
Problemi clinici emergenti								

Firma del professionista che ha in carico la Paziente _____

12 - SOMMARIO E CALENDARIO DEGLI APPUNTAMENTI

La tabella evidenzia le informazioni che saranno approfondite con l'operatore ad ogni incontro.

Spuntare le varie voci, negli appositi spazi può servire come promemoria.

Settimane	Informazioni su:
8 - 13	<input type="checkbox"/> servizi per il Percorso Nascita e Profilo Assistenziale per la gravidanza <input type="checkbox"/> stato di salute generale • <input type="checkbox"/> stile di vita sano in gravidanza <input type="checkbox"/> opportunità di continuare l'assunzione di acido folico <input type="checkbox"/> maternità e diritti <input type="checkbox"/> esami di laboratorio raccomandati <input type="checkbox"/> esami di screening per la diagnosi prenatale <input type="checkbox"/> ecografia del primo trimestre <input type="checkbox"/> modalità di accesso all'ecografia del secondo trimestre •• <input type="checkbox"/> risultati del controllo clinico (andamento pressione, peso, sviluppo e tono dell'utero, battito cardiaco fetale, visita vaginale e valutazione del perineo) <input type="checkbox"/> screening disagio psicologico perinatale <input type="checkbox"/> eventuale necessità di assistenza addizionale per presenza di elementi di rischio <input type="checkbox"/> vaccinazioni in gravidanza <input type="checkbox"/> •Ha il significato di un bilancio di salute generale da fare con il medico curante che conosce la storia della salute/malattie della donna <input type="checkbox"/> •• È preferibile fissare il primo appuntamento tra le 9 e le 11 settimane, anche per facilitare la programmazione dell'ecografia del secondo trimestre.
14 - 18	<input type="checkbox"/> esito esami eseguiti nel primo trimestre + esami raccomandati entro l'appuntamento successivo compresa eventuale diagnosi prenatale invasiva <input type="checkbox"/> risultati del controllo clinico (valutazione pressione arteriosa, peso, sviluppo dell'utero, battito cardiaco fetale) incontri di accompagnamento alla nascita (tipologia, modalità di accesso, ecc.)
19 - 21	ecografia del secondo trimestre
19 - 23	<input type="checkbox"/> esito esami eseguiti + eventuali esami raccomandati entro l'appuntamento successivo <input type="checkbox"/> risultati del controllo clinico (valutazione pressione arteriosa, peso, tono dell'utero e misurazione sinfisi-fondo, battito cardiaco fetale, movimenti attivi fetali) <input type="checkbox"/> screening disagio psicologico perinatale
28 - 32	<input type="checkbox"/> esito esami eseguiti + eventuali esami raccomandati entro l'appuntamento successivo <input type="checkbox"/> risultati del controllo clinico (valutazione pressione arteriosa, peso, tono dell'utero e misurazione sinfisi-fondo, battito cardiaco fetale, movimenti attivi fetali) <input type="checkbox"/> vaccinazione anti-pertosse presso Centro Vaccinale profilassi anti D per donne Rh Neg.
33 - 36	<input type="checkbox"/> esito esami eseguiti + eventuali esami raccomandati entro l'appuntamento successivo <input type="checkbox"/> risultati del controllo clinico (valutazione pressione arteriosa, peso, tono dell'utero e misurazione sinfisi-fondo, battito cardiaco fetale, movimenti attivi fetali) <input type="checkbox"/> modalità di accesso al Bilancio di Salute materno-fetale presso il Punto Nascita
36 - 37	<input type="checkbox"/> Bilancio di Salute materno fetale presso il Punto Nascita prescelto <input type="checkbox"/> screening disagio psicologico perinatale <input type="checkbox"/> informazioni sul Punto Nascita (modalità ricovero, ecc.)



Servizio Sanitario Regionale



38 - 40 + 6 giorni	<input type="checkbox"/> risultati del controllo clinico (andamento pressione, peso, tono dell'utero e misurazione sinfisi-fondo, battito cardiaco fetale, movimenti attivi fetali, eventuale visita vaginale) <input type="checkbox"/> necessità di monitoraggio della gravidanza che prosegue oltre le 41 settimane (controllo cardiocografico = CTG e misurazione del liquido amniotico=AFI)
41	<input type="checkbox"/> risultati del controllo clinico (valutazione pressione arteriosa, peso, tono dell'utero e misurazione sinfisi-fondo, battito cardiaco fetale, movimenti attivi fetali, CTG, AFI) <input type="checkbox"/> eventuale necessità di induzione del travaglio (epoca di gravidanza e modalità)
alla dimissione	<input type="checkbox"/> modalità di accesso ai controlli ostetrici in puerperio (involuzione dell'utero, valutazione del perineo, eventuale consulenza per la contraccezione) <input type="checkbox"/> modalità di accesso a consulenze per il sostegno dell'allattamento al seno <input type="checkbox"/> gruppi di incontri post parto



12a - CALENDARIO DEGLI APPUNTAMENTI

re una crocetta in corrispondenza della settimana in cui sono stati fatti i Bilanci di Salute, le ecografie, la diagnosi prenatale, lo screening DPP. Questi dati serviranno al momento del ricovero. Le caselle bianche corrispondono alle settimane in cui si raccomanda l'esecuzione degli esami.

Trimestre	Sett.	Appuntamenti			Esami	
		Bilanci di Salute	Diagnosi prenatale	Ecografia	Esami di laboratorio	Screening disagio psichico
Primo	1	Ultima mestruazione				
	2					
	3					
	4				Test di gravidanza	
	5					
	6					
	7					
	8					
	9					
	10					
	11					
	12					
	13					
Secondo	14					
	15					
	16					
	17					
	18					
	19					
	20					
	21					
	22					
	23					
	24					
	25					
	26					
	Terzo	27				
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
	38					



Servizio Sanitario Regionale



Termine di gravidanza	39					
	40					
	41					
	42					
Puerperio	30-40 gg dopo parto					

SCHEDE INFORMATIVE

Quali diritti in gravidanza?

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

Esami di laboratorio

Ecografie-diagnosi prenatale

Vaccinazioni e gravidanza Covid 19 e gravidanza

Corsi di accompagnamento alla nascita (CAN)

Gravidanza a termine

Fisiologia del travaglio e del parto

Allattamento

Benessere psichico

Donazione del cordone ombelicale



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**⁶ 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 familiari e agli sgravi fiscali per coniugi e figli a carico anche per le donne immigrate. Se ha la cittadinanza italiana ha diritto agli assegni familiari 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 permessi 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.

⁶ 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 controinfortuni sul lavoro (INAIL) all'indirizzo: [http://www.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://www.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'alimentazione⁷ concorre al buon andamento della gravidanza all'accrescimento del feto e alla salute futura del bambino.

Le conoscenze nella scienza dell'alimentazione sono in rapida evoluzione per cui si consiglia di confrontarsi sulle proprie abitudini alimentari sapendo che l'alimentazione è fondamentale nel periodo pre-concezionale, durante la gravidanza, e nella educazione alimentare del bambino fin dalla nascita. In gravidanza, se non ci sono state nel corso della vita grosse variazioni di peso corporeo o periodi di anoressia, bulimia, carenze nutrizionali, non sono necessarie modifiche sostanziali dell'alimentazione. La gravidanza è un periodo in cui si è più motivati a seguire uno stile di vita sano, dal quale possono trarre vantaggio la salute attuale e futura della mamma e del bambino. Molti fattori contribuiscono a definire uno stile di vita. In particolare: l'alimentazione, l'attività fisica, i ritmi abituali, l'uso di integratori e l'uso di sostanze dannose.

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*.

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 listeriosi⁸ è importante:

⁷ 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://www.inran.it/648/linee_guida.html

⁸ Ulteriori informazioni sulla listeriosi sono disponibili nel sito internet del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/listeria/listeria.asp>



- 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 salmonella⁹ 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 della 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 citomegalovirus¹⁰:

- 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).

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:

13. la **Vitamina D**, quando c'è una scarsa esposizione al sole o si segue una dieta vegana;
14. il **Ferro**, quando è accertata la presenza di un'anemia da mancanza di Ferro;
15. 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.

⁹ Ulteriori informazioni sulla salmonellosi sono disponibili nel sito internet del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/salmonella/salmonella.asp>.

¹⁰ Prevention of Primary Cytomegalovirus Infection in Pregnancy, Maria Grazia Revello et al. E BioMedicine 2 (2015)1205–1210



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. Al primo contatto con la donna i professionisti devono accertare se fuma e, in caso positivo, discutere la sua condizione di fumatrice e offrirle informazioni circa i rischi per il nascituro associati al fumo (come la maggiore probabilità di partorire un bambino di basso peso alla nascita e la maggiore probabilità di parto pretermine), compreso quello passivo, enfatizzando i benefici che derivano dalla scelta di smettere di fumare. Il professionista della salute deve rispondere alle domande della donna e del partner circa la possibilità di smettere di fumare e deve offrire informazioni personalizzate, consigli e supporto su come smettere di fumare per tutto il periodo della gravidanza e oltre. Le donne che non ritengono di essere in grado di cessare completamente l'abitudine al fumo devono essere incoraggiate a ridurre il numero di sigarette.

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.



Informazioni sui farmaci

Anamnesi sull'uso di farmaci

Permette di valutare l'opportunità di proseguire in gravidanza eventuali terapie in corso per malattie croniche e consente di analizzare il tipo di farmaci prevalentemente utilizzati.

La gravidanza può essere un momento utile per riflettere sul proprio atteggiamento rispetto all'uso dei farmaci (farmaci della medicina tradizionale, delle medicine alternative, ad uso saltuario per disturbi occasionali, farmaci da banco, farmaci prescritti dal medico), anche nella prospettiva del futuro atteggiamento circa la somministrazione di farmaci al bambino.

Per una eventuale consulenza sui farmaci in gravidanza è possibile contattare il Centro NO PROFIT di Informazione sul Farmaco e la Salute dell'Istituto Mario Negri al numero telefonico 800 883 300.

Centro antiveleni degli Ospedali Riuniti di Bergamo, tel. 800883300 attivo 24 ore.

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.

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, fax049/8211425, attivo da martedì a venerdì, ore 15.00-17.00.

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, https://www.sanita.puglia.it/ricerca_det/-/journal_content/56/54480/organizzazione

Raccomandazioni

Il ricorso ai farmaci in gravidanza, compresi quelli da banco e quelli non convenzionali, deve avvenire in caso di effettiva necessità, poiché solo di un numero esiguo di essi è stata provata la sicurezza in gravidanza.

La scelta di un farmaco per il trattamento di una patologia acuta o cronica della donna in gravidanza può essere supportata consultando un centro di informazione teratologica e/o lo specialista di riferimento.

I professionisti devono informare le donne in gravidanza e le donne che stanno pianificando una gravidanza del fatto che sono pochi i farmaci, compresi quelli da banco e quelli non convenzionali, di cui è stata provata la sicurezza in gravidanza.

NB: È sempre necessario parlare di tutti i disturbi con chi segue la gravidanza 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.



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.*

Durante lunghi viaggi in auto è consigliabile programmare delle soste per sgranchirsi le gambe, svuotare la vescica, cambiare posizione, riattivare la circolazione.



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 la 28[^]-32[^] e tra la 33[^]-37[^] settimana.

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 la 24[^]-27[^] settimana 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 tra la 36[^] – 37[^] settimana. 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.



Servizio Sanitario Regionale



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 e 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 I 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^a 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^a settimana e la 13^a settimana, e si può **abbinare anche la valutazione della *transfluenza 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 II 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^a e la 21^a 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 III 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^a e la 32^a 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. *I nuovi Lea prevedono invece, un'ecografia gratuita alla 41^a settimana, per verificare la quantità di liquido amniotico presente nell'imminenza del parto.*

Test per valutare il rischio di Sindrome 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. 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^a e la 18^a 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^a e la 18^a settimana.
- **Villocentesi**: esame ambulatoriale che preleva, con un sottile ago, una piccola quantità di tessuto placentare (villi coriali). Si esegue tra la 11^a e la 1^a settimana.



Vaccinazioni e gravidanza Covid 19

PER LA MADRE

*Di grande rilievo è la **vaccinazione dTpa** da effettuare ad ogni gravidanza, anche se la donna sia già stata vaccinata o sia in regola con i richiami decennali o abbia avuto la pertosse.*

Infatti, 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.

Il periodo raccomandato per effettuare la vaccinazione è il III trimestre di gravidanza, idealmente intorno alla 28^a settimana, al fine di consentire alla gestante la produzione di anticorpi sufficienti e il conseguente passaggio transplacentare.

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

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.

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. Salvo alcune rare eccezioni, il primo appuntamento vaccinale è previsto al terzo mese, tra il 61° e il 90° giorno di vita del neonato. Di solito, i neo-genitori ricevono una comunicazione dalla ASL di appartenenza con le indicazioni sulle modalità e sul servizio vaccinale cui rivolgersi. Il pediatra curante del piccolo è il riferimento più idoneo con cui confrontarsi per avere delucidazioni e chiarimenti. Ulteriori informazioni sono disponibili sul Portale della Salute della Regione, nella sezione Prevenzione/Vaccinazioni.

VACCINAZIONE COVID-19

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 un'aprotezione 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 espongono 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.



Corsi di accompagnamento alla nascita

I Consulteri Familiari organizzano Corsi di Accompagnamento alla Nascita nei quali la donna è guidata verso un percorso per una maggiore consapevolezza del suo corpo attraverso la sperimentazione di movimenti, posizioni, modi di respirare (tecniche di gestione dello stress, tecniche del contenimento del dolore del parto).

Gli incontri di accompagnamento alla nascita 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:

- aiutare a comprendere le emozioni e i cambiamenti psico-fisici che intervengono in gravidanza;
- confrontarsi su aspettative e paure;
- ricevere informazioni sul travaglio, parto e allattamento al seno;
- istruirsi all'uso di tecniche di contenimento del dolore;
- sostenersi nelle scelte e nel riconoscere i propri bisogni;
- sviluppare la propria autostima attraverso l'*empowerment*.

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'analgia 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[^] SETTIMANA

Si considerano a termine le gravidanze tra la 37[^] e la 42[^] settimana.

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 gonfiore (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 la 41[^] settimana, 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 2 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 alla schiena) 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 rispondergli 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 giorni successivi 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.

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

L'allattamento al seno è la naturale continuazione della nutrizione che la mamma ha assicurato al piccolo attraverso la placenta in tutti i mesi della gravidanza.

Fino a 50-60 anni fa, era un gesto istintivo per ogni mamma; le donne conoscevano tutto ciò che è utile sapere e fare per allattare il proprio bambino; sapevano mettere semplicemente il bambino al seno in modo che potesse succhiare il quantitativo di latte che gli permetteva una crescita sana.

Negli ultimi 50 anni, nella nostra società sono avvenuti molti cambiamenti che hanno disperso le conoscenze e le competenze sull'allattamento. Oggi, le mamme che desiderano allattare al seno hanno spesso bisogno di ricevere informazioni corrette, oltre al sostegno dei parenti, di altre mamme esperte e di operatori sanitari competenti, per prevenire e superare serenamente alcune difficoltà che possono rendere difficile e impegnativo l'allattamento al seno.

Durante la gravidanza e il travaglio-parto il corpo materno si prepara all'allattamento attraverso numerosi cambiamenti che portano la ghiandola mammaria ad essere pronta e il corpo materno ad accumulare le scorte per la produzione del latte. Nel momento in cui il bambino inizia a succhiare la ghiandola dà l'avvio alla produzione del latte. La natura ha dotato il piccolo dell'istinto che lo guida a raggiungere il seno materno: gli ormoni del parto aumentano il calore della zona mammaria e il suo olfatto lo orienta verso il seno; se posto sul corpo della mamma immediatamente dopo la nascita, il neonato si dirige verso il capezzolo, lo prende in bocca e inizia a succhiare.

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 possibile, 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. Dalla prima poppata in poi, è il bambino che succhiando stimola la produzione e l'uscita del latte dal seno, grazie all'azione di due ormoni: la prolattina e l'ossitocina. È solo smettendo di metterlo al seno che si interrompe la produzione del latte.

La prolattina agisce sulla mammella per far produrre il latte. Più sono frequenti le suzioni maggiore è la quantità di prolattina e quindi maggiore la quantità di latte in risposta alle necessità del bambino. Suzioni molto frequenti si hanno soprattutto all'inizio dell'allattamento quando il bambino deve informare il seno di quanto latte ha bisogno, e successivamente, in alcuni momenti in cui aumentano i bisogni del piccolo in proporzione alla sua crescita (questi periodi sono chiamati "scatti di crescita").

Con le prime poppate il neonato riceve il colostro, una sostanza molto nutriente e ricca di anticorpi che gradualmente, arricchendosi di acqua, si trasforma in latte. Con le poppate successive si stimola la prolattina che favorisce, di volta in volta, l'aumento della quantità di latte che porterà alla cosiddetta "montata latte". La mamma sentirà il seno più teso, caldo, a volte arrossato e un po' dolente.

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 vero e proprio 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 può integrare la dieta anche durante lo

svezzamento.

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).

L'allattamento anche se appagante è impegnativo, per questo è importante il sostegno dei familiari. È utile discutere la scelta dell'allattamento già in gravidanza con l'operatore di riferimento o frequentando gli incontri sull'allattamento al seno programmati dai Consulenti o dal Punto nascita, coinvolgendo il partner e magari anche le nonne in questi momenti informativi in modo tale che tutta la famiglia condivida le conoscenze indispensabili per un efficace sostegno alla donna che allatta.

Allattare al seno deve essere un piacere per la mamma e per il bambino. La fase iniziale, di “rodaggio”, è impegnativa: essa può essere faticosa e richiedere spirito di adattamento alla nuova situazione.

Ogni donna che lo desidera può allattare al seno

Su 100 donne, solo 2 o 3 non possono allattare a causa di qualche grave malattia fisica o psichica. Il seno può avere molte forme e molte misure che sono tutte adeguate alla produzione del latte; anche seni piccoli funzionano benissimo.

Segni di fame

Il momento di allattare un bambino è quando mostra i primi segni di fame. Il bambino:

- aumenta i movimenti degli occhi sotto le palpebre chiuse, o apre gli occhi.
- apre la bocca, tira fuori la lingua e gira la testa per cercare il seno.
- geme o piagnucola dolcemente.
- succhia o mordicchia le mani, le dita, la coperta, il lenzuolo o altri oggetti che entrano in contatto con la bocca.

Quando il bambino piange intensamente, inarca la schiena e ha difficoltà ad attaccarsi al seno, siamo di fronte a segni tardivi di fame. Il bambino ha bisogno di essere preso in braccio e calmato prima di iniziare la poppata.

Alcuni bambini sono molto tranquilli e aspettano per essere allattati o si riaddormentano se i loro segni di fame non sono notati. Ciò può provocare una sotto-alimentazione. Altri si svegliano rapidamente e diventano molto nervosi se non allattati immediatamente. Ogni donna imparerà a riconoscere il temperamento del proprio bambino e il modo migliore per soddisfarne le esigenze.

Segni di sazietà

- All'inizio di una poppata, la maggior parte dei bambini ha il corpo teso. Quando si sentono pieni, il loro corpo si rilassa.
- La maggior parte dei bambini lascia il seno quando si sentono sazi, sebbene alcuni continuino a succhiare delicatamente finché non si addormentano.
- Lasciare che il bambino finisca di mangiare da un seno prima di offrirgli l'altro, in modo che mangi anche il latte più grasso di fine poppata e aumenti la produzione di latte.

Per l'avvio dell'allattamento sono molto importanti le suzioni frequenti e la presa corretta del seno da parte del piccolo: se il bambino succhierà frequentemente, con una buona presa dell'areola mammaria e del capezzolo la montata non sarà dolorosa. Qualche impacco freddo tra le poppate e la spremitura manuale dell'areola per ridurre la tensione e facilitare

la suzione, elimineranno velocemente ogni eventuale disagio.

Questi principi naturali devono essere conosciuti da coloro che stanno intorno alla neomamma in modo da evitare che vengano forniti consigli senza fondamento che possano confonderla ed interferire con l'avvio fisiologico dell'allattamento (ad es. suggerire di allattare seguendo un orario rigido, proporre diagnosi improvvisate di "poco latte", dare consigli di integrare con altre bevande ecc.).

L'altro ormone fondamentale per l'allattamento è l'ossitocina: al momento del parto aiuta il bambino a uscire dall'utero e favorisce l'istinto materno, e successivamente fa in modo che il latte fluisca dal seno, arricchendolo di grassi durante la poppata. Per tutte queste caratteristiche l'ossitocina viene denominato ormone dell'amore. La produzione di questo ormone fondamentale risente molto degli stati d'animo: se la mamma sta bene, è serena (anche se affaticata), non prova dolore, si sente sostenuta da parenti e operatori, se non c'è nessuno che la confonda e la faccia sentire inadeguata, produrrà abbondante ossitocina che, oltre a facilitare l'allattamento, aumenterà il suo benessere e quello del bambino. Il padre potrà giocare un ruolo importante in questo delicatissimo equilibrio proteggendo e sostenendo la sua compagna.

Allattamento al seno esclusivo per almeno 6 mesi:

PERCHÉ SÌ

- perché il latte materno è buono, nutriente, sempre disponibile ed è l'alimento più digeribile
- è sempre fresco, pulito, alla giusta temperatura
- ha la composizione ideale di sostanze nutritive: proteine, zuccheri, grassi, vitamine, ferro, anticorpi
- contiene i "fattori di crescita" specifici per la maturazione degli organi del bambino
- i grassi contenuti sono quelli appropriati per lo sviluppo del cervello
- difende contro le infezioni più diffuse nell'ambiente in cui vivrà il bambino (i bambini allattati artificialmente hanno più infezioni respiratorie, gastrointestinali, delle vie urinarie, più otiti, più meningiti)
- aumenta la risposta alle vaccinazioni
- riduce il rischio di morte in culla, di diabete infantile, di problemi ortodontici e carie da biberon
- protegge da alcune malattie dell'età adulta: ipertensione, obesità, malattie cardio-vascolari, diabete tumori e malattie croniche intestinali
- permette pasti più comodi di notte e in viaggio
- è un risparmio per l'economia della famiglia vantaggi per la mamma:
- minore rischio di emorragia post parto
- più veloce recupero fisico dopo il parto
- minori rischi di cancro al seno e alle ovaie
- maggior facilità nel legame con il bambino
- minore frequenza di depressione post parto
- minor incidenza di osteoporosi

PERCHÉ NO

Le controindicazioni cliniche permanenti all'allattamento al seno sono molto rare. Talvolta si rinuncia ad allattare al seno per la paura di incontrare difficoltà (es dolore al capezzolo, ingorgo mammario, mastite, poco latte, ripresa precoce del lavoro, ecc.).

È utile sapere che tutti i problemi sopra citati si possono facilmente prevenire: ponendo il bambino al seno il più precocemente possibile dopo il parto, assicurandosi che abbia una presa corretta dell'areola mammaria, seguendo i ritmi spontanei del piccolo senza alcuna imposizione di orari (soprattutto all'inizio), e chiedendo l'aiuto del personale di assistenza in ospedale.

Benessere psichico-fisico

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

Condividere le 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.

Benessere psichico

Durante la gravidanza, nella mente e nelle emozioni di entrambi i genitori, si fa spazio l'idea del bambino che sta crescendo nell'utero della donna insieme ai sentimenti e alle emozioni che lo coinvolgono.

A volte possono esserci delle difficoltà ad aprire i confini interni alla mente, per esempio perché tanto spazio è occupato dalle preoccupazioni contingenti del vivere (il lavoro, la relazione di coppia, elementi di stress, ecc.) o dal peso di situazioni passate (precedenti gravidanze, rapporti con i propri genitori, esperienze della propria infanzia, ecc.). È bene cogliere ogni opportunità per raggiungere e mantenere, durante la gravidanza, non solo il benessere fisico, ma anche quello psichico condividendo le proprie emozioni, ansie e aspettative, con persone di fiducia, con altre donne, o con i professionisti scelti (ostetrica, ginecologo, psicologo). Chi si occupa del sostegno psicologico alle donne afferma che "il silenzio non aiuta".

Benessere fisico

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 e il benessere fisico generale*. Sono da evitare attività che richiedano un intenso sforzo muscolare, sport particolarmente pesanti o a rischio di caduta.

Stili di accoglienza al neonato: rooming-in

È bene scegliere il Punto Nascita in cui si deciderà di partorire, anche in base alla presenza del rooming-in, consentendo alla gestante di rimanere sempre insieme al suo bambino.

Il Punto Nascita è il primo ambiente in cui la mamma e il neonato iniziano a conoscersi meglio e in cui possono avvalersi dell'esperienza degli operatori, per raccogliere conferme ed aiuto.



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 staminali contenute nel 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 nessuno 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. Il sangue viene raccolto in una sacca sterile subito dopo la nascita, una volta che il cordone è stato reciso, sia in caso di parto vaginale sia in caso di parto con taglio cesareo.

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.

Verrà chiesto alla futura mamma la disponibilità a sottoporsi ad esami di controllo al momento del parto e dopo 6-12 mesi (per raccogliere informazioni sulle condizioni di salute di mamma e figlio non note al momento del parto).

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.



Servizio Sanitario Regionale



Grazie per l'attenzione!