

REGIONE  
ABRUZZO



# Agenda della gravidanza

L'**agenda della gravidanza** è uno strumento di informazione, comunicazione e collaborazione tra la donna e i professionisti che operano nell'ambito del Percorso Nascita, un mezzo informativo che **accompagna la donna durante tutto il periodo della gravidanza.**





# Agenda della Gravidanza

di:

---

In caso di smarrimento restituire a:

---



<b>Il Percorso Nascita</b>	<b>7</b>
Gravidanza fisiologica	9
Gravidanza a rischio	9
Primo trimestre	12
Secondo trimestre	14
Terzo trimestre	16
Gravidanza a termine	19
Cosa preparare per l'ospedale	20
Quando andare in ospedale	20
Modulo di invio al servizio di gravidanza a termine del punto nascita	21
<b>Informazioni</b>	<b>24</b>
La gravidanza	25
Come cambia il mio corpo	26
Quando andare in ospedale?	30
Cosa fare durante il travaglio	31
Il travaglio e le sue fasi	33
Cosa succede se il travaglio non insorge spontaneamente?	34
Ascolta il tuo bambino... la cardiotocografia	37
Il taglio cesareo	38
Gli esami di laboratorio	40
Consenso per hiv	43
Screening prenatali	44
Consenso per screening prenatale	49

## Informazioni

L'ecografia	51
Screening per le complicanze mediche della gravidanza	55
Se siamo in due...il mondo dei gemelli	66
Corsi di accompagnamento alla nascita	69
Alimentazione in gravidanza	71
Integratori	73
Fumo e alcool	74
Sostanze stupefacenti	75
Rapporti sessuali	75
Attività fisica	75
Viaggi	76
Farmaci e gravidanza	77
Vaccinazioni	78
Allattamento al seno	80
Diritti in gravidanza	82

## Scheda della gravidanza 86

Valutazioni del rischio	94
Valutazioni successive dei fattori di rischio	97
Diario ostetrico	98
Diario degli esami	102
Le mie ecografie	108
Come cresce il mio bimbo... le curve di crescita fetali	109
Alla fine del viaggio...le informazioni sul parto	113





# Il Percorso Nascita



# Il Percorso Nascita

Il **Percorso Nascita** propone una continuità assistenziale per tutto il periodo della gravidanza, utilizzando l'agenda come strumento informativo per la donna, ma anche come raccolta dati per gli operatori sanitari.

L'Agenda è un prezioso strumento di collegamento tra le mamme, i servizi territoriali (Consultori) e quelli ospedalieri (Punti nascita).

Il percorso di riferimento è individuato nelle LLGG - ISS del 2011 e fa riferimento al Percorso assistenziale della gravidanza fisiologica (a basso rischio).



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 fanno parte della relazione donna/ostetrica medico.

Lo **stato di salute della donna** influenza l'andamento della gravidanza. Una donna non portatrice di malattie croniche, che non assume farmaci o droghe, ha elevata probabilità di avere una normale gravidanza, un parto e dopo-parto normali.

## Gravidanza fisiologica

Con **Gravidanza Fisiologica** l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce una gravidanza in cui la mamma ed il suo bambino **non presentano patologie**.

Alle donne con gravidanza fisiologica (a basso rischio) è offerto il modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica, coerentemente con quanto previsto dalla Direttiva 2005/36/CE recepita in Italia dal D.Lgs n. 206 del 6/11/2007, che all'art. 48, comma 2, che autorizza l'ostetrica ad "accertare la gravidanza e in seguito sorvegliare la gravidanza diagnosticata come normale da un soggetto abilitato alla professione medica, effettuare gli esami necessari al controllo dell'evoluzione della gravidanza normale; prescrivere gli esami necessari per la diagnosi quanto più precoce di gravidanze a rischio."

## Gravidanza a rischio

Quando la gravidanza risulta invece gravata da problematiche croniche e/o acute che coinvolgono la mamma o il bambino, la gravidanza stessa viene definita a rischio. Per queste gravidanze è prevista un'assistenza addizionale di un medico-ostetrico che, quando necessario, terrà i contatti con gli altri specialisti.

Il rischio può essere medio, medio-alto o alto in relazione alla problematica presente.



# Il Percorso

La **futura mamma** potrà scegliere se intraprendere il percorso di gestione della sua gravidanza presso il Consultorio (dove è presente una Ostetrica e un Ginecologo) oppure tramite un Ginecologo presso un Ambulatorio pubblico o privato.

L'ostetrica, il Medico di Medicina Generale (MMG), i consultori e le altre strutture territoriali costituiscono la rete di assistenza integrata alla donna in gravidanza.

La gestione della gravidanza si attua attraverso una serie di valutazioni, eseguite dall'ostetrica e dal medico.

Durante la **prima visita** l'ostetrica e/o il medico raccolgono le informazioni e i referti degli esami utili all'inquadramento clinico di competenza dello specialista, che effettuerà la valutazione della gestante per **stabilire se la gravidanza è a basso rischio o meno**.

La **prima visita** dovrebbe avvenire idealmente **entro le 10 settimane** in modo da poter meglio valutare la presenza di eventuali fattori di rischio a carico della mamma e/o del bambino che possano alterare il fisiologico decorso della gravidanza.

La **necessità di un incontro precoce** in gravidanza è motivata inoltre dal fatto che nel corso della prima visita la donna può chiedere – e in ogni caso le devono essere offerte – numerose informazioni.

Non vi è un numero prestabilito di controlli da effettuare in una gravidanza fisiologica. La prima valutazione della madre idealmente avviene durante il primo trimestre di gestazione al fine di meglio valutare potenziali fattori di rischio che potrebbero alterare il fisiologico decorso della gravidanza.

Per poter esercitare una scelta informata, alla donna può essere necessario del tempo per riflettere, maturare nuove domande e presentarsi a un successivo appuntamento con il/la professionista che l'assiste. Nei controlli successivi sarà rivalutato il rischio della gravidanza.

Le **INFORMAZIONI** relative a:

- ✓ **Screening per la diagnosi prenatale**
- ✓ **Complicanze mediche della gravidanza**
- ✓ **Malattie infettive: HIV, HBV, HCV**
- ✓ **Alimentazione e stile di vita**
- ✓ **Vaccinazioni in gravidanza**
- ✓ **Fumo e alcol**
- ✓ **Promozione sull'allattamento al seno**
- ✓ **Corsi di accompagnamento alla nascita**



saranno riassunte brevemente nella parte finale di questa **Agenda della Gravidanza** in modo tale da permettere alla donna di avere del tempo per leggerle prima dell'incontro con l'ostetrica o il medico, alla quale potrà fare delle domande.

## 1. Primo Trimestre (entro le 14 settimane di gestazione)

L'obiettivo della visita ostetrica del primo trimestre di gestazione consiste nella conferma che la gravidanza sia in normale evoluzione (tramite la valutazione dell'attività cardiaca fetale), nell'identificazione di eventuali fattori di rischio connessi alla mamma e/o al partner che possano alterare il normale decorso fisiologico della gravidanza e nella prescrizione dei primi esami del sangue al fine di valutare lo stato di salute della mamma.

Il primo trimestre rappresenta il periodo in cui sono più marcati i cambiamenti del corpo della mamma indotti dalla gravidanza.

Durante la prima visita verranno inoltre effettuati:

PAP TEST se non effettuato negli ultimi 3 anni

Valutazione del peso e dell'altezza con il calcolo del Body Mass Index (BMI)

Indagine anamnestica e ostetrica presente e remota (precedenti concepimenti e i loro esiti, esecuzione dell'ultimo PAP TEST)

Rilevazione pressione arteriosa

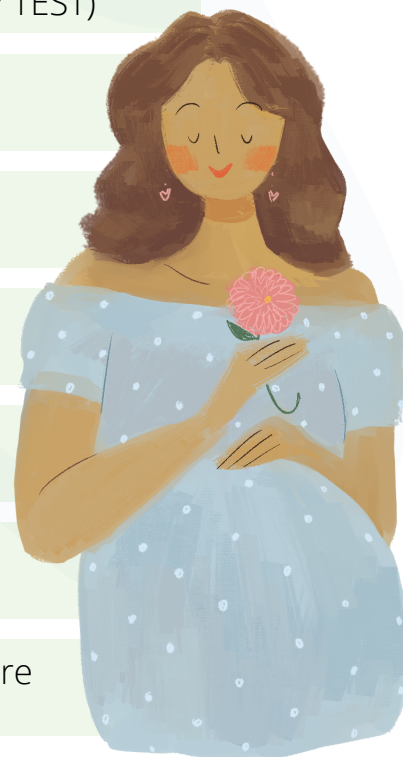
Valutazione del rischio

Visione degli esami effettuati

Visione della prima ecografia

Discussione sui test di screening o diagnostici prenatali per le anomalie cromosomiche del feto

Programmazione degli esami ematochimici da eseguire nelle settimane successive





- Prima visita ostetrica (89.26.1)
- Prelievo di sangue venoso (91.49.2)
- Emocromo con formula (90.62.2)
- Screening per le emoglobinopatie (Qualora non eseguito in funzione preconcezionale) (90.66.7)
- Gruppo sanguigno AB0 e Rh (Qualora non eseguito in funzione preconcezionale) (96.65.3)
- Test di Coombs indiretto (Da ripetere a tutte le donne a 28 settimane) (90.49.3)
- Glicemia (90.27.1)
- Anticorpi (IgM e IgG) per la Rosolia (Da ripetere entro la 17<sup>a</sup> settimana in caso di negatività) (91.26.D-E)
- Anticorpi (IgM e IgG) per il Toxoplasma (Da ripetere ogni 4-6 settimane in caso di negatività) (91.09.D)
- Sierologia della Sifilide (TPHA e VDRL) (91.10.B)
- Test Combinato anticorpi e antigene P24 per il Virus dell'Immunodeficienza Acquisita (Qualora non eseguito nei tre mesi precedenti) (91.23.F)
- Esame urine completo (90.44.3)
- Esame Colturale dell'urina (90.94.2)
- Anticorpi (IgM e IgG) per Chlamydia Trachomatis (In caso di fattori di rischio riconosciuti) (90.88.J)
- Ricerca Neisseria Gonorrhoeae in materiali biologici (In caso di fattori di rischio riconosciuti) (91.03.5)
- Anticorpi (IgM e IgG) per il Virus dell'Epatite C (In caso di fattori di rischio riconosciuti) (91.19.5)
- PAP test (Qualora non effettuato nell'ambito dei programmi di screening) (91.38.5)
- Ecografia Ostetrica (Da eseguire nel primo trimestre, per determinare l'età gestazionale) (88.78)
- Ecografia ostetrica per lo studio della translucenza nucale (Da eseguire esclusivamente tra 11 settimane + 0 gg e 13 settimane +6 gg) (87.78.4)
- HCG frazione libera e PAPP-A. ("Ecografia ostetrica per lo studio della translucenza nucale") (90.17.6)

## 2. Secondo trimestre (dalla 14 alla 26 settimana di gestazione)

L'obiettivo della visita ostetrica nel secondo trimestre di gestazione risiede nella valutazione dello stato di salute della madre e nell'esecuzione di una serie di esami atti a confermare il benessere del feto. Viene inoltre rivalutato il rischio della gravidanza per decidere il proseguimento del percorso assistenziale.

Le donne che presenteranno fattori di rischio e quindi non rientrano più nella gravidanza a basso rischio ostetrico verranno inserite in un nuovo percorso assistenziale insieme al ginecologo ed altri eventuali specialisti al fine di meglio monitorare il benessere della madre e del bambino.

Nel corso del secondo trimestre è inoltre necessario discutere ed eventualmente programmare le vaccinazioni contro DTPa (difterite, tetano, pertosse) e influenza che devono essere ripetute ad ogni gravidanza.

Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbi

Raccordo anamnestico/Rivalutazione del rischio

Aggiornamento della cartella della gravidanza

Monitoraggio gravidanza (Peso, pressione arteriosa, attività cardiaca fetale)

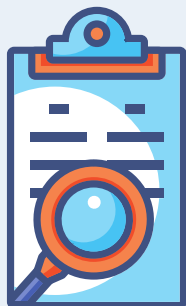
Valutare la necessità di esaminare la curva da carico di glucosio, se si appartiene a un gruppo a rischio per il diabete

Programmare ecografia morfologica 19-21 settimane di gestazione

Visionare i risultati degli esami effettuati nelle settimane precedenti



Prescrivere esami ematici:



### Da 14 settimane + 0 giorni a 18 settimane + 6 giorni

- Prelievo di sangue venoso (91.49.2)
- Glicemia, Dosaggio seriale dopo carico (da 2 a 4 determinazioni), inclusa Determinazione del Glucosio basale 90.27.1 Con 75 g di Glucosio (OGTT 75 g) e solo in presenza di fattori di rischio (90.26.5)
- Tri test AFP, HCG totale o frazione libera, E3 per determinazione di rischio prenatale per anomalie cromosomiche e difetti del tubo neurale (90.17.8)
- Anticorpi (IgM e IgG) per la Rosolia (91.26.D)
- Anticorpi (IgM e IgG) per il Toxoplasma (in caso di sieronegatività) (91.09.D)
- da 19 settimane + 0 giorni a 23 settimane + 6 giorni  
Anticorpi (IgM e IgG) per il Toxoplasma (in caso di negatività) (91.09.D)
- Ecografia morfologica (da eseguire tra 19 settimane + 0 giorni e 21 settimane + 0 giorni) (88.78.3)

### Da 24 settimane + 0 giorni a 27 settimane + 6 giorni



- Prelievo di sangue venoso (91.49.2)
- Anticorpi (IgM e IgG) per il Toxoplasma (in caso di negatività) (91.09.D)  
Glicemia, Dosaggio seriale dopo carico (da 2 a 4 determinazioni), inclusa Determinazione del Glucosio basale 90.27.1 Con 75 g di Glucosio (OGTT 75 g) e solo in presenza di fattori di rischio (90.26.5)
- Esame urine completo (90.44.3)
- Esame colturale dell'urina (90.94.2)



## 4. Terzo trimestre (dalla 26 settimana)

Durante la visita ostetrica del terzo trimestre verrà valutato che la gravidanza stia proseguendo in maniera fisiologica, che la crescita del bambino sia nella norma e che non vi siano fattori del rischio a comparsa tardiva che possano alterare il decorso della gravidanza stessa.



Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbi

Raccordo anamnestico/Rivalutazione del rischio

Aggiornamento della cartella della gravidanza

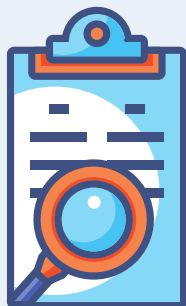
Monitoraggio gravidanza  
(Peso, pressione arteriosa, attività cardiaca fetale)

Offrire a 28 settimane la profilassi anti-D di routine alle donne Rh(D) negative

Valutazione dei livelli di emoglobina della madre, indicando, se questa risulterà inferiore a 10,5 g/100 ml, un'eventuale terapia

Valutazione a distanza fondo uterino-sinfi pubica per la verifica dell'accrescimento fetale

Valutazione della curva da carico di glucosio, se si appartiene a un gruppo a rischio per il diabete



### da 28 settimane + 0 giorni a 32 settimane + 6 giorni

- Prelievo di sangue venoso (91.49.2)
- Emocromo con formula (90.62.2)
- Test di Coombs indiretto (90.49.3)
- Anticorpi (IgM e IgG) per il Toxoplasma (in caso di negatività) (91.09.D)
- Ecografia ostetrica (solo in caso di patologia fetale ed annessiale materna) (88.78)

### da 33 settimane + 0 giorni a 37 settimane + 6 giorni

- Prelievo di sangue venoso (91.49.2)
- Emocromo con formula (90.62.2)
- Esame urine completo (90.44.3)
- Esame colturale dell'urina (90.94.2)
- Anticorpi (IgM e IgG) per il Toxoplasma (in caso di negatività) (91.09.D)
- Virus dell'Epatite B (HBV). (91.18.6)
- Sierologia della Sifilide (TPHA e VDRL) (91.10.B)
- Test Combinato anticorpi e antigene P24 per il Virus dell'Immunodeficienza Acquisita (qualora non eseguito nei tre mesi precedenti) (91.23.F)
- Tampone vagino-rettale per la ricerca dello Streptococco Beta emolitico di gruppo B (raccomandato a 36-37 settimane) (91.08.4)



### da 41 settimane + 0 giorni

- Ecografia ostetrica (per valutazione quantitativa del liquido amniotico) (88.78)
- Cardiotocografia esterna (75.34.1)

## 4. Terzo trimestre (dalla 26 settimana)

### **Durante questi incontri la madre sarà informata:**

Sugli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN) organizzati nei Consultori presenti sul territorio;

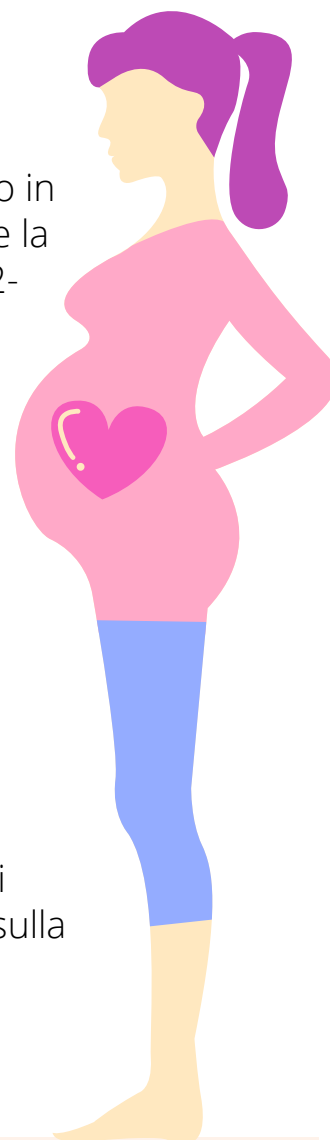
Sulle tecniche per aumentare la possibilità che un feto in presentazione podalica si giri (versione cefalica), come la moxibustione o le manovre esterne (a partire dalla 32-33esima settimana).

### **Dalla 34 esima settimana con l'operatore la madre potrà invece**

Discutere del parto, del travaglio e delle opportunità a disposizione per affrontare il dolore;

Pianificare i contatti con l'ospedale prescelto per partorire;

Ricevere informazioni necessarie sull'assistenza dalla 40esima settimana e sull'assistenza post-parto (esami necessari dopo la nascita, sull'allattamento al seno e sulla cura del neonato).



**Dalla 37 settimana di gestazione la Madre verrà presa in carico dall'Ambulatorio di Gravidanza a Termine dell'Ospedale che ha scelto per dare alla luce il proprio bimbo o la propria bimba.**

## Gravidanza a termine

**Dalla 37 settimana di gestazione**, la mamma viene presa in carico dal punto nascita scelto per il parto, o individuato come adatto per la situazione clinica, presso l'Ambulatorio per la Gravidanza a termine. Durante la prima visita presso l'Ambulatorio per Gravidanza a termine vengono valutati:

- ★ l'anamnesi al fine di identificare potenziali fattori che hanno alterato il fisiologico decorso della gravidanza
- ★ lo stato di salute attuale della madre
- ★ l'esito degli esami ematochimici eseguiti in gravidanza



In tale occasione viene anche discusso il **programma personalizzato** per monitorizzare la donna nelle ultime settimane di gestazione, le modalità previste per il parto e verificato se il Punto Nascita è in grado di dare risposte adeguate a richieste specifiche.



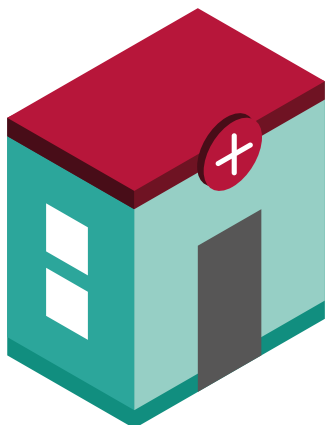
Nelle gravidanze **oltre le 41 settimane**, o in quelle in cui si manifestano specifiche indicazioni cliniche, si rende necessario il **monitoraggio della gravidanza** con più frequenza.

## Cosa preparare per l'ospedale

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



## Quando andare in ospedale



Quando le contrazioni sono regolari per intensità, frequenza e durata da almeno un paio di ore;

Quando avviene la rottura delle membrane amniotiche con fuoriuscita di liquido (perdita o rottura delle "acque");

Quando si hanno perdite di sangue;

Quando 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;

In tutti i casi in cui si hanno dubbi;

## MODULO DI INVIO AL SERVIZIO DI GRAVIDANZA A TERMINE DEL PUNTO NASCITA

### La gravidanza di:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nata il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Ultima mestruazione \_\_\_\_\_ DPP \_\_\_\_\_

È stata seguita presso l'ambulatorio di gravidanza fisiologica dall'ostetrica:

\_\_\_\_\_ senza l'insorgenza di alcuna patologia materna o fetale.

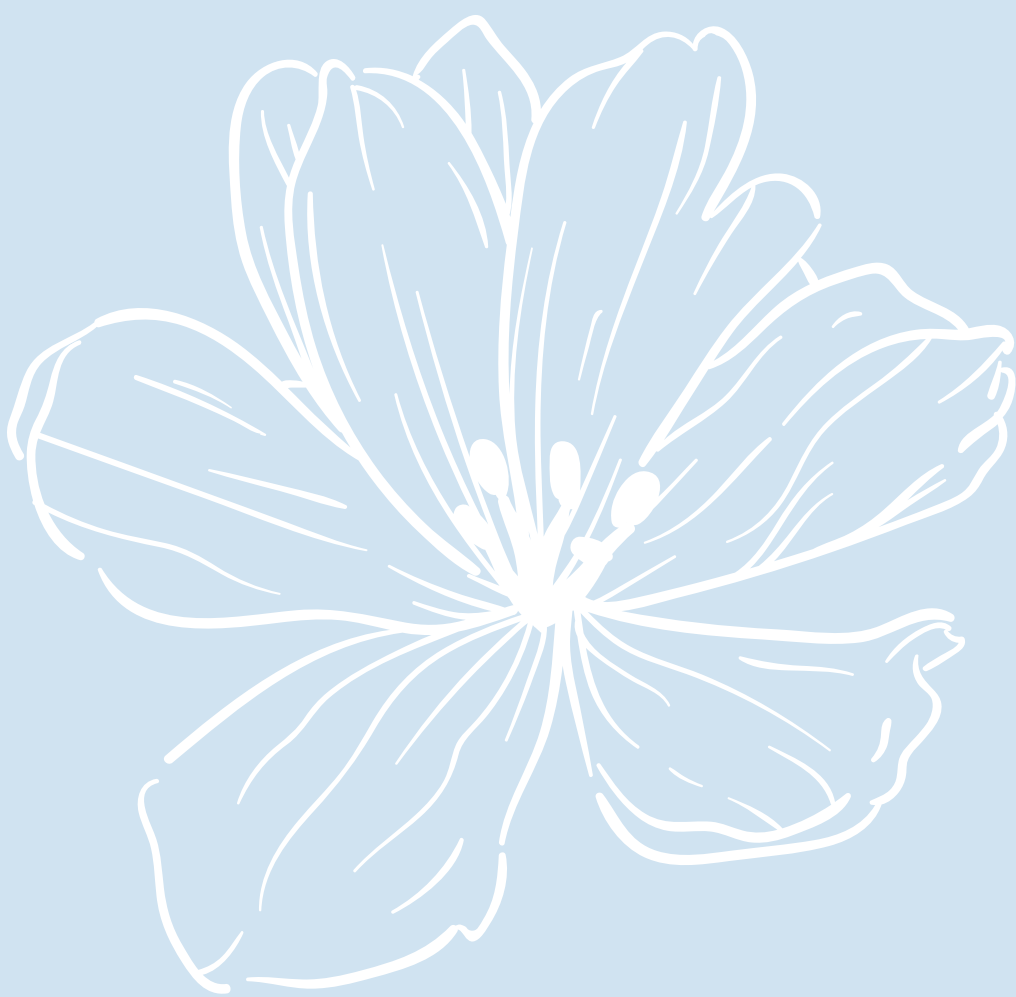
Attualmente all'EG di: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma dell'ostetrica o del medico \_\_\_\_\_





**Informa-  
zioni**



# La Gravidanza

La gravidanza è suddivisa in tre trimestri, ognuno dei quali è soggetto ha particolari cambiamenti materni e fetali e necessita di attenzioni personali e sanitarie differenti. A livello medico/ostetrico per orientarsi in questi mesi vengono utilizzate le settimane di gestazione come strumento temporale e di riferimento anche per la crescita fetale (anche detta epoca gestazionale).

Le visite con i diversi esami da effettuare durante determinate settimane di gestazione sono elencate all'inizio di questa agenda della gravidanza.

**TERMINE DI GRAVIDANZA:  
dalle 37 settimane gestazionali**



# Come cambia il mio corpo

## All'inizio della gravidanza, molti sono i cambiamenti che il corpo della futura mamma deve affrontare:

- L'utero aumenta di volume mese per mese, risalendo man mano da dietro l'osso pubico fino ad uscire dallo scavo pelvico. La pancia inizia a mostrarsi nel corso del quarto mese della gravidanza. In media la pancia cresce 1 centimetro a settimana indipendentemente dal peso della mamma.
- Il seno diventa più turgido e i capezzoli assumono un colore più scuro fino a produrre negli ultimi mesi il colostro, una sostanza ricca di immunoglobuline e proteine di cui si nutrirà il bambino alla nascita fino ad essere sostituita dal latte materno.
- Nausea mattutina sino all'iperemesi gravidica. La nausea è un evento comune in gravidanza. Alcune donne in gravidanza vomitano talmente spesso e talmente a lungo che necessitano di farmaci o infusioni di liquidi. Per alleviare la nausea mattutina, si deve bere e mangiare spesso in piccole quantità. La nausea ed il vomito sono dovuti all'aumento della beta-hCG prodotta dal corpo luteo, che sostiene la gravidanza. Di solito si attenuano dopo il primo trimestre o possono permanere in persone che soffrono abitualmente di gastrite e reflusso. Potrebbero tornare ad aumentare nelle fasi finali di gravidanza a causa dell'inghinocchiamento dello stomaco dovuto alla pressione dell'utero che cresce verso l'alto e all'aumento della produzione di acido gastrico e reflusso gastroesofageo.

# Come cambia il mio corpo

- L'epigastralgia (bruciore di stomaco), è molto frequente in gravidanza. È dovuta anche al reflusso gastroesofageo. Pertanto, Bisognerebbe evitare di sdraiarsi per qualche ora dopo aver mangiato ed evitare assunzione di caffeina, tabacco, alcolici.
- Stanchezza estrema: si potrebbe avvertire un senso di gonfiore o pesantezza al basso ventre.
- Sbalzi di umore
- Aumento delle secrezioni vaginali
- Molte mamme notano la comparsa di una riga verticale più scura che parte dall'ombelico e arriva fino al pube. È la cosiddetta linea Alba, dovuto al cambiamento ormonale in particolare dagli estrogeni in gravidanza. Questi causano un iper-pigmentazione della cute che permane fino al termine della gravidanza.
- Durante le ultime fasi della gravidanza, ci si può sentire particolarmente stanche. Si possono osservare cambiamenti fisici, come: Respiro affannoso, Ostruzione nasale, Allentamento articolare, mal di schiena e gonfiore alle gambe. Al crescere dell'addome infatti, la colonna vertebrale si curva per bilanciare il peso. Il gonfiore può causare vene varicose. Per alleviare il dolore delle vene varicose: Indossare calze di supporto, Riposare con le gambe sollevate, decubito laterale sinistro. Si può riscontrare frequentemente bisogno di urinare più spesso e con maggiore urgenza sino a riferire un mancato svuotamento completo della vescica.

# Come cambia il mio corpo

## Indurimenti di pancia in gravidanza

La cosiddetta “pancia dura” è un fenomeno abbastanza comune tra le donne in gravidanza. Può manifestarsi sia nel primo trimestre, sia al termine della gravidanza, per motivi differenti.

Nel primo mese i crampi sono ascrivibili all'impianto dell'embrione e possono essere accompagnati da lievi perdite ematiche rosate.

Nel secondo e nel terzo trimestre di gravidanza, invece, gli indurimenti di pancia possono dipendere dai movimenti fetali.

Più precisamente se le natiche o la schiena del bimbo puntano in alto possono dare una sensazione di bruciore e pesantezza nella zona dello stomaco.

Alternativamente si tratta invece di contrazioni dell'utero ed è importante saperle riconoscere.

Per distinguerle, bisogna tener conto della ritmicità, della durata e della frequenza.

Gli “indurimenti di pancia” sono isolati, durano poco (frazione di secondi) e sono scoordinati, a differenza delle contrazioni durante i prodromi e durante il travaglio vero e proprio, dove assumono nel corso del tempo un andamento sempre più ritmico e coordinato.

# Come cambia il mio corpo

## I movimenti fetali

I movimenti fetali si avvertono generalmente dalle 20 settimane in poi o comunque da quando il feto raggiunge un peso sufficiente "a farsi sentire" con i suoi movimenti (circa 350-400 grammi).

Prima di quest'epoca, le sensazioni avvertite dalle mamme sono ascrivibili prevalentemente all'intestino e comunque ad una aumentata sensibilità generalizzata nei confronti del proprio corpo.

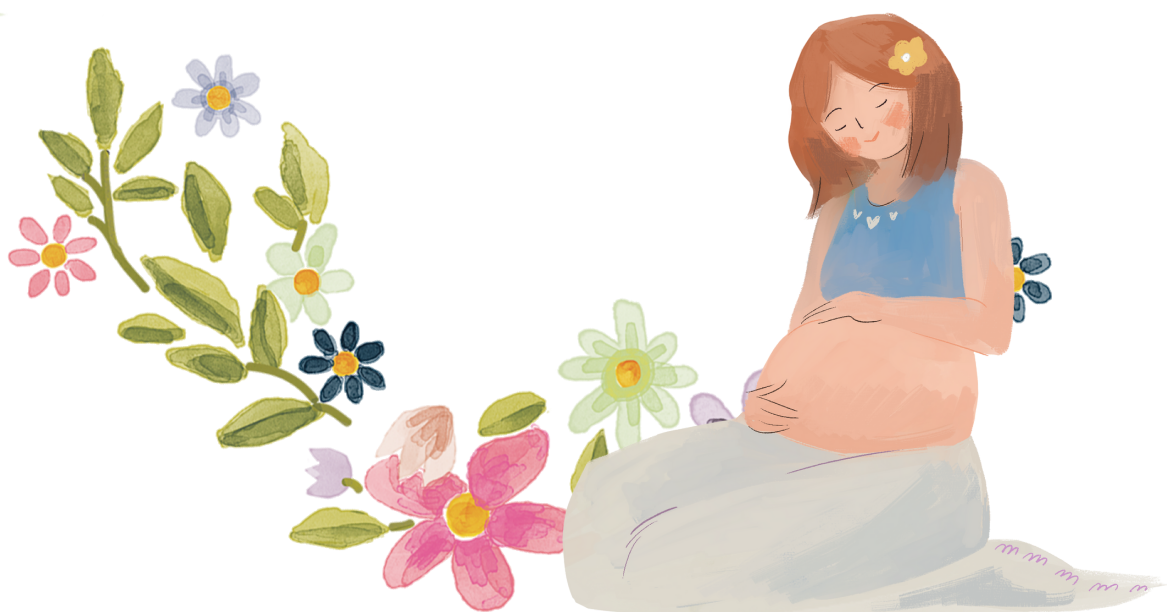
Via via che il bambino cresce diventano più marcati e riconoscibili e sono sempre sinonimo di benessere fetale. Avvertire almeno una decina di movimenti giornalieri (nelle 24 ore) è sinonimo di uno stato di buona salute del bambino.

Qualora la mamma avverta un numero ridotto di movimenti durante il terzo trimestre di gravidanza, è buona norma contattare l'ostetrica o il medico, ma prima di questo provare a stimolare il feto a muoversi.

In questo senso bere o mangiare sostanze dolci, che aumentano la glicemia e fanno quindi arrivare "energie" al feto, o anche muoversi o dare piccoli colpetti al ventre, può essere utile a capire se il bambino si trova in una fase di riposo, o c'è effettivamente bisogno di fare un controllo.

## Quando andare in ospedale?

- ★ Se hai perdite di sangue cospicue. Perdite rosate al termine di gravidanza non sono in genere preoccupanti e sono dovute al collo dell'utero (cervice uterina) che si modifica per prepararsi al travaglio attivo.
- ★ Se hai contrazioni ogni 3-4 minuti, specie se hai già partorito.
- ★ Se hai rotto le acque (ovvero il sacco amniotico). Questo evento in genere precede l'insorgenza del travaglio attivo.
- ★ Se hai forti dolori.
- ★ Se non senti muovere il bambino (<10 movimenti in 24 ore) anche dopo stimolo
- ★ Se hai la pressione del sangue alta (>140/90). In questo caso è buona norma misurare la pressione sporadicamente nella fase finale della gravidanza.



# Cosa fare durante il travaglio

- ★ Fa affidamento sul tuo partner e sulle persone che ti circondano.
- ★ **Ascolta e segui l'ostetrica.** L'ostetrica è la persona che ti accompagnerà nella fase finale del viaggio più bello della tua vita, quello che porterà alla nascita del tuo bimbo o della tua bimba. Affidati completamente a lei che saprà guidarti e supportarti.
- ★ **Respira.** Durante la contrazione inspira lentamente e profondamente attraverso il naso, trattieni il fiato per qualche secondo e quindi espira attraverso la bocca. Concentrati e cerca di rilassare i muscoli del viso e del corpo.
- ★ **Cambia posizione.** Il travaglio non deve essere affrontato al letto. Cambiare posizione (in questo ti aiuterà la guida dell'ostetrica), alternare momenti in cui si è in piedi, o appoggiata o di fianco aiuterà il bambino a trovare la posizione migliore.
- ★ **Massaggi.** Farsi massaggiare dal proprio partner, accompagnatore o dall'ostetrica, soprattutto nella parte bassa della schiena e durante la contrazione aiuta ad alleviare il dolore.



## Cosa fare durante il travaglio



Mangia. Cerca di alimentarti e bere durante il travaglio, sebbene in piccole dosi. Avrai bisogno di energia nella fase finale di questo bellissimo viaggio.



Fa un bagno o una doccia calda. Il calore riduce la tensione muscolare, mitiga il dolore ed aiuta a rilassarti. Se hai mal di schiena prova a puntare il getto di acqua sulla colonna vertebrale, ti aiuterà ad attenuare il dolore e la tensione. Alternativamente puoi usare una borsa dell'acqua calda o dei teli caldi.



Riposa. Tra una contrazione e l'altra e se queste sono più sporadiche cerca di riposare e recuperare energie.







## IL TRAVAGLIO E LE SUE FASI:

1

### FASE PRODROMICA

Fase iniziale del travaglio in cui iniziano ad esserci contrazioni sporadiche e irregolari. In questa fase inizia la "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.

2

### FASE DILATANTE

E' 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.

3

### FASE ESPULSIVA

E' 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.

4

### SECONDAMENTO

In questa fase avviene l'espulsione della placenta e degli annessi fetali solitamente a breve distanza dal parto e comunque entro un'ora.

5

### POST PARTUM

Si intendono le prime ore dopo il parto in l'ostetrica controlla l'utero e le perdite vaginali (chiamate lochi o lochiazioni). Verrà posta particolare attenzione alle prime due ore dopo il parto.

In queste due ore è di fondamentale importanza, il contatto pelle a pelle (skin to skin) e l'attaccamento precoce del bambino al seno della mamma.

6

### PUERPERIO

E' il periodo di tempo che va dal post partum a circa 6 settimane dopo il parto.

# Cosa succede se il travaglio non insorge spontaneamente?

## L'induzione del parto

Nella maggior parte dei casi il travaglio di parto insorge spontaneamente tra la 37 e la 41 settimana di gestazione.

Quando questo non si verifica, o in alcune situazioni in cui è necessario anticipare la nascita, il medico e l'ostetrica provvederanno ad indurre il parto.

## Induzione

L'induzione del travaglio consiste in una procedura che ha lo scopo di favorire la "maturazione" della cervice (il collo dell'utero) e l'inizio delle contrazioni uterine, allo scopo di consentire il parto vaginale, quando non è più consigliabile attendere l'inizio del Travaglio spontaneo, per una serie di patologie e/o condizioni insorte in gravidanza.



# Domande frequenti



## Dove viene effettuata l'induzione del travaglio di parto?

L'induzione viene praticata in ospedale sotto stretto monitoraggio medico e ostetrico. Dopo la visita e il tracciato cardiotocografico, si propone l'induzione del travaglio in base allo stato clinico della paziente.

## Quando viene proposta l'induzione?

- quando la gravidanza è oltre termine (dopo le 41 settimane): infatti aumentano i rischi per la neo mamma e bambino
- nel caso in cui si siano rotte le acque (membrane) da più di 12-24 ore a termine di gravidanza, ma il travaglio non sia ancora partito spontaneamente, al fine di evitare il rischio di infezione
- qualora vi sia un rischio per la salute della madre e/o del bambino, ad esempio se la madre è diabetica o ipertesa, oppure se il liquido amniotico è di quantità ridotta oppure se il bambino ha un ritardo di crescita.

## Quanti metodi di induzione al Travaglio esistono?

I tempi necessari all'inizio di un travaglio di parto dopo induzione variano da mamma a mamma. Per tale motivo, il ginecologo e l'ostetrica potranno proporre, previo consenso informato, di procedere con uno dei metodi seguenti, oppure combinandoli a seconda delle necessità e della visita ostetrica :

- **"metodi naturali"**. Sono rappresentati da metodi che non contemplano l'uso di medicine, manovre invasive o permanenza in ospedale. Sono rappresentati tra gli altri dall'attività fisica, dai rapporti sessuali e dalla stimolazione dei capezzoli.
- **"scollamento" delle membrane**: È una manovra ostetrica che può aiutare l'avvio del travaglio a partire dalle 40 settimane. Durante la visita ostetrica, qualora il collo uterino sia pervio, il ginecologo eseguirà con il dito un movimento circolare sul collo dell'utero per allontanare le membrane. Questa manovra potrebbe generare un discomfort o piccole perdite di sangue, ma anche attività contrattile. Qualora il Travaglio non dovesse partire, si può procedere con un altro metodo di induzione.

# Domande frequenti



- **Rottura iatrogena (intenzionale)** delle membrane amniocoriali. Consiste nella rottura, eseguita dal medico o dall'ostetrica, delle membrane che racchiudono il bambino all'interno della pancia della mamma e che contengono il liquido amniotico. Viene di solito eseguita quando la cervice è dilatata.

- **gel o piccola garza a base di prostaglandine.** Si tratta di delle sostanze che naturalmente fanno avviare il travaglio modificando la cervice uterina (collo dell'utero). Il tasso di raggiungimento del parto entro 24 ore è elevato, di contro c'è un maggior rischio di aumentata frequenza di contrazioni uterine (tachisistolia) con alterazioni della frequenza cardiaca fetale.

- **metodi meccanici (doppio palloncino).** E' un metodo non farmacologico: consiste nell'inserimento di un pallone in vagina e un pallone nel collo dell'utero. Entrambi vengono gonfiati con una soluzione fisiologica, esercitando una pressione sul collo dell'utero e favorendo la dilatazione meccanica. I vantaggi dell'induzione meccanica riportati sono: minori rischi di aumento della frequenza delle contrazioni con alterazioni del battito cardiaco fetale. Tuttavia i tempi di induzione potrebbero allungarsi perché alla dilatazione meccanica viene spesso aggiunto un altro metodo di induzione a seconda della visita ostetrica. È il metodo elettivo per i bambini che non crescono in maniera ottimale per un malfunzionamento della placenta.

- **ossitocina:** un ormone naturalmente prodotto dall'organismo durante il travaglio. Viene somministrato in flebo a goccia lenta. Gli effetti collaterali dell'ossitocina sono rari ma comprendono l'iperstimolazione uterina con aumento della frequenza, durata ed intensità delle contrazioni uterine.

## L'induzione aumenta il tasso di taglio cesareo?

L'induzione del travaglio effettuata presso il termine di gravidanza non aumenta significativamente il rischio di avere un taglio cesareo. Tuttavia, come tutte le procedure mediche, l'induzione non sempre funziona: in circa 1 caso su 4, il travaglio non parte. In questi casi, in considerazione al fallimento dell'induzione, il ginecologo potrà proporre alla paziente un ulteriore metodo di induzione del travaglio o l'espletamento del parto mediante taglio cesareo.

# Ascolta il tuo bambino... la cardiocotografia

La cardiocotografia è un esame non invasivo che consente di monitorare la frequenza cardiaca del bambino e le contrazioni uterine. A tale scopo si utilizza un'apparecchiatura chiamata cardiocotografo, costituita da un box centrale e da due sonde poste sulla pancia della mamma: la prima è un rilevatore ad ultrasuoni del battito cardiaco fetale, mentre la seconda è costituita da un misuratore meccanico delle contrazioni uterine collocato sul fondo dell'utero.

Le sonde vengono fissate all'addome materno mediante fasce elastiche cosicché i dati percepiti possono essere trasmessi ad una macchina e visualizzati su uno schermo.

La cardiocotografia è una tecnica completamente indolore e priva di rischi, sia per la mamma che per il bambino; in genere dura dai 20 minuti ad un'ora. In alcuni casi l'esame può prolungarsi, soprattutto se il bambino sta dormendo o se il ginecologo o l'ostetrica vogliono valutare meglio il battito del bambino.



Generalmente, a parte alcune situazioni che ne richiedano l'impiego nella fase iniziale o media del terzo trimestre, la cardiocotografia non è indicata prima della 40-41<sup>a</sup> settimana di gestazione o durante il travaglio.

A partire dalla 40<sup>a</sup> settimana di gestazione la cardiocotografia rientra nelle indagini di routine; viene infatti svolta in ambulatorio allo scopo di rilevare eventuali contrazioni uterine preparatorie, e controllare la normalità del battito del bambino. Durante il travaglio invece, la cardiocotografia permette di controllare il benessere del bambino durante le contrazioni uterine.

# Domande frequenti



## L'induzione danneggia il mio bambino?

No, nessuna metodica di induzione può danneggiare direttamente il bambino. Tuttavia, durante il travaglio si potrebbe avere un'alterazione del battito cardiaco fetale. Nella maggior parte dei casi questi episodi sono reversibili mentre in una piccola percentuale di casi richiedono una nascita tramite taglio cesareo.

## Quali sono i rischi per me?

In generale i rischi per la madre sono molto bassi. In alcuni casi la madre può andar incontro ad perdite di sangue maggiore dopo il parto e un rischio maggiore di lacerazione del collo dell'utero. Questi rischi sono tuttavia bassi. Il medico e l'ostetrica vi informeranno sui rischi ed i benefici dell'induzione del travaglio di parto.

## L'induzione fa più male del Travaglio spontaneo?

No, pur essendo un trattamento medico, non influenza l'intensità del dolore della mamma durante il travaglio.

# Il taglio cesareo

In alcuni casi, soprattutto quando insorgono complicazioni durante il travaglio, se coesistono controindicazioni ad un travaglio spontaneo o se la mamma avrà una complicanza acuta specie in epoca pretermine, sarà necessario un parto cesareo.

Il parto cesareo consiste nel far nascere il bambino per via addominale, mediante un taglio effettuato nella parte bassa dell'addome. E' quindi un intervento chirurgico a tutti gli effetti, per cui la scelta di far nascere un bambino mediante parto cesareo va attentamente soppesata. Il medico e l'ostetrica sapranno indicarti quando sarà necessario dover andar incontro ad un parto cesareo.

# Domande frequenti



## **Il taglio cesareo è più sicuro per il mio bambino?**

No, il metodo più sicuro per far nascere il tuo bambino rimane il parto spontaneo (per via vaginale). In alcuni casi, tuttavia, il taglio cesareo potrebbe essere l'unico modo per far nascere il tuo bimbo, soprattutto quando insorgono complicazioni prima o durante il travaglio o vi sono problematiche particolari nella mamma o nel bambino che rendono il parto spontaneo più rischioso.

## **Sentirò dolore durante il parto cesareo?**

No, prima del cesareo l'anestesista provvede ad eseguire un'anestesia spinale. Rimarrai sveglia ma non sentirai dolore. In alcuni casi molto rari, tuttavia, l'anestesista potrà optare per un'anestesia generale sebbene questa evenienza sia molto rara.

## **E' vero che la montata lattea non si verifica nelle donne che partoriscono con un taglio cesareo?**

No. La montata lattea si verifica anche dopo taglio cesareo per cui sarai in grado di allattare il tuo bambino. In alcuni casi, tuttavia, è necessario aspettare un po' di più prima che questa si verifichi.

## **Ho avuto un precedente taglio cesareo, e sono di nuovo in dolce attesa. Potrò avere un parto spontaneo questa volta?**

Sì, il parto spontaneo dopo taglio cesareo è possibile ed avviene senza complicazioni nella maggior parte dei casi. I benefici del parto spontaneo dopo un cesareo sono molti, a fronte di un ridotto numero di rischi. Il ginecologo e l'ostetrica che ti seguono ti illustreranno i benefici ed i rischi di partorire spontaneamente dopo parto cesareo e ti aiuteranno nella tua scelta.

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



## **EMOCROMO:**

rileva la quantità di globuli rossi, bianchi, emoglobina, piastrine presenti nel sangue. I valori di riferimento sono diversi in gravidanza. L'esame va eseguito entro le 13 settimane e ripetuto tra 28-32 e tra 33-37 settimane.

## **GLICEMIA:**

rileva la quantità di zucchero presente nel sangue. I valori di riferimento sono gli stessi, anche in gravidanza. Serve per valutare l'equilibrio dell'assorbimento degli zuccheri. Va eseguito entro le 13 settimane e va ripetuto tra 24-27 settimane in situazioni di rischio (OGTT).

## **IG ANTITREPONEMA:**

Verifica l'assenza della sifilide, malattia che ha inizialmente un decorso senza sintomi.

La sifilide, che si può contrarre attraverso rapporti sessuali con persone malate, se non viene curata, comporta gravi danni fetali, fino alla morte del feto.

La cura è a base di antibiotici che è possibile assumere anche in gravidanza.



## **TOXOTEST:**

ricerca gli anticorpi contro il toxoplasma, in assenza dei quali c'è rischio di infezione; l'esame va ripetuto circa ogni 30 gg.

La toxoplasmosi contratta in gravidanza può essere causa di lesioni fetali.

## **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.



# Gli esami di laboratorio

## ANTICORPI ANTI HIV:

ricerca la presenza o assenza di anticorpi contro il virus dell'AIDS. Si tratta di un esame della massima importanza. In caso di sieropositività è possibile intraprendere un percorso assistenziale specifico che limita le possibilità di contagio al figlio. Questo esame è tutelato dal consenso informato.



## ESAME URINE:

rileva le sostanze presenti nelle urine e l'eventuale presenza di batteri. L'esame delle urine deve essere effettuato con frequenza mensile.

## UROCULTURA:

verifica se la quantità di batteri eventualmente presenti nelle urine è segno di infezione delle vie urinarie. HCVAB: ricerca la presenza di epatite C e ne valuta la contagiosità.



## HBSAG:

ricerca la presenza di epatite B. L'epatite B può essere trasmessa al neonato. Si esegue nel 3° trimestre. In caso di positività, al neonato verranno somministrate gammaglobuline ed anticipata la prima vaccinazione alla nascita, invece che al terzo mese di vita.

## RICERCA DELLO STREPTOCOCCO BETA EMOLITICO GRUPPO B:

ricerca la presenza del batterio nel tampone vaginale e rettale. Si esegue a 36 - 37 settimane. Se l'esito è positivo, sarà necessario sottoporre la mamma ad una terapia antibiotica ed effettuare controlli sul neonato.

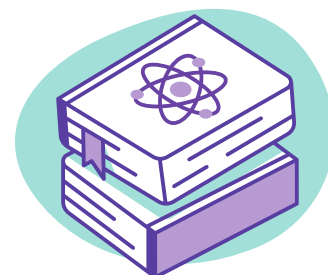
## ELETTROFORESI DELL'EMOGLOBINA:

è utilizzata per l'identificazione 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.

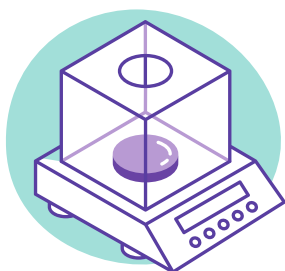
# Gli esami di laboratorio

## 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. 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.

## Se il risultato del test HIV è:

### **NEGATIVO/NON REATTIVO:**

significa che non ci si è infettati.

### **POSITIVO/REATTIVO:**

occorre rivolgersi quanto prima a un Centro di Malattie Infettive per ricevere le cure necessarie a controllare l'infezione.

## CONSENSO PER HIV

Io sottoscritta (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nata il \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ 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 necessari

# Screening Prenatali

Gli esami di screening prenatali valutano il rischio del feto di essere portatore delle più comuni alterazioni cromosomiche (quali la Trisomia 21, detta anche Sindrome di Down, la Trisomia 18 o la Trisomia 13).

Dopo la nascita invece, tra le 48 e le 72 ore di vita, il vostro bimbo riceverà, in accordo con quanto sancito dal Ministero della Salute, una valutazione di screening per una serie di malattie ereditarie congenite genetiche e metaboliche, che si effettuerà mediante un piccolo prelievo dal tallone del neonato. Ugualmente presso i punti nascita regionali verranno effettuati gli screening audiologico e visivo.



Le informazioni sugli esami di screening prenatali e sulla diagnostica prenatale per le malattie cromosomiche vengono generalmente discusse al primo appuntamento.

I test di screening prenatali per le anomalie cromosomiche del feto non devono essere necessariamente eseguiti dalla madre.

È fondamentale ricevere le informazioni relative a questi esami nel periodo giusto della gravidanza in modo tale che la donna possa scegliere se effettuare o meno l'esame e quale sia quello più idoneo alla sua gravidanza.

I test di screening **non comportano alcun rischio per la salute della donna e del bambino** poiché non sono invasivi, ovvero si effettuano tramite il prelievo del sangue materno ed un ecografia.

# Screening Prenatali

I test di screening prenatali servono ad evidenziare solo una stima del rischio da parte del feto di essere portatore di un'anomalia dei cromosomica, e necessitano di ulteriori esami al fine di confermare questo rischio.

Il calcolo del rischio di è effettuato sulla base di un esame ecografico e di dosaggi, nel sangue della mamma, di alcune sostanze prodotte dal feto e dalla placenta.

Il risultato dei test di screening esprime quanto rischio ha la donna di avere un bambino con malattia cromosomica, sul totale delle donne con le sue stesse caratteristiche.

Il risultato si dice negativo o con basso rischio quando il rischio è molto basso; positivo o con rischio aumentato quando il rischio è al di sopra di un certo valore-soglia: un risultato che indica un aumento del rischio non significa necessariamente che il feto presenti un'anomalia dei cromosomi, ma solo che vi è il sospetto che questa possa essere presente.

In tal caso idealmente si dovrà procedere alla conferma diagnostica mediante l'esecuzione di un esame invasivo prenatale (amniocentesi o villocentesi), previo consenso della madre. Similmente, un risultato "di basso rischio" non potrà escludere del tutto la presenza di un'alterazione dei cromosomi del feto, sebbene la probabilità sia molto remota.



# Screening Prenatali

Il percorso dallo screening alla diagnosi prenatale comporta **tre passaggi**:



1

Informativa ad i genitori sul significato dei test di screening prenatali e l'eventuale esecuzione degli stessi.

2

Calcolo del livello di rischio personalizzato in caso i genitori optano per l'esecuzione di questi test.

3

Discussione del risultato del test di screening prenatale con il medico ginecologo o con il genetista e programmazione del successivo percorso diagnostico.

# Screening Prenatali

## I test di screening non invasivi utilizzati oggi sono:

### LA TRANSLUCENZA NUCALE

La translucenza nucale è una zona liquida posta sotto la cute della nuca del feto. La misura della translucenza nucale si effettua mediante un'ecografia tra le 11 e le 13 settimane di gestazione. Un aumento della spessore della translucenza nucale risulta indicativo di un rischio maggiore di Sindrome di Down, sebbene necessiti di conferma diagnostica mediante esami prenatali invasivi. La translucenza nucale oltre a indicare un rischio aumentato per le malattie cromosomiche, può evidenziare anche un rischio aumentato per alcune anomalie morfologiche del feto.

### IL TRI-TEST

Permette, con un prelievo di sangue, la valutazione del rischio fino a 20 settimane di gravidanza. Tale valutazione è meno precisa, ma ancora eseguibile anche per chi non si è presentata in tempi utili per i test più accurati illustrati precedentemente.

### DNA FETALE

Il test del DNA fetale identifica la presenza di frammenti di DNA fetale all'interno del sangue della madre. Il test del DNA fetale è un test non invasivo che si esegue a partire dalla 10 settimana di gestazione e presenta un'elevata accuratezza nell'identificare le più comuni alterazioni dei cromosomi del feto, tra cui la Trisomia 21, la Trisomia 18 e la Trisomia 13. Il test del DNA fetale può inoltre essere eseguito in alcuni casi in cui il test combinato da esito positivo al fine di rimodulare la stima del rischio da parte del feto di essere portatore di un'anomalia dei cromosomi.

### IL TEST COMBINATO

Abbina alla misurazione della translucenza nucale un prelievo del sangue materno (BI TEST) attraverso il quale si misura la concentrazione di due proteine prodotte dalla placenta (freeBetaHCG e PAPP-A). Questo test identifica circa il 90% dei feti con Sindrome di Down con un tasso di falsi positivi di circa il 5% (ovvero di casi in cui il test risulta positivo ma il feto è sano). Un vantaggio di questo test è che, nei casi positivi, consente di effettuare in un'età gestazionale precoce, l'esame diagnostico con il prelievo dei villi coriali al fine di confermare o escludere la diagnosi. Un altro vantaggio di questo test è che la misura della concentrazione delle proteine placentari nel sangue materno risulta utile, insieme ad un'ecografia che valuta il flusso di sangue nelle arterie della mamma, a stimare il rischio da parte della madre di sviluppare disordini ipertensivi in gravidanza.

# Screening Prenatali

Gli esami diagnostici sono offerti alle donne che hanno un rischio aumentato come risultato del test di screening, o, a coloro che non vogliono sottoporsi ai test di screening prenatali ma che espressamente richiedono di conoscere se vi siano anomalie a carico dei cromosomi del feto prima della nascita.

I test diagnostici sono esami invasivi, cioè prevedono il prelievo di componenti che sono all'interno dell'utero e della camera gestazionale (liquido amniotico o placenta). Tali componenti permettono l'esame di laboratorio al fine di valutare i cromosomi del feto.

La caratteristica degli esami diagnostici è la certezza della diagnosi di assenza o presenza della patologia.

Va però tenuto presente che essendo esami invasivi possono provocare, nell'1% dei casi, un aborto spontaneo e quindi possono rappresentare un rischio per il proseguimento della gravidanza.

Per tale ragione, l'esecuzione di un test diagnostico invasivo va attentamente discussa con il ginecologo al fine di valutarne l'indicazione.

Gli esami invasivi utilizzati sono:

## **IL PRELIEVO DEI VILLI CORIALI**

Consiste nel prelevare materiale placentare attraverso l'addome materno. Il prelievo è praticabile a partire da 10 settimane di gravidanza.

## **L'AMNIOCENTESI**

Consiste nel prelevare un campione di liquido amniotico attraverso l'addome materno. Il prelievo viene eseguito in genere tra le 15 e le 17 settimane di gravidanza.





## GLI ESAMI DIAGNOSTICI PRENATALI

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.

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.



## CONSENSO PER SCREENING PRENATALE



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 \_\_\_\_\_

Quindi:

Screening non invasivo effettuato: \_\_\_\_\_

In data: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

Esito: \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

Screening invasivo effettuato: \_\_\_\_\_

In data: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

Esito: \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

# L'ecografia



L'ecografia rappresenta una parte fondamentale della gestione della gravidanza in quanto consente di **monitorare lo stato di salute del bambino**, stimare la presenza di possibili anomalie morfologiche e **valutarne la crescita**.

Con l'approvazione dei nuovi Lea, Livelli essenziali di assistenza, **le ecografie previste dal Ministero della Salute durante i 9 mesi sono due**.

Molte volte le future mamme si chiedono se le due ecografie che il nostro Sistema Sanitario raccomanda siano sufficienti o se se ne devono eseguire altre in aggiunta a quelle consigliate. In realtà, **in una gravidanza che procede in modo fisiologico le due indagini consigliate a livello ministeriale sono più che sufficienti**. Tuttavia, in alcuni casi sono necessarie ulteriori ecografie, soprattutto quando sussistono sospette problematiche nella madre o nel bambino.

**Le due ecografie** in gravidanza previste dal Ministero della Salute **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.

Le due ecografie previste dal Sistema Sanitario nazionale hanno un obiettivo specifico e vengono eseguite in due diverse fasi della gravidanza.



## L'ECOGRAFIA DEL 1° TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

L'ecografia del primo trimestre si esegue di norma tra la 11 e la 13 settimana compiuta di gestazione.

E' l'ecografia più importante ed emozionante per i futuri genitori in quanto conferma la presenza del bambino nel grembo materno, e permette di datare con precisione la gestazione. In alcuni casi, tuttavia, l'ecografia del primo trimestre viene eseguita nelle fasi precoci della gravidanza, soprattutto quando sussistono fattori di rischio che potrebbero impedire il corretto annidamento dell'embrione all'interno dell'utero o impedire il corretto proseguimento della gestazione.

Durante l'ecografia del primo trimestre, nelle mamme che decidono di sottoporsi agli esami di screening prenatali, viene anche misurata la translucenza nucale, la falda liquida che si accumula dietro la nuca del feto 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.

L'ecografia del primo trimestre si esegue per via trans-addominale, ovvero ponendo lo strumento per eseguirla, la sonda ecografica, sull'addome della madre. In alcuni casi, tuttavia, soprattutto quando l'epoca della gestazione è molto precoce, può essere necessario eseguirla per via transvaginale. L'ecografia transvaginale non pone in alcun modo a rischio la salute del bambino.

L'ecografia del primo trimestre permette anche di stabilire se la gravidanza è singola o gemellare e, in alcuni casi, di quantificare il rischio da parte della madre di sviluppare disturbi ipertensivi in gravidanza, come la pre-eclampsia.

## L'ECOGRAFIA DEL 2° TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

L'ecografia del secondo trimestre di gravidanza viene effettuata, in base alle nuove linee guida, tra la 19<sup>a</sup> e la 21<sup>a</sup> settimana di gestazione.

Viene comunemente denominata morfologica poiché valuta l'anatomia dei vari organi del feto, al fine di individuare eventuali anomalie e di stimarne l'impatto sul corretto proseguimento della gravidanza.

Inoltre, in presenza di anomalie fetali, il medico potrà ritenere opportuno inviare i futuri genitori dal pediatra ed dal chirurgo pediatra al fine di far meglio comprendere loro le possibili implicazioni di quanto visto all'ecografia.

Durante questa ecografia può essere anche stimato il rischio da parte della madre di partorire in epoca prematura di gestazione.

Tale ecografia va eseguita in questa epoca gestazionale perché il feto è abbastanza grande per poter analizzare alcune caratteristiche anatomiche che, col passare delle settimane, sarebbero più difficili da visualizzare a causa della fisiologica crescita fetale. L'ecografia non è un mezzo infallibile per valutare le anomalie. Alcune anomalie possono essere scoperte solo alla nascita o dopo diverso tempo dalla stessa.

Il medico deve informare la donna sulle limitazioni dell'indagine ecografica eseguita di routine e del fatto che il tasso di rilevazione varia con il tipo di anomalia fetale, l'indice di massa corporea della donna e con la posizione del feto al momento dell'indagine.

I professionisti devono informare la donna di un'anomalia riscontrata durante l'ecografia e discuterne le implicazioni future.

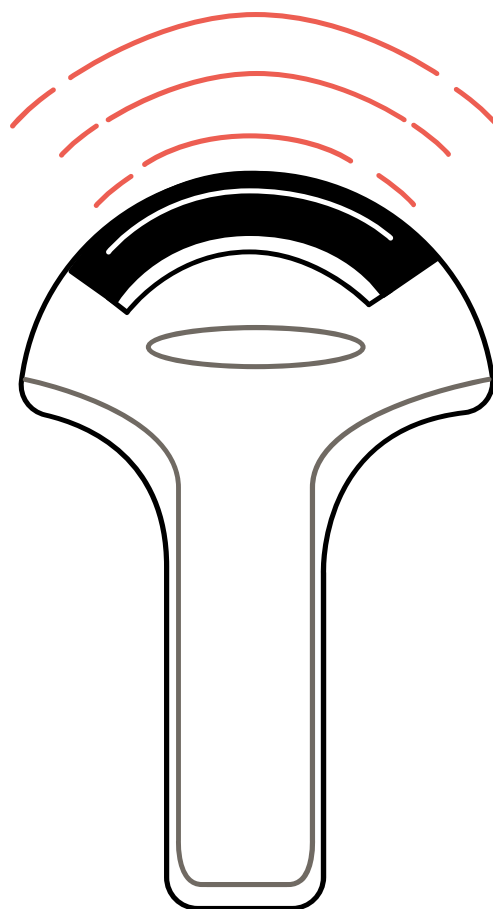
## L'ECOGRAFIA DEL 3° TRIMESTRE DI GRAVIDANZA (su indicazione specifica)

Quando sussistano determinati fattori di rischio a carico della madre e/o del bambino, l'ostetrica e/o il medico ginecologo possono ritenere opportuno far eseguire un'ecografia durante il terzo trimestre di gravidanza.

Con l'approvazione dei nuovi Lea, i Livelli essenziali di assistenza, questa ecografia viene offerta gratuitamente solo in presenza di un rischio di patologia materna o fetale.

Questa ecografia serve per monitorare la crescita del bambino e controllare la quantità di liquido amniotico e la posizione della placenta.

Non vi sono invece prove di efficacia dell'indagine ecografica condotta nel terzo trimestre allo scopo di individuare anomalie fetali, né prove che l'indagine ecografica del terzo trimestre abbia ricadute su esiti rilevanti relativi alla salute materna e feto neonatale.



## SCREENING PER LE COMPLICANZE MEDICHE DELLA GRAVIDANZA

### Diabete gestazionale

Il diabete gestazionale è una condizione che si verifica per la prima volta in gravidanza ed è caratterizzato da un aumento dei livelli di glicemia (zuccheri presenti nel sangue) della madre sono aumentati.

Un pronto riconoscimento del diabete in gravidanza rappresenta la chiave per un controllo metabolico ottimale, riducendo quindi i rischi connessi a questa condizione.

Al primo appuntamento in gravidanza, l'ostetrica o il medico offriranno a tutte le donne che non riportano determinazioni precedenti, una valutazione della glicemia plasmatica per identificare le donne con diabete preesistente alla gravidanza.

Sono definite affette da diabete preesistente alla gravidanza le donne con valori di glicemia plasmatica a digiuno  $\geq 126$  mg/dl o di glicemia plasmatica random  $\geq 200$  mg/dl. Indipendentemente dalla modalità utilizzata, è necessario che risultati superiori alla norma siano confermati in un secondo prelievo.

Nelle donne con gravidanza fisiologica è raccomandato una stratificazione del rischio di essere portatrice di questa complicanza, utilizzando una serie di fattori di rischio definiti. A 16-18 settimane di gestazione, alle donne che presentano almeno uno dei seguenti fattori di rischio, tra cui:

- Pregresso diabete gestazionale
- Indice di massa corporea (IMC) pregravidico  $\geq 30$
- Riscontro, precedentemente o all'inizio della gravidanza, di valori di glicemia plasmatica compresi fra 100 e 125 mg/dl

**Viene offerta una curva da carico con 75 g di glucosio (OGTT 75 g) e un ulteriore OGTT 75 g a 28 settimane di età gestazionale, se la prima determinazione è risultata normale.**

## SCREENING PER LE COMPLICANZE MEDICHE DELLA GRAVIDANZA

Al contrario, in donne che presentano almeno uno dei seguenti fattori di rischio, tra cui:

- Età  $\geq 35$  anni
- Indice di massa corporea (IMC) pregravidico  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>
- Macrosomia fetale in una gravidanza precedente (peso del neonato  $\geq 4,5$  kg)
- Diabete gestazionale in una gravidanza precedente (anche se con determinazione normale della glicemia a 16-18 settimane)
- Anamnesi familiare di diabete (parente di primo grado con diabete tipo 2)
- Famiglia originaria di aree ad alta prevalenza di diabete (Asia meridionale, Caraibi, Medio Oriente)

**deve essere offerto un OGTT 75 g a 24-28 settimane di età gestazionale.**

Sono definite affette da diabete gestazionale le donne con uno o più valori di glicemia plasmatica superiori ai seguenti valori:

1. Glicemia a digiuno  $< 92$  mg/dl
2. Glicemia dopo 60 minuti  $< 180$  mg/dl
3. Glicemia dopo 120 minuti  $< 153$  mg/dl



# Domande frequenti



## **Cosa fare in caso di OGTT positivo?**

In caso di test di screening positivo, la futura madre deve essere seguita da un medico ginecologo, in collaborazione con lo specialista diabetologo, in modo da monitorare lo stato di compenso metabolico della madre. Nella maggior parte dei casi il diabete gestazionale viene controllato da modifiche della dieta e dall'attività fisica. Tuttavia, in alcuni casi, se dieta e attività fisica non sono sufficienti per controllare il diabete gestazionale, è necessario assumere insulina. Nei casi in cui il diabete gestazionale non viene controllato, c'è il rischio di un'aumentata frequenza di complicazioni della gravidanza e del parto, come pre-eclampsia, macrosomia (crescita eccessiva del bambino) e distocia di spalla (difficoltà della fuoriuscita delle spalle del bambino al parto).

## **Nel diabete gestazionale è necessario eseguire un taglio cesareo?**

Non necessariamente. Nella maggior parte dei casi le future madri con diabete gestazionale non avranno bisogno di un taglio cesareo. Tuttavia, nei casi in cui la crescita del bambino sia troppo elevata il medico potrebbe decidere di eseguire un taglio cesareo.

## **Le madri con diabete gestazionale devono partorire prima?**

Non necessariamente. Nella maggior parte dei casi le future madri con diabete gestazionale potranno partorire al termine di gravidanza. Tuttavia, in alcuni casi, soprattutto quando i livelli degli zuccheri nel sangue non sono controllati o quando la crescita del bambino risulta eccessiva, il medico potrebbe decidere di anticipare il parto.

## **Come bisogna comportarsi dopo il parto?**

Dopo il parto la madre potrà riprendere il proprio stile di vita in quanto nella maggior parte dei casi i livelli degli zuccheri nel sangue si normalizzano dopo aver dato alla luce il proprio bambino. Tuttavia, è opportuno eseguire un OGTT dopo 6 settimane dal parto.

## SCREENING PER LE COMPLICANZE MEDICHE DELLA GRAVIDANZA

### Pre-eclampsia

La pre-eclampsia è una patologia tipica della gravidanza caratterizzata dalla presenza di ipertensione (eccessivo aumento della pressione arteriosa, con valori al di sopra di 140/90 mmHg) e proteinuria (presenza di un aumento significativo delle proteine nelle urine).

Nella maggior parte dei casi la pre-eclampsia insorge nel terzo trimestre di gravidanza. I principali fattori di rischio per l'insorgenza della pre-eclampsia sono rappresentati dalla presenza di una pregressa pre-eclampsia nelle gravidanze precedenti, l'ipertensione prima della gravidanza, il diabete ed l'obesità.

I sintomi della pre-eclampsia possono non essere immediatamente riconosciuti dalla mamma in quanto il segno principale di questa patologia, l'ipertensione, può non essere avvertito soprattutto nelle fasi iniziali.

In alcuni casi l'aumento della pressione arteriosa porterà alla presenza di cefalea. Nei casi più gravi sono presenti altri sintomi tra cui difficoltà visive e dolore addominale.

L'unica cura per la pre-eclampsia è rappresentata dall'espletamento del parto, per questo è opportuno riconoscerne i sintomi ed i segni in modo da poter pianificare il percorso di gestione migliore.

E' buona norma da parte della futura mamma avere misurazioni sporadiche della pressione arteriosa. In caso di presenza di fattori di rischio per la pre-eclampsia, la frequenza delle misurazioni della pressione andranno aumentate.

La pre-eclampsia, soprattutto quando insorge nella fase iniziale del primo trimestre (prima delle 34 settimane di gestazione), può associarsi a restrizione di crescita del feto.

# Domande frequenti



## **Sono stata identificata come una mamma a maggior rischio di pre-eclampsia, cosa devo fare?**

La presenza di fattori di rischio per pre-eclampsia non implica necessariamente che questa si verifichi. È opportuno seguire in questo caso i consigli dell'ostetrica e del ginecologo e avere monitoraggi più frequenti della pressione arteriosa. Se il rischio di pre-eclampsia è noto sin dal primo trimestre di gravidanza o prima delle 16 settimane di gestazione, è utile, previa prescrizione da parte del ginecologo, l'assunzione di Aspirina, che riduce le probabilità che la pre-eclampsia si verifichi e che non nuoce al bambino.

## **La pre-eclampsia può nuocere al mio bambino?**

Non direttamente; tuttavia, in alcuni casi, soprattutto quando insorge in epoche precoci di gravidanza, la pre-eclampsia può associarsi ad un ridotto funzionamento della placenta e far crescere di meno il bambino. Per questo il ginecologo e l'ostetrica organizzeranno delle ecografie aggiuntive per monitorare la crescita del bambino.

## **Cosa devo fare in caso sviluppo sintomi della pre-eclampsia severa?**

In presenza di sintomi specifici per la pre-eclampsia severa, tra cui cefalea, dolore all'addome o difficoltà visive, bisogna recarsi presso l'ospedale più vicino in modo che il team ostetrico possa valutare attentamente la madre ed il bambino e scegliere il percorso di gestione più adatto.

## **Nella pre-eclampsia è necessario eseguire un taglio cesareo?**

No, nella maggior parte dei casi le future madri con pre-eclampsia non avranno bisogno di un taglio cesareo. Tuttavia, nei casi in cui la mamma si presenti con sintomi della pre-eclampsia severa, soprattutto in epoca molto precoce della gravidanza, il ginecologo potrà optare per un taglio cesareo.

## **Dovrò partorire prima?**

Le future mamme con pre-eclampsia di solito partoriscono prima del termine della gestazione. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, soprattutto nelle forme lievi, il parto non avverrà in epoche molto distanti dal termine di gravidanza.

## **Cosa succede dopo il parto?**

Nella maggior parte dei casi i livelli di pressione arteriosa si normalizzano dopo il parto e non vi è necessità di assumere medicine per ridurre i livelli di pressione. Tuttavia, è utile effettuare un controllo con il proprio medico di base circa 6-8 settimane dopo il parto in modo da confermare che la pressione arteriosa si sia normalizzata definitivamente e la proteinuria scomparsa.

## SCREENING PER LE COMPLICANZE MEDICHE DELLA GRAVIDANZA

### Nascita pretermine

Viene definita pretermine una **nascita a meno di 37 settimane complete** ( $\leq 259$  giorni) e a più di 23 settimane complete ( $\geq 161$  giorni) di età gestazionale.

In alcuni casi la nascita pretermine si verifica per l'insorgenza di un parto prematuro spontaneo, mentre in altri casi la nascita pretermine si rende necessaria per la presenza di problematiche a carico della madre o del bambino che inducono i medici a far espletare prima il parto.

Il parto pretermine complica circa il 3% delle gravidanze prima di 34 settimane di gestazione e tra il 6% e il 12% delle gravidanze prima di 37 settimane di gestazione.

I fattori di rischio per una nascita prematura sono molteplici, tra cui un precedente parto prematuro, la presenza di pregressi interventi chirurgici a carico della cervice uterina (collo dell'utero), le gravidanze gemellari, l'aumento del liquido amniotico e la rottura delle membrane amniocoriali ("rottura della acque").

I sintomi i più comuni del parto prematuro sono **l'insorgenza di contrazioni uterine**, le **perdite di liquido amniotico o sangue** ed il **raccorciamento della cervice**. Le future mamme che presentano questi sintomi devono recarsi presso il più vicino ospedale in modo da permettere al ginecologo ed all'ostetrica di valutare il rischio di una nascita pretermine così da mettere in atto un percorso diagnostico e terapeutico ottimale.

Il parto pretermine si associa alla nascita di un bambino prematuro, che può andar incontro ad una serie di complicazioni principalmente al livello dei polmoni e del cervello.

Per questo **una nascita pretermine dovrebbe avvenire idealmente in centri dotati di terapia intensiva neonatale**, al fine di meglio assistere il nascituro.

# Domande frequenti



## **Il rischio di avere una nascita prematura è alto?**

No, il rischio di andar incontro ad una nascita prematura è molto basso nella popolazione generale. Tuttavia, alcune mamme con fattori di rischio riconosciuti (come la presenza di un pregresso parto prematuro o una lunghezza della cervice uterina ridotta all'ecografia) hanno più probabilità di partorire prematuramente. Queste mamme devono recarsi in ospedale o dal proprio ginecologo o ostetrica in modo da pianificare il percorso di assistenza migliore.

## **Quali sono i segni ed i sintomi di nascita prematura a cui dovrei prestare attenzione?**

La presenza di contrazioni uterine, perdite di liquido amniotico o di sangue rappresentano i principali sintomi di una nascita prematura. In questo caso è opportuno recarsi in ospedale.

## **La presenza di questi sintomi porterà sempre ad una nascita prematura?**

No, la maggior parte delle mamme che presentano sintomi di nascita prematura non andranno incontro ad un espletamento del parto. In presenza di questi sintomi, tuttavia, bisogna recarsi dal medico ginecologo o dall'ostetrica in modo da poter meglio definire l'effettivo rischio di partorire prima del termine.

## **Devo assumere medicine in caso abbia questi sintomi?**

No, non dovete assumere farmaci di vostra iniziativa. In presenza di sintomi di una probabile nascita prematura bisogna recarsi in ospedale.

# Domande frequenti



## **Dove devo recarmi in caso sviluppi sintomi di parto prematuro?**

In presenza di sintomi di una probabile nascita prematura bisogna recarsi presso l'ospedale più vicino. Sebbene non tutti gli ospedali siano dotati di terapia intensiva neonatale (e quindi in grado di assistere il bambino per lungo tempo dopo una nascita prematura), è opportuno che la futura mamma si rechi all'ospedale più vicino. Questo perché in alcuni casi una mamma che si presenta con sintomi di parto prematuro può sviluppare delle complicazioni in caso non venga prontamente assistita. Una volta avvenuta la nascita il team di pediatri e neonatologi che hanno assistito il parto provvederanno al trasferimento del bambino in un ospedale dotato di terapia intensiva neonatale.

## **Cosa significa una nascita prematura per il mio bambino?**

Una nascita prematura, soprattutto molto precoce, aumenta il rischio che il bambino possa andar incontro a problematiche particolari, tra cui un aumentato rischio di complicanze a livello polmonare e cerebrale. Tuttavia, più di otto bambini su dieci che nascono dopo le 28 settimane sopravvivono e solo un ridotto numero di questi avrà problematiche serie dipendenti dalla prematurità.

## **Il parto prematuro può essere curato?**

Non vi sono farmaci che possono porre fine definitivamente ad una nascita prematura. In mamme che si presentano prima di 34 settimane con i sintomi di parto prematuro alcuni farmaci possono temporaneamente interrompere le contrazioni per alcuni giorni. Questo tempo è necessario al medico per poter somministrare alla madre due iniezioni di cortisone, un farmaco che aiuta i polmoni del bimbo a svilupparsi, in modo da ridurre il rischio di problemi respiratori alla nascita.

## **Cosa devo fare nelle gravidanze future?**

Mamme che hanno avuto un parto pretermine, soprattutto in epoche molto precoci delle gravidanze devono recarsi dal ginecologo o dall'ostetrica in epoche precoci di gestazione in modo da poter definire al meglio la gestione della gravidanza.

## SCREENING PER LE COMPLICANZE MEDICHE DELLA GRAVIDANZA

### RESTRIZIONE DELLA CRESCITA FETALE

La restrizione di crescita fetale **è una condizione caratterizzata dall'inabilità da parte del feto di sviluppare il proprio potenziale di crescita.**

Può essere dovuta a diverse cause (tra cui infezioni, anomalie dei cromosomi o ridotto funzionamento della placenta).

La restrizione di crescita del bambino può insorgere in epoche precoci o tardive di gravidanza e, a seconda dell'epoca di insorgenza, è associata a problematiche differenti per il bambino.

I fattori di rischio per la restrizione di crescita sono diversi e coinvolgono la mamma (malattie croniche materne), la placenta (ridotta funzione) o il feto (infezioni, anomalie strutturali o genetiche).

Per cui, tutte le mamme che presentano almeno uno di questi fattori di rischio o hanno avuto un bambino con un peso ridotto alla nascita nelle precedenti gravidanze devono avere una valutazione della crescita nel terzo trimestre nelle future gravidanze.

# Domande frequenti



## **Come posso sapere se il mio bambino ha una restrizione della crescita?**

La restrizione della crescita fetale può essere sospettata quando la distanza tra il fondo dell'utero e la sinfisi pubica, una misurazione che le ostetriche prendono ad ogni visita con la futura mamma è inferiore a quanto ci si aspetta. La diagnosi è confermata con l'ecografia misurando diversi parametri del bambino, tra cui la testa, l'addome ed il femore.

## **Devo eseguire sempre un'ecografia nel terzo trimestre per sapere se il mio bambino ha una restrizione di crescita?**

No, non avrai bisogno di eseguire sempre un'ecografia nel terzo trimestre, a meno che non sussistano fattori di rischio per la restrizione di crescita del bambino. L'ostetrica ed il ginecologo valuteranno se avrai bisogno di un'ecografia per confermare che la crescita del bambino procede bene.

## **I miei precedenti bambini avevano un peso normale alla nascita. Devo comunque eseguire un'ecografia per escludere la restrizione di crescita?**

Non necessariamente. Il rischio di restrizione di crescita in utero è molto basso in caso di precedenti gravidanze con bambini normopeso. L'ostetrica eseguirà comunque la misurazione della lunghezza sinfisi-fondo per confermare che le dimensioni della vostra pancia, e quindi del bambino, siano nella norma. Va tuttavia ricordato che la valutazione sinfisi-fondo non è sempre in grado di identificare bambini con restrizione di crescita in utero.

## **Mi è stato riferito che in base all'ecografia il mio bambino è più piccolo? Significa che è affetto da restrizione di crescita fetale?**

Non necessariamente. La maggior parte dei bambini con un peso ridotto all'ecografia sono solo costituzionalmente piccoli e non soffrono di alcuna patologia. E' necessario tuttavia un controllo da parte del ginecologo al fine di confermare che il ridotto peso del bambino sia dovuto a fattori costituzionali.



# Domande frequenti



## **Il mio bambino ha una restrizione di crescita, cosa devo fare?**

Nei casi in cui sia stata diagnosticata una restrizione di crescita, il ginecologo provvederà a valutare con l'ecografia la crescita del bambino ed i flussi di sangue al suo interno in modo da pianificare il parto.

## **Dovrò partorire prima?**

Non necessariamente. Nella maggior parte dei casi, soprattutto quando la restrizione di crescita viene diagnosticata in epoca tardiva di gravidanza, non sarà necessario una nascita prematura.

Tuttavia, in alcuni casi, potrà essere indicato far nascere il bambino prima del termine.

## **Dovrò avere un taglio cesareo per partorire?**

No. Nella maggior parte dei casi, soprattutto quando la restrizione di crescita insorge in epoche avanzate di gravidanza, non sarà necessario un taglio cesareo. In alcuni casi potrà essere richiesta un'induzione del travaglio.

## **Il mio bambino resterà sempre piccolo?**

La restrizione di crescita fetale viene diagnosticata nella maggior parte dei casi sulla base di misurazioni che sono solo di alcuni mm inferiori alla norma. Il potenziale di crescita del bambino al di fuori del grembo materno è influenzato da altri fattori, per cui vostro figlio/a potrà crescere normalmente.

## **Cosa succede dopo la nascita? Il mio bambino avrà bisogno di controlli?**

Dopo la nascita il neonatologo ed il pediatra controlleranno il bambino nelle settimane e nei mesi per confermare che la sua crescita proceda nel migliore dei modi.

## **Cosa devo fare nelle gravidanze future?**

Mamme che hanno avuto un bambino con restrizione della crescita fetale dovranno avere un'ecografia nel terzo trimestre nella gravidanza successiva per confermare che la crescita del bambino sia nella norma. In alcuni casi sarà anche utile valutare la funzione della placenta

nel primo trimestre di gravidanza.



# Se siamo in due.... il mondo dei gemelli

Le gravidanze gemellari più comuni sono quelle bigemine (con due bambini), mentre più rare sono quelle trigemine (tre bambini) o quadrigemine (quattro bambini).

I fattori che possono aumentare la probabilità di avere una gravidanza gemellare sono tra gli altri l'aver avuto gemelli in famiglia, o le tecniche di procreazione assistita.

Ci sono due tipi di gravidanze gemellari:

1. **Gemelli dizigoti** (o non identici), che si verificano quando due ovuli sono fecondati da due diversi spermatozoi.
2. **Gemelli monozigoti** (identici, o comunque molto simili), che si verificano quando un ovulo è fecondato da uno spermatozoo e va successivamente incontro a divisione

Prima della nascita, tuttavia, non è sempre possibile determinare se i gemelli sono dizigoti o monozigoti, per cui durante la gravidanza i gemelli vengono generalmente divisi in base al numero di placente sacchi amniotici in:

- **Gravidanze gemellari bicoriali**, ovvero quando vi sono due placente, una per ciascun bambino. In questo caso ci saranno anche due sacchi amniotici (gravidanza bicoriale biamniotica). In questo caso i gemelli sono nella maggior parte dei casi non identici.
- **Gravidanze gemellari monocoriali**, ovvero quando vi è una sola placenta. In questo caso i gemelli possono avere due sacchi amniotici (gravidanza monocoriale biamniotica) o condividere lo stesso sacco amniotico (gravidanza monocoriale monoamniotica). Tutti i gemelli monocoriali sono identici o molto simili.

# Se siamo in due.... il mondo dei gemelli

La divisione basata sul numero delle placente è fondamentale prima della nascita in quanto i gemelli che condividono una sola placenta possono andar incontro ad un più alto tasso di complicanze.

Queste complicanze, la più comune delle quali è la sindrome da trasfusione gemello-gemello, si verificano perché nelle placente moncoriali ci sono delle comunicazioni vascolari (anastomosi) tra i due cordoni ombelicali. In alcuni queste comunicazioni possono portare ad uno sbilanciato passaggio di sangue da un gemello all'altro creando una complicanza definita Sindrome da trasfusione gemello-gemello.

In virtù della possibilità di questa complicanza, tutte le gravidanze gemellari moncoriali devono essere sottoposte ad ecografia almeno ogni 15 giorni dalla 16 settimana di gestazione per escludere che vi siano segni all'ecografia di quest'anomalia.



La gestione della gravidanza gemellare richiede particolare accortezza e frequenza nei monitoraggi in quanto i gemelli hanno un rischio maggiore di sviluppare alcune complicazioni, tra cui la nascita pretermine e la restrizione di crescita di uno o entrambi i gemelli.

In alcuni casi, nei gemelli sono anche aumentate alcune complicazioni mediche della gravidanza, tra cui il diabete gestazionale e la pre-eclampsia.

# Domande frequenti



## Come posso sapere se la mia gravidanza è gemellare?

Già con l'ecografia del primo trimestre potrai sapere quanti bambini porti in grembo, e, in caso di gravidanza gemellare, di quante placenti è composta.

## Quante ecografie devo fare?

Le gravidanze gemellari richiedono un maggior numero di controlli. Le gravidanze monocoriali devono essere valutate almeno ogni due settimane, mentre quelle bicoriali almeno una volta ogni 3-4 settimane.

## I miei bambini saranno più piccoli?

Il peso alla nascita dei gemelli è generalmente inferiore a quello di un bambino singolo, sebbene questa non sia la regola. Il tuo ginecologo e l'ostetrica monitoreranno la crescita dei tuoi bimbi durante tutta la gravidanza in modo da escludere una restrizione di crescita fetale.

## I gemelli nascono prima?

I gemelli hanno un rischio maggiore di nascita pretermine. Tuttavia, questo non sempre si verifica. Generalmente il parto nelle gravidanze gemellari è anticipato di qualche settimana, a circa 36-37 settimane nelle gravidanze monocoriali biamniotiche e a circa 38 settimane in quelle bicoriali biamniotiche.

## Dovrò necessariamente essere sottoposta ad un taglio cesareo?

Non necessariamente. Il medico e l'ostetrica sceglieranno la modalità del parto che sia di maggior beneficio per te ed i tuoi bambini.

# Corsi di accompagnamento alla nascita



Con il termine di corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) si fa riferimento ad una serie di incontri antecedenti e successivi alla nascita; questi incontri sono rivolti alla coppia con lo scopo di informare, ridurre l'ansia, incrementare la fiducia nelle proprie capacità, coinvolgere il partner e fare della nascita un'esperienza emotivamente positiva.

## Gli obiettivi principali sono:

- esplorare e comprendere le proprie emozioni e i cambiamenti fisici e sociali durante la gravidanza confrontarsi su aspettative e paure rispetto al travaglio, al parto e al successivo prendersi cura del bambino
- conoscere la fisiologia del travaglio, del parto dell'allattamento al seno
- conoscere le modalità per il sollievo del dolore in travaglio
- approfondire i dubbi che nascono da bisogni personali
- accrescere la fiducia nelle proprie competenze

Inoltre, non meno importante, i corsi di accompagnamento alla nascita favoriscono l'acquisizione di conoscenze e competenze utili a riconoscere i segnali di allarme o disagio nella madre e nel bambino per agire con tempestività del modo corretto.

Le donne tramite essi vengono a conoscenza delle risorse personali, sociali e sanitarie disponibili.

# Corsi di accompagnamento alla nascita

In questi incontri ci si può dedicare alla conoscenza e preparazione del proprio corpo, sperimentare movimenti e posizioni utili durante il travaglio e non solo.

Un ruolo fondamentale è dato alla respirazione, fondamentale durante il parto e agli esercizi che la donna può fare durante la gravidanza per concentrarsi su di essa.



## **I temi trattati durante questi incontri non riguardano solo il travaglio di parto ma anche:**

- 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;

# Alimentazione in gravidanza



La gravidanza ci permette di proseguire il nostro stile di vita, senza eccessivi stravolgimenti. La donna anche in gravidanza deve seguire i suoi desideri e non lasciarsi influenzare dalle false notizie.

Un regime alimentare sano è consigliato anche in gravidanza per la salute della mamma, per l'accrescimento del feto, e la futura salute del suo bambino.

Gli ormoni della gravidanza guidano naturalmente la donna verso un'alimentazione adeguata: il desiderio o il rifiuto di alcuni cibi rispetto ad altri, la diversa percezione del gusto, l'esigenza di aumentare il numero dei pasti e diminuirne la quantità, ne sono un segnale.

## **Se si segue una dieta particolare è importante informare l'ostetrica.**

Alcune buone norme da rispettare anche in gravidanza:

- 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, almeno un litro e mezzo al giorno
- 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.

# Alimentazione in gravidanza

L'alimentazione concorre al buon andamento della gravidanza e concorre a determinare un'armonico sviluppo del feto all'interno della mamma. Se non vi sono carenze nutrizionali o altri problematiche, non c'è motivo di modificare il proprio stile alimentare. Bisogna rispettare i propri desideri e, se si segue una dieta particolare, comunicarlo all'ostetrica/ginecologo.

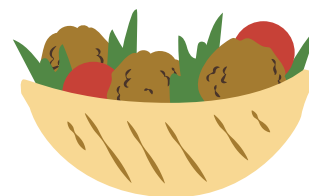
Ci sono alcuni alimenti che se non consumati correttamente possono causare l'insorgenza di alcune malattie dannose per il feto (*Listeria monocytogenes* e *Toxoplasma gondii*).

Se il toxotest è negativo (cioè non si è mai contratta la toxoplasmosi) è necessario proteggersi in gravidanza e quindi occorre:

- lavare bene frutta e verdura
- evitare di mangiare carne cruda e di farla mangiare ai gatti, e carne conservata come prosciutto o salame
- 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.

## **evitare anche per la listeriosi e salmonella:**

- formaggi a pasta molle derivati da latte crudo e muffe, come Camembert, Brie e formaggi con venature blu
- patè, inclusi quelli di verdure
- fegato e prodotti derivati
- cibi pronti crudi o semi crudi
- frutti di mare crudi come cozze e ostriche
- pesce che può contenere un'alta concentrazione di metil-mercurio, come tonno (il consumo deve essere limitato a non più di due scatolette di media grandezza o una bistecca di tonno a settimana), pesce spada, squalo
- latte crudo non pastorizzato

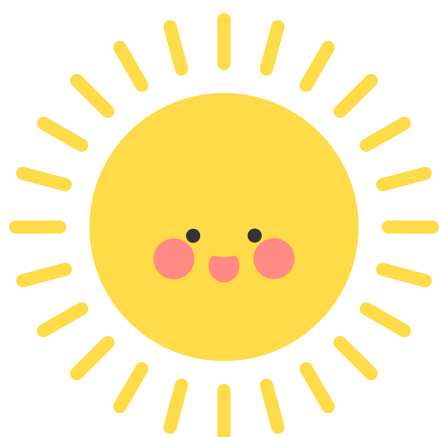




# Integratori

## Acido Folico

L'**Acido Folico** è l'unico integratore alimentare di cui è scientificamente dimostrata l'utilità per ogni donna a partire da almeno un mese prima del concepimento e nei primi tre mesi di gravidanza (la dose raccomandata è di 0,4 milligrammi al giorno).



## Vitamina D

Altri integratori alimentari sono necessari solo in particolari condizioni cliniche: la **Vitamina D**, quando c'è una scarsa esposizione al sole o si segue una dieta vegana (nella quale è importante anche integrare con vitamina B12 e calcio).

## Ferro

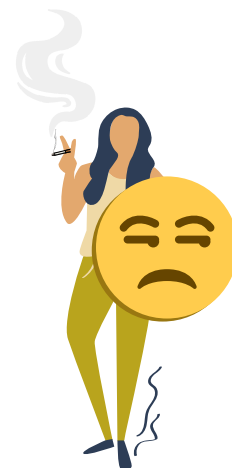
Il Ferro quando è accertata la presenza di anemia da carenza di Ferro.



# Altre informazioni utili

## 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. Inoltre, causa danni alla placenta che garantisce il nutrimento e la crescita del feto.



Si consiglia di **non assumere alcolici** durante il periodo dell'intera gravidanza.

I danni più frequenti sono: aborto spontaneo, malformazioni fetali, ritardo di crescita fetale, ritardo mentale dopo la nascita.

Non esiste una dose sicura di alcool da rispettare per evitare i danni e ridurre il rischio.



Se vi sono **difficoltà**, è necessario consultare i servizi specializzati nella **cura** e nell'**aiuto**.

# Altre informazioni utili

## Sostanze stupefacenti

L'uso abituale di tali sostanze in gravidanza è assolutamente vietato e comporta gravissimi danni per la salute della madre e del bambino tra cui aborto spontaneo, malformazioni fetali, parto pre-termine, ridotta crescita fetale, crisi di astinenza del bambino alla nascita, morte in utero o nei primi mesi dopo la nascita, alterazioni del comportamento e dell'apprendimento del bambino durante la crescita.

## Rapporti sessuali

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

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

## Attività fisica

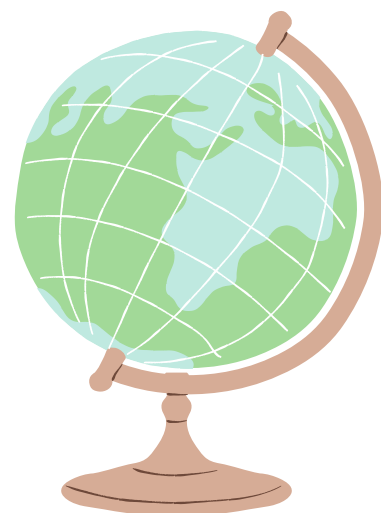
Una moderata attività fisica in gravidanza, (camminate, nuoto) si associa ad un miglioramento generale del benessere fisico e migliora il metabolismo del glucosio. Sono al contrario da evitare attività che richiedano un intenso sforzo muscolare, sport particolarmente pesanti o a rischio di caduta.



# Altre informazioni utili

## Viaggi

La gravidanza non rappresenta una controindicazione ai 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](#)).



Alcuni viaggi impongono una prolungata immobilità; in questi casi si consiglia l'uso di calze elastiche compressive. Per quanto riguarda i viaggi in aereo, 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.

Per quanto riguarda i viaggi in auto, sebbene la legge preveda la possibile esenzione per le donne in stato di gravidanza (Legge 284, 4 agosto, 1989, art. 1, punto f), l'uso della cintura di sicurezza è sempre raccomandato, salvo casi assolutamente eccezionali certificati dal medico curante.

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

# Altre informazioni utili

## Farmaci e gravidanza



L'assunzione di farmaci in gravidanza dovrebbe avvenire solo dopo colloquio con il medico, valutandone attentamente le indicazioni, i benefici ed i potenziali rischi per il bambino.

In caso la madre abbia assunto un farmaco potenzialmente controindicato, andrà organizzato un colloquio con il medico ginecologo. Alternativamente, sul territorio nazionale sono presenti numerosi centri che forniscono una consulenza telefonica immediata in caso la madre abbia assunto farmaci potenzialmente non compatibili con la gestazione.

### A chi rivolgersi in Italia

In Italia, i servizi ai quali è possibile rivolgersi sono:

Centro antiveneni degli Ospedali riuniti di Bergamo: tel. 800883300 attivo 24 ore

Tossicologia perinatale dell'Azienda ospedaliera Careggi di Firenze: tel. 055.7946731 attivo il lunedì ore 14-17, dal martedì al venerdì ore 10-14

Telefono rosso del Policlinico universitario A. Gemelli di Roma: tel. 06.3050077 attivo da lunedì a venerdì ore 9-13

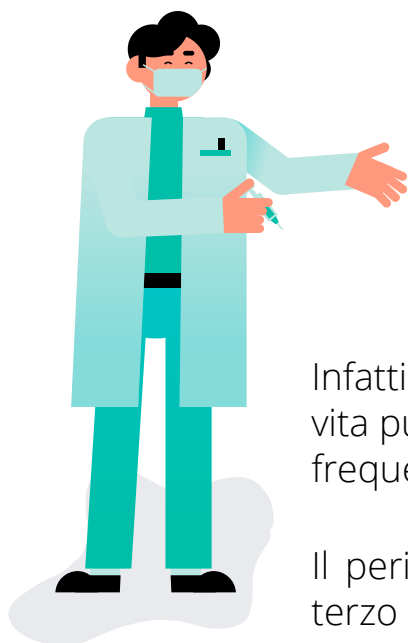
Servizio di informazione teratologica CePIG (Centro per l'informazione genetica) dell'Università degli studi Azienda ospedaliera di Padova: tel. 049.8213530 attivo da lunedì a venerdì ore 11-13

# Vaccinazioni

## Rosolia

Nel periodo pre-concezionale la donna dovrebbe informarsi sui tempi necessari per effettuare il vaccino per la rosolia. La rosolia contratta in gravidanza può comportare malformazione fetale e anche aborto, quindi una corretta prevenzione è indispensabile.

Questo vaccino non può essere effettuato in gravidanza ed è necessario informarsi con il centro vaccinazioni di riferimento sui tempi di attesa dalla somministrazione al concepimento, proprio perché può avere esiti negativi anche e soprattutto nello stato embrionale.



## dTpa (difterite, tetano, pertosse)

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 terzo trimestre di gravidanza, idealmente intorno alla 28° settimana, al fine di consentire alla gestante la produzione di anticorpi sufficienti e il conseguente passaggio transplacentare.

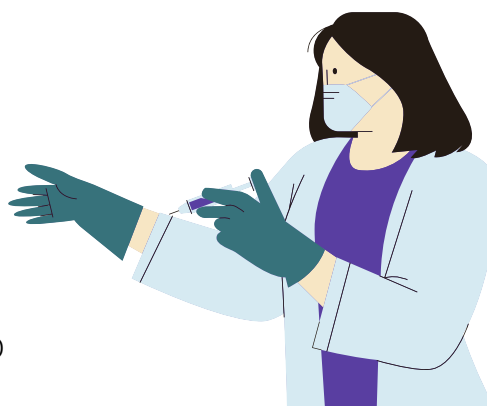
Il vaccino dTpa si è dimostrato sicuro sia per la donna in gravidanza sia per il feto.



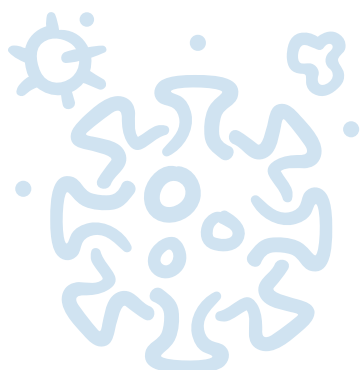
# Vaccinazioni

## Anti-influenzale

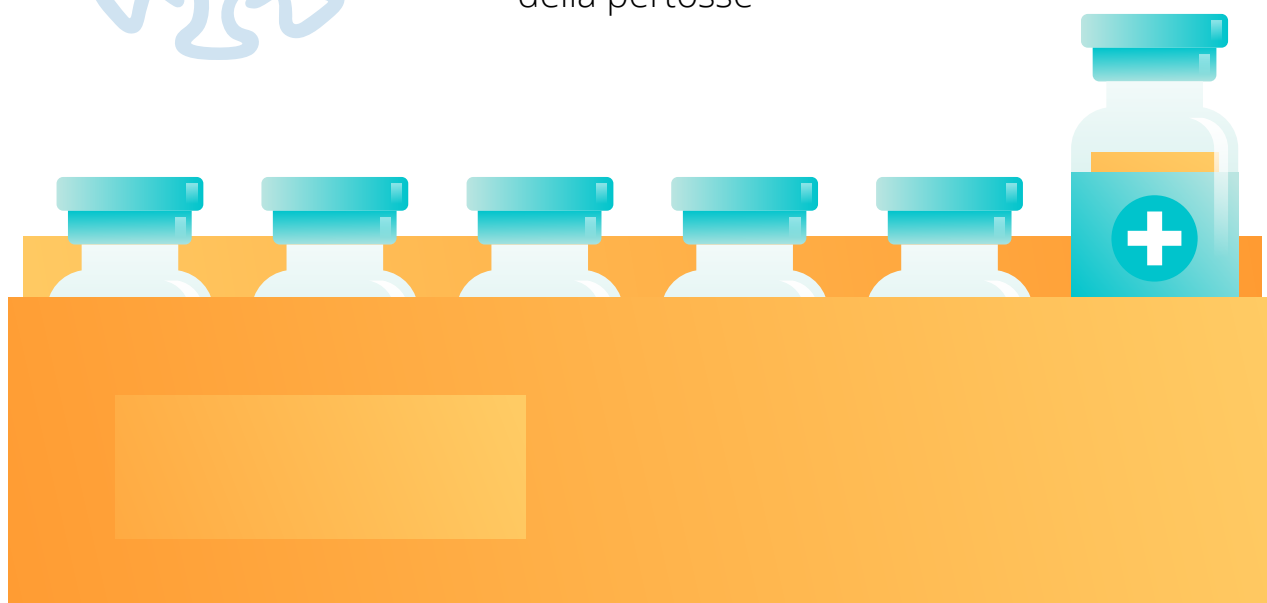
La vaccinazione anti-influenzale è raccomandata e offerta gratuitamente alle donne che all'inizio della stagione epidemica dell'influenza si trovino nel secondo o terzo trimestre di gravidanza.



## SARS-CoV-2 (COVID-19)



La vaccinazione anti SARS-CoV-2 (COVID-19) è raccomandata in gravidanza. In caso la vaccinazione sia eseguita nel terzo trimestre va osservato un intervallo di almeno 15 giorni da quella della pertosse



# Allattamento al seno






Allattare al seno deve essere un piacere per la mamma e il suo bambino e per questo è necessario che la donna sia informata sui vantaggi, sui meccanismi fisiologici e che abbia fiducia nelle sue risorse e nelle competenze del bambino.

È fondamentale che la donna inizi ad entrare a contatto con tutto questo già durante la gravidanza con le giuste informazioni e l'aiuto che le può essere offerto nel percorso nascita.

L'allattamento è uno dei temi affrontati durante i corsi di accompagnamento alla nascita in cui la donna può acquisire delle conoscenze essenziali per poi effettuare una scelta consapevole dopo il parto.



## L'ostetrica affronterà come argomenti:

-  I vantaggi dell'allattamento al seno
-  La corretta posizioni per attaccare al seno il bambino
-  Le possibili posizioni da assumere durante l'allattamento
-  Come evitare un ingorgo mammario
-  Come prevenire le ragadi



# Allattamento al seno



**Il latte della mamma è sempre buono**, è sempre nutriente, la sua quantità non si riduce con il passar del tempo. È normale che, anche ad allattamento avviato, il bambino improvvisamente aumenti il numero delle poppate.

La mamma non deve immediatamente dedurre che ciò sia dovuto ad una riduzione della produzione del suo latte, quando, invece, più probabilmente ciò è dovuto alle aumentate necessità del bambino in crescita.

Il latte, oltre ad accumularsi nel seno tra una poppata e l'altra, viene **prodotto e arricchito di nutrienti** proprio durante la poppata per effetto della suzione del bambino ed è proprio la suzione che mantiene la produzione del latte. **Non ci sono cibi controindicati per la donna che allatta**, anzi un'alimentazione varia e completa arricchisce maggiormente le sostanze nutritive del latte materno.

I consigli per un corretto attaccamento al seno sono utili per prevenire le ragadi, ponendo attenzione alla presa corretta dell'areola e del capezzolo, senza avere remore a staccarlo e a riposizionarlo ogni volta che il bimbo si attacca provocando dolore.

Occorre aiutare il neonato a prendere il seno con la bocca ben aperta senza timore di chiedere aiuto alle infermiere e alle ostetriche del Punto Nascita in caso di difficoltà. L'unica cura efficace per guarire una ragade è aiutare il piccolo ad attaccarsi bene al seno. Nei primi giorni di puerperio è importante utilizzare il colostro come cicatrizzante naturale per prevenire le ragadi, semplicemente cospargendone qualche goccia sul capezzolo. Inoltre, esiste una tecnica corretta per fare la spremitura manuale dell'areola per aiutare la mamma, se necessario, a prevenire l'ingorgo mammario e a gestire una montata latte dolorosa.

# Diritti in gravidanza

I professionisti devono adeguatamente informare le donne delle tutele normative previste per la gravidanza e la maternità, organizzate nel D.Lgs. 151/2001 Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità a norma dell'art. 15 della legge 8/3/2000, n. 53.

## **La donna lavoratrice dipendente 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
- al divieto di licenziamento che decorre dall'inizio della gravidanza fino al compimento di 1 anno di età del bambino
- a non essere sottoposta a lavori gravosi e/o 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 la donna 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.

# Diritti in gravidanza

Inoltre, entrambi i genitori lavoratori dipendenti hanno diritto ad un periodo di astensione facoltativa (congedo parentale), retribuita al 30% dello stipendio solo entro il terzo anno di vita del bambino, di cui si può fruire dopo il periodo di astensione obbligatoria ed entro l'8° anno di vita del bambino.

Può spettare 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 non lavoratrici, 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 senza permesso di soggiorno possono rivolgersi al Consultorio ed alle Associazioni di Volontariato che offrono accoglienza, informazioni, assistenza poiché la legge italiana garantisce l'assistenza sanitaria anche coloro che non detengono regolari documenti. Le mamme in queste condizioni possono fare richiesta di permesso di soggiorno per maternità con 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 (DPR 396/2000, art. 30, comma 2), affinché sia assicurata l'assistenza, l'adottabilità e la sua tutela giuridica.







# Scheda della gravidanza



## Scheda della gravidanza

### ANAMNESI

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Se straniera:   Necessità di mediazione linguistica  
 SI            NO

### Coniuge-partner:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Gruppo sanguigno \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_

Rilievi anamnestici (familiarità per malattie genetiche, diabete, ipertensione arteriosa...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anamnesi familiare

Malattie genetiche

- Sì \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_

Diabete

- Sì \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_

Iperensione

- Sì \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_

Tireopatie/Endocrinopatie

- Sì \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_

Trombofilia

- Sì \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_

Altro

---

---

---

---





# Anamnesi personale

Peso \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_

Patologie pregravidiche

---



---



---

Interventi chirurgici

---



---



---

Malattie genetiche

---



---



---

Emoglobinopatie

---



---



---

## Allergie

---

---

## Terapia in corso

---

---

## Alimentazione

---

---

## Minzione

---

---

## Alvo

---

---

### Fumo

- Sì  
 No

### Alcol

- Sì  
 No

### Sostanze stupefacenti

- Sì  
 No



# Anamnesi ostetrico-ginecologica

ultima mestruazione \_\_\_\_\_ Data presunta del parto \_\_\_\_\_

Ridatazione ecografica \_\_\_\_\_ Data presunta del parto \_\_\_\_\_

Cicli regolari

- Sì \_\_\_\_ ogni \_\_\_\_\_
- No

Ultimo PAP TEST

---



---

Patologie ginecologiche

---



---



---

Interventi chirurgici ginecologici

---



---



---



Parità \_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_

Parto eutocico \_\_\_\_\_

Parto distocico \_\_\_\_\_

TC \_\_\_\_\_

Aborto \_\_\_\_\_

IVG \_\_\_\_\_

Nato vivo \_\_\_\_\_

Nato morto \_\_\_\_\_

MENOMAZIONI FETALI/NEONATALI \_\_\_\_\_

ABORTI SPONTANEI RICORRENTI ( $\geq 3$ ) E ABORTI 2° TRIMESTRE \_\_\_\_\_

PRECEDENTE NEONATO CON PESO ALLA NASCITA < 2.550 GR. \_\_\_\_\_

PRECEDENTE NEONATO CON PESO ALLA NASCITA > 4.500 GR. \_\_\_\_\_

IPERTESIONE O PRECLAMPSIA/ECLAMPSIA/S. HELLP NELLA \_\_\_\_\_

## Agenda della Gravidanza



SI     NO    PRECEDENTE GRAVIDANZA \_\_\_\_\_

SI     NO    PRECEDENTE MORTE ENDOUTERINA O NEONATALE

SI     NO    PREGRESSO PARTO PRETERMINE

SI     NO    PREGRESSE PATOLOGIE PLACENTARI

SI     NO    PREGRESSA ISOIMMUNIZZAZIONE

SI     NO    MALFORMAZIONI UTERINE E/O MIOMI

SI     NO    TAGLIO CESAREO O ALTRA PREGRESSA CHIRURGIA UTERINA

### Note

---



---



---



---



---



---



---



---



# VALUTAZIONE DEL RISCHIO

## ANAMNESI GENERALE

- SI
- NO

NOTE \_\_\_\_\_

## DIABETE MELLITO

\_\_\_\_\_

## IPERTENSIONE ARTERIOSA (ATTUALE E PREGRESSA)

\_\_\_\_\_

## PATOLOGIE CARDIACHE

\_\_\_\_\_

## TROMBOEMBOLIE PREGRESSE

\_\_\_\_\_

## EMOGLOBINOPATIE

\_\_\_\_\_

## DIFETTI CONGENITI DELLA COAGULAZIONE E DIATESI EMORRAGICA

\_\_\_\_\_

## PATOLOGIE RENALI E/O UROLOGICHE

\_\_\_\_\_

## PATOLOGIE CRONICHE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

\_\_\_\_\_

Agenda della Gravidanza



PATOLOGIA AUTOIMMUNE

---

PATOLOGIE EPATICHE

---

IPOTIROIDISMO MANIFESTO

---

ALTRA PATOLOGIA ENDOCRINA

---

PATOLOGIE ONCOLOGICHE

---

USO DI ALCOOL IN GRAVIDANZA

---

USO DI DROGHE

---

FUMO IN GRAVIDANZA

---

ASSUNZIONE CRONICA DI FARMACI

---

PATOLOGIE GENETICHE FAMILIARI

---

PATOLOGIE INFETTIVE CRONICHE (HIV, HCV, HBV, TUBERCOLOSI, SIFILIDE)

---

PATOLOGIE PSICHIATRICHE IN TRATTAMENTO

---

PATOLOGIE NEUROLOGICHE IN TRATTAMENTO

---

BMI<18 MALNUTRIZIONE

---

BMI >35 OBESITÀ

---

CONDIZIONE SOCIALE SFAVOREVOLE

---

DATI DI LABORATORIO ANOMALI

---

ALTRO

---

---

---

---

---



## VALUTAZIONI SUCCESSIVE DEI FATTORI DI RISCHIO

DATA

---

FATTORI DI RISCHIO

- Si  
 No

DATA

---

FATTORI DI RISCHIO

- Si  
 No

DATA

---

FATTORI DI RISCHIO

- Si  
 No

DATA

---

FATTORI DI RISCHIO

- Si  
 No

DATA

---

FATTORI DI RISCHIO

- Si  
 No



.....

## DIARIO OSTETRICO

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

**Epoca di gestazione:** \_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_\_

**Pressione arteriosa:** \_\_\_\_\_

**Note:** \_\_\_\_\_

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

**Firma** \_\_\_\_\_

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

**Epoca di gestazione:** \_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_\_

**Pressione arteriosa:** \_\_\_\_\_

**Note:** \_\_\_\_\_

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

**Firma** \_\_\_\_\_



# DIARIO OSTETRICO

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

**Epoca di gestazione:** \_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_\_

**Pressione arteriosa:** \_\_\_\_\_

**Note:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

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

**Epoca di gestazione:** \_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_\_

**Pressione arteriosa:** \_\_\_\_\_

**Note:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_



.....

## DIARIO OSTETRICO

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

**Epoca di gestazione:** \_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_\_

**Pressione arteriosa:** \_\_\_\_\_

**Note:** \_\_\_\_\_

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

**Firma** \_\_\_\_\_

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

**Epoca di gestazione:** \_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_\_

**Pressione arteriosa:** \_\_\_\_\_

**Note:** \_\_\_\_\_

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

**Firma** \_\_\_\_\_



# DIARIO OSTETRICO

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

**Epoca di gestazione:** \_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_\_

**Pressione arteriosa:** \_\_\_\_\_

**Note:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

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

**Epoca di gestazione:** \_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_\_

**Pressione arteriosa:** \_\_\_\_\_

**Note:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_



## DIARIO DEGLI ESAMI



ESAMI	DATA	EPOCA DI GESTAZIONE	VALORI
Gruppo e fattore Rh			
Coombs indiretto			
Emoglobina			
Globuli bianchi			
Piastrine			
Glicemia			
Esame urine			
Urinocoltura			
GOT/GTP			
Ferritinemia			
Rubeotest			
Toxotest			
CMV			
VDRL/TPHA			
HBsAg			
HIV			
HCV			
OGTT			
Tampone vaginale e rettale per streptococco beta emolitico			
Altro			
Altro			
Altro			



## DIARIO DEGLI ESAMI

ESAMI	DATA	EPOCA DI GESTAZIONE	VALORI
Gruppo e fattore Rh			
Coombs indiretto			
Emoglobina			
Globuli bianchi			
Piastrine			
Glicemia			
Esame urine			
Urinocoltura			
GOT/GTP			
Ferritinemia			
Rubeotest			
Toxotest			
CMV			
VDRL/TPHA			
HBsAg			
HIV			
HCV			
OGTT			
Tampone vaginale e rettale per streptococco beta emolitico			
Altro			
Altro			
Altro			



## DIARIO DEGLI ESAMI



ESAMI	DATA	EPOCA DI GESTAZIONE	VALORI
Gruppo e fattore Rh			
Coombs indiretto			
Emoglobina			
Globuli bianchi			
Piastrine			
Glicemia			
Esame urine			
Urinocoltura			
GOT/GTP			
Ferritinemia			
Rubeotest			
Toxotest			
CMV			
VDRL/TPHA			
HBsAg			
HIV			
HCV			
OGTT			
Tampone vaginale e rettale per streptococco beta emolitico			
Altro			
Altro			
Altro			





## DIARIO DEGLI ESAMI

ESAMI	DATA	EPOCA DI GESTAZIONE	VALORI
Gruppo e fattore Rh			
Coombs indiretto			
Emoglobina			
Globuli bianchi			
Piastrine			
Glicemia			
Esame urine			
Urinocoltura			
GOT/GTP			
Ferritinemia			
Rubeotest			
Toxotest			
CMV			
VDRL/TPHA			
HBsAg			
HIV			
HCV			
OGTT			
Tampone vaginale e rettale per streptococco beta emolitico			
Altro			
Altro			
Altro			



## DIARIO DEGLI ESAMI



ESAMI	DATA	EPOCA DI GESTAZIONE	VALORI
Gruppo e fattore Rh			
Coombs indiretto			
Emoglobina			
Globuli bianchi			
Piastrine			
Glicemia			
Esame urine			
Urinocoltura			
GOT/GTP			
Ferritinemia			
Rubeotest			
Toxotest			
CMV			
VDRL/TPHA			
HBsAg			
HIV			
HCV			
OGTT			
Tampone vaginale e rettale per streptococco beta emolitico			
Altro			
Altro			
Altro			



## DIARIO DEGLI ESAMI

ESAMI	DATA	EPOCA DI GESTAZIONE	VALORI
Gruppo e fattore Rh			
Coombs indiretto			
Emoglobina			
Globuli bianchi			
Piastrine			
Glicemia			
Esame urine			
Urinocoltura			
GOT/GTP			
Ferritinemia			
Rubeotest			
Toxotest			
CMV			
VDRL/TPHA			
HBsAg			
HIV			
HCV			
OGTT			
Tampone vaginale e rettale per streptococco beta emolitico			
Altro			
Altro			
Altro			



## LE MIE ECOGRAFIE

### I TRIMESTRE

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

**Epoca di gestazione:** \_\_\_\_\_

**Lunghezza vertice sacro:** \_\_\_\_\_

**Diametro biparietale:** \_\_\_\_\_

**Traslucenza nucale (se eseguita):** \_\_\_\_\_

**Altro:** \_\_\_\_\_

### II TRIMESTRE

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

**Epoca di gestazione:** \_\_\_\_\_

**Placenta:** \_\_\_\_\_

**Lunghezza cervicale** \_\_\_\_\_

**Presentazione** \_\_\_\_\_

**Liquido amniotico** \_\_\_\_\_

**Diametro biparietale:** \_\_\_\_\_ (...percentile)

**Circonferenza cranica:** \_\_\_\_\_ (...percentile)

**Circonferenza addominale:** \_\_\_\_\_ (...percentile)

**Lunghezza del femore:** \_\_\_\_\_ (...percentile)

**Stima del peso fetale:** \_\_\_\_\_ (...percentile)

**Altro:** \_\_\_\_\_

# LE MIE ECOGRAFIE

## III TRIMESTRE (se indicato)

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

**Epoca di Gestazione:** \_\_\_\_\_

**Placenta:** \_\_\_\_\_

**Presentazione:** \_\_\_\_\_

**Liquido amniotico:** \_\_\_\_\_

**Diametro biparietale:** \_\_\_\_\_ **(percentile)**

**Circonferenza cranica:** \_\_\_\_\_ **(percentile)**

**Circonferenza addominale:** \_\_\_\_\_ **(percentile)**

**Lunghezza del femore:** \_\_\_\_\_ **(percentile)**

**Stima del peso fetale:** \_\_\_\_\_ **(percentile)**

**Altro:** \_\_\_\_\_



## LE MIE ECOGRAFIE

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

**Epoca di Gestazione:** \_\_\_\_\_

**Placenta:** \_\_\_\_\_

**Presentazione:** \_\_\_\_\_

**Liquido amniotico:** \_\_\_\_\_

**Diametro biparietale:** \_\_\_\_\_ (percentile)

**Circonferenza cranica:** \_\_\_\_\_ (percentile)

**Circonferenza addominale:** \_\_\_\_\_ (percentile)

**Lunghezza del femore:** \_\_\_\_\_ (percentile)

**Stima del peso fetale:** \_\_\_\_\_ (percentile)

**Altro:** \_\_\_\_\_

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

**Epoca di Gestazione:** \_\_\_\_\_

**Placenta:** \_\_\_\_\_

**Presentazione:** \_\_\_\_\_

**Liquido amniotico:** \_\_\_\_\_

**Diametro biparietale:** \_\_\_\_\_ (percentile)

**Circonferenza cranica:** \_\_\_\_\_ (percentile)

**Circonferenza addominale:** \_\_\_\_\_ (percentile)

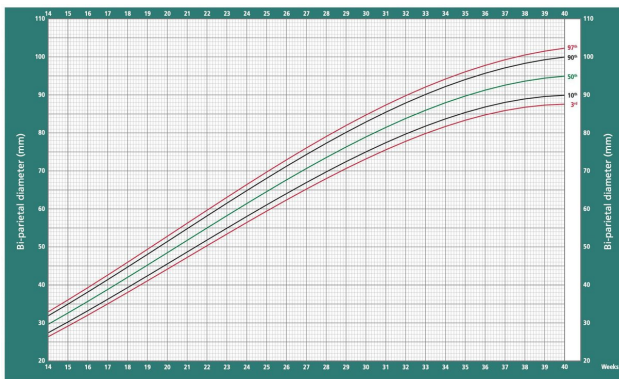
**Lunghezza del femore:** \_\_\_\_\_ (percentile)

**Stima del peso fetale:** \_\_\_\_\_ (percentile)

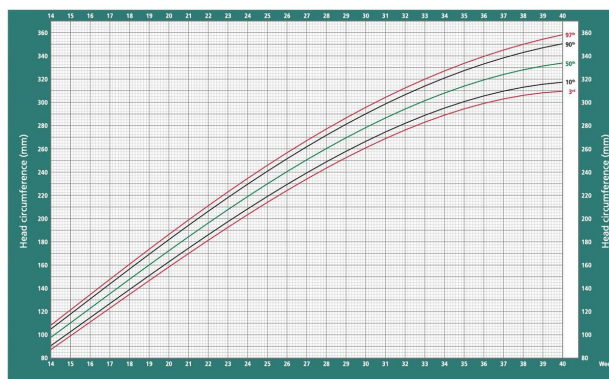
**Altro:** \_\_\_\_\_

# Come cresce il mio bimbo... Le curve di crescita fetali

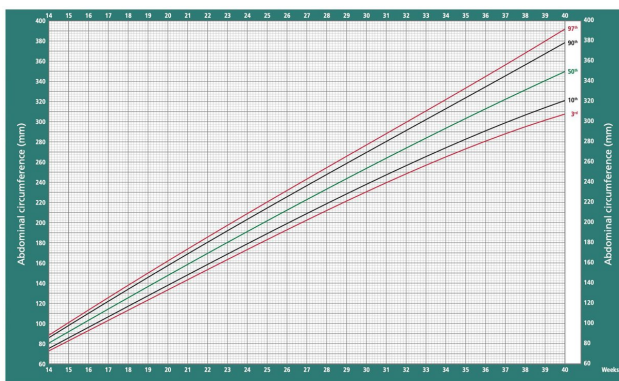
**Diametro biparietale**



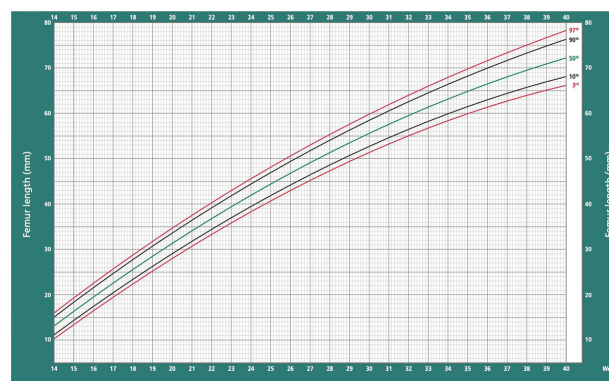
**Lunghezza del femore**



**Circonferenza addominale**



**Circonferenza cranica**



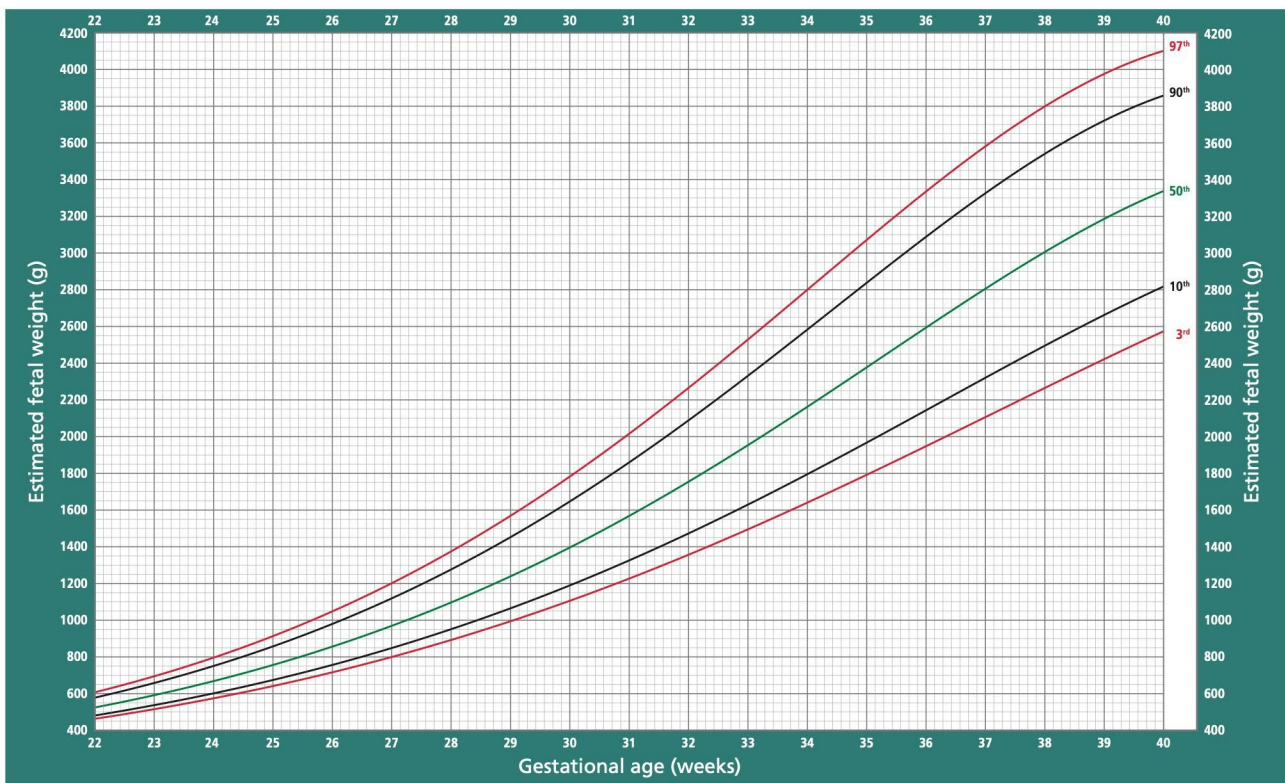
© University of Oxford

Stirnemann et al. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016



## Come cresce il mio bimbo... Le curve di crescita fetali

### Stima del peso fetale



© University of Oxford

Stirnemann et al. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016





## Alla fine del viaggio...le informazioni sul parto

### PARTO

Parto avvenuto in data: \_\_\_\_\_

Epoca di gestazione al parto: \_\_\_\_\_ settimane + \_\_\_\_\_ Giorni

Travaglio  Spontaneo  Indotto con \_\_\_\_\_

Rottura del sacco amniotico  Spontaneo  Artificiale

Modalità del parto:  Eutocico  Distocico  Taglio cesareo

Secondamento  Spontaneo  Manuale

Profilassi anti-D \_\_\_\_\_

### NEONATO

Sesso: \_\_\_\_\_

Apgar \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Rianimazione neonatale:

- No  Immediato  
 Sì, con Taglio del funicolo  Ritardato

Contatto pelle a pelle:

- Sì  
 No

Allattamento :

- Precoce  
 Ritardato

## Alla fine del viaggio...le informazioni sul parto

### ESAME CLINICO DELLA PUERPERA ALLA DIMISSIONE

Perineo:  Integro

Episiotomia (tipologia \_\_\_\_\_) Lacerazione spontanea (grado \_\_\_\_\_)

Cicatrice laparotomica (mettere crocette)  Si  No

Emorroidi  Si  No

Alvo:  Regolare  Irregolare

Minzione:  Regolare  Irregolare

### ALLATTAMENTO ALLA DIMISSIONE

Nella struttura presenza di rooming in  Si  No

Allattamento  Materno esclusivo  
 Complementare  
 Artificiale

**REGIONE  
ABRUZZO**

