

agenda di gravidanza di



IN CASO DI SMARRIMENTO RESTITUIRE A:

Incollare qui l'etichetta adesiva n. 00

Indice

BILANCI DI SALUTE / DIARIO CLINICO

• <i>Sommario degli appuntamenti</i>	pag. 9
• <i>Riferimenti vostro Percorso Nascita</i>	pag. 10
• <i>Attestato di gravidanza</i>	pag. 11
• <i>Schede anamnesi</i>	pag. 13
• <i>Diario clinico</i>	pag. 20
• <i>Grafico dell'accrescimento fetale</i>	pag. 24
• <i>Tabella esami</i>	pag. 25
• <i>Bilancio di salute della 36° settimana</i>	pag. 26
• <i>Piano assistenza tra 37 e 41 settimane</i>	pag. 31
• <i>Piano di assistenza oltre le 41 sett.</i>	pag. 32
• <i>Bilanci di salute in puerperio</i>	pag. 33

IMPEGNATIVE PER ESAMI	pag. 35
------------------------------	---------

PERCORSO SCREENING PRENATALE	pag. 73
-------------------------------------	---------

ASSISTENZA ADDIZIONALE

• <i>Modulo Screening DPP</i>	pag. 87
• <i>Emergenze - Urgenze</i>	pag. 89

SCELTE PER IL PERCORSO NASCITA

• <i>Consenso per HIV</i>	pag. 92
• <i>Incontri di accompagnamento alla nascita</i>	pag. 93
• <i>Scelte per il parto</i>	pag. 94
• <i>Luogo del parto</i>	pag. 95
• <i>Sostegno in travaglio e parto</i>	pag. 96
• <i>Stile di accoglienza al neonato</i>	pag. 99
• <i>Allattamento</i>	pag. 101
• <i>Donazione del sangue cordonale</i>	pag. 102

PER SAPERNE DI PIÙ

• <i>Stili di vita e gravidanza</i>	pag. 104
• <i>Anamnesi</i>	pag. 108
• <i>La crescita del feto</i>	pag. 113
• <i>Ecografie</i>	pag. 114
• <i>Diagnostica prenatale</i>	pag. 116
• <i>Bilancio di salute 36-37 settimane</i>	pag. 118
• <i>Fisiologia del travaglio e del parto</i>	pag. 120
• <i>I primi giorni dopo la nascita</i>	pag. 123
• <i>Fisiologia dell'allattamento al seno</i>	pag. 125
• <i>Puerperio</i>	pag. 128
• <i>Diventare padre</i>	pag. 129
• <i>A casa con il bambino</i>	pag. 130
• <i>Glossario dei termini tecnici</i>	pag. 132

MATERNITÀ E DIRITTI	pag. 139
----------------------------	----------

Per leggere più rapidamente l'Agenda è utile sapere che...

L'Agenda è composta da **7 rubriche** che permettono di accedere rapidamente ai contenuti di ciascuna sezione:

 il **colore verde** e il simbolo  identificano le sezioni e le pagine che contengono le informazioni e gli approfondimenti utili a tutte le donne in gravidanza.

 il **colore bianco** e il simbolo  identificano le sezioni da compilare con i dati personali e clinici della donna a cura dei professionisti che seguono la gravidanza.

Gli argomenti trattati nell'Agenda seguono lo svolgersi della gravidanza nel tempo: è consigliabile **leggerli di volta in volta** con il progredire della gravidanza.

- L'asterisco **rosso (*)** indica che valide prove scientifiche supportano le raccomandazioni indicate per l'assistenza. Altre voci che non hanno l'asterisco fanno parte della buona pratica clinica.
- Si è cercato di usare il più possibile termini di uso corrente. Quelli di uso meno frequente sono stati evidenziati in **colore blu** e sono spiegati nel capitolo "Per saperne di più" (pag. 104) e nel glossario di pagina 132.

Presentazione

La Regione Piemonte ha realizzato questa agenda affinché ogni donna possa seguire e comprendere meglio l'andamento della propria gravidanza e possa viverla con maggiore serenità.

L'**Agenda di gravidanza** accompagna la donna durante tutto il **percorso nascita¹** e fornisce a lei e ai professionisti sanitari la cartella sanitaria per riportarvi i dati clinici.

Fiducia e collaborazione tra la donna e i servizi socio-sanitari sono fondamentali per promuovere la salute della donna e del bambino e per fornire loro la migliore assistenza. Altrettanto fondamentale è la collaborazione tra i diversi servizi che si intrecciano nell'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio. Una cartella sanitaria unica durante tutto il percorso ne è una garanzia.

L'Agenda mette a disposizione della donna le schede cliniche per registrare il decorso della gravidanza, le impegnative per gli esami, informazioni e consigli. Il servizio o il medico di riferimento aggiungeranno quanto necessario per la donna che abbia bisogno di **assistenza addizionale o specialistica**.

Sono inoltre indicati i servizi (consultori, medici di medicina generale, ambulatori specialistici, laboratori di analisi, servizi di ecografia, punti nascita) che le **ASL** di residenza mettono a disposizione delle donne in gravidanza per realizzare un percorso nascita accessibile e rispettoso delle scelte personali di ognuna. L'accesso ai consultori e ai punti nascita **non richiede impegnativa del medico curante**; per gli ambulatori specialistici e i laboratori di analisi invece è richiesta l'impegnativa.

La lettura dell'Agenda di Gravidanza e la compilazione delle schede cliniche sono essenziali per facilitare scelte informate e appropriate da parte della donna/coppia² e da parte degli operatori sanitari. L'unicità di ogni donna, di ogni uomo, di ogni coppia e di ogni bambino³ rivela innumerevoli modi di affrontare il percorso della gravidanza e l'evento nascita. Tale unicità sarà preservata mettendo al centro del percorso le proprie scelte; proprio per questo è fondamentale disporre di informazioni complete e imparziali sulle diverse alternative assistenziali. L'Agenda di Gravidanza può essere uno strumento-guida per effettuare consapevolmente le proprie scelte.

Le informazioni e le **evidenze scientifiche** qui raccolte possono aiutare ad operare tali scelte. Una **scelta informata** si basa su informazioni oggettive e sulla consapevolezza dei bisogni e delle sensazioni di ciascuna donna.

La lettura dell'Agenda deve essere completata con le spiegazioni che si possono ricevere dialogando con gli operatori sanitari (l'ostetrica, il ginecologo, il medico di medicina generale, il pediatra).

Ulteriori informazioni si possono trovare su siti web (pag. 134) o su pubblicazioni divulgative.

Le conoscenze scientifiche in rapida evoluzione e le possibili variazioni dell'organizzazione dei servizi richiedono revisioni periodiche dell'Agenda.

Prima stampa 15 luglio 2009

Aggiornamento gennaio 2019

1 Il **PERCORSO NASCITA** è l'insieme delle prestazioni offerte dalla Regione Piemonte per promuovere la salute della donna e del bambino e per fornire adeguata assistenza in gravidanza, al travaglio, al parto e successivamente durante l'allattamento ed il puerperio. Delibera Regionale n. 34 - 8769 del 12/05/2008 consultabile sul sito della Regione Piemonte. Le prestazioni di base del Percorso Nascita, suddivise in trimestri, sono quelle indicate nel **Profilo Assistenziale per il Monitoraggio della Gravidanza Fisiologica** (Protocollo n. 15642 del 19 giugno 2013), concordato tra gli operatori consultoriali e ospedalieri della Regione Piemonte.

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

3 Di seguito con il termine bambino si intenderà sia bambna che bambino.

Cos'è l'Agenda di Gravidanza

L'**Agenda di Gravidanza** è uno strumento di comunicazione e collaborazione tra la donna e i professionisti che operano nell'ambito del Percorso Nascita, che si presenta come:

- **documento** personale sul quale riportare i dati della donna e della sua gravidanza.
- **raccoglitore** che permette alla donna di avere una documentazione ordinata e completa per ciò che riguarda la propria salute e quella del suo bambino.
- **strumento** per gli operatori che possono così disporre di tutti i dati raccolti sulla donna e sul nascituro e condividere con altri operatori una conoscenza esauriente della loro storia.
- **mezzo informativo** che indica alla donna le tappe del percorso nascita e le fornisce le informazioni necessarie per la promozione della sua salute, aiutandola a scegliere tra i vari modelli assistenziali proposti.
- **strumento di collaborazione** tra la donna e i professionisti sanitari che favorisce la condivisione delle scelte e il miglioramento della qualità assistenziale.

I **dati** riportati sull'agenda costituiscono il **patrimonio di informazioni** necessarie per un'assistenza appropriata e personalizzata. Tutti i dati personali inseriti nell'Agenda o comunicati agli operatori durante gli incontri/colloqui sono tutelati dalla Legge sulla Privacy attualmente vigente e fanno parte della relazione donna/ostetrica-medico.

Le **informazioni** contenute nell'Agenda sono un contributo al consenso informato che qualifica ogni atto medico. Il consenso informato è la dichiarazione della persona che, avendo ricevuto le informazioni sulla sua situazione di salute e su possibili indagini e/o interventi terapeutici, avendone compreso i rischi e i vantaggi, acconsente al trattamento proposto. Attraverso il consenso informato si formalizza la collaborazione tra la donna e gli operatori.

Per continuare il dialogo e la collaborazione tra operatori e famiglia, alla nascita del bambino sarà consegnata ai genitori l'"Agenda della Salute del Bambino" che consentirà di raccogliere le informazioni utili alla realizzazione del percorso di salute del loro bambino, privilegiando la prevenzione e l'assistenza appropriata.

Come si usa l'Agenda di Gravidanza

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

- **consultata** dalla donna per avere informazioni sulla fisiologia della gravidanza, del parto e del puerperio
- **compilata dalla donna** con i propri dati e le preferenze rispetto alle scelte possibili
- **compilata e aggiornata dagli operatori** (pubblici o privati) che la donna avrà scelto per la sua gravidanza
- **integrata** con eventuali referti di consulenze specialistiche, ricoveri ospedalieri, passaggi in Pronto Soccorso, esami di laboratorio (nelle apposite buste trasparenti)
- **portata al Punto Nascita** dove andrà a partorire
- **arricchita** dal Servizio Sanitario Regionale con messaggi di educazione e promozione della salute e prevenzione, che la donna conserverà nell'Agenda

L'Agenda di Gravidanza contiene le **impegnative** per le prestazioni di base, esenti ticket, previste dal Profilo Assistenziale per la Gravidanza Fisiologica. Tali impegnative devono essere completate inserendo le etichette adesive con il codice a barre, secondo le indicazioni di pag. 36.

L'**etichetta n. 00** andrà posizionata sulla prima pagina dell'Agenda e identificherà insieme al nome e cognome della donna, la sua copia personale ed esclusiva.

PERCORSO DI GRAVIDANZA: BILANCI DI SALUTE

Il percorso nascita dal punto di vista clinico è dato dalla successione dei **Bilanci di Salute** materno-fetale effettuati nel corso della gravidanza, travaglio, parto, puerperio.

I dati clinici di ciascun Bilancio sono contenuti nella sezione **DIARIO CLINICO: BILANCI DI SALUTE**; il “Sommaro degli incontri” elenca i temi propri di ciascun Bilancio di Salute; la sezione **PER SAPERNE DI PIU’** ne approfondisce i singoli temi.

Lo stato di salute della donna influenza l’andamento della gravidanza: una **donna sana**, non portatrice di malattie croniche, che non assume farmaci o droghe, ha elevata probabilità di avere una gravidanza, un parto e dopo-parto normali, e di partorire un neonato sano. La gravidanza con queste caratteristiche viene definita “**gravidanza fisiologica o basso rischio ostetrico**”⁴ (circa 85% delle donne). La donna potrà scegliere se farsi seguire da un’ostetrica oppure da un ginecologo.

Per la donna con patologie, in terapia con farmaci o nella quale insorgano malattie o disturbi, è prevista un’**assistenza addizionale*** di un medico-ostetrico che, quando necessario, terrà i contatti con gli altri specialisti. La gravidanza con queste caratteristiche è definita “**gravidanza a rischio o patologica**”. A seconda degli elementi di rischio o patologie presenti, i percorsi da inserire nell’Agenda potranno variare. Tali percorsi possono talvolta richiedere **competenze** altamente specialistiche in malattie materne e/o fetali* disponibili solo in alcune strutture con elevata specializzazione.

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

Il Bilancio di Salute è prima di tutto un momento di comunicazione e di scambio all’interno della relazione di “cura” che si sviluppa lungo tutto il percorso nascita tra la donna e l’operatore.

La donna fornisce le informazioni sulla sua salute fisica e psicologica. L’ostetrica/ginecologo, dopo aver raccolto l’anamnesi, sulla base delle **evidenze scientifiche** e della propria esperienza professionale, valuta gli elementi clinici, rassicura e chiarisce eventuali dubbi della donna, mettendo a disposizione le proprie competenze per promuovere la salute della mamma e del bambino. Potrebbe essere utile che la donna annoti in precedenza le domande da porre o i dubbi da chiarire durante il colloquio con l’ostetrica/ginecologo.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità consiglia che il primo incontro avvenga almeno **entro il terzo mese** di gravidanza per programmare senza difficoltà i controlli clinici opportuni. In particolare un incontro intorno alla 10^a settimana è utile per ricevere informazioni nel caso si vogliano eseguire **esami di screening e/o diagnosi prenatali** (pag. 74 e pag. 116) ed è raccomandato a tutte le donne con malattie in corso e/o che assumono regolarmente farmaci.

Il primo incontro ha durata maggiore rispetto ai successivi, poiché è necessario raccogliere le informazioni sulla salute della donna, del partner e delle rispettive famiglie (pag. 108). Queste informazioni servono all’ostetrica/ginecologo per valutare:

- la presenza di eventuali rischi per la donna in gravidanza o per il bambino
- la necessità di assistenza addizionale

A tale scopo è consigliato portare con sé tutti gli esami già effettuati, in particolare la documentazione riguardante il gruppo sanguigno, il certificato vaccinale, malattie avute in passato, precedenti visite ginecologiche, esiti di **pap-test** (in particolare l’ultimo), una dichiarazione del medico curante sullo stato di salute (se disponibile) e tutto ciò che si ritiene sia utile in relazione alla salute di mamma e bambino.

La determinazione del Gruppo sanguigno, se non è mai stata fatta, viene programmata al primo controllo.

⁴ Di seguito denominata gravidanza fisiologica; nei documenti ufficiali denominato BRO = Basso Rischio Ostetrico.

Durante le visite vengono valutati i dati che permettono di verificare il buon andamento della gravidanza attraverso le seguenti **indagini cliniche di base**:

- la palpazione esterna dell'utero per verificarne il tono, a partire da 12 settimane
- la misurazione sinfisi-fondo uterino*, con il centimetro, per misurare lo sviluppo dell'utero e monitorare la crescita del feto a partire da 16 settimane (figure sottostanti) (grafico pag. 24)
- l'auscultazione o visualizzazione del battito cardiaco del feto con ultrasuoni a partire da 12 settimane (apparecchio sonicaid o ecografo)
- la misurazione della pressione arteriosa*
- valutazione dell'andamento del peso corporeo

La donna integra la valutazione clinica con le proprie sensazioni, inclusi i movimenti del feto che inizierà a percepire a partire da 16-20 settimane di gravidanza.

MISURAZIONE SINFISI-FONDO UTERINO



Alla **prima visita** verranno inoltre eseguiti:

- l'esplorazione vaginale con eventuale **pap-test** se il precedente risale a più di 3 anni
- il controllo del seno
- la misurazione dell'altezza e del peso per calcolare l'indice di massa corporea (pag. 17) che definisce con maggior accuratezza la costituzione corporea

Nelle visite successive, ma solo su specifiche **indicazioni cliniche**, potrebbero essere necessarie:

- l'esplorazione vaginale in presenza di contrazioni o altri disturbi vaginali
- il controllo ecografico quando l'ostetrica/ginecologo sospetti anomalie dello sviluppo dell'utero (per le ecografie raccomandate pag. 114)

Durante gli incontri vengono valutati i risultati degli **esami di laboratorio** e ne vengono prescritti di nuovi secondo le necessità cliniche (per gli esami raccomandati vedi la scheda di pag. 25).

Ai bilanci di salute la donna può essere accompagnata da chi desidera (partner o altra persona di fiducia).

Le **evidenze scientifiche** mettono in luce come la registrazione degli eventi delle varie fasi della gravidanza in un unico documento (che la donna porta con sé ad ogni visita e che l'ostetrica/ginecologo aggiorna con scrupolosità), permetta di fornire assistenza e risultati migliori in termini di salute, sia per la madre che per il neonato*.



DIARIO CLINICO: BILANCI DI SALUTE

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

In questa sezione sono contenuti i risultati dei bilanci di salute eseguiti durante il percorso nascita.

Nella sezione "Per saperne di più" la donna troverà le informazioni sui dati richiesti e sui controlli da effettuare in ciascun bilancio di Salute

Nella sezione "Scelte per il proprio percorso nascita" la donna troverà quelle informazioni che potranno aiutarla a compiere le scelte che dovrà effettuare lungo il percorso



Contenuti della sezione:

- Sommario degli appuntamenti (pag. 8)
- Calendario degli appuntamenti (pag. 9)
- Riferimenti per il vostro Percorso Nascita (pag. 10)
- Attestato di gravidanza (pag. 11)
- Scheda anamnesi socio-anagrafica (pag. 13)
- Scheda dati sullo stile di vita (pag. 15)
- Schede anamnestiche (anamnesi familiare, personale, ostetrico-ginecologica) (pag. 16)
- Diario clinico (pag. 20)
- Grafico per la valutazione dell'accrescimento fetale (pag. 24)
- Tabella esami (pag. 25)
- Bilancio di salute della 36° settimana (pag. 26)
- Preferenze per il parto (pag. 27)
- Anamnesi per l'allattamento (pag. 28)
- Fac-simile modulo CErtificato Di Assistenza al Parto (pagg. 29-30)
- Piano di assistenza personalizzata tra 37 e 41 settimane (pag. 31)
- Piano di assistenza personalizzata oltre le 41 settimane (pag. 32)
- Bilancio di salute in puerperio (pag. 33)

•) Sommario degli appuntamenti

Profilo Assistenziale per la Gravidanza Fisiologica

La tabella evidenzia le informazioni che saranno approfondite con l'operatore ad ogni incontro. Spuntare le varie voci, negli appositi spazi può servire come promemoria.

Settimane	Informazioni su:
8 - 13	<input type="checkbox"/> servizi per il Percorso Nascita e Profilo Assistenziale per la gravidanza <input type="checkbox"/> stato di salute generale • <input type="checkbox"/> stile di vita sano in gravidanza <input type="checkbox"/> opportunità di continuare l'assunzione di acido folico <input type="checkbox"/> maternità e diritti <input type="checkbox"/> esami di laboratorio raccomandati <input type="checkbox"/> esami di screening per la diagnosi prenatale <input type="checkbox"/> ecografia del primo trimestre <input type="checkbox"/> modalità di accesso all'ecografia del secondo trimestre • • <input type="checkbox"/> risultati del controllo clinico (andamento pressione, peso, sviluppo e tono dell'utero, battito cardiaco fetale, visita vaginale e valutazione del perineo) <input type="checkbox"/> screening disagio psichico perinatale <input type="checkbox"/> eventuale necessità di assistenza addizionale per presenza di elementi di rischio <input type="checkbox"/> vaccinazioni in gravidanza <p>• Ha il significato di un bilancio di salute generale da fare con il medico curante che conosce la storia della salute/malattie della donna</p> <p>• • È preferibile fissare il primo appuntamento tra le 9 e le 11 settimane, anche per facilitare la programmazione dell'ecografia del secondo trimestre.</p>
14 - 18	<input type="checkbox"/> esito esami eseguiti nel primo trimestre + esami raccomandati entro l'appuntamento successivo compresa eventuale diagnosi prenatale invasiva <input type="checkbox"/> risultati del controllo clinico (valutazione pressione arteriosa, peso, sviluppo dell'utero, battito cardiaco fetale) <input type="checkbox"/> incontri di accompagnamento alla nascita (tipologia, modalità di accesso, ecc.)
19 - 21	<input type="checkbox"/> ecografia del secondo trimestre
19 - 23	<input type="checkbox"/> esito esami eseguiti + eventuali esami raccomandati entro l'appuntamento successivo <input type="checkbox"/> risultati del controllo clinico (valutazione pressione arteriosa, peso, tono dell'utero e misurazione sinfisi-fondo, battito cardiaco fetale, movimenti attivi fetali) <input type="checkbox"/> screening disagio psichico perinatale
28 - 32	<input type="checkbox"/> esito esami eseguiti + eventuali esami raccomandati entro l'appuntamento successivo <input type="checkbox"/> risultati del controllo clinico (valutazione pressione arteriosa, peso, tono dell'utero e misurazione sinfisi-fondo, battito cardiaco fetale, movimenti attivi fetali) <input type="checkbox"/> vaccinazione anti-pertosse presso Centro Vaccinale <input type="checkbox"/> profilassi anti D per donne Rh neg.
33 - 36	<input type="checkbox"/> esito esami eseguiti + eventuali esami raccomandati entro l'appuntamento successivo <input type="checkbox"/> risultati del controllo clinico (valutazione pressione arteriosa, peso, tono dell'utero e misurazione sinfisi-fondo, battito cardiaco fetale, movimenti attivi fetali) <input type="checkbox"/> modalità di accesso al Bilancio di Salute materno-fetale presso il Punto Nascita
36 - 37	<input type="checkbox"/> Bilancio di Salute materno fetale presso il Punto Nascita prescelto <input type="checkbox"/> screening disagio psichico perinatale <input type="checkbox"/> informazioni sul Punto Nascita (modalità ricovero, ecc.)
38 - 40 + 6 giorni	<input type="checkbox"/> risultati del controllo clinico (andamento pressione, peso, tono dell'utero e misurazione sinfisi-fondo, battito cardiaco fetale, movimenti attivi fetali, eventuale visita vaginale) <input type="checkbox"/> necessità di monitoraggio della gravidanza che prosegue oltre le 41 settimane (controllo cardiocografico = CTG e misurazione del liquido amniotico=AFI)
41	<input type="checkbox"/> risultati del controllo clinico (valutazione pressione arteriosa, peso, tono dell'utero e misurazione sinfisi-fondo, battito cardiaco fetale, movimenti attivi fetali, CTG, AFI) <input type="checkbox"/> eventuale necessità di induzione del travaglio (epoca di gravidanza e modalità)
alla dimissione	<input type="checkbox"/> modalità di accesso ai controlli ostetrici in puerperio (involuzione dell'utero, valutazione del perineo, eventuale consulenza per la contraccezione) <input type="checkbox"/> modalità di accesso a consulenze per il sostegno dell'allattamento al seno <input type="checkbox"/> gruppi di incontri post parto



CALENDARIO DEGLI APPUNTAMENTI

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

Trimestre	Sett.	Appuntamenti	Esami			
			Bilanci di Salute	Diagnosi prenatale	Ecografia	Esami di laboratorio
Primo	1	Ultima mestruazione _____				
	2					
	3					
	4				Test di gravidanza	
	5					
	6					
	7					
	8					
	9					
	10					
	11					
	12					
	13					
Secondo	14					
	15					
	16					
	17					
	18					
	19					
	20					
	21					
	22					
	23					
	24					
	25					
	26					
Terzo	27					
	28					
	29					
	30					
	31					
	32					
	33					
	34					
	35					
	36					
	37					
Termine di gravidanza	38					
	39					
	40					
	41					
	42					
Puerperio	30-40 gg dopo parto					

RIFERIMENTI PER IL VOSTRO PERCORSO NASCITA

La carta dei Servizi ASL per il Percorso Nascita è consultabile al fondo dell'Agenda.

Servizio/professionista che segue la gravidanza: Ostetrica/Ginecologo

Cognome	Nome
Indirizzo	
Telefono fisso	Mobile
Orario di apertura dell'ambulatorio/studio:	

Medico di medicina generale

Cognome	eventuale timbro
Nome	
Indirizzo	
Telefono fisso	
Orario di apertura dell'ambulatorio/studio:	

È in carico a specialisti? Per quale patologia?

	Dott.
	Dott.
Recapiti	

Al primo incontro con l'ostetrica/ginecologo è utile chiedere indicazioni precise su cosa fare in caso di bisogno, dove e a chi rivolgersi in caso di emergenza.

Riferimenti in caso di emergenza

OSPEDALE	
Reparto/Pronto Soccorso	
Indirizzo del servizio	
Telefono	

Punto Nascita previsto per il parto

OSPEDALE	
Reparto	
Indirizzo	
Telefono	

ATTESTATO DI GRAVIDANZA

La signora _____

nata a _____

il _____

residente a _____

via _____

è attualmente alla _____ settimana di gravidanza

_____ data dichiarata ultima mestruazione

_____ data presunta del parto

Gravidanza diagnosticata con:

- Test immunologico effettuato in data _____
- Esame clinico effettuato in data _____
- Esame ecografico effettuato in data _____

data

Firma e timbro del medico/ostetrica attestante

Per gli adempimenti previsti dalla legge.



ANAMNESI SOCIO-ANAGRAFICA

Per saperne di più: pag 108

Perché sono importanti le notizie sul lavoro svolto e sul titolo di studio di entrambi i genitori?
I dati di questa pagina saranno riportati in forma anonima sul Certificato di Assistenza al Parto.

DATI DELLA MADRE			
Cognome		Nome	
Data nascita	Comune nascita	Prov.	Nazione
Residenza: Comune	Prov.	Regione	ASL
Indirizzo			
Telefono fisso	Mobile		
Lingua madre	Richiesta interprete	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Richiesta mediatore culturale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Informazioni sull'attività lavorativa		
CONDIZIONE PROFESSIONALE	POSIZIONE PROFESSIONALE	ATTIVITÀ ECONOMICA
<input type="checkbox"/> Occupata	<input type="checkbox"/> Imprenditrice	<input type="checkbox"/> Agricoltura <input type="checkbox"/> Caccia <input type="checkbox"/> Pesca
<input type="checkbox"/> Disoccupata	<input type="checkbox"/> Libera professionista	<input type="checkbox"/> Industria
<input type="checkbox"/> In cerca prima occupazione	<input type="checkbox"/> Dirigente	<input type="checkbox"/> Commercio <input type="checkbox"/> Pubblici servizi/alberghi
<input type="checkbox"/> Casalinga	<input type="checkbox"/> Impiegata	<input type="checkbox"/> Pubblica Amministrazione
<input type="checkbox"/> Studentessa	<input type="checkbox"/> Lavoratrice autonoma	<input type="checkbox"/> Altri servizi privati
<input type="checkbox"/> Ritirata dal lavoro	<input type="checkbox"/> Operaia	
<input type="checkbox"/> Altra condizione	<input type="checkbox"/> Militari forze dell'ordine e religiosi	Congedo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Informazione non comunicata	<input type="checkbox"/> Mai esercitato attività lavorativa stabile	Inizio a.... settimane di gravidanza

Titolo di studio						
<input type="checkbox"/> Laurea	<input type="checkbox"/> Media sup.	<input type="checkbox"/> Scuola prof.	<input type="checkbox"/> Media inf.	<input type="checkbox"/> Primo grado	<input type="checkbox"/> Nessun titolo	<input type="checkbox"/> Non comunicato

Stato civile	
<input type="checkbox"/> Nubile	<input type="checkbox"/> Separata <input type="checkbox"/> Divorziata <input type="checkbox"/> Vedova <input type="checkbox"/> Informazione non comunicata <input type="checkbox"/> Coniugata Data matrimonio _____

DATI DEL PADRE			
Cognome		Nome	
Data nascita	Comune nascita	Prov.	Nazione
Residenza: Comune	Prov.	Regione	ASL
Indirizzo			
Telefono fisso	Mobile		

Informazioni sull'attività lavorativa		
CONDIZIONE PROFESSIONALE	POSIZIONE PROFESSIONALE	ATTIVITÀ ECONOMICA
<input type="checkbox"/> Occupato	<input type="checkbox"/> Imprenditore	<input type="checkbox"/> Agricoltura <input type="checkbox"/> Caccia <input type="checkbox"/> Pesca
<input type="checkbox"/> Disoccupato	<input type="checkbox"/> Libero professionista	<input type="checkbox"/> Industria
<input type="checkbox"/> In cerca prima occupazione	<input type="checkbox"/> Dirigente	<input type="checkbox"/> Commercio <input type="checkbox"/> Pubblici servizi/alberghi
<input type="checkbox"/> Casalingo	<input type="checkbox"/> Impiegato	<input type="checkbox"/> Pubblica Amministrazione
<input type="checkbox"/> Studente	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Altri servizi privati
<input type="checkbox"/> Ritirato dal lavoro	<input type="checkbox"/> Operaio	
<input type="checkbox"/> Altra condizione	<input type="checkbox"/> Militari forze dell'ordine e religiosi	
<input type="checkbox"/> Informazione non comunicata	<input type="checkbox"/> Mai esercitato attività lavorativa stabile	

Titolo di studio						
<input type="checkbox"/> Laurea	<input type="checkbox"/> Media sup.	<input type="checkbox"/> Scuola prof.	<input type="checkbox"/> Media inf.	<input type="checkbox"/> Primo grado	<input type="checkbox"/> Nessun titolo	<input type="checkbox"/> Non comunicato

Foglio da inserire nella cartella di ricovero

I bilanci di salute sono un importante momento di comunicazione: per compilare le schede delle pagine successive, che costituiranno l'inizio del diario clinico della vostra gravidanza, vi verranno rivolte alcune domande che hanno l'obiettivo di fare il quadro del vostro stato di salute e delle sue influenze sulla salute del bambino. È opportuno che tutte le informazioni aggiuntive che ritenete importanti siano discusse con l'ostetrica/ginecologo.

Le informazioni che l'ostetrica/ginecologo analizzeranno con voi, dal punto di vista clinico, definiscono l'ANAMNESI.

All'inizio della gravidanza è utile esaminare alcuni aspetti dello stile di vita che influiscono sulla salute in generale ed in gravidanza in particolare. Per saperne di più: pag.104.

Le informazioni su:

- *salute dei familiari (= anamnesi familiare),*
- *salute della donna (=anamnesi personale),*
- *storia ostetrico-ginecologica della donna (=anamnesi ostetrica)*

sono utili per capire se il decorso della gravidanza potrà essere fisiologico oppure avrà necessità di assistenza addizionale.

*Per valutare la storia sanitaria della famiglia è necessario conoscere eventuali malattie dei componenti della famiglia della madre e di quella del **padre (biologico)** del bambino.*

Per saperne di più: pag.109.

Per l'anamnesi personale è necessario fare riferimento alla propria storia di salute anche attraverso un bilancio di salute con il vostro medico curante che può aiutarvi ad inquadrare eventuali malattie.

Per saperne di più: pag.110.

Grande attenzione sarà posta all'anamnesi ostetrica per la quale è opportuno segnalare tutti i dati della vostra storia ostetrica e ginecologica.

Per saperne di più: pag.111.



• Anamnesi dello stile di vita

Per saperne di più: pag.104

Anamnesi condotta da _____

Tipo di alimentazione: varia vegetariana vegana altro _____

ALIMENTAZIONE: che cosa e quanto dal mattino alla sera

Colazione: _____

Pranzo: _____

Cena: _____

Spuntini fra i pasti: _____

Bevande fuori pasto: _____



FUMO

Fumo in gravidanza? SI NO Tipo _____ Numero di sigarette giornaliere _____

È esposta a fumo passivo? SI NO Qualcun altro nella famiglia fuma? _____

Ha fumato in precedenza? SI NO Quando ha smesso? _____



ALCOLICI

Assunzione di alcolici prima della gravidanza SI NO

Assunzione di alcolici in gravidanza SI NO più di 30 g* al giorno? SI NO



* 30 g corrispondono a: più di 2 bicchieri di vino/giorno o più di 2 lattine di birra/giorno o più di 2 dosi di superalcolico/giorno

SOSTANZE STUPEFACENTI

Uso di sostanze stupefacenti SI NO occasionale abituale

Quali _____

Modalità di assunzione _____

Dosi _____



ANAMNESI LAVORATIVA

Riconoscibili rischi legati all'attività lavorativa SI NO



• Approfondire i dettagli della storia, compresi gli eventuali trattamenti o fattori di rischio.



• Anamnesi ostetrica

Per saperne di più: pag.111

Precedente infertilità/subfertilità
Trattamento per l'infertilità nella gravidanza attuale
Infezioni dell'apparato genitale (IST)
Precedenti citologici vaginali positivi
Patologie psichiatriche

Precedenti interventi ginecologici
Mutilazioni genitali femminili
Fratture pelviche o agli arti inferiori
Depressione post partum in gravidanze precedenti
Altro

Ultimo pap-test/HPV test in data _____ esito _____	Se sono passati più di 3 anni dall'ultimo pap-test invitare la donna a rivolgersi a Prevenzione Serena per poter effettuare gratuitamente l'esame.
-------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anticoncezionali	Quale _____	t ipo _____	s ospeso il _____
------------------	-------------	-------------	-------------------

In dettaglio

Anamnesi delle gravidanze precedenti	
Anno	Esito: <input type="checkbox"/> Aborto sp. <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> ITG
	Decorso gravidanza:
Sett.e.g.	Parto <input type="checkbox"/> spontaneo avvio travaglio: _____ Sollievo dolore: _____ <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Parto operativo per _____ Anestesia: _____
	Complicanze al travaglio/parto:
	Secondamento/perdite ematiche: _____ Perineo: _____
	Puerperio:
	Neonato: Sesso: _____ Peso g. _____ Salute neonatale: _____ Salute attuale: _____
	Allattamento: LM esclusivo per _____ mesi Difficoltà allattamento _____
Anno	Esito: <input type="checkbox"/> Aborto sp. <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> ITG
	Decorso gravidanza:
Sett.e.g.	Parto <input type="checkbox"/> spontaneo Avvio travaglio: _____ Sollievo dolore: _____ <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Parto operativo per _____ Anestesia: _____
	Complicanze al travaglio/parto:
	Secondamento/perdite ematiche: _____ Perineo: _____
	Puerperio:
	Neonato: Sesso: _____ Peso g. _____ Salute neonatale: _____ Salute attuale: _____
	Allattamento: LM esclusivo per _____ mesi Difficoltà allattamento _____



Anamnesi delle gravidanze precedenti

Anno	Esito: <input type="checkbox"/> Aborto sp. <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> ITG
	Decorso gravidanza:
Sett.e.g.	Parto <input type="checkbox"/> spontaneo Avvio travaglio: _____ Sollievo dolore: _____ <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Parto operativo per _____ Anestesia: _____
	Complicanze al travaglio/parto:
	Secondamento/perdite ematiche: _____ Perineo: _____
	Puerperio:
	Neonato: Sesso: _____ Peso g. _____ Salute neonatale: _____ Salute attuale: _____
	Allattamento: LM esclusivo per _____ mesi Difficoltà allattamento _____
Anno	Esito: <input type="checkbox"/> Aborto sp. <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> ITG
	Decorso gravidanza:
Sett.e.g.	Parto <input type="checkbox"/> spontaneo Avvio travaglio: _____ Sollievo dolore: _____ <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Parto operativo per _____ Anestesia: _____
	Complicanze al travaglio/parto:
	Secondamento/perdite ematiche: _____ Perineo: _____
	Puerperio:
	Neonato: Sesso: _____ Peso g. _____ Salute neonatale: _____ Salute attuale: _____
	Allattamento: LM esclusivo per _____ mesi Difficoltà allattamento _____
Anno	Esito: <input type="checkbox"/> Aborto sp. <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> ITG
	Decorso gravidanza:
Sett.e.g.	Parto <input type="checkbox"/> spontaneo Avvio travaglio: _____ Sollievo dolore: _____ <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Parto operativo per _____ Anestesia: _____
	Complicanze al travaglio/parto:
	Secondamento/perdite ematiche: _____ Perineo: _____
	Puerperio:
	Neonato: Sesso: _____ Peso g. _____ Salute neonatale: _____ Salute attuale: _____
	Allattamento: LM esclusivo per _____ mesi Difficoltà allattamento _____

Anamnesi immuno-ematologica

Gruppo sanguigno della madre documentato da Centro trasfusionale SI NO

Incompatibilità in gravidanze precedenti Rh AB0

Profilassi Rh in gravidanze precedenti attuale per _____

Ictero neonatale in gravidanze precedenti SI NO



DIARIO CLINICO

Cognome

Nome

Età

UM ____/____/____ Certa Incerta CICLI ABITUALI Regolari Irregolari
Ultima mestruazione

EPP UM ____/____/____ EPP US ____/____/____
Epoca Presunta Parto calcolata dall'ultima mestruazione Epoca Presunta Parto calcolata da misurazioni ecografiche

para _____ altezza m _____ peso iniziale kg _____ IMC _____

Elementi di attenzione dall'anamnesi/decorso/monitoraggio esami

BdS	Peso	PAO	Manovre Leopold - palpazione	Esplorazione vaginale
1 Data				
Sett.e.g.	<i>note</i> Screening DPP da ripetere nel secondo trimestre e a 36 settimane; modulo nell'Assistenza Addizionale.			
Firma:				



BdS	Peso	PAO	Manovre Leopold - palpazione	LSF	BCF	MAF
2 <i>Data</i>					(+)	
	Sett.e.g.					
Firma:						
3 <i>Data</i>					(+)	
	Sett.e.g.	<i>note</i>				
Firma:						
4 <i>Data</i>					(+)	
	Sett.e.g.	<i>note</i>				
Firma:						



BdS	Peso	PAO	Manovre Leopold - palpazione	LSF	BCF	MAF
5 <i>Data</i> _____					(+)	
Sett.e.g. _____	<i>note</i>					
Firma: _____						
6 <i>Data</i> _____					(+)	
Sett.e.g. _____	<i>note</i>					
Firma: _____						
7 <i>Data</i> _____					(+)	
Sett.e.g. _____	<i>note</i>					
Firma: _____						



BdS	Peso	PAO	Manovre Leopold - palpazione	LSF	BCF	MAF
-----	------	-----	---------------------------------	-----	-----	-----

<i>Data</i> _____					(+)	
Sett.e.g. _____	<i>note</i>					
Firma:						

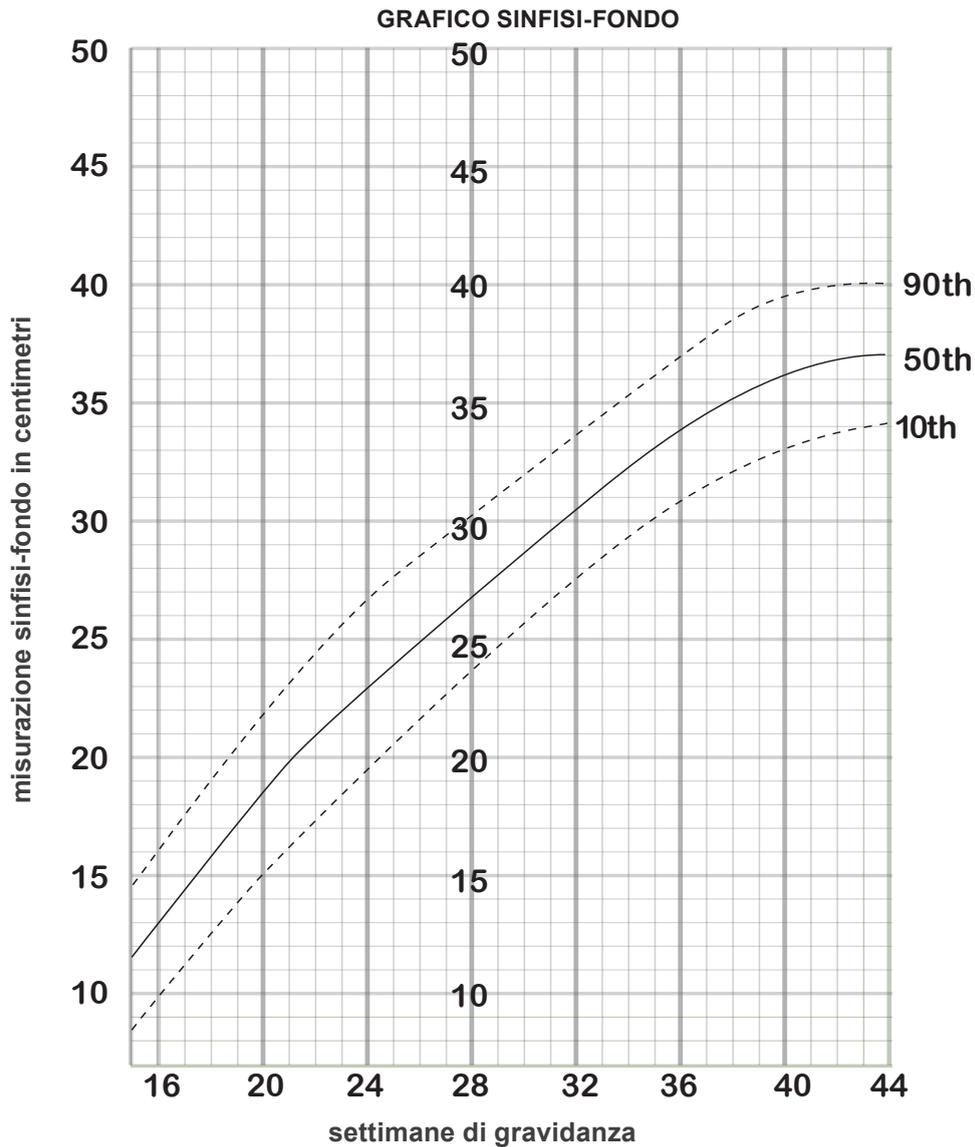
<i>Data</i> _____					(+)	
Sett.e.g. _____	<i>note</i>					
Firma:						

<i>Data</i> _____					(+)	
Sett.e.g. _____	<i>note</i>					
Firma:						



Valutazione dell'accrescimento fetale

Per saperne di più: pag 113



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

Tablelle esami

Per saperne di più: pag.112

Esami del padre eseguiti in previsione o inizio gravidanza	Firma
HIV	
Ig anti Treponema	
Emocromo e assetto emoglobinico	

Segnalazioni

Esami Vaginali			
Citologico vaginale HPV test	Data esecuzione	Esito	Firma
Tampone vagino-rettale per Strepto B (36-37 sett.)	Data esecuzione	Esito	Firma
	EG		
Tampone vaginale per ricerca Chlamydia e Gonococco*	Data esecuzione	Esito	Firma
	EG		

* In presenza di fattori di rischio da LG nazionali Gravidanza fisiologica



Inserire i referti nell'apposita busta trasparente. La tabella serve per segnalare la settimana di e.g. in cui è stato fatto l'esame inserendo la data o una crocetta nel riquadro corrispondente (le caselle bianche indicano le settimane in cui ne è raccomandata l'esecuzione per le gravidanze fisiologiche). Qualora si intenda trascrivere qualche valore il dato trascritto va firmato dall'operatore.

Gruppo AB0	*	Determinato presso		Firma trascrittore
Fattore Rh	*	Profilassi data	Firma esecutore	Firma trascrittore

* allegare la fotocopia dell'attestazione del gruppo sanguigno già in possesso

Esami eseguiti	pre concepimento o < 13 sett	Settimane di gravidanza					
		14-18	19-23	24-28	29-32	33-37	38-41
Coombs indiretto							
HIV							
Rubeo test	Immune <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Firma	*					
Toxotest	Immune <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Firma	*	*	*	*	*	
Ig anti Treponema							
HBsAg							
HCV ▲							
Emocromo							
Elettroforesi Hb							
Ferritinemia							
Glicemia		Rischio diabete <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se SI OGTT		Rischio diabete <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se SI OGTT			
Screening biochimico							
Ecografia							

* da eseguire solo se NON immune

▲ in presenza di fattori di rischio da LG nazionali Gravidanza fisiologica

Esame urine							
Batteriuria							
Urocoltura							
Terapia eventuale							

Segnalazioni



• Bilancio di Salute materno-fetale a 36-37 settimane di gravidanza

(prevede la compilazione delle pagine da 26 a 30)

Per saperne di più: pag.118

PRESSO IL PUNTO NASCITA _____

Data ___/___/___	Settimane EG ___/___/___	Para ___/___/___
numero feti _____	UM _____	EPP _____

Presentazione decorso (a cura del professionista che ha seguito la gravidanza)

Peso	PAO	M Leopold Palpazione	Esplorazione vaginale	Presentazione	BISHOP	LSF	BCF	MAF
							(⊕)	

Screening DPP (modulo nel settore Assistenza Addizionale)

Elementi di rischio per il travaglio-parto

NO	SI	specificare
----	----	-------------

Prescrizioni:

Esami aggiuntivi da effettuarsi presso il Punto Nascita in regime di prericovero

(es. CTG, preoperatori per TC programmato per presentazione podalica). Allegare copia dell'esito nell'Agenda.

Assistenza personalizzata per il periodo 37-41 settimane di gravidanza

Prossimo bilancio a _____ settimane + _____ giorni

presso _____ il giorno _____ ora _____

Firma dell'operatore



PREFERENZE PER IL PARTO E ALLATTAMENTO

Per saperne di più: pag.94

La donna prenderà in considerazione, insieme all'ostetrica/ginecologo, gli aspetti sotto elencati sui quali è opportuno esprimersi per vivere al meglio l'esperienza del parto. Le scelte espresse potranno essere soddisfatte compatibilmente con l'evoluzione fisiologica del travaglio e del parto e con la disponibilità del Punto Nascita prescelto. È bene che in questa occasione vengano consegnate alla donna le indicazioni scritte sulla modalità di accesso per il ricovero e sulle disposizioni del PN.

LUOGO DEL PARTO

MODALITÀ DEL PARTO

PRESENZA DI PERSONA DI FIDUCIA DURANTE IL TRAVAGLIO

POSIZIONE DURANTE IL TRAVAGLIO E DURANTE IL PARTO

SOLLIEVO DEL DOLORE IN TRAVAGLIO

ACCOGLIENZA AL NEONATO. PELLE-PELLE

AVVIO DELL'ALLATTAMENTO NEL RISPETTO DEI RIFLESSI INNATI DI MAMMA E BAMBINO (BN)

ROOMING IN

ALIMENTAZIONE DEL NEONATO

DURATA PERMANENZA IN OSPEDALE

DONAZIONE DEL CORDONE

N.B: questo foglio e il successivo possono essere tolti al momento del bilancio di salute a 36 settimane presso il Punto Nascita o al momento del ricovero, per inserirlo nelle cartelle cliniche della mamma e del neonato per informare il personale di assistenza sulle richieste della donna e al fine di facilitare la compilazione del certificato di assistenza al parto.



• Anamnesi per l'allattamento

Per saperne di più: pag.101

Allattamenti precedenti:

NO

SI per quanti mesi

Problemi in allattamenti precedenti:

Dubbi/paure:

Vincoli:

lavorativi

altri

Condizioni che controindicano l'allattamento al seno:

<input type="checkbox"/> sieropositività HIV	<input type="checkbox"/> assunzione permanente di farmaci controindicati *
<input type="checkbox"/> psicosi post parto	<input type="checkbox"/> agenesia mammaria o mastectomia bilaterale
<input type="checkbox"/> tumore mammario	<input type="checkbox"/> epatite in fase acuta
<input type="checkbox"/> alcolismo e/o tossicodipendenza	<input type="checkbox"/> herpes bilaterale al capezzolo
<input type="checkbox"/> alcune rare malattie congenite del neonato (es. galattosemia)	

* Per una consulenza sull'assunzione di farmaci durante l'allattamento contattare il centro Antiveleni e Tossicologia di Bergamo - numero telefonico 800 833 300 accessibile 24 ore su 24.



•) **Per il certificato di assistenza al parto:**

Procreazione medico/assistita SI NO

Tecnica utilizzata farmaci IUI GIFT FIVET ICSI altre tecniche

Anamnesi personale

Acido Folico SI NO prima dopo prima e dopo il concepimento

Fumo SI NO numero sigarette/die

Alcool SI NO sopra 30gr alcool/die

Sostanze SI NO

Anamnesi ostetrica

gravidanze precedenti aborti spontanei IVG

n° parti di cui n° TC data ultimo parto

nati vivi nati morti nati <37 settimane

patologia gravidanze pregresse SI NO

Indagini di screening prenatale

Indagini diagnostiche prenatali

Solo TRI test SI NO

Villi coriali SI NO

Solo Translucenza nucale SI NO

Amniocentesi SI NO

Test COMBINATO SI NO

Fetoscopia/funicolocentesi SI NO

Test INTEGRATO SI NO

DNA fetale su sangue materno SI NO

Ecografie: In particolare n. altre eco su indicazione clinica, refertate

Eco del I° trimestre a settimane

Eco del II° trimestre a settimane

Frequenza ad incontri di accompagnamento alla nascita:

gravidanza attuale SI NO

gravidanze precedenti SI NO

Dove Ospedale Consultorio Ente privato

**Percorso Nascita**

Numero di Visite (Bds): Ostetrica Ostetrica+Ginecologo Ginecologo

Percorso seguito in:

- Consultorio
 Ente Privato
 Ambulatorio Aziendale gravidanza a basso rischio
 Ambulatorio Aziendale gravidanza a rischio

I visita e.g.:

Data u.m.:

Agenda di gravidanza: Ritirata SI NO Portata al PN SI NO Compilata SI NO

Decorso

fisiologico (basso rischio ostetrico)

con fattori di rischio

patologico

Difetto di accrescimento fetale: SI NO

evidenziato:

- prima delle 32 settimane
 tra 32 e 36 settimane
 tra 37 e 40 settimane
 al momento dell'accettazione

Incremento ponderale: <10 10-15 16-20 >20 IMC: Sinfisi-fondo (4 misurazioni) SI NO

Ricoveri in gravidanza: per:

Esami Infettivologici**HBs Ag**

vaccinata

esame non eseguito

eseguito con esito positivo

eseguito con esito negativo

in data:

Toxo test

esame non eseguito

immune

affetta

recettiva controllata

recettiva non controllata

in data:

Rubeo Test

vaccinata

esame non eseguito

eseguito con esito positivo

eseguito con esito negativo

in data:

Strepto B a 35-36 sett.

SI NO Posit. negat.

Test HIV**VDRL****Esami per Gruppo/Compatibilità****Gruppo sanguigno madre**

non noto

0 Rh- 0 Rh+ A Rh- A Rh+

B Rh- B Rh+ AB Rh- AB Rh+

Coombs.

Positivo Negativo

Profilassi Rh a 28 sett.

SI NO

Profilassi Rh al parto

SI NO


Piano d'assistenza personalizzata per la gravidanza tra 37 e 41 settimane
Per saperne di più: pag.119

<i>Data</i> _____	_____
Sett.e.g. _____	Prox Bilancio il _____ ora _____ presso _____
	Firma dell'operatore _____

<i>Data</i> _____	_____
Sett.e.g. _____	Prox Bilancio il _____ ora _____ presso _____
	Firma dell'operatore _____

<i>Data</i> _____	_____
Sett.e.g. _____	Prox Bilancio il _____ ora _____ presso _____
	Firma dell'operatore _____

<i>Data</i> _____	_____
Sett.e.g. _____	Prox Bilancio il _____ ora _____ presso _____
	Firma dell'operatore _____

Piano d'assistenza per la gravidanza oltre le 41 settimane +0 giorni presso il Punto Nascita

<i>Data</i> _____	_____
Sett.e.g. _____	Prox Bilancio il _____ ora _____ presso _____
	Firma dell'operatore _____

<i>Data</i> _____	_____
Sett.e.g. _____	Prox Bilancio il _____ ora _____ presso _____
	Firma dell'operatore _____



Piano d'assistenza per la gravidanza oltre le 41 settimane +0 giorni presso il Punto Nascita

Per saperne di più: pag.119

Appuntamento il giorno _____ ora _____ EG _____
Firma dell'operatore _____

Appuntamento il giorno _____ ora _____ EG _____
Firma dell'operatore _____

--

DIMISSIONE:

Al termine della permanenza in ospedale alla donna verrà consegnato **il foglio di dimissione** con la sintesi dell'assistenza prestata durante il travaglio, il parto e nei giorni seguenti e il foglio di sintesi del Percorso Nascita stampabile dal Certificato di assistenza al parto.

Si raccomanda **di inserire entrambi i fogli nell'Agenda** in modo che la sequenza del percorso nascita segua la cronologia degli eventi.

La donna riceverà inoltre la sintesi dell'assistenza prestata al neonato che costituirà l'inizio dell'Agenda della Salute del suo bambino.

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

Per andare a casa in macchina è necessario avere l'apposito seggiolino o navicella (vedi pagina 136).

Prima di andare a casa la mamma potrà offrire al reparto il proprio giudizio sulla sua esperienza di degenza collaborando in tal modo al miglioramento del servizio.



• Bilancio di Salute in puerperio

Per saperne di più: pag.128

data _____ settimana dal parto _____ firma dell'operatore _____

Parto

data del parto	settimana. e.g.	modalità del parto
elementi di rilievo della gravidanza		
induzione del parto <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
complicazioni (al parto/in puerperio)		
se Rh neg eseguita immunoprofilassi Rh <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO controllo a _____		

Puerpera

lochiazioni	
utero e annessi	genitali esterni e perineo
mammella	
screening DPP <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	(se rubeo recettiva) eseguito vaccino RUBEO in reparto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
consigli per la contraccezione	
esami consigliati	
prescrizioni e consigli	
successivo controllo in data	motivo

Neonato

Sesso _____	peso alla nascita _____	andamento peso _____			
ritmi del bambino (sonno, pianto, evacuazioni, ecc.)					
alimentazione	in ospedale	LM escl. <input type="checkbox"/>	predominante <input type="checkbox"/>	parziale <input type="checkbox"/>	artificiale <input type="checkbox"/>
	alla dimissione	LM escl. <input type="checkbox"/>	predominante <input type="checkbox"/>	parziale <input type="checkbox"/>	artificiale <input type="checkbox"/>
	oggi	LM escl. <input type="checkbox"/>		parziale <input type="checkbox"/>	artificiale <input type="checkbox"/>
presa in carico dal pediatra <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					

Valutazione della poppata

mamma rilassata e a suo agio	bambino calmo e sveglio
posizione comoda per mamma e bambino	buona presa del seno
buona alternanza suzione/deglutizione	si vede e si sente il bambino deglutire
dolore alla suzione	presenza di arrossamenti o ragadi
frequenta punto di sostegno LM <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	proposto invio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



• Bilancio di Salute in puerperio

Per saperne di più: pag.128

data _____ settimana dal parto _____ firma dell'operatore _____

La nuova famiglia (gestione della quotidianità, accoglienza al neonato, equilibrio di coppia...)

Puerpera

lochiazioni	
utero e annessi	genitali esterni e perineo
mammella	
screening DPP	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
consigli per la contraccezione	
esami consigliati	
prescrizioni e consigli	
successivo controllo in data	motivo

Neonato

andamento peso	
ritmi del bambino (sonno, pianto, evacuazioni, ecc.)	
alimentazione	
presa in carico dal pediatra	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Valutazione della poppata

mamma rilassata e a suo agio	bambino calmo e sveglio
posizione comoda per mamma e bambino	buona presa del seno
buona alternanza suzione/deglutizione	si vede e si sente il bambino deglutire
dolore alla suzione	presenza di arrossamenti o ragadi
frequenta punto di sostegno LM	proposto invio
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

IMPEGNATIVE

L'impegnativa è il documento sanitario che autorizza l'esecuzione degli esami in esso elencati



Contenuti della sezione:

- Esami del primo trimestre: impegnative 01,02,03,04,05
- Esami del secondo trimestre: impegnative 07,08
- Esami del secondo/terzo trimestre: impegnativa 09
- Esami del terzo trimestre: impegnative 11,12,14
- Esami per condizioni specifiche: impegnative 06,10,13
- Impegnativa per Bilancio di Salute 36/37 settimane presso il Punto Nascita 15
- Impegnative per incontri di accompagnamento alla nascita 16,17
- Esami per il padre: impegnativa 18

N.B. Le impegnative 06-10-13 vanno eliminate se non ricorrono le condizioni in esse specificate [esempio se la donna è immune per toxoplasmosi si potranno senza dubbio togliere la 06,10,13].

IMPEGNATIVE PER GLI ESAMI

Le impegnative che si trovano in questa sezione servono per effettuare gli esami di laboratorio e le ecografie in esse indicate presso i laboratori pubblici della Regione Piemonte compresi gli ospedali Gradenigo e Cottolengo di Torino.

In Italia la tutela della maternità si realizza anche attraverso la gratuità degli esami consigliati durante la gravidanza (esami considerati come Livello Essenziale di Assistenza -LEA- per la tutela della maternità responsabile). La consapevolezza sulle modalità di utilizzo delle impegnative presenti in questo settore dell'Agenda e il loro impiego responsabile da parte:

- della donna (es. segnalazione di esami fatti precedentemente in tempi utili, segnalazione di situazioni di rischio, vaccinazioni eseguite ecc.)
- dell'operatore (es. barrare e controfirmare gli esami che non devono essere ripetuti, inserire correttamente la settimana e.g. nel codice di esenzione M, ecc)

favoriscono l'appropriato utilizzo delle risorse investite dalla comunità per una migliore salute delle mamme e dei bambini.

Alcuni esami eseguiti nelle gravidanze precedenti non vanno ripetuti.

Pertanto si raccomanda di portare al primo controllo gli esami (Gruppo sanguigno, Toxo test, Rubeo test, Elettroforesi dell'Emoglobina, ecc.) effettuati in gravidanze precedenti, al controllo preconcezionale o in altra situazione.

Gli esami scritti in rosso sono indicati solo nelle situazioni specificate sulla impegnativa.

Per essere valida l'impegnativa deve essere compilata in ogni sua parte e deve avere incollata, nell'apposito spazio, l'etichetta adesiva con il codice a barre.

Per riconoscere l'etichetta adesiva corrispondente all'impegnativa confrontare le ultime due cifre del codice numerico sotto al codice a barre (numeri evidenziati nei cerchi rossi nell'esempio riportato a lato) con il numero dell'impegnativa.

Sul retro delle impegnative è possibile leggere alcuni consigli per l'esecuzione corretta degli esami.

esempio etichetta adesiva



fac-simile impegnativa

Per gli esami del sangue non è necessaria alcuna prenotazione.

Per le ecografie, gli Incontri di accompagnamento alla nascita e OGTT è necessaria la prenotazione. Verificare con l'ASL di residenza le modalità di prenotazione.

Al momento dell'esecuzione della prima ecografia è utile prenotare la seconda da fare tra 19 e 21 settimane di età gestazionale.

Per tutte le prestazioni eseguite in Consultorio l'accesso è diretto, libero e gratuito (Delibera Consiglio Regionale 300-27935 del 12/07/2018).

Regione Piemonte
Assessorato della Salute e Sanità

Servizio Sanitario Nazionale

01
PROGRESSIVO DI PRESCRIZIONE

ATTACCARE L'ETICHETTA ADESIVA SUL NUMERO PROGRESSIVO E CODICE A BARRE N. 01G

TIMBRIO CODICE STRUTTURA (ST51)

INDAGINI DI LABORATORIO E STRUMENTALI
PER LA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA
(Profilo assistenziale)

Codice Fiscale (per cittadini stranieri codice STP o ENI)

Numero Tessera TEAM solo per cittadini comunitari non italiani

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Cittadinanza _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Codice esenzione M _____ aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.

Primo trimestre (da 7 a 13 settimane di gravidanza)*

A giudizio del prescrittore alcuni di questi esami possono non essere richiesti se già eseguiti in tempi relativamente recenti.
Gli esami non richiesti devono essere barrati e controfirmati negli appositi spazi.

• Emocromo	(90.62.2)	
• Elettroforesi emoglobina	(90.66.5)	
• Glicemia	(90.27.1)	
• Esame urine	(90.44.3)	
• Urocoltura	(90.94.2)	
• Test di Coombs indiretto	(90.49.3)	
• Controllo Gruppo sanguigno e fattore Rh se non documentato da Centro Trasfusionale	(90.65.4)	<input type="checkbox"/>
• Determinazione Gruppo sanguigno e fattore Rh se non documentato	(90.65.3)	<input type="checkbox"/>

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DM

Data _____

* comunque sempre esseri al primo controllo anche se oltre le 13 settimane di gravidanza usando il codice di esenzione M50
N.B. rispetto al Gruppo sanguigno attenersi al probalco che trovate sul retro dell'impegnativa.

01

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA
ADESIVA CHE TERMINA CON 01G

TIMBRO DELLA STRUTTURA STS11
O DEL PROFESSIONISTA
CHE SEGUE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA FISIOLOGICA (Profilo assistenziale)

Primo trimestre (da 7 a 13 settimane di gravidanza)*

COMPILARE	Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)	<input type="text"/>
	Numero Tessera TEAM solo per cittadina comunitaria non italiana	<input type="text"/>
	Cognome	Nome
	Data di nascita	Cittadinanza
	Indirizzo	Tel.

Codice esenzione **M** _____ aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.

Alcuni esami non devono essere richiesti se eseguiti in tempi relativamente recenti.

Gli esami non richiesti devono essere barrati e controfirmati.

- Determinazione Gruppo sanguigno e fattore Rh (90.65.3) _____
se mai documentato da Centro Trasfusionale
- Emocromo (90.62.2) _____
- Dosaggio frazioni Hb (90.66.5) _____
- Test di coombs indiretto (90.49.3) _____
- Glicemia (90271.0) _____
- Esame completo urine (90.44.3) _____
- Urocoltura (90.94.2) _____

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

Data

* Comunque sempre esenti al primo controllo anche se oltre le 13 settimane di gravidanza usando il codice di esenzione M50.
N.B.: Rispetto al Gruppo sanguigno attenersi al protocollo che trovate sul retro dell'impegnativa.

GRUPPO SANGUIGNO

Per eseguire l'esame potrebbe essere richiesto un documento di identità al fine di verificare la correttezza dei dati indicati

Protocollo Regionale per l'identificazione delle incompatibilità Rh in gravidanza e relativa profilassi nelle donne a rischio di immunizzazione.

1. Al momento del primo controllo in gravidanza la donna viene sottoposta a specifica anamnesi immunoematologica delle gravidanze precedenti (pag. 19) e viene richiesta la documentazione del Gruppo sanguigno:
 - se tale documentazione è prodotta da un Centro Trasfusionale non si ripete la **determinazione** e la fotocopia viene allegata all'agenda di Gravidanza
 - se la documentazione è assente o prodotta da laboratorio diverso dal Centro Trasfusionale, si procede alla **determinazione** del Gruppo sanguigno, prestazione 90.65.3 del nomenclatore tariffario regionale.
2. La documentazione del Gruppo sanguigno, in ogni caso, deve essere allegata alla cartella clinica al momento del ricovero per parto e copia deve essere inviata al Centro Trasfusionale al momento del parto.
3. I Servizi Trasfusionali ogni qualvolta determinino il Gruppo sanguigno ad un soggetto di sesso femminile di età compresa tra 1 anno e 50 anni sono tenuti ad inserirlo nel programma del CRCC per la costruzione della Banca dati regionale ai fini della sicurezza e del contenimento della spesa per le ripetute determinazioni richieste nel corso della vita dell'individuo.
4. Al primo controllo in gravidanza per tutte le donne è richiesto il test di Coombs per la ricerca di eventuali anticorpi antieritrocitari del sistema Rh e irregolari (impegnativa **n. 01** dell'Agenda di Gravidanza).
5. Il test di Coombs viene ripetuto a **tutte** le donne a 28 settimane, l'impegnativa è la **n. 09** dell'Agenda di Gravidanza.

Per quanto concerne la preparazione al prelievo, il digiuno è obbligatorio per la glicemia e l'OGTT. La cena precedente al prelievo deve essere come da abitudine senza eccessi o restrizioni particolari.

Esame completo urine

Lavare accuratamente i genitali esterni con acqua e sapone.

Per l'esame delle urine completo è meglio raccogliere un campione delle prime urine del mattino dopo il riposo notturno e sempre dopo almeno 3-4 ore dall'ultima volta che si è urinato. Il campione va raccolto, in una provetta, dopo avere eliminato il primo getto di urina, (per praticità è possibile urinare in un bicchiere di carta pulito e riempire la provetta). Consegnare il campione al laboratorio preferibilmente entro due ore dall'emissione.

Urocoltura

L'urina deve essere raccolta in un contenitore **sterile** che può essere ritirato presso il laboratorio analisi o acquistato in farmacia. È consigliabile effettuare l'esame sulla prima urina del mattino (almeno 3 ore dopo l'ultima volta che si è urinato) seguendo questo procedimento:

1. Lavare la mani con acqua e sapone
2. Farsi accuratamente un bidet (distanziare le grandi labbra e pulire dall'avanti verso l'indietro), risciacquare con acqua corrente ed asciugare
3. Non raccogliere il primo getto di urina (che serve a "pulire" il tratto più esterno delle vie urinarie)
4. Raccogliere il secondo getto di urina, direttamente nel contenitore sterile facendo attenzione a non toccarlo con le mani nelle parti interne
5. Richiudere il contenitore e portarlo al laboratorio.

Terapie antibiotiche possono interferire sull'esito dell'esame e vanno segnalate alla consegna del campione presso il laboratorio.

02

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA
ADESIVA CHE TERMINA CON 02G

TIMBRO DELLA STRUTTURA STS11
O DEL PROFESSIONISTA
CHE SEGUE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA FISOLOGICA (Profilo assistenziale)

Primo trimestre (da 7 a 13 settimane di gravidanza)*

COMPILARE	Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)	<input type="text"/>
	Numero Tessera TEAM solo per cittadina comunitaria non italiana	<input type="text"/>
	Cognome	Nome
	Data di nascita	Cittadinanza
	Indirizzo	Tel.

Codice esenzione **M** _____ aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.

Alcuni esami non devono essere richiesti se eseguiti in tempi relativamente recenti.

Gli esami non richiesti devono essere barrati e controfirmati.

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|-------|
| • Ig anti Treponema (E.I.A.) | (91102.0) | _____ |
| • Anticorpi anti HIV (HIV1.2)
con firma del consenso informato | (91.22.4) | _____ |
| • Toxotest Ig G (E.I.A.) | (91094.1) | _____ |
| • Toxotest Ig M (E.I.A.) | (91094.0) | _____ |
| • Rubeo test Ig G | (91264.0) | _____ |
| • Rubeo test Ig M | (91264.1) | _____ |
| • HCV¹ | (91.19.5) | _____ |

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

Data

* **Comunque sempre esenti al primo controllo anche se oltre le 13 settimane di gravidanza usando il codice di esenzione M50.**

1. Solo in presenza di elementi di rischio (LG gravidanza fisiologica)

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO
all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV

Ai sensi e per gli effetti del d. lgs. n. 196/2003, previa informativa, i dati vengono raccolti ai soli fini del consenso informato. Essi sono soggetti al segreto professionale e non saranno comunicati ad alcuno, ma conservati esclusivamente all'interno della struttura presso cui si è effettuato il test.

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____, nato/a il ___/___/___

in proprio nella qualità di _____ (si allega la relativa documentazione):

DICHIARO

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario attraverso: l'informativa fornita, il colloquio con un operatore sanitario; e liberamente, spontaneamente e consapevolmente, esprimo il consenso all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV.

Data ___/___/___

Firma leggibile _____

Firma leggibile dell'operatore sanitario _____

SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE SANITARIO

L'operatore sanitario _____ (cognome e nome dell'operatore sanitario), dichiara che l'utente ha deciso di non fornire i propri dati per la compilazione del consenso informato e che è stata fornita allo stesso l'informativa su questa. L'utente sarà identificato con il codice _____

Data ___/___/___ Firma leggibile dell'operatore sanitario _____



Elementi di rischio per HCV riportati nelle LG Gravidanza fisiologica 2011:

- Uso di droghe iniettabili anche se un solo episodio
- Pazienti sottoposti a emodialisi
- Pazienti con transaminasi ALT (o GPT) elevate pregravidiche
- Soggetti trasfusi con concentrati di fattori della coagulazione prima del 1987
- Soggetti trasfusi con componenti del sangue o trapiantati con organi solidi prima del 1992
- Soggetti esposti a sangue di individui HCV positivi o di individui ad alto rischio di essere HCV positivi
- Nati da madre HCV-RNA positiva
- Conviventi di soggetti HCV positivi

L'epatite C è una delle principali cause di cirrosi epatica, carcinoma epatocellulare e insufficienza epatica. Il virus può essere trasmesso attraverso trasfusioni di sangue, somministrazione di terapie per via iniettiva, tatuaggi, piercing e verticalmente dalla madre al figlio. Nel nord Italia la prevalenza di positività per anti-HCV nelle gravide senza HIV è del 1,9%. È stato osservato che la sieroprevalenza è nettamente aumentata in sottogruppi di popolazione definibili secondo specifiche categorie di rischio (elenco sopra). I dati a disposizione relativi all'infezione da HCV in gravidanza sono scarsi e non sembrano evidenziare un aumento del rischio di complicanze ostetriche o perinatali (malformazioni congenite, distress fetale, natimortalità o nascite pretermine) nelle donne con HCV rispetto alle non infette. La gravidanza non sembra influire negativamente sul decorso clinico dell'infezione da HCV.

03

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA
ADESIVA CHE TERMINA CON 03G

TIMBRO DELLA STRUTTURA STS11
O DEL PROFESSIONISTA
CHE SEGUE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA FISIOLOGICA (Profilo assistenziale)

Primo trimestre (da 7 a 13 settimane di gravidanza)*

COMPILARE	Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)	<input type="text"/>
	Numero Tessera TEAM solo per cittadina comunitaria non italiana	<input type="text"/>
	Cognome	Nome
	Data di nascita	Cittadinanza
	Indirizzo	Tel.

Codice esenzione **M** _____ aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.

Da compilare da parte dell'operatore al termine dell'anamnesi di rischio.

- **Prelievo microbiologico (tampone vaginale)** (91.49.3) _____
- **Test molecolare rapido combinato** (90.83.7) _____
- **(ricerca Chlamydia e Neisseria Gonorrhoeae)¹**

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

Data

¹. Solo in presenza di elementi di rischio (LG gravidanza fisiologica)

Fattori di rischio infezioni sessualmente trasmesse (IST) (LG gravidanza fisiologica)

- Età ≤25 anni in persona sessualmente attiva
- Precedente IST
- Contatto sessuale con persona o persone con riconosciuta IST
- Nuovo partner sessuale o più di due partner sessuali nel corso dell'anno precedente
- Abuso di alcol o assunzione di sostanze chimiche (per esempio marijuana, cocaina, ecstasy, metanfetamina), soprattutto se associato a attività sessuale
- Vittima di violenza sessuale/abuso
- Nessuna contraccezione o utilizzo di metodi contraccettivi non di barriera
- Pratiche sessuali non sicure

04

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA
ADESIVA CHE TERMINA CON 04G

TIMBRO DELLA STRUTTURA STS11
O DEL PROFESSIONISTA
CHE SEGUE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA FISIOLOGICA (Profilo assistenziale)

Primo trimestre (da 7 a 13 settimane di gravidanza)*

COMPILARE	Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)	<input type="text"/>
	Numero Tessera TEAM solo per cittadina comunitaria non italiana	<input type="text"/>
	Cognome	Nome
	Data di nascita	Cittadinanza
	Indirizzo	Tel.

Codice esenzione **M** _____ aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.
Codice di priorità **B**

**Gli esami scritti in rosso sono indicati solo per lo screening pre-natale.
Qualora non richiesti devono essere barrati e controfirmati.**

Da compilare da parte dell'operatore al termine del colloquio informativo.

- Ecografia del primo trimestre* (88.78) _____
per determinazione ecografica settimane e.g.
- **Misura della translucenza nucale** (88.78.A) _____
per lo screening pre-natale

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

Data

* **Comunque sempre esenti al primo controllo anche se oltre le 13 settimane di gravidanza usando il codice di esenzione M50.**

N.B.: L'esame ecografico per lo screening prenatale, da effettuare tra 11+0 e 13+6 settimane, prevede in contemporanea la misura della translucenza nucale se richiesta per lo screening.

Al momento della prima ecografia si raccomanda di prenotare la successiva, da fare tra 19 e 21 settimane.

05

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA
ADESIVA CHE TERMINA CON 05G

TIMBRO DELLA STRUTTURA STS11
O DEL PROFESSIONISTA
CHE SEGUE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA FISOLOGICA (Profilo assistenziale)

Screening biochimico delle anomalie cromosomiche

COMPILARE	Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)	<input type="text"/>
	Numero Tessera TEAM solo per cittadina comunitaria non italiana	<input type="text"/>
	Cognome	Nome
	Data di nascita	Cittadinanza
	Indirizzo	Tel.

Codice esenzione **M** _____ aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.

Da compilare da parte dell'operatore al termine del colloquio informativo, concordando con la donna il test di screening da eseguire ed escludendo gli altri.

È richiesta la firma del consenso informato (sul retro dell'impegnativa).

È possibile esprimere un'unica scelta.

I due esami non richiesti debbono essere barrati e controfirmati.

- TEST COMBINATO (90.43.6) _____
- TEST INTEGRATO (90.43.8) _____
- TRI TEST (90.43.1) _____

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

Data

Data prenotazione _____ presso _____

La dichiarazione che segue riassume le informazioni delle sezioni "Percorso Screening Prenatale" (pag. 73) e "Per saperne di più" (pag. 103) che, insieme al dialogo con l'operatore, favoriscono l'espressione del consenso consapevole della donna ad aderire o meno alle indagini di screening prenatale.

"Manifestazione di volontà della donna sullo screening per anomalie cromosomiche"

Sono consapevole che la decisione di sottopormi ad un test di screening è una mia scelta e non costituisce un obbligo o un esame routinario.

Sono stata informata riguardo 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 o mongolismo) e per la trisomia 18.

Ho compreso che per la sindrome di Down e per la sindrome 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, in modo più preciso rispetto al semplice dato dell'età materna.

In particolare mi sono state date informazioni relative ai seguenti test:

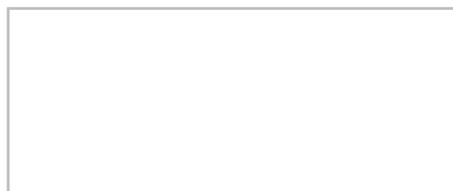
1. Test combinato (translucenza nucale + duo test)
2. Test integrato
3. Test integrato sierico
4. Tri test
5. DNA fetale su sangue materno (non a carico del SSN)

Ho compreso che se il test di screening è "positivo" (cioè presenta un rischio elevato di sindrome di Down o di trisomia 18) si può procedere alla diagnosi mediante un'amniocentesi o un prelievo dei villi coriali, se il test è "negativo" (basso rischio) non vengono suggerite ulteriori indagini, anche se ciò non significa che "certamente" il feto non sia malato.

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 _____

TIMBRO



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 _____

06

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA
ADESIVA CHE TERMINA CON 06G

TIMBRO DELLA STRUTTURA STS11
O DEL PROFESSIONISTA
CHE SEGUE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA FISOLOGICA (Profilo assistenziale)

Secondo trimestre (da 14 a 18 settimane di gravidanza)

Togliere l'impegnativa se la donna non rientra in nessuna delle condizioni sottoelencate.

COMPILARE	Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)	<input type="text"/>
	Numero Tessera TEAM solo per cittadina comunitaria non italiana	<input type="text"/>
	Cognome	Nome
	Data di nascita	Cittadinanza
	Indirizzo	Tel.

Codice esenzione **M** _____ aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.

**I seguenti esami sono indicati solo nelle situazioni specificate in grassetto sopra l'esame.
Gli esami da non ripetere devono essere barrati e controfirmati.**

In donna non immunizzata per Toxo

- Toxotest Ig M (E.I.A.) (91094.0) _____
- se positivo Toxo Ig G (E.I.A.) (91094.1) _____
- Toxo avidity (91137.0) _____

In donna non immunizzata per Rosolia

- Rubeotest Ig M (E.I.A.) (91264.1) _____
- se positivo Rubeo Ig G (E.I.A.) (91264.0) _____
- Rubeo avidity (91.13.7) _____

In donna con le condizioni di rischio

- OGTT (75g)¹ (90.26.5) _____

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

Data _____

¹. Solo in presenza di elementi di rischio (LG gravidanza fisiologica)

Oral Glucose Tolerance Test (O.G.T.T.)

È necessario un digiuno di almeno 8 ore. Prima del test si può bere acqua ma non succo di frutta o altri liquidi che contengano zuccheri.

Nei giorni precedenti l'esame l'alimentazione dev'essere il più possibile quella seguita **normalmente**.

È preferibile non essere ammalati al momento del test, perché alcuni stati patologici potrebbero alterare il metabolismo del glucosio.

Fattori di rischio

Da Linee Guida "Gravidanza fisiologica":

- diabete gestazionale in una gravidanza precedente;
- indice di massa corporea pre gravidico ≥ 30 ;
- valori di glicemia plasmatica compresi fra 100 e 125 mg/dl

07

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA
ADESIVA CHE TERMINA CON 07G

TIMBRO DELLA STRUTTURA STS11
O DEL PROFESSIONISTA
CHE SEGUE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA FISOLOGICA (Profilo assistenziale)

Secondo trimestre (da 19 a 23 settimane di gravidanza)

COMPILARE	Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)	<input type="text"/>
	Numero Tessera TEAM solo per cittadina comunitaria non italiana	<input type="text"/>
	Cognome	Nome
	Data di nascita	Cittadinanza
	Indirizzo	Tel.

Codice esenzione **M** _____ aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.

- Esame completo urine (90.44.3)

Gli esami da non ripetere devono essere barrati e controfirmati.

In donna non immunizzata per Toxo

- Toxotest Ig M (E.I.A.) (91094.0) _____
 se positivo Toxo Ig G (E.I.A.) (91094.1)
 Toxo avidity (91137.0)

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

Data

Esame completo urine

Lavare accuratamente i genitali esterni con acqua e sapone.

Per l'esame delle urine completo è meglio raccogliere un campione delle prime urine del mattino dopo il riposo notturno e sempre dopo almeno 3-4 ore dall'ultima volta che si è urinato. Il campione va raccolto, in una provetta, dopo avere eliminato il primo getto di urina, (per praticità è possibile urinare in un bicchiere di carta pulito e riempire la provetta). Consegnare il campione al laboratorio preferibilmente entro due ore dall'emissione.

08

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA
ADESIVA CHE TERMINA CON 08G

TIMBRO DELLA STRUTTURA STS11
O DEL PROFESSIONISTA
CHE SEGUE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA FISOLOGICA (Profilo assistenziale)

Secondo trimestre (da 19 a 21 settimane di gravidanza)

COMPILARE	Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)	<input type="text"/>
	Numero Tessera TEAM solo per cittadina comunitaria non italiana	<input type="text"/>
	Cognome	Nome
	Data di nascita	Cittadinanza
	Indirizzo	Tel.

Codice esenzione **M** _____ aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.
Codice di priorità **B**

- Ecografia di screening (morfologia fetale) (88.78.3)

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

Data

N.B. Anche in settimane successive se non è stata eseguita tra 19 e 21, usando il codice di esenzione M50.

09

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA
ADESIVA CHE TERMINA CON 09G

TIMBRO DELLA STRUTTURA STS11
O DEL PROFESSIONISTA
CHE SEGUE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA FISIOLOGICA (Profilo assistenziale)

Secondo/Terzo trimestre (da 24 a 28 settimane di gravidanza)

COMPILARE	Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)	<input type="text"/>
	Numero Tessera TEAM solo per cittadina comunitaria non italiana	<input type="text"/>
	Cognome	Nome
	Data di nascita	Cittadinanza
	Indirizzo	Tel.

Codice esenzione **M** _____ aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.

- Emocromo (90.62.2)
- Test di Coombs indiretto (90.49.3)
- Esame completo urine (90.44.3)

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

Data

Esame completo urine

Lavare accuratamente i genitali esterni con acqua e sapone.

Per l'esame delle urine completo è meglio raccogliere un campione delle prime urine del mattino dopo il riposo notturno e sempre dopo almeno 3-4 ore dall'ultima volta che si è urinato. Il campione va raccolto, in una provetta, dopo avere eliminato il primo getto di urina, (per praticità è possibile urinare in un bicchiere di carta pulito e riempire la provetta). Consegnare il campione al laboratorio preferibilmente entro due ore dall'emissione.

10

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA
ADESIVA CHE TERMINA CON 10G

TIMBRO DELLA STRUTTURA STS11
O DEL PROFESSIONISTA
CHE SEGUE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA FISOLOGICA (Profilo assistenziale)

Secondo/Terzo trimestre (da 24 a 28 settimane di gravidanza)

Togliere l'impegnativa se la donna non rientra in nessuna delle condizioni sottoelencate.

COMPILARE	Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)	<input type="text"/>
	Numero Tessera TEAM solo per cittadina comunitaria non italiana	<input type="text"/>
	Cognome	Nome
	Data di nascita	Cittadinanza
	Indirizzo	Tel.

Codice esenzione **M** _____ aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.

**I seguenti esami sono indicati solo nelle situazioni specificate in grassetto sopra l'esame.
Gli esami da non ripetere devono essere barrati e controfirmati.**

In donna non immunizzata per Toxo

- Toxotest Ig M (E.I.A.) (91094.0) _____
- se positivo Toxo Ig G (E.I.A.) (91094.1) _____
- Toxo avidity (91137.0) _____

In donna con le condizioni di rischio

- OGTT (75g)¹ (90.26.5) _____

In donna con con HB < 10,5 g/dl

- Ferritina (90223.2) _____

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

Data

1. Solo in presenza di elementi di rischio (LG gravidanza fisiologica)

Oral Glucose Tolerance Test (O.G.T.T.)

È necessario un digiuno di almeno 8 ore. Prima del test si può bere acqua ma non succo di frutta o altri liquidi che contengano zuccheri.

Nei giorni precedenti l'esame l'alimentazione dev'essere il più possibile quella seguita **normalmente**.

È preferibile non essere ammalati al momento del test, perché alcuni stati patologici potrebbero alterare il metabolismo del glucosio.

Fattori di rischio

Da Linee Guida gravidanza fisiologica:

- diabete gestazionale in una gravidanza precedente;
- indice di massa corporea pre gravidico ≥ 25 ;
- età ≥ 35 anni;
- macrosomia fetale in una gravidanza precedente ($\geq 4,5$ Kg);
- anamnesi familiare di diabete (parenti di primo grado con diabete di tipo 2);
- famiglia originaria di aree ad alta prevalenza di diabete.

Da ripetere anche per le donne con OGTT 16-18 settimane negativo.

11

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA
ADESIVA CHE TERMINA CON 11G

TIMBRO DELLA STRUTTURA STS11
O DEL PROFESSIONISTA
CHE SEGUE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA FISOLOGICA (Profilo assistenziale)

Terzo trimestre (da 29 a 32 settimane di gravidanza)

COMPILARE	Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)	<input type="text"/>
	Numero Tessera TEAM solo per cittadina comunitaria non italiana	<input type="text"/>
	Cognome	Nome
	Data di nascita	Cittadinanza
	Indirizzo	Tel.

Codice esenzione **M** _____ aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.

- Esame completo urine (90.44.3)

Gli esami da non ripetere devono essere barrati e controfirmati.

In donna non immunizzata per Toxo

- Toxotest Ig M (E.I.A.) (91094.0) _____
 se positivo Toxo Ig G (E.I.A.) (91094.1)
 Toxo avidity (91137.0)

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

Data

12

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA
ADESIVA CHE TERMINA CON 12G

TIMBRO DELLA STRUTTURA STS11
O DEL PROFESSIONISTA
CHE SEGUE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA FISOLOGICA (Profilo assistenziale)

Terzo trimestre (da 33 a 37 settimane di gravidanza)

COMPILARE	Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)	<input type="text"/>
	Numero Tessera TEAM solo per cittadina comunitaria non italiana	<input type="text"/>
	Cognome	Nome
	Data di nascita	Cittadinanza
	Indirizzo	Tel.

Codice esenzione **M** _____ aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.

- Emocromo (90.62.2)
- HbsAg (91.18.5)
- Anticorpi anti HIV (HIV1.2)
con firma del consenso informato (91.22.4)
- Ig anti Treponema (E.I.A.) (91102.0)
- Esame completo urine (90.44.3)

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

Data

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO
 all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV

Ai sensi e per gli effetti del d. lgs. n. 196/2003, previa informativa, i dati vengono raccolti ai soli fini del consenso informato. Essi sono soggetti al segreto professionale e non saranno comunicati ad alcuno, ma conservati esclusivamente all'interno della struttura presso cui si è effettuato il test.

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____, nato/a il ___/___/___

in proprio
 nella qualità di _____ (si allega la relativa documentazione):

DICHIARO

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario attraverso: l'informativa fornita, il colloquio con un operatore sanitario; e liberamente, spontaneamente e consapevolmente, esprimo il consenso all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV.

Data ___/___/___

Firma leggibile _____

Firma leggibile dell'operatore sanitario _____

SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE SANITARIO

L'operatore sanitario _____ (cognome e nome dell'operatore sanitario), dichiara che l'utente ha deciso di non fornire i propri dati per la compilazione del consenso informato e che è stata fornita allo stesso l'informativa su questa. L'utente sarà identificato con il codice _____

Data ___/___/___ Firma leggibile dell'operatore sanitario _____



13

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA
ADESIVA CHE TERMINA CON 13G

TIMBRO DELLA STRUTTURA STS11
O DEL PROFESSIONISTA
CHE SEGUE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA FISOLOGICA (Profilo assistenziale)

Follow up delle donne sieronegative (da 33 a 37 settimane di gravidanza)

Togliere l'impegnativa se la donna non rientra in nessuna delle condizioni sottoelencate.

COMPILARE	Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)	<input type="text"/>
	Numero Tessera TEAM solo per cittadina comunitaria non italiana	<input type="text"/>
	Cognome	Nome
	Data di nascita	Cittadinanza
	Indirizzo	Tel.

Codice esenzione **M** _____ aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.

L'esame è indicato solo nella situazione specificata in grassetto

In donna non immunizzata per Toxo

- **Toxotest Ig M (E.I.A.)** (91094.0) _____
- se positivo Toxo Ig G (E.I.A.)** (91094.1) _____
- Toxo avidity** (91137.0) _____

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

Data

14

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA
ADESIVA CHE TERMINA CON 14G

TIMBRO DELLA STRUTTURA STS11
O DEL PROFESSIONISTA
CHE SEGUE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA FISIOLOGICA (Profilo assistenziale)

Terzo trimestre (da 36 a 37 settimane di gravidanza)

COMPILARE	Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)	<input type="text"/>
	Numero Tessera TEAM solo per cittadina comunitaria non italiana	<input type="text"/>
	Cognome	Nome
	Data di nascita	Cittadinanza
	Indirizzo	Tel.

Codice esenzione **M** _____ aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.

- Tampone vagino-rettale (91.49.3)
Per ricerca Streptococco gruppo B (91.08.4)

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

Data

Tampone vagino-rettale

Si tratta di un unico tampone messo prima in vagina e poi nel retto.

La mattina dell'esecuzione esame fare bidet solo con acqua.

Non fare terapie locali con creme/ovuli/candele vaginali nei tre giorni prima dell'esame. Non fare irrigazioni nelle 24 ore precedenti. Comunicare le eventuali terapie antibiotiche in corso o sospese negli ultimi giorni.

Astensione dai rapporti sessuali nelle 24 ore precedenti il prelievo.

15

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA
ADESIVA CHE TERMINA CON 15G

TIMBRO DELLA STRUTTURA STS11
O DEL PROFESSIONISTA
CHE SEGUE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA FISIOLOGICA (Profilo assistenziale)

Terzo trimestre (da 36 a 37 settimane di gravidanza)

COMPILARE	Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)	<input type="text"/>
	Numero Tessera TEAM solo per cittadina comunitaria non italiana	<input type="text"/>
	Cognome	Nome
	Data di nascita	Cittadinanza
	Indirizzo	Tel.

Codice esenzione **M** _____ aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.

- Bilancio di salute presso il Punto Nascita (89.01.1)

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

Data

16

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA
ADESIVA CHE TERMINA CON 16G

TIMBRO DELLA STRUTTURA STS11
O DEL PROFESSIONISTA
CHE SEGUE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA FISOLOGICA (Profilo assistenziale)

COMPILARE	Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)	<input type="text"/>
	Numero Tessera TEAM solo per cittadina comunitaria non italiana	<input type="text"/>
	Cognome	Nome
	Data di nascita	Cittadinanza
	Indirizzo	Tel.

Codice esenzione **M** _____ aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.

- Incontri di accompagnamento alla nascita (93.37)

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

Data

17

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA
ADESIVA CHE TERMINA CON 17G

TIMBRO DELLA STRUTTURA STS11
O DEL PROFESSIONISTA
CHE SEGUE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA FISOLOGICA (Profilo assistenziale)

COMPILARE	Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)	<input type="text"/>
	Numero Tessera TEAM solo per cittadina comunitaria non italiana	<input type="text"/>
	Cognome	Nome
	Data di nascita	Cittadinanza
	Indirizzo	Tel.

Codice esenzione **M** _____ aggiungere la settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame.

- Incontri di accompagnamento alla nascita - incontri dopo la nascita (93.37.1)

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

Data

N.B.: 5 incontri post-partum anche per interventi inerenti al perineal care, incontri di massaggio infantile, incontri di sostegno allattamento.

18

ATTACCARE QUI L'ETICHETTA
ADESIVA CHE TERMINA CON 18G

TIMBRO DELLA STRUTTURA STS11
O DEL PROFESSIONISTA
CHE SEGUE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZA FISOLOGICA (Profilo assistenziale)

Per il padre biologico

COMPILARE	Codice Fiscale (per cittadine straniere codice STP o ENI)	<input type="text"/>
	Numero Tessera TEAM solo per cittadina comunitaria non italiana	<input type="text"/>
	Cognome	Nome
	Data di nascita	Cittadinanza
	Indirizzo	Tel.

Codice esenzione **M99**

- Ig anti Treponema (E.I.A.) (91102.0) _____
- Anticorpi anti HIV (HIV1.2) (91.23.4) _____
con firma del consenso informato

I seguenti esami sono indicati solo nella situazione specificata in grassetto sopra l'esame.

Se la madre è eterozigote per Hbpatia

- Emocromo** (90.62.2) _____
- Dosaggio frazioni Hb** (90.66.5) _____

Direttore Sanitario Aziendale o Direttore DMI

Data

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO
 all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV

Ai sensi e per gli effetti del d. lgs. n. 196/2003, previa informativa, i dati vengono raccolti ai soli fini del consenso informato. Essi sono soggetti al segreto professionale e non saranno comunicati ad alcuno, ma conservati esclusivamente all'interno della struttura presso cui si è effettuato il test.

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____, nato/a il ___/___/___

in proprio
 nella qualità di _____ (si allega la relativa documentazione):

DICHIARO

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario attraverso: l'informativa fornita, il colloquio con un operatore sanitario; e liberamente, spontaneamente e consapevolmente, esprimo il consenso all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV.

Data ___/___/___

Firma leggibile _____

Firma leggibile dell'operatore sanitario _____

SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE SANITARIO

L'operatore sanitario _____ (cognome e nome dell'operatore sanitario), dichiara che l'utente ha deciso di non fornire i propri dati per la compilazione del consenso informato e che è stata fornita allo stesso l'informativa suesposta. L'utente sarà identificato con il codice _____

Data ___/___/___ Firma leggibile dell'operatore sanitario _____



PERCORSO SCREENING PRENATALE delle anomalie cromosomiche

Con il termine “screening prenatale” si intendono quegli esami che permettono di valutare il rischio che il feto sia affetto da alcune malformazioni. Tali esami sono l’inizio di un percorso che parte dalla discussione sul significato e sui limiti degli esami stessi, porta all’espressione del proprio consenso informato e quindi all’esecuzione del prelievo di sangue materno e al calcolo del rischio. In caso di rischio aumentato la conferma o smentita si avrà con ulteriori esami.

Nella sezione “Per saperne di più” si trovano informazioni dettagliate che insieme al colloquio con il professionista aiutano la donna a decidere se intraprendere il percorso.



Contenuti della sezione:

- Test di screening prenatale (pag. 74)
- Albero decisionale per lo screening della sindrome di Down e trisomia 18 (pag. 76)
- Consenso informato per lo screening (pag. 77)
- Valutazione del rischio per la sindrome di Down (pag. 79)
- Scheda per la comunicazione dell’esito della gravidanza al Laboratorio OIRM-Sant’Anna (pag. 81)
- In caso di screening positivo (pagg. 83-84)

SCREENING PRENATALE

Gli esami cosiddetti di **screening prenatale** calcolano il rischio personale delle più comuni alterazioni cromosomiche (quali la trisomia 21 detta anche **sindrome di Down** e la trisomia 18).

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

Per una scelta consapevole sul fare o meno tali test la donna ha bisogno di comprenderne bene il significato per valutare i rischi e le opportunità. Può essere conveniente leggere in anticipo gli approfondimenti proposti a pag. 116.

I test di screening non comportano alcun rischio per la salute della donna e del bambino poiché non sono invasivi, per eseguire i test non vengono infatti utilizzati componenti che si trovano all'interno dell'utero a diretto contatto con il bambino (**liquido amniotico**, placenta), ma solo sangue della madre ottenuto con un normale prelievo.

I test di screening prenatale servono ad evidenziare solo il rischio di **sindrome di Down** o di **trisomia 18**, la certezza della diagnosi si ha successivamente con gli esami diagnostici qualora il rischio sia aumentato.

prelievo del sangue



translucenza

•) I test di screening prenatale

Il calcolo del rischio "personalizzato" di **sindrome di Down** e delle altre rare malattie cromosomiche è effettuato sulla base di un esame ecografico e di dosaggi, nel sangue della mamma, di alcune sostanze prodotte dal **feto** e dalla **placenta**. Tali esami permettono una maggiore accuratezza nel calcolo del rischio a partire da quello legato all'età materna (più la mamma è avanti negli anni **maggiore** è il rischio di avere un figlio con **sindrome di Down**). 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: in questo caso il percorso prevede l'offerta degli esami diagnostici invasivi (descritti più avanti) e la donna può scegliere se accedervi o meno.



I test di screening per il calcolo del rischio attualmente disponibili sono:

LA TRANSLUCENZA NUCALE¹

Misura attraverso un'ecografia eseguita tra le 11 e le 13 settimane di gravidanza, lo spessore del tessuto retronucale del feto; l'esito dell'esame è immediato. La translucenza nucale (fig. pag. 74), oltre a indicare un rischio aumentato per le malattie cromosomiche, può evidenziare anche un rischio aumentato per alcune malformazioni scheletriche e cardiache.

IL TEST COMBINATO

Abbina alla translucenza nucale un esame del sangue. Si esegue tra le 11 e le 13 settimane di gravidanza e dà un calcolo del rischio più attendibile del precedente. Il 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** (dettagli più avanti).

IL TEST INTEGRATO

Aggiunge ai dati rilevati dal test combinato, altri dati che richiedono un ulteriore esame del sangue da eseguire tra le 15 e le 17 settimane di gravidanza. L'aggiunta di questi dati migliora la precisione dei risultati e consente inoltre la valutazione del rischio di una malformazione della colonna vertebrale (spina bifida).

IL TEST INTEGRATO SIERICO

Comprende la datazione ecografica della gravidanza, un primo prelievo di sangue materno a 11-13 settimane cui si aggiunge il tri test a 15-16 settimane.

IL TRI TEST (O TRIPLO 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.

IL TEST DEL DNA FETALE - Non Invasive Prenatal Testing (NIPT) (non a carico del SSN)

Test di screening per la trisomia 21 più accurato (sensibilità circa 99% con numero di positivi molto basso 0,1%) rispetto a quelli tradizionali ma circa nel 2% dei casi non si ha una risposta

I test di **screening prenatale** si limitano a segnalare un possibile **"rischio di avere un figlio con anomalie cromosomiche"**. Tale risposta non è **mai** una diagnosi.

Le donne con rischio calcolato basso sono più del 90%: esse non avranno bisogno di esami diagnostici invasivi. Alle altre, quelle con rischio aumentato, viene proposto l'esame diagnostico invasivo.

La quota di donne classificate ad alto rischio dipende dal tipo di test utilizzato: più è ricco di dati il test utilizzato (test integrato) più è accurato il calcolo e di conseguenza più piccolo è il gruppo classificato ad alto rischio.

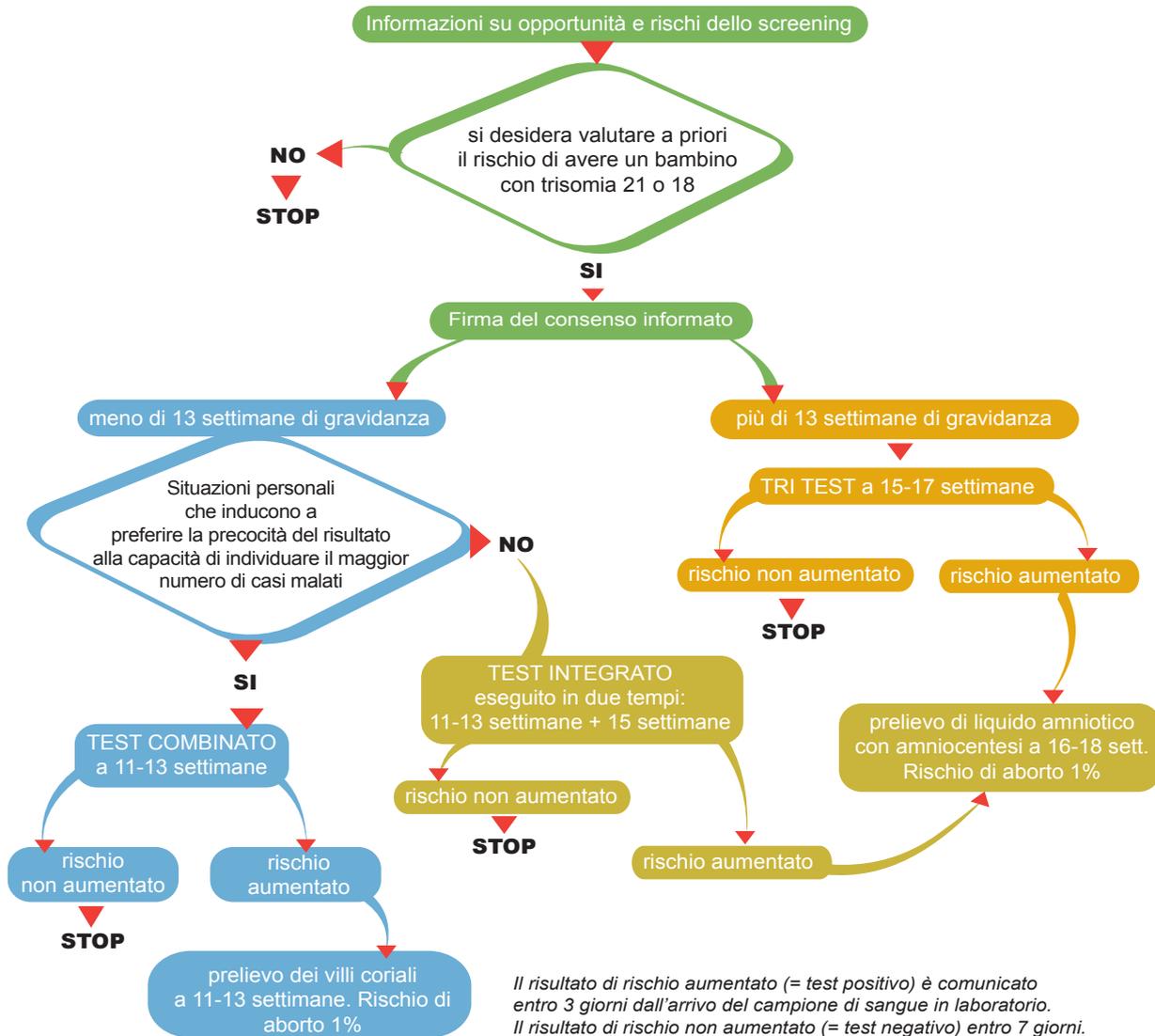
- un risultato di **"basso rischio"** non potrà mai escludere del tutto la presenza di una malattia cromosomica, anche se tale probabilità è molto remota. Quando si verifica la nascita di un feto con sindrome di Down da una donna con test di screening negativo si dice che il risultato del test è un "falso negativo"; per fortuna questo avviene solo per una donna ogni 3500-4000 che hanno avuto un esito negativo del test di screening. Questo può accadere perché, talvolta, un feto pur essendo malato presenta un metabolismo del tutto sovrapponibile a quello dei feti normali.
- un risultato di **"rischio aumentato"** non significa che è presente la malattia, ma solo che c'è qualche sospetto: su 40-50 donne che, avendo avuto un risultato allo screening di rischio aumentato, eseguono l'esame diagnostico, **solo una** risulterà avere un feto malato. Questo significa che la maggioranza dei test di screening positivi sono in realtà, fortunatamente, dei "falsi positivi" e questo accade perché alcune particolari situazioni transitorie del **metabolismo** feto-placentare possono alterare i dosaggi nel sangue materno.

L'organizzazione sanitaria della Regione Piemonte prevede che il prelievo per i test di screening possa essere effettuato presso ogni **ASL**, mentre il campione di sangue deve essere analizzato presso il Centro dell'Ospedale Sant'Anna che garantisce i sofisticati controlli di qualità necessari.

L'accuratezza del sistema che valuta i rischi migliora decisamente se ogni donna collabora facendo pervenire le informazioni sull'esito della propria gravidanza al laboratorio dove si calcola il rischio (scheda pag. 81).

¹ Per questa ecografia devono essere rispettate precise procedure standardizzate rispetto alle quali gli operatori debbono essere formati e sottoposti a periodiche verifiche delle qualità delle loro misurazioni.

Albero delle scelte per lo screening della trisomia 21 (= sindrome di Down) e della trisomia 18



Capacità di individuare i soggetti con trisomia 21 o 18 a parità di risultati falsi positivi

	Sensibilità	Falsi positivi
Test integrato	90-95%	5%
Test combinato	80-85%	5%
Tri test	70-75%	5%

Studi internazionali confermati dall'esperienza del Laboratorio OIRM-Sant'Anna su 250.000 gravidanze (1990-2008)

I passi del percorso "Screening prenatale" sono:

1. la donna insieme con l'ostetrica/ginecologo sceglie il tipo di screening sull'**impegnativa 05**, l'operatore barra e controfirma gli altri due tipi esclusi
2. la donna firma sul retro della stessa impegnativa il **consenso informato** e firma copia dello stesso consenso (pag. 77) che rimarrà nell'Agenda
3. il prelievo per gli esami previsti sulla impegnativa 05 può essere fatto nei laboratori pubblici che invieranno il campione al centro screening del Sant'Anna di Torino.
4. all'impegnativa 05 va allegata la Scheda di pag. 79 "**Valutazione del rischio per la Sindrome di Down**" compilata in ogni sua parte dall'ostetrica/ginecologo
5. se il calcolo del rischio evidenzia un rischio aumentato si procede alla diagnosi invasiva, le relative istruzioni sono indicate:
 - a pag. 83 se si procede al prelievo dei villi coriali;
 - a pag. 84 se si ricorre al prelievo di liquido amniotico tramite amniocentesi
6. dopo la nascita del bambino occorre comunicare l'esito della gravidanza al Centro Screening del Sant'Anna di Torino inviando la "**Scheda per la comunicazione dell'esito della gravidanza**" di pag. 81



La dichiarazione che segue riassume le informazioni della sezione "Per saperne di più" (pag. 116) che, insieme al dialogo tra donna e operatore, favoriscono l'espressione del consenso consapevole della donna ad aderire o meno alle indagini di screening prenatale.

Copia della stessa dichiarazione si trova sul retro della impegnativa 05, debbono essere firmate entrambe.

"Manifestazione di volontà della donna sullo screening per anomalie cromosomiche"

Sono consapevole che la decisione di sottopormi ad un test di screening è una mia scelta e non costituisce un obbligo o un esame routinario.

Sono stata informata riguardo 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 o mongolismo) e per la trisomia 18. Ho compreso che per la sindrome di Down e per la trisomia 18 non esiste una terapia.

Sono stata inoltre informata che, qualora le precedenti anomalie vengano riscontrate prima che il feto abbia possibilità di vita autonoma, una mia eventuale richiesta di interruzione di gravidanza verrà valutata dal medico del Servizio al quale mi rivolgerò che verificherà se esistano le condizioni per accettarla, nel rispetto delle norme previste dalla Legge 194/1978.

Ho compreso che la diagnosi delle anomalie 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, in modo più preciso rispetto al semplice dato dell'età materna. In particolare mi sono state date informazioni relative ai seguenti test:

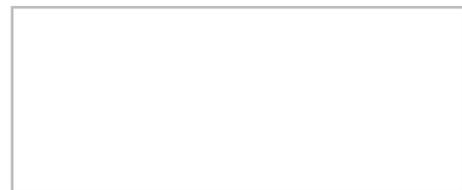
1. Test combinato (translucenza nucale + duo test)
2. Test integrato
3. Test integrato sierico
4. Tri test
5. DNA fetale su sangue materno (non a carico del SSN)

Ho compreso che se il test di screening è "positivo" (cioè presenta un rischio elevato di sindrome di Down o di trisomia 18) si può procedere alla diagnosi mediante un'amniocentesi o un prelievo dei villi coriali, se il test è "negativo" (basso rischio) non vengono suggerite ulteriori indagini, anche se ciò non significa che "certamente" il feto non sia malato.

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 _____

TIMBRO



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 _____





Valutazione del rischio per la sindrome di Down			
Scheda anamnestica da abbinare all'impegnativa 04			
<input type="checkbox"/> TEST INTEGRATO		<input type="checkbox"/> TRITEST	
<input type="checkbox"/> TEST COMBINATO		<input type="checkbox"/> AFP SIERO A 16 SETTIMANE	
ostetrica/ginecologo curante: <input style="width: 80%;" type="text"/>			
Cognome:	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Nome:	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Data di Nascita:	<input style="width: 20%;" type="text"/>	* Luogo di Nascita:	<input style="width: 20%;" type="text"/>
Telefono 1:	<input style="width: 20%;" type="text"/>	Telefono 2:	<input style="width: 20%;" type="text"/>
Professione:	<input style="width: 20%;" type="text"/>	Cognome Partner:	<input style="width: 20%;" type="text"/>
Data UM:	<input style="width: 10%;" type="text"/>	* Peso:	<input style="width: 10%;" type="text"/> Kg * Parità: <input style="width: 10%;" type="text"/>
Data Ecografia:	<input style="width: 10%;" type="text"/>	* Etnia:	<input type="checkbox"/> Caucasica <input type="checkbox"/> Afro-Caraibica <input type="checkbox"/> Orientale
Operatore:	<input style="width: 20%;" type="text"/>	Firma:	<input style="width: 40%;" type="text"/>

N.ro Feti (°)	<input style="width: 5%;" type="text"/>	* Feto 1:	BPDmm	<input style="width: 5%;" type="text"/>	* CRL mm	<input style="width: 5%;" type="text"/>	* NT mm	<input style="width: 5%;" type="text"/>	* <small>° se gemellare indicare corialità nelle note</small>				
		Feto 2:	BPDmm	<input style="width: 5%;" type="text"/>	* CRL mm	<input style="width: 5%;" type="text"/>	* NT mm	<input style="width: 5%;" type="text"/>	* <small>° se gemellare indicare corialità nelle note</small>				
Note 1:	<input style="width: 80%;" type="text"/>				Note 2:	<input style="width: 80%;" type="text"/>							
Precedente DTN:	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	* <small>Precedente</small>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	* <small>Sindrome di Down:</small>	Diabete IDD:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	* <small>Fumo:</small>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	* <small>Fumo:</small>
Precedenti ITG:	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	per:	<input style="width: 20%;" type="text"/>				Perdite Ematiche:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Settimana:	<input style="width: 5%;" type="text"/>	
Fecondazione assistita:	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	* <small>specificare la tecnica:</small>	<input style="width: 80%;" type="text"/>									
Farmaci:	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Progestinici	<input type="checkbox"/> Corticosteroidi	<input type="checkbox"/> Trattamento patol. tiroidea	<input type="checkbox"/> Antiepilettici							
			<input type="checkbox"/> Insulina	<input type="checkbox"/> Altro:	<input style="width: 30%;" type="text"/>								

La mancata o non corretta compilazione dei campi contrassegnati con * compromette la precisione del calcolo del rischio





Regione Piemonte

Servizio Sanitario Nazionale

SCHEDA PER LA COMUNICAZIONE DELL'ESITO DELLA GRAVIDANZA

DATI DELLA MADRE			
Cognome	Nome	Nata il ___ / ___ / ___	
Data del referto: ___ / ___ / ___	Risultato:	Rischio s. di Down: 1 / _____	Rischio DTN: 1 / _____
Ha eseguito la diagnosi invasiva?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Amniocentesi in data: ___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> Villocentesi in data: ___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> Cordocentesi in data: ___ / ___ / ___	
Decorso della gravidanza:	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Pre-eclampsia <input type="checkbox"/> Rottura prematura delle membrane <input type="checkbox"/> Restrizione di crescita endouterina <input type="checkbox"/> Diabete gestazionale <input type="checkbox"/> Amniotite <input type="checkbox"/> Oligo/anidramnios <input type="checkbox"/> Placenta previa <input type="checkbox"/> Altro: _____	
Esito della gravidanza:	<input type="checkbox"/> a 38-42 settimane <input type="checkbox"/> parto spontaneo <input type="checkbox"/> parto cesareo <input type="checkbox"/> parto indotto	<input type="checkbox"/> parto prematuro: settimana _____ <input type="checkbox"/> morte fetale: settimana _____ <input type="checkbox"/> aborto spontaneo: settimana _____ <input type="checkbox"/> ITG: settimana _____	
DATI DEL NEONATO			
Cognome	Nome	Nato/a il ___ / ___ / ___	
<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	peso grammi _____		
Normale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cromosomopatia: <u>cariotipo</u> <input type="checkbox"/> Difetti del tubo neurale: _____ <input type="checkbox"/> Altre anomalie congenite: _____	
EVENTUALE GEMELLO			
Cognome	Nome	Nato/a il ___ / ___ / ___	
<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	peso grammi _____		
Normale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cromosomopatia: <u>cariotipo</u> <input type="checkbox"/> Difetti del tubo neurale: _____ <input type="checkbox"/> Altre anomalie congenite: _____	

Si prega di trasmettere il presente modulo con una delle seguenti modalità:

- FAX al numero 0113134470 ;
- e-mail all'indirizzo: scrdown@oirmsantanna.piemonte.it;
- consegna manuale o spedizione per posta a:
 Screening Anomalie Cromosomiche
 Laboratorio Analisi OIRM - Sant'Anna
 C.so Spezia 60, 10126, torino

Completare tutti i campi.

Non occorre allegare il referto dello screening.

La vostra gentile collaborazione ci è indispensabile per il miglioramento del servizio. Trattamento dei dati personali conforme alla normativa vigente.





Regione Piemonte

Servizio Sanitario Nazionale

PRELIEVO DEI VILLI CORIALI:

Per saperne di più: pag. 117

La signora _____

è prenotata per il giorno _____

alle ore _____

per effettuare il prelievo di villi coriali presso il Centro _____

La preghiamo di portare con sé l'Agenda di Gravidanza con:

- A. Il referto scritto del gruppo sanguigno effettuato presso un Centro Trasfusionale**
- Se è Rh negativo è necessario eseguire il test di Coombs indiretto sempre presso un Centro Trasfusionale, la settimana precedente il prelievo dei villi coriali
- B. I precedenti esami ecografici**
- C. Due impegnative rilasciate dal Medico di Famiglia o dal Ginecologo del Consultorio**
1. Ecografia ostetrica, prelievo dei villi coriali e consulenza prenatale
 2. Coltura di villi coriali (a breve termine);
Cariotipo da metafasi spontanee di villi coriali;
Coltura di villi coriali;
Cariotipo da metafasi di CVS;
Analisi dei polimorfismi (QF-PCR) solo in caso di
 - 40 anni compiuti
 - test combinato positivo e/o NT ispessita
 - sospetto ecografico di trisomia fetale
 - precedente figlio affetto da trisomia
 - gravidanza plurima

Ai sensi del D.M. 10-09-1998, per l'esenzione al pagamento del ticket è necessario che le impegnative riportino l'esenzione "M 50" corrispondente alla gravidanza a rischio.

N.B. È indispensabile che le impegnative siano compilate nel modo sopra indicato; diversamente non si garantisce l'effettuazione dell'esame.

È possibile fare colazione al mattino e non è necessaria alcuna preparazione

**AMNIOCENTESI:**

Per saperne di più: pag. 117

La signora _____

è prenotata per il giorno _____

alle ore _____

per effettuare l'amniocentesi presso il Centro _____

La preghiamo di portare con sé l'Agenda di Gravidanza con:

A. Il referto scritto del gruppo sanguigno effettuato presso un Centro Trasfusionale

- Se è Rh negativo è necessario eseguire il test di Coombs indiretto sempre presso un Centro Trasfusionale, la settimana precedente il prelievo dei villi coriali

B. I precedenti esami ecografici**C. Due impegnative rilasciate dal Medico di Famiglia o dal Ginecologo del Consultorio**

1. Ecografia ostetrica, amniocentesi e consulenza prenatale
2. Coltura di amniociti

Cariotipo da metafasi di liquido amniotico

Alfafeto proteina AFP;

Analisi dei polimorfismi (QF-PCR) solo in caso di

- 40 anni compiuti
- test combinato positivo e/o NT ispessita
- sospetto ecografico di trisomia fetale
- precedente figlio affetto da trisomia
- gravidanza plurima

Ai sensi del D.M. 10-09-1998, per l'esenzione al pagamento del ticket è necessario che le impegnative riportino l'esenzione "M 50" corrispondente alla gravidanza a rischio.

N.B. È indispensabile che le impegnative siano compilate nel modo sopra indicato; diversamente non si garantisce l'effettuazione dell'esame.

È possibile fare colazione al mattino e non è necessaria alcuna preparazione

ASSISTENZA ADDIZIONALE

In alcuni casi (per esempio per donne con gruppo sanguigno Rh negativo, oppure donne lavoratrici della prima infanzia, ...) o in caso di gravidanza patologica, il percorso nascita richiede una assistenza addizionale con prestazioni specifiche per il singolo caso. Questa sezione potrà essere di volta in volta integrata con le indicazioni aggiuntive necessarie.

Per le prestazioni aggiuntive il medico (di base, di consultorio, di poliambulatorio) dovrà specificare, sulle impegnative non disponibili nell'Agenda, il codice di esenzione M50 per la condizione patologica e la settimana di gravidanza al momento della richiesta



Contenuti della sezione:

- Modulo Screening disagio psichico perinatale (pag. 87)
- Dati per l'Emergenza (pag. 89)

Eventuali fascicoli aggiuntivi:

-
-
-

PROFILI DI ASSISTENZA ADDIZIONALE

Come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'assistenza lungo il percorso nascita ha l'obiettivo che ogni coppia mamma/neonato possa vivere il suo percorso nascita come esperienza positiva.

Una esperienza di gravidanza positiva si costruisce su uno stato di salute buono per mamma e bambino, che sia percepito e mantenuto come tale, sul passaggio verso il travaglio e parto che avvenga in un clima di fiducia e su un vissuto di maternità positivo (includendo una buona auto-stima, il rispetto della competenza e dell'autonomia della donna).

Lungo questo auspicabile percorso si possono incontrare situazioni che, per mantenere le caratteristiche descritte sopra, richiedono una offerta assistenziale addizionale rispetto a quella prevista per una evoluzione assolutamente fisiologica.

Sarà cura della donna e del professionista che l'accompagna lungo il suo percorso nascita mantenere aggiornata questa sezione raccogliendovi tutte le informazioni cliniche che riguardano la necessità di Assistenza Addizionale, e il monitoraggio della stessa (esami, controlli, ecc) con riferimento in particolare ai Profili Assistenziali di Assistenza Addizionale ad oggi pubblicati dalla Regione Piemonte:

- *Profilo Regionale condiviso per l'intercettazione precoce e la presa in carico del disagio psichico perinatale e per la prevenzione della DPP (2018)*
- *Protocollo per l'identificazione delle incompatibilità Rh in gravidanza e relativa profilassi nelle donne a rischio di immunizzazione (2009)*
- *Profilo assistenziale condiviso per l'assistenza addizionale alla gravidanza gemellare bicoriale (2013)*
- *Profilo assistenziale condiviso per l'assistenza integrata dell'ipertensione cronica in gravidanza (2013)*
- *Profilo assistenziale condiviso per l'assistenza diagnostica e terapeutica del diabete gestazionale in dietoterapia (2015)*

ASSISTENZA ADDIZIONALE PER LA PREVENZIONE DEL DISAGIO PSICHICO PERINATALE

Durante la gravidanza l'idea del bambino che sta crescendo nel suo grembo e le emozioni che lo riguardano si fanno spazio nella mente della donna. Ma possono esserci delle difficoltà ad aprire i confini interni della mente quando tanto spazio è occupato da preoccupazioni contingenti del vivere (il lavoro, la relazione di coppia, elementi di stress, ecc.) o dal peso di situazioni passate (precedenti gravidanze, rapporti con i propri genitori, esperienze della propria infanzia, ecc).

Per saperne di più: pag. 107

Elementi anamnestici

Familiarità per disturbi psichiatrici perinatali o per disturbo bipolare	Difficoltà nella relazione di coppia; assenza di un partner/ conflittualità di coppia importante	Pregresso aborto, pregressa morte fetale
Storia psichiatrica pregressa	Disoccupazione, perdita di lavoro	Gravidanza non pianificata Gravidanza in minorenne (vedi protocollo specifico)
Storia di pregressa DPP	Isolamento sociale	Malnutrizione materna; bassi livelli di emoglobina; iperemesi gravidica
Lutto recente	Allontanamento dalla famiglia di origine	Parto distocico con stress post traumatico
Storia di abuso sessuale	Migrazione recente	Patologia materna (tireopatia, diabete, ...)
Violenza domestica	Uso di sostanze di abuso (Vedi protocollo specifico)	Patologia fetale (malformazioni, ritardo di crescita)
	Ruolo di caregiver di familiari non autosufficienti	Patologia neonatale (prematùrità, malformazioni, ricovero in TIN,)
	Assenza di una rete familiare/ amicale	Difficoltà all'allattamento
		Temperamento difficile del bambino

Domande di Whooley (modalità di risposta sì/no)	BdS 1° trim.	BdS 2° trim.	BdS 36 sett.	BdS Puerperio
Durante l'ultimo mese si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranze?				
Durante l'ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?				

	BdS 1° trim.	BdS 2° trim.	BdS 36 sett.	BdS Puerperio

In generale, per un corretto utilizzo del Pronto Soccorso e soprattutto per ricevere risposte assistenziali adeguate, è importante non sovraccaricare il servizio con richieste inappropriate e sapere che l'accesso alle cure è organizzato sulla base dell'urgenza della situazione (= TRIAGE).



Codice rosso: per i casi urgenti che richiedono cure immediate non rinviabili



Codice giallo: per i casi di media gravità che possono essere messi in attesa quando si presenti contemporaneamente un caso grave (rosso)



Codice verde: per i casi che non richiedono interventi urgenti



Codice bianco: per i casi meno gravi che non presentano caratteristiche d'urgenza e che possono subire tempi di attesa anche prolungati e sono tenuti al pagamento del ticket (= partecipazione alla spesa)



Codice rosa: codice aggiuntivo ai codici di gravità (presenza di situazioni di violenza)

Il Pronto Soccorso degli Ospedali in cui sono presenti il medico-ostetrico/ginecologo e l'ostetrica di guardia può dare risposta ai problemi di emergenza- urgenza che possono presentarsi lungo il percorso nascita. (Verificare sulla Carta dei Servizi dell'ASL inserita nell'Agenda o sul sito delle ASL).

È importante sapere che il Pronto Soccorso non può dare risposte adeguate se ci si presenta per un normale bilancio di salute materno-fetale. La disponibilità del servizio 24 ore su 24 è riservata alle urgenze e non deve portare a credere di potervi trovare risposta per qualsiasi tipo di problema sanitario. I Consultori e gli Ambulatori distrettuali di ostetricia sono i servizi pubblici da utilizzare per i Bilanci di Salute materno-fetale **programmati** lungo il percorso nascita.

In presenza di sintomi che possono destare allarme (esempio perdite di sangue, altre perdite, mal di testa violento, dolore addominale acuto, vomito incontenibile, febbre, utero contratto, movimenti fetali ridotti o non percepiti rispetto alla condizione abituale) che compaiano in orari in cui i servizi/ professionisti che seguono la gravidanza sono disponibili, è consigliabile consultare detti servizi/ professionisti prima di recarsi direttamente al Pronto Soccorso. Il servizio/professionista di riferimento conosce l'evoluzione della gravidanza ed ha gli elementi per meglio consigliare la donna sul da farsi.

Negli orari di chiusura dei servizi si consiglia comunque di telefonare ai riferimenti indicati a pag. 8. In caso di **violenza subita in gravidanza è sempre necessario** rivolgersi al Pronto Soccorso.

In ogni caso quando ci si reca in Pronto Soccorso è necessario portare con sé l'Agenda e ogni altro documento utile alla valutazione della situazione.

SCELTE PER IL PERCORSO NASCITA

Il percorso nascita individuale è l'armonica combinazione tra il programma assistenziale, illustrato nelle sezioni precedenti, e le scelte personali che, nel corso della gravidanza e, in particolare, al momento del bilancio di salute delle 36 settimane, la donna esprime per il suo parto e per le cure al suo bambino.

Obiettivo dichiarato dell'Agenda di Gravidanza è quello di aiutare la donna ad operare scelte informate cioè basate su informazioni scientificamente corrette e sul riconoscimento dei propri personali bisogni.

Le informazioni contenute in questa sezione possono essere approfondite con la lettura della sezione "Per saperne di più"



Contenuti della sezione:

- Informazioni per il consenso al test HIV (pag. 92)
- Incontri di accompagnamento alla nascita (pag. 93)
- Le scelte per il parto (pag. 94)
- Luogo del parto (pag. 95)
- Sostegno in travaglio e parto (pag. 96)
- Stile di accoglienza al neonato (pag. 99)
- Allattamento (pag. 101)
- Donazione del sangue cordonale (pag. 102)



Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità
Direzione Sanità - Settore Assistenza
Specialistica e Ospedaliera

LOGO AZIENDA/STRUTTURA CONVENZIONATA

ALLEGATO 1

INFORMAZIONI PER IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST HIV

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

Il test HIV. L'unico modo per sapere se si è contratto l'HIV è fare un'analisi che prevede uno o più prelievi successivi di campioni di sangue. I tempi per l'esecuzione del test e per il ritiro dei risultati sono variabili per ragioni di tipo tecnico e indipendentemente dall'esito dell'analisi. Gli operatori sanitari della struttura dove viene effettuato il test HIV sono a disposizione per fornire spiegazioni relative ai risultati dell'indagine diagnostica.

Il risultato del test HIV. Se il risultato del test HIV è:

NEGATIVO/NON REATTIVO significa che non ci si è infettati. Si può imparare a proteggersi dall'infezione chiedendo informazioni al proprio medico o telefonando al Servizio (anonimo e gratuito) "Telefono Verde AIDS" dell'Istituto Superiore di Sanità - 800-861061, dal lunedì al venerdì, dalle ore 13,00 alle ore 18,00.

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

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

MOD THIV (parte da consegnare all'utente)



MOD THIV (parte da conservare presso la struttura sanitaria)

REGIONE
PIEMONTE
Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità
Direzione Sanità - Settore Assistenza
Specialistica e Ospedaliera

LOGO AZIENDA/STRUTTURA CONVENZIONATA

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV

Ai sensi e per gli effetti del d. lgs. n. 196/2003, previa informativa, i dati vengono raccolti ai soli fini del consenso informato. Essi sono soggetti al segreto professionale e non saranno comunicati ad alcuno, ma conservati esclusivamente all'interno della struttura presso cui si è effettuato il test.

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____, nato/a il ___/___/___

in proprio nella qualità di _____ (si allega la relativa documentazione):

DICHIARO

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario attraverso: l'informativa fornita, il colloquio con un operatore sanitario; e liberamente, spontaneamente e consapevolmente, esprimo il consenso all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV.

Data ___/___/___

Firma leggibile _____

Firma leggibile dell'operatore sanitario _____

SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE SANITARIO

L'operatore sanitario _____ (cognome e nome dell'operatore sanitario), dichiara che l'utente ha deciso di non fornire i propri dati per la compilazione del consenso informato e che è stata fornita allo stesso l'informativa su questa. L'utente sarà identificato con il codice _____

Data ___/___/___ Firma leggibile dell'operatore sanitario _____





INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA¹

Gli incontri di accompagnamento alla nascita comprendono incontri sia prima che dopo la nascita; essi offrono informazioni e ascolto sui bisogni della donna e della coppia, favoriscono la condivisione dell'esperienza con altre coppie e sostengono la donna nelle sue decisioni lungo tutto il percorso nascita.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea in particolare l'importanza che la coppia si confronti, oltre che con i professionisti del Percorso Nascita, anche con altre coppie di genitori.

La maternità, la **genitorialità**, non si imparano certo in un corso. Nella nostra società, in cui l'organizzazione della vita quotidiana porta ad un certo isolamento e gli scambi di esperienze sono ridotti, dedicare tempo al confronto interno alla coppia, poi con altre coppie, con altre donne e con professionisti esperti, consente di ridurre le ansie e le incertezze. I principali temi trattati nei gruppi sono: lo stile di vita sano in gravidanza, il legame mamma-bambino, le scelte per il parto, l'avvio e la durata dell'allattamento al seno, la contraccezione in puerperio, la promozione della salute in puerperio, la cura del bambino e l'organizzazione dei servizi per l'assistenza a mamma e bambino.

L'obiettivo degli incontri è quello di aiutare la donna e la coppia a:

- 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** a far nascere e crescere bene il bambino

Gli incontri di accompagnamento prima della nascita (impegnativa n.16) sono il momento in cui ci si può dedicare al corpo e alla sua preparazione fisica per il parto. Da un punto di vista fisico non si tratta di imparare delle tecniche, ma di sperimentare movimenti, posizioni, modi di respirare che al momento del travaglio/parto potrebbero essere una risorsa per affrontarne i diversi stadi.

Gli incontri di gruppo possono prolungarsi dopo la nascita (impegnativa n.17) per dare sostegno durante il puerperio ai neo genitori, per promuovere il tocco e il massaggio infantile come modalità che favoriscono il benessere e il legame genitori-bambino e per sostenere l'allattamento al seno.

Gli incontri di accompagnamento alla nascita sono organizzati dai Consultori, dai Punti Nascita, da Enti Privati. Nei Servizi pubblici sono gratuiti alla presentazione della impegnative n°16 (prima della nascita) e n°17 (dopo la nascita).

Prenotare entro la _____ settimana di gravidanza

Inizio incontri: _____

luogo: _____

tel: _____

CALENDARIO DEGLI INCONTRI		
Data	Si parla di...	Conduttore del Gruppo:

¹ Linee regionali di indirizzo: incontri di accompagnamento alla nascita (2013)

SCELTE PER IL PARTO

Frequentemente, nel corso della gravidanza, i pensieri della donna, della coppia, si proiettano al momento del parto, a quando la mamma incontrerà il suo bambino. Tali pensieri sono normalmente carichi di aspettative e di timori.

In occasione del Bilancio di Salute a 36-37 settimane di gravidanza, insieme con l'operatore del **Punto Nascita** scelto per il parto, è utile discutere di quanto ci si aspetta per quell'importante momento.

È evidente che tali scelte devono essere comunque considerate con flessibilità da parte della donna poiché, qualora le condizioni clinico-assistenziali uscissero dal decorso **fisiologico**, potrà essere necessario un tipo di **assistenza addizionale** non sempre compatibile con tutti i tipi di scelte.

Talune richieste particolari, non ancora supportate da prove di efficacia, in assenza di condizioni organizzative o in contrasto con norme e principi vigenti, potrebbero non essere soddisfatte. Si suggerisce di discuterne preventivamente la fattibilità con il Punto Nascita prescelto.

Le voci elencate sotto costituiscono una traccia per la donna in modo che le sia più facile esprimere le proprie scelte per vivere al meglio l'esperienza del parto:

Luogo del parto

Modalità del parto

Presenza di persona di fiducia durante il travaglio

Posizione durante il travaglio e durante il parto

Sollievo del dolore in travaglio

Accoglienza al neonato. Pelle-pelle

Rispetto dei riflessi innati nel post-partum (BN)

Alimentazione del neonato

Rooming in

Durata permanenza in ospedale

Donazione del cordone

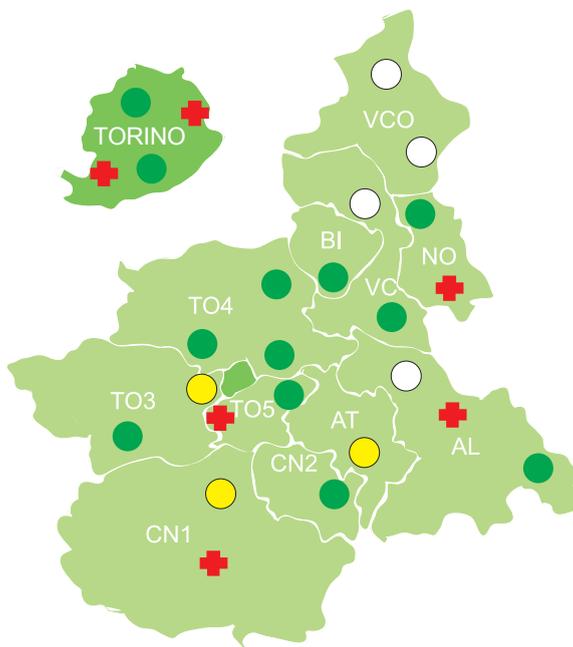
Il termine *Biological Nurturing (BN)*, coniato da Susanne Colson, sottolinea in modo conciso come l'allattamento al seno non sia solo offrire un alimento ma anche contatto, contenimento, coccole, relazione stretta. Subito dopo il parto sia la mamma che il neonato hanno bisogno di tutto ciò e, se messi a contatto pelle-pelle, in ambiente caldo, silenzioso, senza troppe interferenze, i riflessi fisiologici innati di entrambi li portano a soddisfare il loro bisogno e a ritrovarsi attraverso il seno (vedi pag. 100).

LUOGO DEL PARTO

In Piemonte il 99,5% dei neonati nasce presso i Punti Nascita degli ospedali regionali pubblici, il restante 0,5% a domicilio o presso strutture private (anno 2017).

In ogni ASL è presente almeno un **Punto Nascita**. Le caratteristiche di ciascun Punto Nascita sono descritte nella scheda dell'ASL. Alcuni dati relativi allo stile di accoglienza/assistenza alla coppia mamma-neonato dei singoli Punti Nascita sono consultabili sul sito della Regione Piemonte nei rapporti **"Nascere in Piemonte"** e **"Promozione e sostegno all'allattamento al seno"**.

La scelta del luogo del parto è della donna. In presenza di condizioni cliniche che richiedano assistenza specialistica e/o intensiva alla mamma e/o al **feto** (prematuro estremo, preclampsia, ecc.) è opportuno che la scelta si orienti, già prima del parto, verso i Punti Nascita che forniscono tale assistenza (come la Terapia Intensiva Neonatale) onde evitare un successivo trasferimento di mamma e/o neonato. Tali Punti Nascita sono a Torino l'ospedale Sant'Anna e l'ospedale Maria Vittoria, a Moncalieri l'ospedale Santa Croce, a Novara l'ospedale Maggiore, a Cuneo l'ospedale Santa Croce e Carle, ad Alessandria l'ospedale Cesare Arrigo.



Per effettuare una **scelta informata** è bene discutere le diverse opzioni con il professionista che ha seguito la gravidanza. Il professionista potrà fornire il suo consiglio sulla base della sua esperienza diretta ma anche sulla base della conoscenza professionale delle caratteristiche dei diversi Punti Nascita oltre che delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dei lavori scientifici che raccomandano, in tutti i settori dell'assistenza sanitaria, di avvalersi preferibilmente di quei servizi che curano un numero di pazienti tale da mantenere alta la competenza assistenziale (almeno 500 parti all'anno). L'accordo Stato-Regioni del dicembre 2011 raccomanda almeno 1000 parti all'anno.

- Punti nascita con meno di 500 parti l'anno
- Punti nascita tra 500 e 1000 parti/anno
- Punti nascita con più di 1000 parti/anno
- ✚ Punti nascita con Terapia Intensiva Neonatale

(dati Cedap anno 2017)

I Punti Nascita regionali sono impegnati a rendere l'accoglienza e la permanenza in ospedale il più confortevole possibile per la coppia mamma-neonato e per la famiglia. Con l'aiuto delle donne, attraverso suggerimenti, critiche, condivisione dell'esperienza, questo processo di miglioramento potrà proseguire.

La donna è la protagonista, insieme al suo piccolo, del parto/nascita; gli operatori del Punto Nascita possono offrire la loro esperienza per accompagnarla durante il parto e nell'accoglienza al bambino.

L'accoglienza che permette a mamma e bambino di stare insieme sin dalla nascita, condividendo le prime ore di vita e, successivamente, la camera di degenza (**rooming-in***) consente di mantenere l'intimità che ha caratterizzato i nove mesi precedenti e facilita la familiarità. Vivere la continuità della nascita, prendere appena possibile tra le braccia il proprio piccolo, metterlo al seno, accudirlo, permette tutti i cambiamenti ormonali che sono alla base del naturale instaurarsi del rapporto mamma-bambino e dell'avvio dell'allattamento.

Tra i possibili luoghi del parto vi è anche la propria casa. La donna che decide di far nascere a casa il suo bambino può ricevere dalla Regione Piemonte un rimborso parziale della spesa sostenuta per l'assistenza da parte di ostetriche libere professioniste, secondo lo specifico profilo assistenziale regionale, che si può richiedere al Consultorio. La scelta di partorire a casa comporta che la gravidanza abbia un decorso fisiologico e si preveda un basso rischio per il parto e che vengano consegnate alla donna le indicazioni scritte sulla modalità di accesso per l'eventuale ricovero e le disposizioni del Punto Nascita scelto.



SOSTEGNO IN TRAVAGLIO E PARTO

La conoscenza dei meccanismi fisiologici che regolano il travaglio, il parto, la nascita del bambino, l'allattamento al seno può essere utile a comprendere lo svolgimento naturale di tutte queste fasi così come descritto nella sezione "Per saperne di più".

•) Supporto in travaglio e sollievo dal dolore

È dimostrato che avere un supporto continuo e un sostegno emotivo durante il travaglio in fase attiva, favorisce un'esperienza di parto-nascita positiva, meno dolorosa e promuove la salute di madre e neonato*. Supporto in travaglio significa poter contare sulla presenza continua e continuativa di una **persona di fiducia** e di **professionisti**, che offriranno incoraggiamento, rassicurazione, aiuto, conforto, comfort per affrontare al meglio la fatica, la gioia, le paure e il dolore. La scelta di tale persona (partner, amica, madre, sorella, ecc) va fatta accuratamente sulla base delle proprie esigenze e preferenze.

Un'ostetrica sarà presente per aiutare ad avere un parto sicuro e offrire supporto.*

Conoscere il **Punto Nascita** e l'équipe ostetrica, prima del ricovero per il parto, può essere utile per contenere l'ansia aggiuntiva legata alla estraneità del luogo.

L'ostetrica che segue il travaglio aiuterà la donna a riconoscere l'evoluzione fisiologica di quanto sta succedendo, attenta nello stesso tempo a controllare gli eventuali elementi devianti per capire se essi implicano qualche rischio per la donna o per il nascituro.

Nel travaglio il dolore ha caratteristiche del tutto particolari in quanto non è sintomo di malattia, ma esprime e promuove il naturale svolgersi del parto-nascita. La percezione del dolore del travaglio è un'esperienza soggettiva influenzata, in ogni singola donna, dalle condizioni fisiche, dalle emozioni, dalle circostanze sociali, culturali e assistenziali. Se la donna sta bene e il **feto** si presenta nella posizione giusta, di dimensioni adeguate al canale da parto, generalmente il dolore viene ben tollerato. Le risorse individuali della donna e la normale produzione degli **ormoni** che sostengono le contrazioni dell'utero e la discesa del neonato nel canale da parto nonché l'avvio del legame mamma-bambino permettono la fisiologica evoluzione del travaglio e ne rendono sopportabile il dolore.

Le strategie per contenere il dolore in travaglio possono essere di diverso tipo (naturale o farmacologico):

Senza utilizzo di farmaci

- **continuità dell'assistenza*** durante la gravidanza e il parto
- **rapporto "one-to-one"*** (una donna-un'ostetrica) al momento del travaglio-parto
- **sostegno emotivo***: comunicazione, informazione, ascolto, coinvolgimento nelle scelte
- **azioni di sollievo**: potersi muovere durante il travaglio, poter scegliere la posizione per il parto*, un ambiente-parto confortevole, luci adatte, musica se gradita, massaggi fatti dal partner o dall'ostetrica
- **immersione in acqua***: bagno caldo in vasca o eventuale doccia calda
- **tecniche di rilassamento**

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

Con utilizzo di farmaci

Tra quelle con utilizzo di farmaci la più utilizzata è l'**analgesia peridurale** che attraverso l'inserimento di un catetere (=tubicino) nella regione lombare della colonna vertebrale, permette di far giungere i farmaci analgesici nello spazio peridurale dove bloccheranno le fibre nervose che trasmettono la sensazione di dolore associato alle contrazioni dell'utero. L'analgesia peridurale è disponibile solo in alcuni Punti Nascita attrezzati e richiede una visita anestesiológica per la valutazione preliminare, alcuni esami specifici per l'anestesia e l'espressione del consenso informato da parte della donna. In alcuni casi l'anestesia peridurale può risultare controindicata: sarà l'anestesista presente al parto a valutarne in ultima istanza la fattibilità.

La donna che intende scegliere l'analgesia peridurale deve avere presente che è efficace nel ridurre il dolore in corso di travaglio e può essere indicata in alcune patologie o a supporto di alcuni interventi assistenziali. Tuttavia essa può comportare alcuni svantaggi: aumenta la probabilità di **parto vaginale operativo** nonché la probabilità di uso endovenoso di ossitocina in travaglio; aumenta la probabilità di rialzo della temperatura; richiede un **monitoraggio** più frequente e più intensivo delle condizioni materne e fetali (**cardiotocografia**, valutazione di pressione e temperatura materna); aumenta il numero di neonati sottoposti a valutazione e trattamento antibiotico a causa della febbre materna.

Alimentazione in travaglio

Durante il travaglio si consumano molte energie; conviene dunque assecondare il proprio desiderio di bere e di mangiare* cercando di preferire piccoli pasti di facile digeribilità, compatibilmente con le proprie condizioni cliniche.

Modalità del parto

In un decorso fisiologico il neonato e la mamma si predispongono ad un parto per via vaginale.

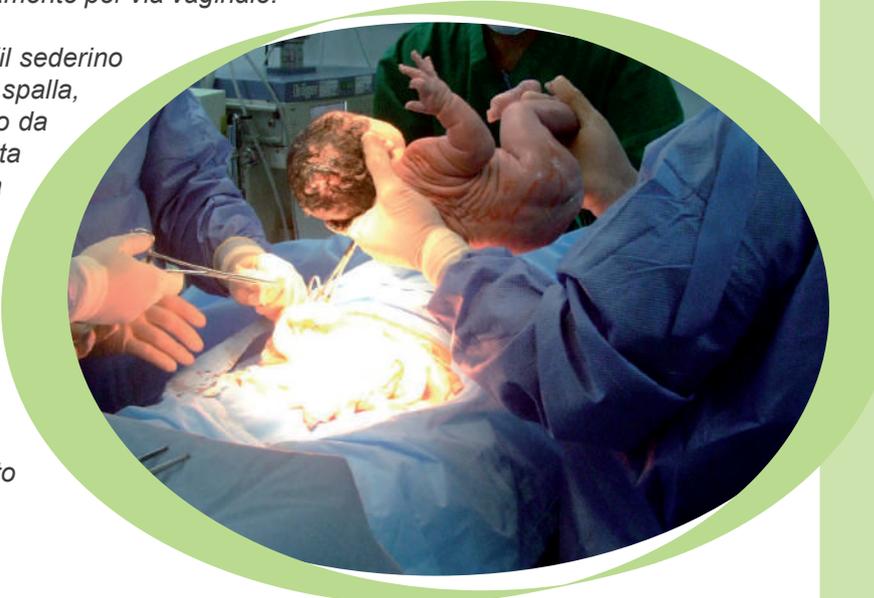
È dimostrato che con il parto vaginale spontaneo si ha:

- minore dolore dopo la nascita
- ripresa più facile dopo il parto
- maggiore autostima
- migliore relazione con il bambino
- minore frequenza di depressione dopo il parto
- bambino più calmo
- migliore esperienza rispetto all'allattamento
- minor frequenza di infezioni dopo il parto sia per la donna che per il neonato



La donna a termine di una gravidanza decorsa senza problemi, con il **feto** in presentazione cefalica (cioè quando la testa è la prima parte che compare al parto) e con il travaglio che inizia spontaneamente, ha un'alta probabilità di partorire spontaneamente per via vaginale.

In presenza di presentazione podalica (il sederino è la prima parte che compare) o di spalla, oppure se la **placenta** è inserita in modo da costituire un rischio per il parto (placenta previa centrale) o, ancora, in presenza di alcune patologie materne e/o fetali (esempio: preeclampsia, **HIV** positivo, feto molto grosso, ecc.) la probabilità di un cesareo è elevata. In queste situazioni si rende necessario un percorso assistenziale specifico per il **“cesareo programmato”** che prevede esami aggiuntivi, visita anestesiológica, programmazione della data dell'intervento (pag. 26).



Il taglio cesareo è un intervento chirurgico (incisione dell'addome e dell'utero). La durata dell'intervento oscilla mediamente tra i 25 e i 45 minuti e dipende dalle difficoltà tecniche che si possono incontrare durante l'esecuzione; l'intervento solitamente viene praticato in **anestesia peridurale** (che blocca la sensibilità nella zona dell'intervento rimanendo la madre sveglia) e, in alcuni casi, in **anestesia generale**.



Gli effetti collaterali del cesareo che è opportuno conoscere sono:

- degenza più lunga in ospedale
- più dolore e riduzione della possibilità di muoversi e di accudire personalmente il proprio bambino nei giorni successivi alla nascita
- maggior rischio di infezione
- maggior rischio di anemia
- maggiori difficoltà nell'avvio dell'allattamento e della relazione con il bambino
- rischio aumentato di mortalità materna
- rischi per le gravidanze successive: maggior frequenza di **placenta** previa (posizione della placenta che impedisce il passaggio del **feto** nel canale del parto), rottura d'utero, ecc.

Il parto spontaneo vaginale è sempre stato più sicuro per la mamma ed è così anche oggi, nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche e di supporto.

Alcuni problemi di salute materni e/o fetali in gravidanza o in travaglio (es. distacco di placenta, segni di sofferenza fetale) possono rendere necessario un "cesareo in urgenza".

In casi molto particolari la donna, in assenza di problemi di salute propria o del bambino, per ragioni personali come ansia, paura, precedenti esperienze negative, potrebbe pensare di ricorrere al taglio cesareo. Queste situazioni meritano di essere discusse con l'ostetrica e con il ginecologo ed eventualmente con uno psicologo per giungere ad una scelta consapevole.

• **Posizioni in travaglio e parto**

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

In generale sono sconsigliate* le posizioni sdraiate e supine. La possibilità di muoversi* e la posizione eretta* durante il periodo dilatante e quella accovacciata/carponi durante il periodo espulsivo, sembrano quelle in grado di ridurre la durata del travaglio e garantire un maggiore benessere in quanto possono facilitare la rotazione e la discesa del neonato e ridurre il dolore della mamma (pag. 120).



Le posizioni consigliate presentano inoltre altri vantaggi teorici, quali:

- miglior utilizzo della forza di gravità che favorisce la discesa del bambino
- miglior posizionamento del bambino per il passaggio nel canale del parto
- contrazioni uterine più efficaci per la dilatazione del collo uterino e riduzione della durata del periodo dilatante del travaglio
- riduzione della durata del periodo espulsivo (anche se meno significativa rispetto alla riduzione del periodo dilatante) (pag. 120)
- meno dolore
- minori richieste di analgesia*
- minor rischio di compressione dei vasi sanguigni materni che portano il sangue alla placenta
- minor rischio di essere sottoposte a episiotomia (incisione chirurgica di vagina e perineo praticata per ampliare lo spazio vaginale durante il periodo espulsivo, al fine di accelerare il parto)



STILE DI ACCOGLIENZA AL NEONATO

Il benessere del neonato e la qualità della sua vita futura dipendono anche dallo stile di accoglienza che avrà sperimentato al momento della nascita.

*Il bambino, fin dal periodo fetale, ha delle **competenze** e delle capacità ed è perciò sensibile agli stimoli dell'ambiente in cui si svolgono il travaglio e il parto: suoni, voci, rumori, luci, manipolazioni, posizioni materne, temperatura, odori. L'intimità e la calma dell'ambiente alla nascita facilitano il benessere fisico ed emotivo e offrono al neonato le occasioni di contatto e di "riconoscimento" della mamma. Le prime esperienze di relazione del neonato sono molto importanti per tutte le sue future conquiste.*



Il primo obiettivo dell'accoglienza al neonato è quello di verificare se il piccolo ha bisogno solo delle cure della sua mamma oppure se ha bisogno anche di cure mediche. Pertanto è importante che al momento della nascita si conosca la storia della gravidanza, l'andamento del travaglio e del parto e la modalità di adattamento alla vita fuori dall'utero (inizio della respirazione, colorito della pelle, frequenza dei battiti del cuore). Quando l'adattamento avviene senza problemi la mamma e il bambino devono poter continuare il loro stretto contatto, senza interruzioni, in modo naturale.

*Fin dalle prime ore di vita la natura offre condizioni ottimali per favorire l'attaccamento tra mamma e bambino e il benessere di entrambi. Il neonato si guarda intorno con gli occhi spalancati, gira la testa al suono della voce umana, il viso di chi lo circonda lo attrae più che un oggetto inanimato; la distanza a cui il neonato vede meglio è **dai 20 ai 30 centimetri** che equivale alla distanza tra i suoi occhi e quelli della mamma quando è in braccio o al seno. Il contatto **pelle-pelle** con la mamma lo riscalda nel modo migliore e, insieme con la suzione precoce al seno, aumenta nella mamma gli **ormoni** che le danno tranquillità e le fanno risparmiare energie; la lontananza e l'assenza di suzione producono invece gli ormoni dello "stress", dell'allarme e del consumo di energie.*

In caso di parto cesareo è possibile, con l'aiuto degli operatori presenti alla nascita, non allontanare il neonato dalla sua mamma, permettendo loro di ritrovarsi immediatamente a contatto. Qualora le condizioni operatorie richiedano una separazione è importante che mamma e neonato possano ritrovarsi nel più breve tempo possibile.



Conoscere i passaggi che la natura ha predisposto nell'immediato dopo parto per l'incontro di ogni mamma con il suo piccolo può aiutare a goderli appieno. Il rispetto dei tempi e dei modi rendono questa antichissima esperienza unica e allo stesso tempo la prima di un infinito susseguirsi di contatti (con-tatto) che l'allattamento al seno offrirà ad entrambi.

Questo primo contatto è facilitato dalla presenza di riflessi naturali innati sia nella mamma che nel bambino (Biological Nurturing). Per la mamma è importante trovare una posizione comoda, semireclinata. Il neonato messo nudo sull'addome della mamma, dopo essere stato asciugato, pancia contro pancia, coperto sulla schiena con un panno caldo può vedere il viso e lo sguardo della mamma, sentirne la voce, percepirne il calore, il profumo. Tutta la parte anteriore del suo corpo è appoggiata su di lei: il contatto dei piedini, delle ginocchia, del torace, delle manine, del viso stimola in lui la capacità di muoversi verso il seno. A questo punto si attivano alcuni riflessi innati che lo portano a spostarsi fino a raggiungere da solo il capezzolo, senza che nessuno glielo insegni né tanto meno gli metta il seno in bocca. L'incontro tra bocca del bambino e il capezzolo della madre avviene mentre entrambi hanno a disposizione un cocktail di ormoni prodotti dal parto e dal contatto pelle-pelle che danno ad entrambi l'energia e il piacere di vivere questa nuova esperienza con i loro tempi e con la consapevolezza delle loro competenze: la mamma sa offrire al suo bimbo ciò di cui ha bisogno da ora in poi (sé stessa, il suo amore, il suo latte) e il piccolo, arrivato al seno, prende il capezzolo, sprema l'areola con la lingua e si nutre con il colostro già presente. L'ostetrica e il papà hanno un ruolo di spettatori empatici e incantati di quanto sanno fare la mamma e il bambino.

Per la mamma il ripetere, anche nei giorni successivi, questa esperienza positiva e gratificante, cioè abbandonarsi in una posizione comoda e lasciarsi raggiungere da un piccolo pienamente competente a trovare la fonte del suo sostentamento e a mantenere la produzione del latte è il presupposto per un allattamento al seno che duri nel tempo senza problemi.



•) Rooming in (in camera con)

All'uscita dalla sala parto, per favorire la continuazione della loro strettissima relazione, la mamma e il bambino dovrebbero rimanere nella stessa camera, sia in caso di parto spontaneo, sia in caso di taglio cesareo. Questo consente alla mamma di imparare a riconoscere le richieste del neonato e a rispondere ad esse in tempi e modi adeguati, assicurandola sulle proprie **competenze** materne e abitandola a riposarsi mentre il bambino dorme.

Le cure quotidiane per il neonato sano sono molto semplici e richiedono soprattutto disponibilità verso il suo ritmo di vita. La giornata è scandita da numerosi periodi di sonno alternati da richieste di cibo e di coccole. Alla nascita non si osservano differenze nella durata dei periodi di sonno o di veglia diurni rispetto a quelli notturni. Solo con il passare delle settimane i periodi di sonno diventeranno più lunghi durante la notte, intervallati dalle poppate notturne, che sono particolarmente importanti perché più ricche di nutrienti.

Gradualmente mamma e bambino troveranno un loro armonico equilibrio di vita: è importante che la mamma conceda ad entrambi il tempo necessario e non si giudichi subito inadeguata alla situazione.

“Le mamme sane si orientano nel loro compito di madri durante gli ultimi mesi di gravidanza, riuscendo a mettersi nei panni del bambino, sviluppando una straordinaria capacità di identificarsi con lui e ciò le rende capaci di far fronte ai bisogni del neonato in modo assolutamente unico e che nessun insegnamento potrebbe uguagliare” (Winnicott, pediatra e psicoanalista inglese, che ha condotto approfonditi studi sulla relazione mamma-neonato).

Il luogo migliore dove sviluppare il rapporto mamma-bambino-famiglia è certamente la loro casa. Generalmente, se mamma e bambino stanno bene, la dimissione viene proposta già dopo 48-72 ore in caso di parto spontaneo e dopo 3-5 giorni in caso di taglio cesareo. Esigenze personali di anticipazione/ritardo del rientro a casa, non dipendenti da ragioni cliniche, possono essere valutate caso per caso. Il rientro a casa è un momento che richiede un po' di organizzazione per il trasporto sicuro* del neonato, per la scelta dei tempi e per un'accoglienza a casa che sia intima e tranquilla per mamma e bambino.

ALLATTAMENTO

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

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

Sapere quanto la natura ha programmato per la nascita permette alla mamma e agli operatori di organizzare l'assistenza ai primi momenti e ai primi giorni di vita del bambino in modo da non interferire con il normale avvio dell'allattamento. Una volta iniziato, le ripetute suzioni del bambino regoleranno la quantità di latte prodotto a ogni poppata e la qualità del latte, in particolare la concentrazione dei grassi.

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



› Allattamento al seno esclusivo per almeno 6 mesi:

PERCHÉ SÌ*

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

vantaggi per la mamma:

- minore rischio di emorragia post parto
- più veloce recupero fisico dopo il parto
- minori rischi di cancro al seno e alla ovaie
- maggior facilità nel legame con il bambino
- minore frequenza di depressione post parto
- minor incidenza di osteoporosi

PERCHÉ NO

Le controindicazioni cliniche permanenti all'allattamento al seno sono molto rare.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce quelle elencate nella tabella di pagina 28. Per le donne che si trovano in queste situazioni la Regione Piemonte ha stabilito la fornitura gratuita del latte artificiale fino a 6 mesi (si veda pag. 144).

Talvolta si rinuncia ad allattare al seno per la paura di incontrare difficoltà (es. dolore al capezzolo, ingorgo mammario, mastite, poco latte, ripresa precoce del lavoro, ecc.).

È utile sapere che tutti i problemi sopra citati si possono facilmente prevenire: ponendo il bambino al seno il più precocemente possibile dopo il parto, assicurandosi che abbia una presa corretta dell'areola mammaria, seguendo i ritmi spontanei del piccolo senza alcuna imposizione di orari (soprattutto all'inizio), e chiedendo l'aiuto del personale di assistenza in ospedale, rivolgendosi sul territorio ai Punti di sostegno per l'allattamento al seno e partecipando a gruppi di auto-mutuo-aiuto con altre mamme.



DONAZIONE DEL SANGUE CORDONALE

Il sangue del cordone ombelicale contiene cellule staminali, del tutto simili a quelle contenute nel midollo osseo, dalle quali hanno origine i globuli rossi, i globuli bianchi e le piastrine. Per queste loro caratteristiche possono essere utilizzate per curare diverse malattie del sangue, come leucemie e linfomi. Il trapianto di cellule staminali contenute nel sangue di cordone ombelicale è una valida alternativa al più noto trapianto di cellule del midollo osseo, rispetto al quale presenta alcuni vantaggi per chi riceve il trapianto (minor rischio di rigetto, pronta disponibilità delle cellule) e nessuno svantaggio per chi lo dona: la procedura, infatti, è innocua e indolore per la mamma e per il neonato. Inoltre, se il sangue cordonale non viene donato, è destinato ad essere eliminato. Il sangue viene raccolto in una sacca sterile subito dopo la nascita, una volta che il cordone è stato reciso, sia in caso di parto vaginale sia in caso di parto con taglio cesareo.

Donare il sangue cordonale significa contribuire alla possibilità di cure salvavita e alla ricerca nel campo di queste malattie. La donazione definita *allogenica* o *solidaristica*, cioè fatta per curare una persona diversa da quella che dona, è volontaria e gratuita: nessun costo, in nessuna delle fasi, sarà a carico della madre donatrice e dei familiari.

Per donare il sangue del cordone ombelicale è sufficiente:

- Esprimere la volontà alla donazione sottoscrivendo un modulo di consenso che si può trovare negli ambulatori, nelle sedi dei corsi di accompagnamento alla nascita, ed anche sul sito <http://www.oirmsantanna.piemonte.it/> nella sezione dedicata alla Banca Sangue Placentare.
- Per accertare l'idoneità alla donazione la madre dovrà compilare l'apposito modulo anamnestico, che dovrà essere verificato da un operatore sanitario nel corso dell'ultimo Bilancio di Salute. Tale modulo dovrà essere portato con sé al momento del ricovero.
- Verrà chiesto alla futura mamma la disponibilità a sottoporsi ad esami di controllo al momento del parto e dopo 6-12 mesi (per raccogliere informazioni sulle condizioni di salute di mamma e figlio non note al momento del parto).
- Verrà anche richiesto un consenso alla raccolta dei dati sanitari personali e familiari per verificare l'assenza di malattie genetiche o infettive trasmissibili con il sangue.

Le principali controindicazioni alla donazione di sangue cordonale sono:

- **storia familiare non nota** (es: genitori che sono stati adottati)
- **malattie genetiche o congenite**
- **malattie immunologiche**
- **trapianto di organi**
- **presenza di infezioni trasmissibili con il sangue** (HBV, HCV e HIV etc...)
- **neoplasie**
- **durata della gravidanza inferiore a 37 settimane**
- **malformazioni del neonato**
- **rottura delle membrane superiore alla 12 ore** (se non è stata eseguita la corretta profilassi antibiotica)
- **tampone vaginale e tampone rettale positivi** (se non è stata eseguita la corretta profilassi antibiotica)
- **stato febbrile nella madre**
- **anomalie del cordone**

Il prelievo di sangue cordonale insieme con il prelievo di sangue materno sono sottoposti ad esami per escludere infezioni che controindicano l'utilizzo del sangue raccolto. La Banca Regionale valuta il volume di sangue donato, il numero di cellule staminali contenute e gli esami virologici. Se il sangue raccolto (= unità di sangue) sarà giudicato idoneo la Banca conserva il sangue a -196°C e invia le caratteristiche dell'unità al Registro Italiano (che a fine 2018 raccoglieva i dati di oltre 36.000 unità bancate in Italia, di cui 1.150 unità rilasciate per trapianto). Il Registro Italiano è a sua volta in collegamento con il Registro Mondiale, in cui i Centri Trapianto possono cercare un'unità compatibile per un bambino o un adulto affetto da una malattia curabile con il trapianto di cellule staminali.

In Piemonte la Banca Regionale ha sede presso l'Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino – Presidi Ospedalieri OIRM-Sant'Anna (tel. 011.313 5568 – 011 313 1811).

Nel caso di fratelli del nascituro affetti da malattie curabili con cellule staminali di cordone ombelicale, è autorizzata la conservazione nelle Banche pubbliche del sangue cordonale per uso familiare (**donazione dedicata**).

All'interno del Presidio Ospedaliero Sant'Anna è presente la Sede operativa di A.D.I.S.C.O. – Sezione Piemonte. L'Associazione Donatrici Italiane di Sangue Cordone Ombelicale è una Onlus che ha come obiettivo la diffusione della cultura della donazione del sangue cordonale e il sostegno alla ricerca scientifica in tale campo. Per qualsiasi informazione è possibile rivolgersi al personale ostetrico o medico dedicato alla raccolta solidaristica di sangue cordonale tel. 011.3131512 o agli operatori della Sede Operativa ADISCO Sez. Piemonte tel. 011.3134716, www.adisco.it.

La conservazione autologa viene richiesta dai genitori quando vogliono conservare il sangue cordonale per eventuali necessità future del neonato stesso, pur essendo quest'ultimo sano al momento della donazione, nell'ipotesi teorica che nel corso della vita possa sviluppare una malattia curabile con le proprie cellule staminali. Tale conservazione non è permessa in Italia in quanto non è supportata dalle evidenze scientifiche e pertanto non è considerata appropriata. È possibile comunque, conservare il sangue cordonale presso Banche estere, richiedendo alla Direzione Sanitaria sede del punto nascita una specifica autorizzazione secondo quanto regolato dalla normativa vigente, l'ASR 62 del 29 aprile 2010 e la D.G.R. di recepimento n° 16-802 del 15/10/2010. Tutte le spese relative a raccolta, spedizione e imbancaggio nel corso degli anni sono a carico della famiglia.

PER SAPERNE DI PIÙ

I contenuti di questa sezione offrono ulteriori informazioni sugli argomenti trattati nelle sezioni precedenti. Gli approfondimenti possono aiutare la donna a comprendere meglio l'evoluzione della sua gravidanza e a compiere le scelte che le si propongono lungo il percorso nascita.

Le informazioni e le evidenze scientifiche qui raccolte sono utili soprattutto se integrate con le spiegazioni che si possono ricevere nel colloquio con gli operatori sanitari (ostetrica, ginecologo, medico, pediatra)



Contenuti della sezione:

- Stili di vita e gravidanza (pag. 104)
- Anamnesi (pag. 108)
- La crescita del feto (pag. 113)
- Ecografie (pag. 114)
- Diagnostica prenatale (pag. 116)
- Bilancio di salute materno-fetale presso il Punto Nascita (pag. 118)
- La gravidanza tra 37 e 41 settimane (pag. 119)
- Fisiologia del travaglio e del parto (pag. 120)
- I primi giorni dopo la nascita (pag. 123)
- Fisiologia dell'allattamento al seno (pag. 124)
- Puerperio (pag. 128)
- Diventare padre (pag. 129)
- A casa con il bambino (pag. 130)
- Glossario dei termini tecnici (pag. 132)

STILI DI VITA E GRAVIDANZA

La gravidanza è un periodo in cui si è più motivati a seguire uno stile di vita sano, dal quale possono trarre vantaggio la salute attuale e futura della mamma e del bambino. Molti fattori contribuiscono a definire uno stile di vita. In particolare: l'alimentazione, l'attività fisica, i ritmi abituali, l'uso di integratori e l'uso di sostanze dannose.

Alimentazione

L'alimentazione concorre al buon andamento della gravidanza, all'accrescimento del **feto** e alla salute futura del bambino.

Il modo di alimentarsi fa parte delle abitudini e delle tradizioni di ciascuno.

Le conoscenze nella scienza dell'alimentazione sono in rapida evoluzione per cui si consiglia di confrontarsi con l'ostetrica sulle proprie abitudini alimentari sapendo che l'alimentazione è fondamentale nel periodo pre concezionale, durante la gravidanza, e nella educazione alimentare del bambino fin dalla nascita.

In gravidanza, se non ci sono state nel corso della vita grosse variazioni di peso corporeo o periodi di anoressia, bulimia¹, carenze nutrizionali, non sono necessarie modifiche sostanziali dell'alimentazione.

Gli ormoni della gravidanza guidano naturalmente la donna verso un'alimentazione adeguata: il desiderio 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 seguono diete particolari è bene informare l'ostetrica/ginecologo.



ALIMENTI

Le norme di buon comportamento alimentare valide in ogni fase della vita sono valide anche in gravidanza. Occorre:

- preferire un'ampia varietà di alimenti come verdura, frutta (5 porzioni frazionate nella giornata, **miglior se di stagione**), pane, pasta, riso e altri cereali, latticini, carne, uova, pesce, che garantiscono l'apporto di nutrienti, vitamine, sali minerali e fibre
- evitare digiuni e pasti eccessivamente abbondanti
- bere molta acqua (almeno un litro e mezzo al giorno), soprattutto fuori pasto
- consumare con moderazione dolci, grassi di origine animale, zucchero, sale
- consumare con moderazione cioccolato, caffè e the per il loro contenuto di caffeina
- mangiare possibilmente cibi freschi o ben cotti quando non si è certi dell'igiene nella preparazione
- evitare cibi preconfezionati che lascino dubbi sull'igiene nella preparazione o conservazione
- riscaldare i cibi in modo che siano completamente e uniformemente caldi
- preferire i piatti preparati sul momento a quelli già pronti e in esposizione quando si mangia al bar o al ristorante

Sulla alimentazione della donna in gravidanza vi sono molte false credenze ed è possibile imbattersi in consigli discordanti, anche perché non su tutto sono disponibili informazioni scientifiche di buona qualità.

Talvolta per necessità, per impegni lavorativi o per il fascino di alcuni messaggi commerciali, nell'alimentazione quotidiana si sono via via introdotti alimenti nemici della salute e dell'ambiente. La gravidanza può essere il momento giusto per ripensare l'alimentazione di tutta la famiglia orientandosi verso cibi sani e sostenibili.

¹ Per anoressia s'intende un'alterazione del comportamento alimentare con riduzione estrema dell'introduzione di alimenti; per bulimia, un'alterazione che si manifesta attraverso un'introduzione eccessiva e priva di controllo di cibo.



IGIENE DEGLI ALIMENTI

Durante la gravidanza acquista un'importanza particolare **l'igiene degli alimenti e delle mani**. Attraverso i cibi è infatti possibile contrarre alcune infezioni che possono rappresentare un rischio per madre e feto; le più frequenti sono la toxoplasmosi, la salmonellosi, la listeriosi.

Per un principio di precauzione² in gravidanza è meglio evitare:

- 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
- carne cruda o conservata come prosciutto e salame
- 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, squalo³
- latte crudo non pastorizzato

In particolare per evitare l'infezione da toxoplasma:

- lavare bene frutta e verdura
- indossare i guanti per maneggiare carne cruda o lavarsi subito le mani dopo averla maneggiata
- indossare i guanti durante il giardinaggio e lavarsi bene le mani se si è venuti a contatto con la terra
- se si ha un gatto in casa, evitare di cambiare la cassetta della sabbia o utilizzare i guanti: **non è necessario allontanare il gatto durante la gravidanza.**

Il **lavaggio accurato delle mani** ha realizzato nei secoli passati il più grosso cambiamento rispetto alla salute di mamma e neonato al parto. Anche oggi questa semplice pratica permette una valida prevenzione lungo tutta la gravidanza.

In particolare per prevenire il contatto con il citomegalovirus, che può essere veicolato attraverso urine e feci di bambini piccoli e potrebbe infettare il feto, si raccomanda alle donne dedite a lavori di cura di bambini piccoli (figli piccoli, operatrici di ospedale, asilo nido, scuola materna) di:

- lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone dopo contatto diretto con qualunque materiale organico (es. pulizia del naso e della bocca del bambino, cambio del pannolino, biancheria sporca e giocattoli, ecc.)
- non condividere con il bimbo stoviglie (es. tazze, piatti, bicchieri, posate), cibo (es. non assaggiare la sua pappa con lo stesso cucchiaino), biancheria (es. asciugamani, tovaglioli), strumenti per l'igiene (es. spazzolino da denti)
- non portare alla bocca succhiotti o ciò che il bambino possa aver messo in bocca
- non baciare il bambino sulla bocca o sulle guance
- lavare frequentemente giocattoli e superfici varie (es. seggiolone, box, passeggino) con acqua e sapone

INTEGRATORI

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).

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);
- il **Ferro** quando è accertata la presenza di anemia da carenza di Ferro*.

² L.G gravidanza fisiologica aggiornamento 2011.

³ Si consiglia invece il consumo settimanale di pesce ricco di Omega 3, come salmone, sgombro, alici, acciughe

↳ Uso di sostanze dannose

FUMO

Gli effetti negativi del fumo sulla gravidanza e sulla salute del neonato sono molto ben documentati*. Il fumo è considerato la più frequente causa di patologie facilmente evitabili. I danni più gravi sono a carico della **placenta**, l'organo che garantisce il nutrimento e la crescita del feto. Il fumo aumenta il rischio di **aborto spontaneo**, di ridotta crescita fetale, di morte in culla del neonato, di malattie respiratorie del bambino.



L'effetto dipende dalla quantità (= dose dipendente): più sigarette si fumano al giorno più è elevato il rischio. La gravidanza è un periodo in cui si è più motivati a smettere, decisione che può poi essere mantenuta anche dopo. Può essere utile parlarne con l'ostetrica/ginecologo per avere consigli e referenze di chi può essere di aiuto.

In proporzioni minori anche il fumo passivo (prodotto da fumatori che vivono vicino alla donna) può essere dannoso.

ALCOOL

Gli effetti negativi dell'alcool sulla gravidanza e sulla salute del bambino sono molto ben documentati*; ad alte dosi i danni più frequenti sono: **aborto spontaneo**, malformazioni fetali, ritardo di crescita fetale e, dopo la nascita, ritardo mentale.

Poiché i danni da alcool nel bambino sono permanenti e, a tutt'oggi, non si conosce la dose "sicura" che possa venire assunta senza rischi, la scelta più sicura per le donne in gravidanza o che hanno pianificato una gravidanza è non assumere alcool.

La gravidanza in donne che fanno uso abituale di alcool in alte dosi è considerata **ad alto rischio** e deve essere seguita in servizi specializzati nella cura e nell'aiuto.



SOSTANZE STUPEFACENTI = DROGHE (es. eroina, ecc.)

Gli effetti negativi delle **sostanze stupefacenti** sulla gravidanza e sulla salute del bambino sono molto ben documentati*; l'uso abituale in gravidanza comportadanni differenti a seconda del tipo di sostanza assunta.

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

La gravidanza in donne che fanno uso abituale di stupefacenti è considerata **ad alto rischio** e deve essere seguita in servizi specializzati nella cura e nell'aiuto.

↳ Abitudini di vita

RAPPORTI SESSUALI

Le **evidenze scientifiche** dimostrano che i rapporti sessuali in gravidanza non creano problemi né alla mamma, né al neonato*. Alcune condizioni cliniche possono richiederne la momentanea sospensione (es. perdite ematiche, diagnosi invasive, presenza di contrazioni uterine, ecc.). La gravidanza può influire sul desiderio della donna; tali variazioni devono essere considerate normali e rispettate da entrambi i membri della coppia.



ATTIVITÀ FISICA

In gravidanza avvengono modificazioni fisiche che aumentano temporaneamente la lassità dei legamenti, utile per il parto. Una moderata attività fisica (es. camminate, nuoto) favorisce la circolazione e il benessere fisico generale*. Sono da evitare attività che richiedano un intenso sforzo muscolare, sport particolarmente pesanti o a rischio di caduta.

VIAGGI

Per viaggi in paesi per i quali sono consigliate vaccinazioni specifiche è bene attenersi alle indicazioni dei Centri di Medicina dei Viaggi. Per informazioni dettagliate sui Centri della Regione Piemonte ci si può rivolgere alla propria **ASL** o consultare il sito www.ilgirodelmondo.it (sezione viaggiatori con problemi di salute/gravidanza).



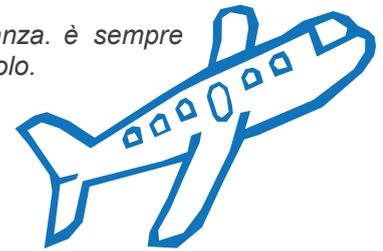


IN AEREO

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

Ogni compagnia aerea ha regole proprie in tema di viaggi aerei e gravidanza. È sempre opportuno chiedere informazioni precise al momento della prenotazione del volo.

Nell'interesse delle passeggere, generalmente, è consigliato un limite che si colloca a 36 settimane per le gravidanze fisiologiche, a 32 settimane per quelle gemellari. Dopo le 28 settimane, le gestanti sono invitate a portare un certificato del medico che confermi il buon andamento della gravidanza e la data presunta del parto.



IN AUTO

Numerosi studi documentano anche per le donne in gravidanza i benefici derivanti dall'uso della cintura di sicurezza posizionata correttamente. Non esistono evidenze che l'uso della cintura crei dei rischi per la donna e per il feto. 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 delle cinture di sicurezza è sempre raccomandato, salvo casi assolutamente eccezionali certificati dal curante.*

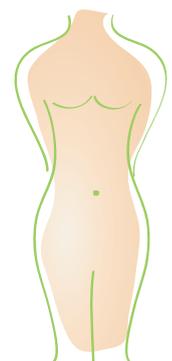
Durante lunghi viaggi in auto è consigliabile programmare delle soste per sgranchirsi le gambe, svuotare la vescica, cambiare posizione, riattivare la circolazione.



Posizione corretta
cinture di sicurezza

CURA DEL CORPO

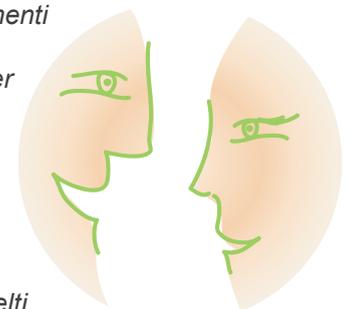
Le modificazioni fisiche che avvengono in gravidanza (es. aumento del volume dell'addome e del seno, modificazione della circolazione capillare, ecc.) possono incoraggiare una diversa attenzione alla cura del corpo. In generale, non è necessario cambiare le proprie abitudini e le tradizioni culturali nelle cure igieniche personali. Dal momento che non esistono studi scientifici su efficacia e sicurezza di ogni sostanza utilizzata per tintura dei capelli, ceretta, prevenzione smagliature, igiene intima, ecc., un'indicazione di buon senso è quella di utilizzare prodotti igienico-cosmetici solo dopo averne letto attentamente l'etichetta e verificata la compatibilità con lo stato di gravidanza.



BENESSERE PSICHICO

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

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



Non a tutte le domande che possono sorgere in corso di gravidanza è possibile dare risposte basate su evidenze scientifiche, conviene dunque basarsi sul buon senso e su principi di precauzione.

ANAMNESI

Per impostare il diario clinico della vostra gravidanza e successivamente la cartella clinica del travaglio e parto sono indispensabili i dati anagrafici. Le domande che vi saranno poste per compilare le schede da pag. 13 a 19, in termini medici costituiscono l'**anamnesi***.

Alcuni di questi dati, in forma rigorosamente ANONIMA, sono raccolti nel **Certificato di Assistenza al Parto** (Decreto Ministeriale n. 349 del 16 luglio 2001) che viene compilato da chi assiste al parto:

- età, comune di residenza, cittadinanza, titolo di studio, attività lavorativa, stato civile della madre e del padre
- data del matrimonio per le coppie sposate
- numero di visite eseguite in gravidanza, servizi utilizzati, numero di ecografie, gravidanze precedenti, decorso della gravidanza attuale, indagini prenatali, frequenza a incontri di accompagnamento alla nascita
- modalità del travaglio; modalità del parto; condizioni del neonato alla nascita

Questi dati attraverso le analisi statistiche nazionali e regionali contribuiscono al miglioramento degli standard di assistenza alla maternità. I dati sono a disposizione sul sito del Ministero della Salute www.salute.gov.it cercando "evento nascita" e sul sito della Regione Piemonte www.regione.piemonte.it cercando "salute-materno-infantile"

A discrezione della donna i dati che consentono l'identificazione del padre del nascituro (nome, cognome, residenza) possono non essere comunicati. Sono comunque obbligatori i seguenti dati del padre: cittadinanza, anno e provincia di nascita, titolo di studio, condizione e posizione professionale. Le altre informazioni sul **padre biologico** (nazione di nascita, stato di salute, ecc) sono tuttavia utili per garantire al bambino l'assistenza adeguata alla nascita e alla crescita.

Per la donna che non intenda riconoscere il neonato, in tutti i documenti sanitari del neonato verrà garantito l'anonimato, come previsto dalla Legge, e i dati della madre non potranno essere collegabili a quelli del neonato (pag. 142). Per il Certificato di assistenza al parto rimangono comunque obbligatori: anno di nascita, cittadinanza e provincia di nascita della donna. Nella sezione "**Maternità e diritti**" si possono trovare informazioni sulle modalità di riconoscimento del bambino (pag. 141); servizi di sostegno per le madri con meno di 16 anni e per quelle in difficoltà (pag. 143).

L'informazione sul **gruppo etnico** di appartenenza è rilevante: essere nati e cresciuti in un paese diverso da quello in cui si vive può comportare differenze rispetto a sessualità femminile, gravidanza, nascita e cura del figlio. Comunicarlo agli operatori aiuta a realizzare meglio il proprio progetto di maternità/**genitorialità** e ad ottenere una migliore risposta ai propri bisogni. L'appartenenza ad un gruppo etnico ha inoltre rilevanza clinica, in quanto alcune malattie sono più frequenti in una etnia piuttosto che in un'altra (es. l'anemia mediterranea è più frequente nella popolazione originaria delle isole italiane; l'anemia falciforme è più frequente tra le popolazioni dell'Africa centro orientale, ecc.).

L'intervento del mediatore culturale o dell'interprete possono facilitare la comunicazione tra sanitari e persone di culture diverse e garantire la comprensione reciproca.

Le informazioni sull'**attività lavorativa**, sul **titolo di studio**, sullo **stato civile** servono a personalizzare l'assistenza e a individuare le esigenze specifiche (es. individuazione di eventuali fattori di rischio legati all'ambiente lavorativo). La maggior parte dei lavori non sono un rischio per la gravidanza, soltanto alcuni possono essere nocivi o per il carico fisico che comportano o per l'esposizione a sostanze dannose per la gravidanza e/o per il feto. In Italia esiste una specifica normativa sui diritti della donna lavoratrice*. Nella sezione "**Maternità e Diritti**" si possono trovare informazioni sui diritti legati allo stato di gravidanza e di lavoratrice madre*.



L'inquadramento della gravidanza come gravidanza fisiologica oppure come gravidanza con elementi di rischio richiede l'analisi della storia della salute/malattie dei futuri genitori allargata alle rispettive famiglie (= **anamnesi familiare**), la storia della salute della donna (= **anamnesi personale**) e della sua storia ostetrico-ginecologica (= **anamnesi ostetrica**).

•) ANAMNESI FAMILIARE (scheda a pag. 16)

È la ricerca, nelle famiglie di origine della coppia, di malattie genetiche o anche riconducibili ad altre cause (es. ipertensione, diabete, cardiopatie congenite, ritardo mentale, sindromi malformative); è opportuna per valutare se sono possibili interventi di prevenzione, o eventualmente di diagnosi e di cura, sia per la mamma che per il bambino.

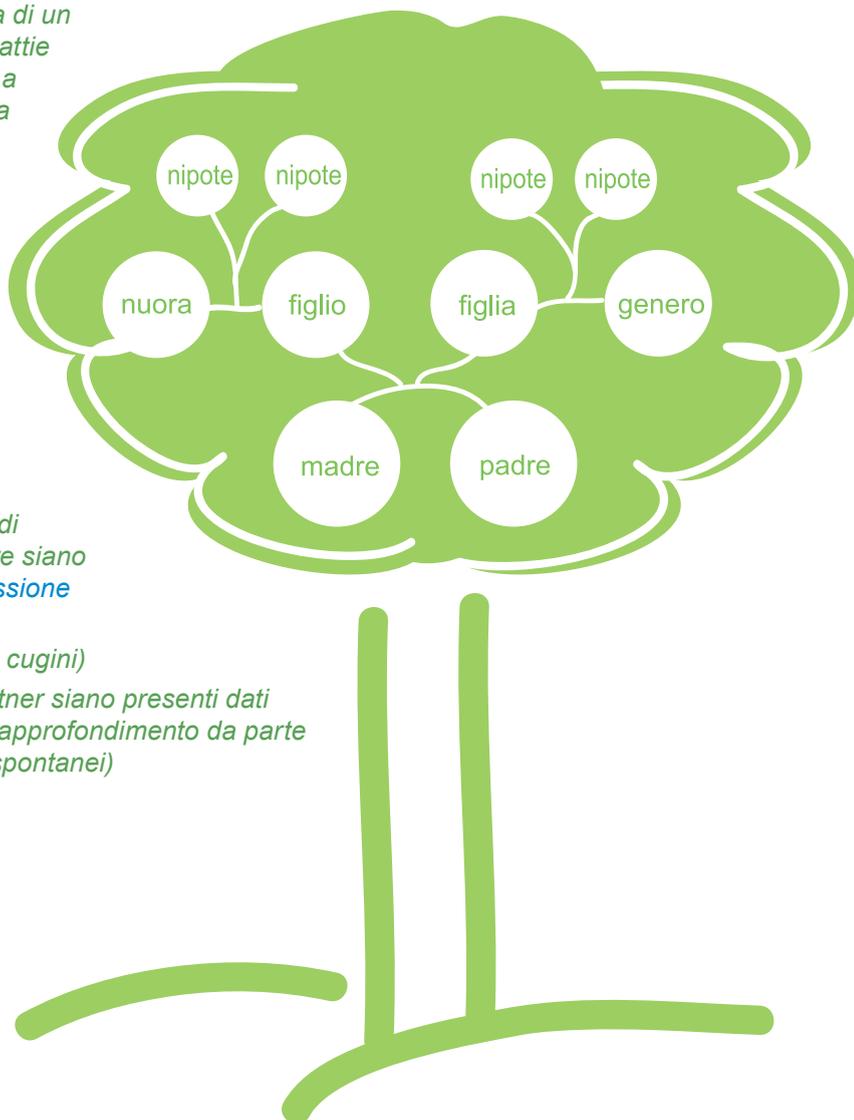
Nell'anamnesi familiare sono importanti anche i dati relativi allo stato di salute del padre (dalle malattie genetiche allo stile di vita dell'uomo, es. fumo), fattori che possono influenzare tanto la salute quanto l'ambiente in cui il bambino vivrà.

Rispetto alle **malattie ereditarie** è utile sapere che:

- è importante parlare con l'ostetrica/ginecologo di quello che si sa o si presume rispetto a possibili malattie verificatesi in famiglia
- per alcune **malattie ereditarie** è possibile la diagnosi **prenatale**; la consulenza di un genetista (= specialista delle malattie genetiche ereditarie) può aiutare a valutare il rischio che il **feto** possa essere malato e quindi proporre indagini specifiche in gravidanza (= indagini prenatali) o dopo la nascita
- l'ostetrica/ginecologo cercherà tutti gli elementi per dare risposta ai dubbi, eventualmente anche con la consulenza di specialisti

Una **consulenza genetica** può essere utile quando:

- in famiglia si siano verificati casi di handicap fisici e/o mentali, oppure siano presenti casi di malattie a **trasmissione genetica** (es. fibrosi cistica)
- i genitori siano consanguinei (es. cugini)
- nella storia della donna o del partner siano presenti dati clinici meritevoli di valutazione o approfondimento da parte del genetista (es. più di 3 aborti spontanei)



• ANAMNESI PERSONALE (scheda a pag. 17)

Comprende le malattie passate o in atto, gli interventi chirurgici, la presenza di allergie, l'uso di farmaci, le frequenti variazioni di peso, l'anamnesi del benessere psichico e psicologico, l'anamnesi lavorativa, eventuali abusi o violenze subite.

ANAMNESI SULL'USO DEI FARMACI

Permette di valutare l'opportunità di proseguire in gravidanza eventuali terapie in corso per malattie croniche e consente di analizzare il tipo di farmaci prevalentemente utilizzati. La gravidanza può essere un momento utile per riflettere sul proprio atteggiamento rispetto all'uso dei farmaci (farmaci della medicina tradizionale, delle medicine alternative, ad uso saltuario per disturbi occasionali, farmaci da banco, farmaci prescritti dal medico), anche nella prospettiva del futuro atteggiamento circa la somministrazione di farmaci al bambino.

Per una eventuale consulenza sui farmaci in gravidanza è possibile contattare il Centro Antiveneni e Tossicologia di Bergamo al numero telefonico **800 883 300** accessibile 24 ore su 24.

ANAMNESI VACCINALE

Alcune malattie infettive, se contratte in corso di gravidanza, possono avere effetti sul feto. È importante pertanto avere un quadro della situazione di base attraverso la conoscenza delle vaccinazioni eseguite in precedenza dalla donna (rosolia, morbillo, epatite B, ecc).

Altrettanto importanti sono le raccomandazioni¹ sulle vaccinazioni da praticare durante il Percorso Nascita, a salvaguardia del feto e del bambino nei suoi primi mesi di vita, nella consapevolezza che la vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri per la prevenzione primaria delle malattie infettive e che dunque essa è un DIRITTO da garantire:

- le donne in età fertile, in previsione di una possibile gravidanza devono essere protette nei confronti di morbillo-parotite-rosolia (MPR) e della varicella, a fronte dell'elevato rischio per il nascituro se tali infezioni sono contratte durante la gravidanza, specie nelle prime settimane di gestazione;
- la donna che, durante la gravidanza, non risulti immune da rosolia o varicella (o entrambe) è importante venga vaccinata prima della dimissione dal Punto Nascita. - anche nei confronti dell'influenza si raccomanda che la donna si vaccini durante il 2° o 3° trimestre di gravidanza, se in periodo epidemico, poichè l'influenza stagionale aumenta il rischio di ospedalizzazione, di prematurità, di basso peso alla nascita e di aborto spontaneo;
- nel terzo trimestre di ogni gravidanza (28 settimane) è raccomandata la vaccinazione contro difterite-tetano-pertosse, dal momento che la pertosse contratta dal bambino nei primi mesi può essere molto grave e la fonte di infezione spesso è proprio la mamma.
L'aver superato la pertosse precedentemente o essersi vaccinata non garantisce la copertura anticorpale per il bambino. Per tali motivi la vaccinazione nelle ultime settimane di gravidanza consente il trasferimento di anticorpi che protegge il bambino fino al momento in cui può essere vaccinato lui stesso. Il vaccino si è dimostrato sicuro sia per la donna in gravidanza che per il feto.

ANAMNESI DEL BENESSERE PSICHICO

Durante il colloquio con l'operatore nei bilanci di salute in gravidanza e nel puerperio, è bene far emergere se, prima della gravidanza, ci si sia mai sentite depresse, con minor interesse o piacere nello svolgere le attività quotidiane oppure se si sia state in trattamento psicoterapeutico e/o farmacologico. A tutte le donne in gravidanza e puerperio verranno poste due domande (Domande di Whooley): "Durante l'ultimo mese si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranze?" "Durante l'ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?" e una scala di rilevazione soggettiva di benessere/malessere psichico che servono a identificare situazioni meritevoli di aiuto psicologico al fine di personalizzare l'assistenza ed eventualmente offrire sostegno anche dopo il parto.

VIOLENZA DOMESTICA

Le statistiche riportano che una donna su quattro, nel corso della propria vita, è vittima di un episodio di violenza e in molti casi l'inizio è da ricercarsi proprio nel periodo di gravidanza. Tali violenze possono manifestarsi sotto diverse forme, incluse quella fisica, sessuale e psicologica. Qualora ci si trovasse in una simile situazione è **giusto** parlarne con l'ostetrica/ginecologo per le gravi conseguenze che questi atti possono avere sia sulla donna che sul bambino.

Sul territorio regionale è attiva una rete di servizi di ascolto e presa in carico delle donne vittime di violenza (Consultori, Servizi Sociali, Associazioni di Volontariato, Pronto Soccorso, Forze dell'Ordine, ecc.); **in gravidanza** però si suggerisce di rivolgersi al **Centro SVS (Soccorso Violenza Sessuale)** dell'Ospedale Regina Margherita-Sant'Anna di Torino tel. +39 011 3134180.

¹ Piano nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 GU 18 febbraio 2017.



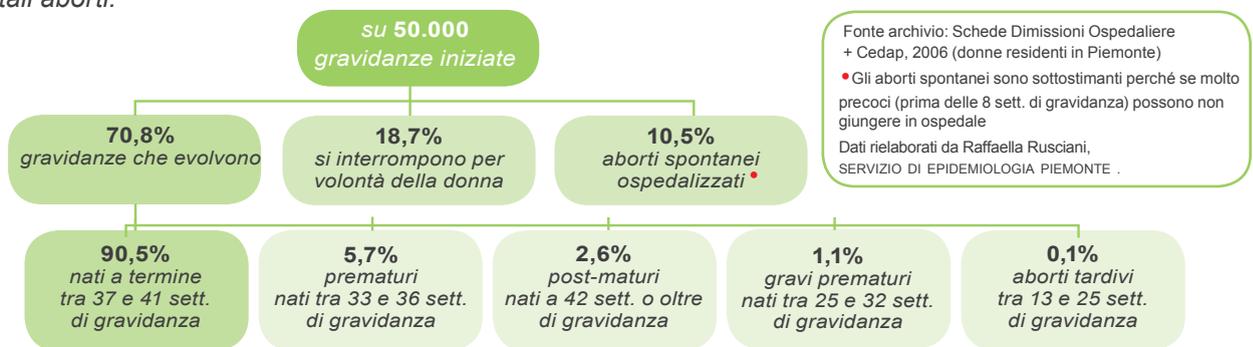
ANAMNESI OSTETRICO-GINECOLOGICA (scheda a pag. 18)

La storia mestruale (regolarità o meno delle mestruazioni) e la data di inizio dell'ultima mestruazione sarà utile per calcolare l'età gestazionale (cioè le **settimane di gravidanza**) unitamente all'ecografia del primo trimestre.

La storia riproduttiva comprende i dati clinici e le emozioni relative a gravidanze e parti precedenti (vaginali spontanei o complicati, tagli cesarei), agli aborti spontanei e alle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), alle morti fetali, alla procreazione medicalmente assistita, alle emorragie post-partum, all'eventuale depressione post-partum e alle condizioni del neonato. Parlare delle proprie esperienze precedenti, può orientare sia il professionista sul tipo di assistenza da offrire sia la donna nella ricerca di un eventuale sostegno. In caso di complicanze passate può essere necessario pianificare un **monitoraggio** più intensivo in gravidanza, durante il parto e successivamente per il neonato.

Nel caso di un singolo precedente **aborto spontaneo** occorre sottolineare che vi sono ottime possibilità di portare a termine le successive gravidanze.

L'interruzione spontanea di una gravidanza si verifica abbastanza frequentemente nei primi tre mesi di gravidanza. Riguarda 10 -15 gravidanze su 100. Risulta molto spesso legata a problemi del **feto** e non a problemi materni. Al momento attuale non esiste nessuna terapia di provata efficacia per evitare tali aborti.



Il rischio di aborto diminuisce molto rapidamente dopo le 13 settimane di gravidanza e le cause di aborto in questo periodo non sono, nella maggior parte dei casi, prevedibili.

In presenza di precedenti **aborti ripetuti** è possibile portare a termine la gravidanza, ma è consigliabile iniziare un percorso di **assistenza addizionale**.

Sono definiti **parti pretermine** (o prematuri) quelli avvenuti prima del compimento di 37 settimane di gravidanza: sono circa 6 parti su 100. La presenza di un parto pretermine nella storia di una donna aumenta il rischio che questo possa ripetersi. Tanto più precocemente nella gravidanza si verifica il parto, tanto maggiore è la necessità per il neonato di assistenza di tipo intensivo (pag. 95).

Le donne che sono state sottoposte a taglio cesareo (TC) hanno buone possibilità di partorire spontaneamente nella gravidanza successiva.

Il travaglio delle donne con **precedente taglio cesareo** sarà controllato più intensamente, per assicurarsi che l'utero si contragga in modo regolare nonostante il precedente intervento e per ridurre il rischio di rottura della cicatrice uterina.

Nei casi in cui i tagli cesarei siano stati più di uno, il parto spontaneo viene solitamente sconsigliato.

La gravidanza ha inoltre effetti sullo stato emotivo della donna che, in alcuni casi, può oscillare dal disagio a veri e propri stati di ansia. Analogamente, nel periodo postnatale la donna può vivere sentimenti di inadeguatezza, di tristezza, di stanchezza eccessiva che fanno parte del processo di adattamento alla nuova condizione. Tali emozioni possono raggiungere un'intensità e caratteristiche tali da richiedere, oltre al sostegno del partner e della famiglia, un sostegno professionale mirato. Se ciò si è verificato in gravidanze precedenti è importante parlarne con l'ostetrica/ginecologo.

L'**anamnesi immuno-ematologica** riguarda la ricerca dell'eventuale incompatibilità tra gruppo sanguigno della mamma e del feto, che può provocare danni al neonato. È importante conoscere il **gruppo sanguigno della donna** (fattore Rh che può essere positivo o negativo, gruppo A, B, AB, 0). Con il test di Coombs si ricerca la presenza nel sangue materno di **anticorpi** contro i globuli rossi del feto: il test viene fatto al primo controllo e successivamente a 24-28 settimane.

Nelle donne Rh negative (il 12-15% delle donne) si raccomanda la somministrazione di **profilassi anti D** intramuscolo in tutti i casi in cui è possibile un contatto tra sangue del feto e sangue della mamma (es. dopo aborto, **amniocentesi**, parto, trauma addominale, sanguinamento vaginale). Per tutte le altre donne la profilassi è raccomandata a 28 settimane.

VALUTAZIONE DELL'ACCRESIMENTO FETALE

Il livello raggiunto dal fondo uterino è il primo e più semplice strumento in grado di rilevare la corretta crescita del feto. La distanza sinfisi-fondo deve essere misurata ad ogni incontro e, se possibile, dallo stesso professionista sanitario. La corretta **valutazione della crescita fetale** è importante per una appropriata assistenza prenatale. Un'alterazione della regolare crescita intrauterina richiede assistenza addizionale.

La **misurazione sinfisi-fondo** (Fig. pag. 6) si rileva con un nastro centimetrato, calcolando la distanza tra il margine superiore della sinfisi pubica ed il fondo uterino. Il dato viene riportato nella tabella di pag. 24 a partire da 24 settimane e confrontato con le curve di crescita fetale.

ESAMI DI LABORATORIO

Gli esami di laboratorio eseguiti durante la gravidanza servono a documentare il buon adattamento fisico della donna alla gravidanza nonché l'assenza di patologie che potrebbero avere effetti negativi sulla salute di mamma e bambino. Nell'Agenda sono disponibili le impegnative per l'esecuzione, presso i laboratori del Servizio Sanitario Regionale, degli esami previsti dal Profilo Assistenziale per la gravidanza fisiologica. Gli esami, contenuti nelle impegnative dell'Agenda, sono quelli necessari per valutare il benessere di mamma e bambino e sono esenti da ticket.

EMOCROMO: valuta la quantità di globuli rossi, bianchi, emoglobina, piastrine presenti nel sangue. I valori di riferimento in gravidanza sono diversi da quelli delle donne non in gravidanza. L'esame va eseguito a 13 settimane* e ripetuto tra 24-28* e tra 33-37 settimane, per monitorare l'adattamento fisico della donna alla gravidanza.

GLICEMIA: è la quantità di zucchero presente nel sangue. I valori di riferimento non sono diversi rispetto alla condizione extragradivica. L'esame va eseguito al primo controllo. Nelle situazioni di rischio di diabete in gravidanza, elencate nella nota dell'impegnativa 06 e 10, si esegue una curva da carico con 75 grammi di glucosio (OGTT).

Ig ANTITREPONEMA: verifica l'assenza della sifilide, malattia che ha inizialmente un decorso senza sintomi. La sifilide, che è possibile 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 la presenza o assenza di anticorpi contro il toxoplasma. Solo in caso di toxotest negativo, ovvero in assenza di anticorpi anti toxoplasma, c'è rischio di infezione e quindi vi è necessità, oltre alle precauzioni igieniche di cui a pag. 105, di controlli ripetuti del toxotest durante la gravidanza. La toxoplasmosi contratta in gravidanza può essere causa di lesioni fetali: la cura varia in relazione all'età gestazionale.

RUBEO TEST: ricerca la presenza di anticorpi contro la rosolia. Se il rubeo test è positivo ovvero sono presenti anticorpi, non ci sono problemi; se negativo (cioè la donna non ha mai contratto la rosolia) è bene evitare i contatti con soggetti malati e sottoporsi alla vaccinazione dopo il parto* (pag. 128).

ANTICORPI ANTI HIV: ricerca la presenza di anticorpi contro il virus dell'AIDS. È un esame della massima importanza perché **quando la donna è sieropositiva è possibile un percorso assistenziale specifico**, che limita le possibilità di contagio al figlio*. Per questo esame è richiesto il consenso informato (pagg. 40 e 92).

ESAME URINE: rileva le sostanze presenti nelle urine e l'eventuale presenza di batteri.

UROCOLTURA: verifica se la quantità di batteri eventualmente presenti nelle urine è segno di infezione delle vie urinarie.

HBsAg: ricerca la presenza di Epatite B e rileva se contagiosa o meno. L'epatite B può essere trasmessa al neonato. L'esame va fatto nel 3° trimestre. In caso di madre positiva si somministrano gammaglobuline al neonato e verrà anticipata alla nascita la prima vaccinazione invece che al terzo mese di vita.

RICERCA DELLO STREPTOCOCCO B: ricerca la presenza del batterio (*Streptococco gruppo B*) nel tampone vagino-rettale da eseguire dopo le 35 settimane. Se la ricerca ha risultato positivo, per evitare il contagio del neonato è necessario sottoporre la mamma ad una terapia antibiotica - solo al momento del parto - ed effettuare un controllo del neonato.

Le situazioni che richiedono assistenza addizionale possono avere necessità di ulteriori esami specifici che saranno richiesti dal medico di famiglia. Essi sono esenti ticket se sulla impegnativa è indicata la patologia e il relativo codice di esenzione (M50).

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



LA CRESCITA DEL FETO

La crescita del **feto** avviene attraverso l'aumento delle dimensioni del suo corpo (peso, lunghezza, circonferenza del torace, dell'addome, della testa, ecc.), la maturazione degli organi e il perfezionamento delle sue **competenze** (capacità) a nascere e a sopravvivere al di fuori dell'utero (alcune attività del bambino come movimento, sensibilità tattile, udito, ritmo sonno-veglia sono già presenti nella vita fetale). Già dalla **vita prenatale** il nascituro è capace di apprendere, di memorizzare e di adattarsi alle diverse situazioni. Con la nascita il bambino continuerà a crescere in un nuovo ambiente cercando di stabilire, con chi si prende cura di lui, quella continuità affettiva ed emozionale che contribuirà al suo benessere.

MOVIMENTO

Il feto si muove fin dalle prime settimane di vita; i movimenti gli permettono di cambiare posizione evitando che la sua pelle appoggi sempre sugli stessi punti e possa esserne danneggiata; inoltre questi esercizi aiutano a far crescere in modo corretto le ossa, i muscoli e le fibre nervose. Fin dalle venti **settimane di gravidanza** sono presenti nel feto quasi tutti gli schemi di movimento dell'adulto, per esempio suzione, singhiozzo, deglutizione, spostamento. Il feto riesce a mettersi il dito in bocca, si tocca le mani e la testa, sposta il **cordone ombelicale**, osserva e tocca le pareti circostanti. La mamma inizia a percepirne i movimenti tra 16 e 20 settimane.

IL SENSO DELL'EQUILIBRIO

Si sviluppa all'interno dell'orecchio, compare molto presto e permette al bambino di regolare i suoi movimenti in funzione di quelli della madre. Generalmente quando la mamma si muove il bambino sta fermo e viceversa.

LA PELLE

Il tatto compare a partire da 7 settimane, inizialmente nella regione della bocca e del volto, sul palmo delle mani, sulla pianta dei piedi e poi su tutto il corpo. Alla nascita il neonato conosce molto bene le sensazioni piacevoli associate alla stimolazione tattile.

L'OLFATTO

Da 7 settimane si forma il nervo olfattivo. Il feto sente gli odori provenienti dagli alimenti assunti dalla mamma e dall'ambiente uterino. Questi stimolano lo sviluppo della sensibilità e della memoria olfattiva che lo aiuteranno a riconoscere l'odore della mamma al momento della nascita.

IL GUSTO

I recettori del gusto sono presenti a partire da 13 settimane, periodo in cui inizia anche l'attività di deglutizione e il movimento di apertura e chiusura della bocca.

Il feto gusta il **liquido amniotico** in cui è immerso e continuerà ad apprezzare i sapori che appartengono alle abitudini alimentari della sua mamma anche attraverso il latte materno.

LA VISTA

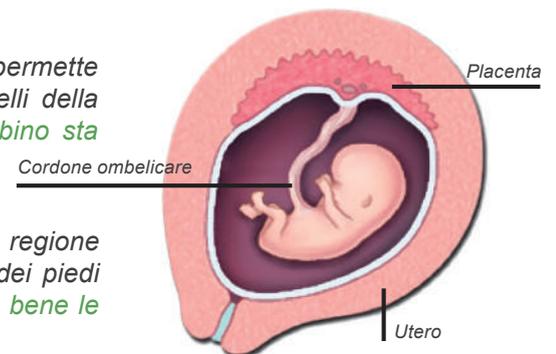
È il senso meno stimolato in gravidanza. Appoggiando però una luce intensa sul ventre materno, il feto reagisce, cercando di distogliere gli occhi dalla fonte luminosa e girando la testa dall'altra parte.

L'UDITO

La maturazione inizia a 8 settimane e a 25 il feto reagisce agli stimoli sonori esterni. La sua vita in utero non è immersa nel silenzio: egli sente la respirazione, il battito del cuore, i movimenti intestinali, e la voce della mamma che giunge al suo orecchio con una intensità molto maggiore rispetto agli altri suoni.

RITMO SONNO VEGLIA

Dal 7° mese il feto alterna periodi di sonno tranquillo della durata di 5-10 minuti, nei quali si muove molto poco, a periodi di sonno più movimentato seguiti da momenti di veglia. Nelle ultime settimane di gravidanza aumentano i periodi di veglia tranquilla con pochi movimenti; il feto si muove di più di notte e dorme molto di giorno a causa delle modificazioni degli **ormoni** materni necessari per il parto.



10-12 SETTIMANE



21-24 SETTIMANE



32-33 SETTIMANE

ECOGRAFIE

COS'È L'ECOGRAFIA?

È la tecnica che permette di vedere gli organi interni del corpo utilizzando gli ultrasuoni (= onde sonore ad alta frequenza che l'orecchio umano non percepisce). Gli ultrasuoni attraversano i tessuti e vengono riflessi in modo diverso a seconda della consistenza del tessuto che incontrano (ossa, tessuti molli, cavità, ecc.). In pratica la sonda posta sull'addome materno invia impulsi di onde sonore verso l'interno e ne riceve gli echi (= onde di ritorno). Le onde riflesse in modo differente dai diversi organi interni sono trasformate in immagini sul monitor dell'ecografo.

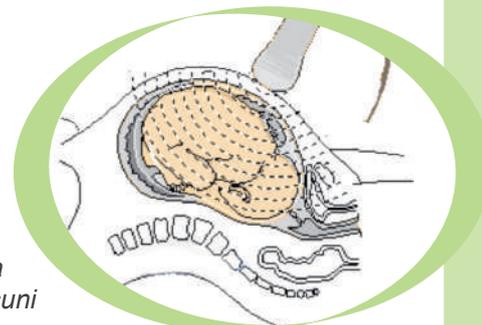
L'indagine ecografica in gravidanza ha il fine di determinare l'epoca gestazionale, di identificare gravidanze multiple, anomalie strutturali e problemi di accrescimento.

CHE COSA SI PUÒ VEDERE CON L'ECOGRAFIA?

Nei primi mesi di gravidanza si può controllare il numero dei feti e la presenza dell'attività cardiaca fetale.

Con la misurazione della lunghezza del **feto**, e, successivamente, delle dimensioni della testa, dell'addome, del femore è possibile valutare se le dimensioni del feto corrispondono a quelle attese per l'epoca di gravidanza.

Dal secondo trimestre si visualizzano inoltre la sede di inserzione della **placenta**, la quantità di **liquido amniotico** e la conformazione di alcuni organi.



È POSSIBILE CON L'ECOGRAFIA RILEVARE EVENTUALI MALFORMAZIONI FETALI?

La possibilità di individuare una malformazione dipende da molti fattori: lo spessore della parete addominale materna, la posizione del feto in utero, la quantità di liquido amniotico e il tipo di malformazione. Per tali motivi è possibile che alcune anomalie fetali possano non essere rilevate all'esame ecografico.

Alcune malformazioni si manifestano tardivamente (dal 7° -9° mese) e non sono pertanto visualizzabili in esami precoci.

L'esperienza finora acquisita suggerisce che l'esame ecografico di base, eseguito in gravidanza senza fattori di rischio specifici a **19-21 settimane** consente di identificare circa il 50% delle malformazioni maggiori. L'ecografia in gravidanza non si pone l'obiettivo di rilevare le cosiddette anomalie minori (es. malformazioni delle dita delle mani, dei piedi, ecc).

Per i limiti intrinseci della metodica, ad oggi è possibile che alcune anomalie anche importanti possano non venire rilevate con l'ecografia.



L'ECOGRAFIA È INNOCUA PER IL FETO?

Gli ultrasuoni sono usati nella pratica ostetrica da oltre 30 anni e, finora, non sono stati riportati effetti dannosi, neppure a lungo termine. È consigliabile comunque effettuare solo le ecografie raccomandate dalle **evidenze scientifiche** o quelle che si rendano necessarie per ulteriori approfondimenti clinici.





I referti delle ecografie comprendono la descrizione delle immagini visibili all'esame a seconda del trimestre di gravidanza e l'eventuale consiglio per ecografie aggiuntive.

Nel referto dell'ecografia eseguita entro le 13 settimane, saranno riportati:

- sede, numero e dimensioni della camera ovulare (dove l'ovulo fecondato si è annidato), se l'ecografia è fatta in fase molto precoce; se eseguita dopo le 7 settimane, nella camera ovulare si vedrà già l'**embrione/i** e più tardi il **feto/i** con la presenza del battito del cuore
- corrispondenza delle settimane di gravidanza con quelle calcolate sulla base dell'ultima mestruazione
- conformazione dell'utero e delle ovaie
- eventuali foto che l'operatore ha ritenuto opportuno allegare
- data e firma dell'operatore

Nel referto dell'ecografia raccomandata tra 19 e 21 settimane, saranno riportati:

- numero e dimensioni del/i feto/i
- presenza del battito del cuore
- zona dell'utero in cui si è sviluppata la **placenta**
- valutazione della quantità del **liquido amniotico**
- corrispondenza delle **settimane di gravidanza** con quelle **calcolate** sulla base dell'ultima mestruazione
- eventuali foto che l'operatore ha ritenuto opportuno allegare
- data e firma dell'operatore

L'ecografia di questa età gestazionale, in particolare, descrive l'**anatomia** del feto: testa, colonna vertebrale, torace (polmoni, cuore), addome (stomaco, parete addominale, reni, vescica), braccia e gambe (per tale motivo viene anche denominata ecografia "**morfologica**").

Le misure rilevate ecograficamente sono riportate sui grafici che permettono di seguire l'andamento della crescita e di confrontarla con le **curve di crescita** media alla stessa età gestazionale.

Il referto, quando siano state visualizzate delle immagini sospette o patologiche, contiene eventualmente anche la motivazione dell'approfondimento diagnostico richiesto.

In una gravidanza fisiologica ulteriori ecografie, compresa quella nel terzo trimestre, sono necessarie solo in casi particolari, **su precisa indicazione clinica**.

L'ecografia tridimensionale (ECO 3D si basa sulla ricostruzione tridimensionale delle immagini elaborate dal computer) non aggiunge informazioni utili se non in situazioni molto specifiche.

In alcuni casi, durante il Bilancio di Salute, potrebbe venir utilizzato l'ecografo solo come semplice strumento di supporto alla clinica per visualizzare:

- nel primo trimestre → la presenza della camera ovulare, dell'embrione, del battito del cuore
- nel terzo trimestre → la parte del feto che si presenta al bacino materno e/o la posizione della placenta e/o la quantità di liquido amniotico, in particolare quando la gravidanza prosegue oltre le 41 settimane

DIAGNOSTICA PRENATALE

La quasi totalità dei bambini nasce sano, ma circa 3 bambini su 100 presentano alla nascita delle malformazioni o delle **malattie ereditarie**. Alcune di queste possono essere individuate prima della nascita attraverso specifiche indagini chiamate **esami diagnostici prenatali**, mentre altre possono essere diagnosticate solo dopo la nascita. Questo significa che, nonostante i progressi della tecnologia, non tutte le patologie sono oggi prevenibili o diagnosticabili precocemente.

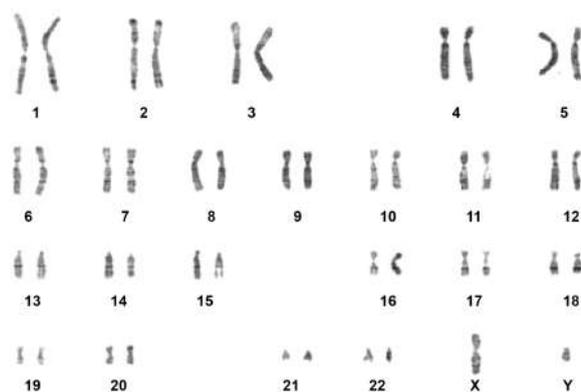
Prima della nascita possono essere ricercate solo alcune malattie dovute ai difetti dei cromosomi (corpuscoli che all'interno delle cellule trasmettono l'informazione genetica proveniente per metà dalla mamma e per l'altra metà dal papà biologico), ad esempio la **sindrome di Down**.

Immagine dei cromosomi umani.

L'esame dei cromosomi si chiama cariotipo.

Le coppie di cromosomi sono identificate con un numero da 1 a 23.

In alcune malattie una coppia di cromosomi può averne uno in più = trisomia; oppure una coppia può essere difettosa (manca un cromosoma) = monosomia.



Gli **esami diagnostici**, previsti prima della nascita, per **identificare** la sindrome di Down (presenza di tre cromosomi 21 invece di due) e altre eventuali rare malattie cromosomiche **sono esami invasivi** perché devono penetrare all'interno dell'utero per prelevare **liquido amniotico** o tessuto della **placenta** (per poter esaminare i cromosomi delle cellule) e possono perciò compromettere in un caso su cento l'evoluzione della gravidanza provocando un **aborto spontaneo**.

Si rende pertanto necessario selezionare e sottoporre agli esami diagnostici prenatali il minor numero possibile di donne, solo quelle che vengono individuate mediante i test di **screening** come soggette ad un livello di rischio maggiore. I test di screening e l'età sono i criteri in base ai quali si selezionano le donne che devono eseguire gli esami diagnostici invasivi.

Il percorso dallo screening alla diagnosi prenatale comporta tre passaggi:

- 1 Calcolo del livello di rischio personalizzato per ogni donna attraverso il **test di screening**
- 2 Se il test di screening ha fornito un valore di rischio aumentato viene eseguito l'**esame diagnostico**
- 3 Esaminato il risultato dell'esame diagnostico, la donna **sceglie** se portare a termine o meno la gravidanza

I limiti e le opportunità di tutti e tre i passaggi devono essere ben chiari alla donna. Richiedono pertanto un colloquio approfondito con i professionisti del Percorso Nascita per scegliere se aderire al percorso diagnostico prenatale o accettare il corso naturale degli eventi.

•) **Esami diagnostici**

Gli **esami diagnostici** sono **offerta alle donne che hanno un rischio aumentato** come risultato del test di screening. Le donne con più di 35 anni all'epoca del concepimento possono scegliere se eseguire il test di screening o richiedere direttamente l'esame diagnostico. Si tiene conto dell'età materna perché il rischio che si verifichino queste anomalie cromosomiche aumenta con l'età.



I test diagnostici sono esami invasivi, cioè utilizzano componenti che sono all'interno dell'utero (liquido amniotico o placenta). Sulle cellule prelevate vengono controllati i cromosomi. Il risultato dell'esame è una diagnosi che esprime in modo certo se il bambino è affetto o non affetto da **sindrome di Down** o da altre rare malattie cromosomiche.

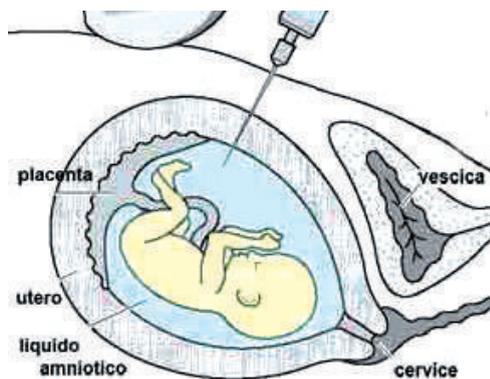
Gli esami diagnostici oggi disponibili sono:

IL PRELIEVO DEI VILLI CORIALI

Consiste nel prelevare materiale placentare attraverso l'addome materno (in rari casi può essere eseguito attraverso il collo dell'utero). Il prelievo è praticabile a partire da 10 **settimane di gravidanza** (se eseguito prima può aumentare il rischio di aborto).

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. Oltre ad essere utile per determinare il patrimonio cromosomico fetale, può servire anche per dosare la concentrazione della alfa-fetoproteina per la diagnosi delle anomalie del tubo neurale (spina bifida).



La caratteristica degli esami diagnostici è la **certezza⁴** 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.

L'esecuzione dei test diagnostici classici (l'analisi del cariotipo, detto anche mappa cromosomica) richiede un tempo tecnico minimo di 14 giorni. In alternativa la possibilità di avere un risultato più tempestivo (test rapido QF-PCR = risultato entro 24 ore) limita l'analisi alle anomalie cromosomiche più frequenti (dei cromosomi 21, 13, 18).

Questi esami vengono praticati ambulatoriamente e non richiedono il ricovero in ospedale, ma poiché è meglio eseguirli in servizi che ne praticano ogni anno un numero sufficiente a mantenere una adeguata qualità, può darsi che ci si debba rivolgere a ospedali non vicini a casa.

Per la maggior parte delle malformazioni/malattie attualmente diagnosticabili con il percorso di screening/diagnosi prenatale non sono disponibili terapie in utero, pertanto la donna, una volta conosciuta la situazione, potrà valutare con un ginecologo di ospedale se è possibile l'interruzione tardiva della gravidanza.

Dopo il novantesimo giorno dall'ultima mestruazione (limite di legge per l'interruzione volontaria di gravidanza) la legge prevede che **la gravidanza possa essere interrotta in casi particolari**, con certificazione medica:

- quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;
- quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

⁴ In realtà tutti gli esami hanno un margine di errore: in questo caso l'errore è eccezionale.

BILANCIO DI SALUTE MATERNO-FETALE A 36-37 SETTIMANE PRESSO IL PUNTO NASCITA

A 36-37 settimane il feto ha maturato le **competenze** per nascere. **In vista del parto va programmato il Bilancio di Salute materno-fetale presso il Punto Nascita scelto per il parto** o individuato come adatto per la situazione clinica. Nel caso di scelta di parto a domicilio, le linee guida regionali⁵ prevedono la valutazione dell'idoneità al parto a domicilio e l'invio della documentazione al Punto Nascita individuato come riferimento per l'eventuale trasferimento in caso di complicanze.

In questo Bilancio di Salute (schede da compilare da pag 26 a 30) si esaminano: la storia della gravidanza sulla base di quanto registrato sull'Agenda, lo stato di salute di mamma e bambino, come entrambi si stanno **fisiologicamente** predisponendo al parto (posizione del bambino, livello del fondo dell'utero, presenza di sporadiche contrazioni - pag. 120), gli eventuali elementi di rischio per il parto stesso, l'esito degli esami eseguiti in gravidanza, compresi quelli raccomandati tra 33 e 37 settimane (che conviene aver già eseguito). Viene predisposta la cartella clinica ospedaliera che verrà successivamente utilizzata durante il ricovero per la nascita e si compilano alcune parti del Certificato di Assistenza al Parto. Viene illustrato alla donna il piano di assistenza personalizzata per le successive **settimane di gravidanza** (pag. 31) concordato tra il Punto Nascita e il servizio/professionista che ha seguito la gravidanza, si informa inoltre sul programma di **monitoraggio** del benessere fetale a partire da 41 settimane +0 giorni qualora il parto non fosse ancora avvenuto.

In presenza di dubbi sulla salute di mamma e bambino non emersi in precedenza, potrebbero rendersi necessari esami specifici (es. ulteriori esami del sangue, ecografia, registrazione **cardiotocografica**) ed eventualmente ulteriori incontri più ravvicinati.

Se la situazione richiede la programmazione di un taglio cesareo saranno richiesti la visita anestesiológica e gli esami pre-operatori necessari, da eseguire presso l'ospedale (esami che rientrano nelle prestazioni ospedaliere per il taglio cesareo e la firma del consenso informato). Analogamente se la donna esprime il desiderio di analgesia peridurale in travaglio.

Questo bilancio di salute è anche il momento per discutere, per chiarire ogni dubbio che la donna possa ancora avere (ad esempio come si accede al reparto di ostetricia, in particolare di notte; se vi è la possibilità di essere accompagnati da altri parenti, ecc.) e per verificare se il Punto Nascita può rispondere ai bisogni e alle scelte della donna (es. situazioni cliniche specifiche, metodi per il sollievo dal dolore in travaglio come l'immersione in acqua o l'analgesia peridurale, la donazione del sangue del **cordone ombelicale**, ecc.).

È utile essere informati sulle regole di reparto (modalità e orari delle visite parenti, permanenza del padre, **rooming in**, tempi di degenza previsti per il parto e per l'eventuale taglio cesareo, ecc.) per migliorare il confort della propria permanenza in ospedale.

Per le donne che scelgono di partorire a casa il Bilancio di Salute materno-fetale è il momento per rivalutare concretamente la possibilità di soddisfare questo bisogno ed è anche la data d'inizio della reperibilità delle ostetriche per il parto.

⁵ Profilo assistenziale per il parto extraospedaliero (Prot. N. 7311/28.2 del 11/05/2004)



LA GRAVIDANZA TRA 37 E 41 SETTIMANE

Anche se il giorno preciso della nascita non è prevedibile, la maggior parte dei bambini nasce intorno a 40 settimane di gravidanza. Questa è una data teorica calcolata a partire dal primo giorno dell'ultima mestruazione. In realtà il momento della nascita può variare anche di 4/5 settimane rispetto alla data teorica calcolata; infatti si considerano a termine le gravidanze tra le 37 settimane +0 giorni e le 42 settimane +0 giorni.

In quest'ultimo periodo il bambino perfeziona la maturazione di alcune funzioni (es. capacità di respirare), acquisisce peso e si posiziona per il parto. La mamma, a partire da 38 settimane, generalmente respira meglio perché "l'addome si abbassa" e incomincia a percepire contrazioni di preparazione al travaglio.

Le modificazioni che caratterizzano questa fase, per la maggior parte delle gravidanze, portano fisiologicamente all'inizio del travaglio (pag. 120).

Se appaiono segnali come edemi (gonfiore) alle gambe, ai polsi, al viso, perdite di sangue o di liquido amniotico, dolori allo stomaco, disturbi della vista o altra sensazione percepita come disturbante, o se non sono percepiti gli abituali movimenti del feto, è importante andare al più presto presso il Punto Nascita per escludere condizioni di rischio materno e/o fetale.

Il piano assistenziale previsto per questo periodo tiene conto delle caratteristiche e delle necessità individuali (es. primipara o pluripara) e viene realizzato in collaborazione tra il Punto Nascita prescelto e i professionisti che hanno seguito la gravidanza.

Nelle gravidanze che proseguano oltre le 41 settimane (cioè da 41 settimane +0 giorni) o in quelle in cui si manifestino specifiche indicazioni cliniche, si rende necessario il monitoraggio della gravidanza con l'esecuzione della cardiocografia (tracciato per la valutazione del benessere fetale) e della valutazione ecografica della quantità del liquido amniotico (AFI) senza alcuna impegnativa. Inoltre può essere proposto lo "scollamento delle membrane"* allo scopo di ridurre la necessità di induzione farmacologica del travaglio. Lo scollamento delle membrane avviene durante la visita vaginale e può causare fastidio, dolore, lieve sanguinamento e può essere causa della rottura accidentale delle membrane.

L'induzione vera e propria consiste nel far cominciare il travaglio attraverso l'utilizzo di farmaci (prostaglandine per via vaginale, ossitocina per via endovenosa) oppure senza utilizzo di farmaci, cioè con l'amnioressi (rottura strumentale delle membrane amniotiche).

Generalmente il travaglio viene indotto entro 42 settimane +0 giorni perché il proseguimento della gravidanza risulta essere più frequentemente associato a condizioni di sofferenza e mortalità fetale.

COSA PREPARARE PER L'OSPEDALE IN ATTESA DEL PARTO

- 1 Agenda di Gravidanza
- 2 Documenti d'identità
- 3 Tessera sanitaria; per le donne straniere di paesi appartenenti all'Unione Europea, tessera TEAM; per le donne appartenenti a paesi extracomunitari e senza permesso di soggiorno, codice STP (stranieri temporaneamente presenti) che è rilasciato dai servizi ISI (Informazione Salute Immigrati)
- 4 Effetti personali per mamma e bambino consigliati dal Punto Nascita prescelto
- 5 Pieno di carburante nella macchina e voucher per il parcheggio!

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE PER IL PARTO

- quando le contrazioni sono regolari per intensità, frequenza e durata da almeno un paio di ore
- quando avviene la perdita delle "acque" (di liquido amniotico), specie se il colore del liquido non è chiaro (verde, marrone o giallino) è importante andare subito in ospedale
- quando le perdite di sangue sono maggiori di qualche goccia
- in tutti i casi in cui si abbiano dubbi

FISIOLOGIA DEL TRAVAGLIO E DEL PARTO

La natura ha programmato il parto in ogni dettaglio: normalmente è il feto a dare il segnale di inizio, stimolando l'avvio delle contrazioni uterine e mettendosi in posizione favorevole alla nascita. Il bambino esprime così la sua **competenza a nascere**, mentre la mamma, che risponde a tali stimoli, esprime la sua **competenza a partorire**. Ciò avviene generalmente al termine della gravidanza, cioè dopo le 37 settimane.

L'andamento fisiologico del travaglio è influenzato dall'andamento della gravidanza e favorito dalle condizioni dell'ambiente*: intimità, spazi per muoversi liberamente, assenza di stimoli disturbanti e/o interferenze, (luci, rumori, domande e manovre differibili) rispettando la necessità della donna di isolarsi dall'esterno per lasciare che le fasi del parto seguano il loro corso naturale.

La progressione del travaglio è individuale e dipende da molti fattori.

•) Sintomi prima del travaglio

Già nelle settimane che precedono il travaglio, possono manifestarsi alcuni sintomi che preannunciano le fasi del travaglio vero e proprio:

CONTRAZIONI SALTUARIE O IRREGOLARI

Le contrazioni sono degli indurimenti avvertiti come una compressione interna della pancia che può essere anche associata ad una sensazione dolorosa in basso sul pube o nella zona lombare (schiena all'altezza dei reni). Possono manifestarsi nell'arco della giornata o di sera, possono essere a volte dolorose, ma in questa fase, non si intensificano anzi si attenuano e scompaiono in breve tempo.

PERDITA DEL TAPPO MUCOSO

Il tappo mucoso è una gelatina di colore bianco, giallo o marrone che si forma all'inizio della gravidanza all'interno del collo dell'utero allo scopo di proteggere il bambino dall'ambiente esterno. Al termine della gravidanza le contrazioni che agiscono sul collo dell'utero possono far fuoriuscire il tappo mucoso (non più trattenuto dalle pareti del collo). La perdita di tappo mucoso non è un segno di travaglio e di parto imminente. Può infatti verificarsi anche qualche settimana prima dell'inizio del travaglio.

MAL DI SCHIENA

È un mal di schiena che ricorda i dolori mestruali ed è dovuto a piccole contrazioni che non sempre vengono avvertite; può durare per qualche ora o restare come una presenza sorda nell'arco della giornata.

PERDITE VAGINALI LIQUIDE E TRASPARENTI

Sono dovute al cambiamento ormonale che prepara al travaglio; possono essere scambiate per perdite di **liquido amniotico**, ma a differenza di quest'ultime, non sono continue.





Travaglio e Parto

Nel corso del travaglio si riconoscono fasi diverse denominate: fase prodromica, fase attiva o dilatante (detta anche I stadio), fase espulsiva (detta anche II stadio), secondamento (detta anche III stadio).

FASE PRODROMICA

In questa fase la donna si prepara fisicamente ed emotivamente al travaglio. La preparazione fisica consiste nella "trasformazione del collo dell'utero", presupposto fondamentale perché il travaglio possa passare alla successiva fase attiva. In questa fase il collo dell'utero dalla lunghezza di 3-4 cm si accorcia sino a diventare completamente piatto. L'appiattimento del collo dell'utero è indispensabile per la progressione del parto poiché senza di esso il collo dell'utero non può aprirsi in modo corretto ed efficace per la nascita del bambino.

La durata della fase prodromica può essere compresa tra qualche ora e qualche giorno.

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

- **contrazioni**

Diventano regolari per intensità (sono tutte ugualmente dolorose), durata (in ogni contrazione si riconosce: l'arrivo della contrazione, il culmine della sensazione di dolore e il suo successivo affievolirsi) e frequenza (l'intervallo di tempo tra una contrazione e l'altra è costante).

A differenza delle contrazioni delle settimane precedenti queste contrazioni non si attenuano, anzi aumentano nel tempo. Il dato importante non è tanto la distanza tra una contrazione e la successiva, ma la loro regolarità. Durante queste contrazioni diventa difficile parlare e camminare; è necessario fermarsi e appoggiarsi a qualcuno o a qualcosa durante tutta la contrazione.

- **piccole perdite di sangue**

Sono anch'esse legate alla preparazione del collo dell'utero per il travaglio e sono dovute alla rottura di alcuni capillari; sono un ottimo segno che indica che il travaglio sta per cominciare; la perdita in genere è di poche gocce, di un rosso vivo (come ad inizio mestruazione) e può ripetersi alcune volte nell'arco della giornata.

- **perdita delle "acque" (o liquido amniotico)**

È dovuta alla rottura del sacco amniotico che avvolge il bambino e si manifesta con la perdita del liquido in esso contenuto. Il liquido amniotico di solito è incolore e inodore, la perdita del liquido è improvvisa, abbondante e quasi continua. Qualche volta succede che il sacco si fori solo in un punto senza rompersi completamente; in questo caso la perdita di liquido è scarsa e non costante, ma si ripete nell'arco della giornata ed è in genere associata ai movimenti della mamma.

- **nausea e/o vomito**

Non dipendono dall'aver mangiato ed è dovuta alla preparazione del collo dell'utero, dunque è un ottimo segno di travaglio imminente!

- **diarrea**

È dovuta agli **ormoni** che preparano il collo dell'utero nei giorni o nelle ore che precedono il travaglio, è utile per liberare l'intestino e preparare il corpo al parto.

I sintomi indicati possono essere tutti presenti o presenti solo in parte: ad esempio le membrane possono rompersi all'inizio del travaglio oppure senza che siano iniziate le contrazioni; per lo più si rompono durante il travaglio.

Le contrazioni generano dolore, ma sono essenziali sia per la dilatazione del collo dell'utero che per spingere il bambino nel canale del parto. Nello stesso tempo massaggiano la pelle del feto attivandone il sistema immunitario e aiutandolo a proteggere il suo organismo.

Le contrazioni possono essere più o meno dolorose. Tale dolore può essere reso maggiormente sopportabile con diverse strategie o farmaci (pag. 96).

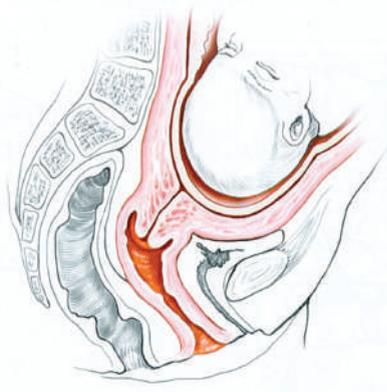
FASE ATTIVA O DILATANTE

È il travaglio vero e proprio: essa serve a dilatare completamente il collo dell'utero grazie alle contrazioni e alla pressione esercitata dalla testa del bambino. Questa fase ha inizio quando il collo dell'utero è completamente piatto: le contrazioni sono regolari per intensità, frequenza e durata e la dilatazione del collo dell'utero è di almeno 4 cm.

La **durata del travaglio 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 tra le **6-8 ore per una donna al primo parto e di 3-5 ore per una donna che ha già avuto almeno un parto**. Talvolta le contrazioni non sono abbastanza frequenti ed intense e può essere necessaria la somministrazione dell'**ossitocina** per via endovenosa.

La maggior parte dei feti affronta il travaglio senza alcun problema; l'ascolto regolare del battito cardiaco fetale* consente di identificare i feti che incontrano qualche difficoltà. Il battito cardiaco fetale, con gli altri dati rilevati in travaglio, viene registrato sulla cartella clinica. Uno strumento sintetico per descrivere l'evoluzione del travaglio è il **partogramma***.

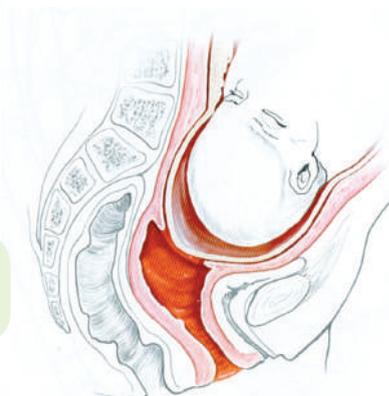
Collo dell'utero prima del travaglio lungo 3-4 cm., chiuso, con tappo mucoso



Collo dell'utero all'inizio del travaglio raccorciato ma ancora chiuso



Collo dell'utero in travaglio avanzato: appianato con dilatazione



FASE ESPULSIVA

È il momento finale del travaglio che porta alla nascita del bambino. Inizia quando la dilatazione raggiunge il diametro sufficiente a permettere il passaggio del feto. La progressiva discesa del feto nel canale del parto determina nella donna la sensazione di dover accompagnare le contrazioni con delle spinte, che permettono al bambino di venire alla luce e aiutano la mamma a far fronte al dolore. Talvolta, durante la nascita del bambino, possono verificarsi delle lacerazioni spontanee del **perineo** più o meno estese che possono guarire da sole o essere suture. In altri casi può rendersi necessaria un'incisione chirurgica del perineo (episiotomia), in anestesia locale, per ampliare l'anello vulvare e facilitare la fuoriuscita del bambino.

SECONDAMENTO

È la parte finale del parto; in questa fase avviene l'espulsione della **placenta** e delle membrane amniotiche, solitamente a breve distanza dal parto e comunque entro un'ora. L'espulsione della placenta è favorita dall'ossitocina che aumenta nella circolazione materna quando il bambino viene attaccato al seno.



I PRIMI GIORNI DOPO LA NASCITA

Nei primi giorni dopo il parto l'ostetrica/ginecologo controllano l'utero, le perdite vaginali (chiamate lochi, lochiazioni) che sono inizialmente di colore rosso (come una mestruazione molto abbondante) e via via diventano sempre più chiare fino a diventare giallastre. Queste perdite sono piuttosto abbondanti e sono caratterizzate da un odore particolare. Il neonatologo compie alcuni controlli sul neonato per confermarne la buona salute. Per i parti avvenuti in ospedale questo giustifica i pochi giorni di degenza tradizionalmente offerti a mamma e bambino; per i parti avvenuti a domicilio è necessario programmare le visite dell'ostetrica e del pediatra.

Al di là dei controlli clinici, i primi giorni sono l'occasione per mamma e neonato per continuare la loro relazione, ora extra uterina, in un ambiente in cui possono usufruire dell'esperienza degli operatori per raccogliere conferme ed aiuto rispetto ai loro bisogni. **Accogliere bene mamma e bambino vuole dire da parte di tutti:** rispettare la loro voglia/necessità di stare insieme, sforzarsi di capire le loro richieste e comunicare serenità. Avere il bambino vicino durante tutta la giornata permette alla mamma di riconoscere le sue esigenze e di rispondervi a tempo; permette di adeguare i ritmi materni a quelli del bambino approfittando delle sue pause di sonno per riposare anche lei. In tal modo per l'organismo materno sarà facilitata la risposta ormonale prevista dalla natura per far fronte alle richieste del neonato.

A volte l'idea di doversi occupare fin da subito del proprio bambino, tenerlo in camera invece che affidarlo alle cure di infermiere e ostetriche, può spaventare la donna. È importante sapere che la natura ha programmato nei minimi dettagli la risposta ormonale che, in presenza del bambino, sintonizza i ritmi della vita quotidiana tra mamma e figlio. Il poter seguire tali ritmi fino in fondo (cosa in realtà possibile poi solo a casa) permette alla donna di riprendersi rapidamente dagli effetti del parto e acquisire fiducia nelle proprie capacità.

I ritmi quotidiani del bambino sono fatti di sonno e veglia, di momenti per le coccole, per la pappa e per le evacuazioni: sono tutti tra loro correlati e l'allattamento al seno secondo natura li scandisce.

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

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

I Punti Nascita sono impegnati a conciliare i bisogni di mamma e neonato con le esigenze organizzative ospedaliere che comportano il rispetto di alcune regole.

Nei primi giorni di vita del bambino saranno inoltre effettuate le **azioni di prevenzione** che attualmente sono raccomandate per ogni neonato:

- **profilassi** oculare, che consiste nel mettere un collirio negli occhi, nelle prime ore dopo il parto, per evitare lo sviluppo della congiuntivite causata dal contatto con germi presenti nella vagina della mamma
- **profilassi** antiemorragica con vitamina K per fornire il quantitativo di questa vitamina indispensabile per prevenire le emorragie
- **screening** metabolici e della fibrosi cistica, che consistono in un prelievo di sangue eseguito dal tallone del bambino per raccoglierne alcune gocce sulle quali andare a cercare alcune malattie. Se presenti, alcune di queste malattie possono essere curate fin da subito, cioè ancor prima che ne compaiano i sintomi
- **screening** oculare e uditivo
- assunzione del colostro, che consiste nel mettere il bambino al seno precocemente in modo che possa succhiare il colostro ricco di **anticorpi** e di sostanze che inducono la maturazione delle difese.

Il momento della **dimissione dall'ospedale** è l'occasione per un dialogo con gli operatori della nascita per concludere consapevolmente l'esperienza della gravidanza e del parto e aprire la nuova fase di vita della donna e della famiglia.

Ad ogni donna dovrebbe essere offerta l'occasione di parlare dell'esperienza appena vissuta: il travaglio, il parto, la nascita del figlio e l'assistenza ricevuta.

Per quanto riguarda il neonato, la dimissione è l'occasione per completare il primo Bilancio di Salute del bambino e registrarlo sulla sua Agenda di Salute "dalla nascita all'adolescenza". L'Agenda di Salute del Bambino è lo strumento che seguirà, con i genitori e il pediatra di riferimento, la salute del bambino in tutte le tappe della sua crescita.

Per quanto riguarda la mamma e il papà, la dimissione può essere l'occasione per esaminare con dei professionisti le eventuali scelte di contraccezione.

PRIMA DI ANDARE A CASA CONVIENE IMPARARE IL MODO PER SPREMERE MANUALMENTE IL SENO IN CASO DI NECESSITÀ (per esempio nel caso in cui il bimbo non riesca a prendere bene il seno).



FASE 1

Mettere pollice e indice sui margini opposti dell'areola e premere verso la parete toracica.
La pressione verso la parete toracica va mantenuta per tutte e 3 le fasi.



FASE 2

Pollice e indice schiacciano l'areola senza spostarsi verso il capezzolo. Ripetere la manovra ritmicamente.
Il latte lentamente inizierà a fuoriuscire.



FASE 3

Spostare le dita per ripetere la manovra nelle altre zone della mammella.

È utile verificare nella pagina dei servizi dell'ASL l'elenco dei Punti di Sostegno all'allattamento al seno o chiederne copia al **Punto Nascita**. Lo stesso elenco è consultabile sulla pagina dei servizi delle ASL presente sul sito regionale.

Inoltre per le donne lavoratrici si ricorda di ritirare il certificato da consegnare al datore di lavoro per il calcolo del congedo di maternità.



FISIOLOGIA DELL'ALLATTAMENTO AL SENO

L'allattamento al seno è un gesto naturale ma un certo numero di donne oggi ha bisogno di aiuto per allattare al seno con piacere. Perché?

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

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

È utile discutere la scelta dell'allattamento già in gravidanza con l'operatore di riferimento e/o frequentando gli incontri sull'allattamento al seno programmati dai Consulenti o dai Punti Nascita, coinvolgendo il futuro papà e magari anche le nonne in questi momenti informativi in modo tale che tutta la famiglia condivida le conoscenze indispensabili per un efficace sostegno alla donna che allatta.

Allattare deve essere un piacere per la mamma e per il bambino. L'avvio può essere impegnativo e richiedere spirito di adattamento alla nuova situazione.

La conoscenza dei meccanismi predisposti dalla natura per l'allattamento, la fiducia nelle proprie risorse e nelle competenze del bambino sono di grande aiuto per superare le possibili difficoltà iniziali.

*Anche le donne che hanno impedimenti ad allattare al seno possono trarre vantaggi dalla conoscenza dei meccanismi naturali che sono alla base della alimentazione e della relazione mamma-bambino per seguire con consapevolezza i ritmi del bambino, e godere del contatto fisico **pelle-pelle** col piccolo, anche usando il biberon.*

•) Come funziona l'allattamento al seno?

*La natura ha previsto tutto nei minimi dettagli: alla nascita il seno è pronto per l'allattamento e il neonato ha l'istinto e la capacità di succhiare. Dalla prima poppata in poi, è il bambino che succhiando stimola la produzione e l'uscita del latte dal seno, grazie all'azione di due **ormoni**: **la prolattina e l'ossitocina**. È solo smettendo di metterlo al seno che si interrompe la produzione del latte.*

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

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

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

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

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

•) **Per allattare con piacere è utile sapere che:**

- **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, ciò dipende dalle aumentate necessità del bambino
- il latte, oltre ad accumularsi nel seno tra una poppata e l'altra, **viene prodotto e arricchito di nutrienti 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**
- le ragadi si prevengono nei primi giorni ponendo **attenzione alla presa corretta dell'areola e del capezzolo**, offrendo il seno al bambino come mostrato di seguito, senza avere remore a staccarlo e a riposizionarlo ogni volta che il bimbo si attacca provocando dolore. Occorre aiutarlo 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
- 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. A volte inoltre può essere utile spremere qualche goccia di colostro o di latte per alleviare il dolore del capezzolo (pag. 124)
- ci sono, oltre ai **Punti di Sostegno all'allattamento al seno**, **gruppi di aiuto reciproco tra mamme** che sicuramente potranno essere un'ottima risorsa, non solo per allattare con piacere, ma anche per condividere le paure, le ansie e i momenti di sconforto che ogni mamma può provare nell'avvio dell'allattamento e della relazione con il suo piccolo, ma anche per condividere le gioie e le gratificazioni che i bimbi regalano ogni giorno alle loro mamme
- la donna lavoratrice che allatta, nel primo anno di vita del bambino, ha diritto a riposi orari per allattamento di due ore se l'orario giornaliero della lavoratrice risulta pari o superiore a 6 ore al giorno, oppure permessi di un'ora in caso di orario giornaliero di lavoro di durata inferiore a 6 ore (www.inps.it)





•) Come avvicinare il neonato al seno

I problemi sopra citati si possono facilmente prevenire ponendo il bambino al seno il più precocemente possibile dopo il parto, assicurandosi che abbia una presa corretta dell'areola mammaria, cercando la posizione favorevole tra mamma e bambino.

Per facilitare la presa dell'areola:



Posizionare il bambino con il naso di fronte al capezzolo e con il seno che tocca il mento del bambino



Nel momento in cui il seno tocca il mento del piccolo si attiva un riflesso che gli fa spalancare la bocca e mettere la lingua nella posizione corretta per poter spremere l'areola



Se il neonato è attaccato correttamente, si potrà vedere: la bocca ben aperta, le labbra rovesciate, il mento che tocca il seno, una parte di areola più estesa sopra il labbro superiore e meno estesa sotto il labbro inferiore

•) Posizioni che favoriscono una buona presa del seno



POSIZIONE SEMIRECLINATA

È la posizione più comoda per la mamma, il bambino ha tutto il corpo appoggiato su di lei e può utilizzare i riflessi innati che lo aiutano ad arrivare al seno e prendere correttamente capezzolo e areola senza bisogno di aiuto.



POSIZIONE A CULLA

La mamma è seduta e tiene il bambino a contatto con il suo corpo sostenendolo con entrambe le braccia. La testa è appoggiata sull'avambraccio, non sul gomito.

POSIZIONE INCROCIATA

Il bimbo è appoggiato su un cuscino, le spalle e la schiena sono sostenute dalla mano e dall'avambraccio della mamma opposti al seno a cui si attacca.



POSIZIONE PALLA DA RUGBY

Il corpo del bimbo è a contatto con il fianco della mamma e sostenuto come nella posizione incrociata



POSIZIONE SDRAIATA SUL FIANCO

È indicata di notte o dopo un cesareo, il neonato è sdraiato di fronte alla mamma a stretto contatto. Il mento tocca il seno e il capo è lievemente esteso

PUERPERIO

È il periodo che va dal parto a circa 6-8 settimane dopo; è una fase di adattamento fisico e psichico durante la quale l'utero ritorna alle dimensioni e al tono muscolare di prima della gravidanza, si consolida l'allattamento al seno e si regolarizzano i ritmi di vita giornaliera di mamma e bambino.

È importante sapere che i ritmi della giornata si modificano via via sulla base della **fisiologia** dell'allattamento e quindi conviene vivere questo periodo nella consapevolezza che l'adattamento mamma - bambino raggiungerà con il tempo un armonico equilibrio, senza trarre intempestive previsioni per il futuro ("è un piccolo tiranno non mi lascia un momento libero, mi vuole tutta per sé giorno e notte, ..."). L'adattamento alla nuova situazione (presenza del primo figlio o di un nuovo figlio) con esigenze apparentemente molto lontane dai ritmi di vita abituali della famiglia, può creare talvolta qualche difficoltà e tensione anche nella coppia. A causa del cambiamento ormonale e della stanchezza dopo il parto è abbastanza comune sentirsi tristi e malinconici. Per alcune donne questa condizione potrebbe avere necessità di un supporto psicologico e/o medico, in alcuni casi anche farmacologico.

Dopo il parto, è normale che fuoriescano dalla vagina delle perdite che contengono residui placentari chiamate **lochi o lochiazioni**. Non sono mestruazioni e possono durare fino a tre settimane dopo il parto. Le lochiazioni hanno un particolare odore e sono prevalentemente tinte di sangue nella prima settimana e cremose alla fine.

In presenza di perdite vaginali maleodoranti, dolore perineale, difficoltà di guarigione dell'eventuale ferita perineale, dolore al seno, perdite abbondanti di urina, ansia o affaticamento significativi è consigliabile anticipare l'incontro in puerperio.

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

Per le donne cui è stata praticata l'iniezione di **profilassi anti D** (donna Rh negativa con figlio Rh positivo) si raccomanda il controllo del test di Coombs dopo sei mesi.

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

- delle condizioni ostetriche
- del **perineo**
- del benessere psichico
- dell'eventuale contraccezione
- dell'allattamento
- informazioni sulle opportunità per ricevere sostegno da gruppi di auto aiuto o da servizi socio-sanitari.

Esistono evidenze che incontri di gruppo tra donne che stanno vivendo la stessa esperienza* permettono di condividere le paure, le ansie, ecc, riconoscendo la "normalità" di tali eventi e stati d'animo. Alcuni servizi territoriali delle ASL offrono, all'interno dei Consultori, momenti di incontro per le donne nel dopo parto. Al termine del percorso nascita l'Agenda diventerà la documentazione clinica della gravidanza e parto appena vissuti, utile per la anamnesi ostetrica in caso di successiva gravidanza e si collegherà con l'Agenda di Salute del bambino che seguirà il piccolo dalla nascita all'adolescenza. L'inserimento di una o più foto della propria gravidanza e del bambino potrà trasformare il documento in un album della esperienza appena conclusa.





DIVENTARE PADRE

Nelle pagine dell'Agenda che illustrano il percorso nascita tutte le informazioni e le opzioni proposte sono quasi sempre, per brevità, riferite alla donna, ma in realtà, come dichiarato all'inizio (pag.3), riguardano anche il partner che l'accompagna lungo il percorso.

Nella mente e nelle emozioni del padre, così come in quella della madre, durante la gravidanza si fa spazio l'idea del bambino assieme ai sentimenti e alle emozioni che avvolgono quest'idea.

Sul piano concreto, negli ultimi decenni, sono avvenuti cambiamenti che vedono frequentemente una maggior partecipazione attiva del padre alle cure del bambino e, anche prima, durante la gravidanza.

Essere presente ai bilanci di salute, partecipare a incontri di accompagnamento alla nascita, se desiderato da entrambi, può essere un mezzo per condividere le informazioni, le emozioni e per sapere meglio interpretare i cambiamenti cui la donna va incontro, e di conseguenza saper meglio come esserle di aiuto.

In particolare nei mesi di gravidanza il supporto e le attenzioni del partner in relazione ad eventuali cambiamenti di stili di vita (alimentazione equilibrata, astensione dal fumo, esclusione dal fumo passivo, astensione da alcool, ecc.) possono essere di aiuto (specie se tali cambiamenti sono difficoltosi), oltre che essere uno stimolo per costruire insieme un ambiente familiare sereno per il futuro bambino.

L'influenza che lo stato di salute del padre può avere sul figlio è sottolineata a pagina 108.

È importante mettere in relazione la storia della propria salute con quella della propria famiglia per facilitare l'identificazione di eventuali malattie genetiche. Inoltre l'esecuzione degli esami previsti a pag. 71 serve ad escludere eventuali rischi e possibili infezioni trasmissibili per via sessuale.

In previsione del Bilancio di Salute a 36-37 settimane di gravidanza una serie di scelte si rendono possibili per vivere il travaglio, il parto e la nascita del figlio nel modo più vicino alle aspettative di entrambi i genitori: parlarne all'interno della coppia e parlarne insieme con gli operatori della nascita permette di realizzare, nel limite del possibile, i desideri espressi.

Essere presente al parto può essere un'esperienza unica. È importante riflettere insieme su come viverla al meglio evitando di sentirsi in qualche modo obbligato (...“perché tutti i papà debbono assistere al parto”“io non posso essere da meno”.....“tutti i miei amici lo hanno fatto”). Infatti, essere presenti in sala parto non è né “giusto” né “sbagliato”, dipende dalla propria cultura, dalla propria emotività, dalle scelte effettuate in coppia, da come ci si sente in quel momento e dal contesto. Non ha nulla a che vedere con i sentimenti che si provano verso la propria compagna e verso il proprio figlio.

Il ruolo del partner/papà al momento della nascita, come nelle settimane successive, è quello di garantire un sostegno emotivo, una presenza affettuosa, una mediazione e protezione nei confronti dell'ambiente esterno. Per essere efficace tale sostegno deve rispettare i tempi e i modi con cui ciascuna coppia mamma-bambino esprime le proprie emozioni.

*Soprattutto al primo figlio la coppia è chiamata a riorganizzare i propri tempi, gli spazi e le necessità anche pratiche della vita quotidiana e della propria relazione. Durante il periodo di adattamento e consolidamento dei cambiamenti richiesti dalla nuova famiglia, può essere utile che il padre, consapevole delle naturali **competenze** materne e delle scelte fatte in gravidanza, la sostenga e la rinforzi rispetto ai pareri esterni.*

La consapevolezza della particolare emotività della neomamma nei primi mesi di vita con il bambino lo aiuterà a non trascurare eventuali sintomi di disagio della donna che potrebbero essere risolti anche con l'intervento di professionisti specializzati (psicologo, psichiatra, neuropsichiatra infantile).

Sapere che il neonato è capace di mettersi in relazione fin da subito con l'adulto che si prende cura di lui può aiutare il padre a vincere una certa ritrosia nell'accudirlo, nel dialogare con lui, pur riconoscendo attitudini di cure diverse alla mamma e al papà senza sovvertire i ruoli che tradizionalmente sono più materni o più paterni.



A CASA CON IL BAMBINO

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

Per andare a casa in macchina è necessario avere l'apposito seggiolino o navicella omologati (vedi pag. 136). Per fissarli si usano le cinture di sicurezza rispettando tutte le indicazioni riportate sul manuale d'istruzioni (dal sito della Polizia di Stato)

Il passaggio dalla vita intra uterina a quella extra uterina richiede al neonato un periodo di progressivo adattamento del quale bisogna tener conto per capire il suo comportamento nelle prime settimane di vita.

Ambiente intra uterino	Ambiente extra uterino
<ul style="list-style-type: none"> Spazio limitato, sensazione di contenimento Ambiente liquido a temperatura costante Movimenti in acqua quasi in assenza di gravità Luce soffusa in cui percepisce prima i cambiamenti di luminosità che non le forme Rumorosità di fondo costante attraverso la quale giungono voci e musiche della mamma Odori e sapori abbastanza costanti che dipendono dalle abitudini alimentari materne Difesa dalle aggressioni esterne (freddo, caldo, germi, ecc.) 	<p>Sarà quello che i genitori vorranno offrirgli accompagnandolo con pazienza nei passaggi tra le sue sensazioni precedenti e le attuali, rispettando i suoi tempi di adattamento, facendogli conoscere prima di tutto loro stessi con il contatto, la voce, le carezze; poi la casa con i suoi odori, rumori, ritmi, le abitudini, i rituali, i gusti, gli amici di casa, ecc.</p>
ma...	ma...
<ul style="list-style-type: none"> Impossibilità di rapportarsi direttamente con gli altri 	<p>Possibilità di sentire che qualcuno dà delle risposte ai suoi bisogni, ai suoi richiami, che c'è qualcuno che dialoga con lui adoperando tutti i mezzi possibili</p>

Riconoscere fin da subito che il neonato esprime le **proprie emozioni e cerca il dialogo con la mamma** è fondamentale per impostare con lui una relazione rispettosa, affettiva, arricchente per entrambi.

Il riconoscimento delle competenze sensoriali di cui si è già detto aiuta a dare risposte diverse: toccare, cullare, massaggiare, farsi vedere, farsi sentire con un tono di voce che lui possa riconoscere come "noto", leggere delle storie anche se piccolissimo ("Nati per leggere" vedi Agenda della salute del bambino), riproporre la musica ascoltata in gravidanza, ecc.

La vita fetale è quasi tutta vissuta nel movimento: oltre a quello proprio del feto, anche la mamma nella giornata si muove. Il bambino in utero è sempre mosso, riceve spinte e contropinte dal **liquido amniotico** e dalla parete dell'utero. Da questa esperienza deriva per il neonato il piacere di essere cullato che lo riporta a sensazioni conosciute e piacevoli.

Generalmente quando la mamma si muove il feto sta fermo e viceversa; durante il sonno, quando la mamma sogna, il feto sta fermo, nel sonno senza sogni si muove: queste alternanze sono interpretate come l'inizio di una forma di dialogo dove, se uno parla, l'altro sta ad ascoltare in attesa che arrivi il suo turno.

La posizione del bambino in utero è simile a quella che si ha quando si è adagiati su un'amaca: con la schiena arcuata e sostenuta mentre gli arti sono liberi di muoversi. Per questo motivo il neonato si tranquillizza quando è sostenuto in questa posizione.

Anche il pianto, peraltro, è un efficacissimo sistema di comunicazione per richiamare l'attenzione della mamma, ma qualche volta gli serve anche per scaricare la tensione accumulata in una giornata meravigliosamente piena di stimoli.

La lingua di questo dialogo dopo la nascita può essere molto ricca e articolata da parte dell'adulto: oltre alle parole ne fanno parte le carezze, il tocco, gli sguardi ed i sorrisi e piano-piano anche le risposte si moduleranno passando dal semplice tranquillizzarsi al sorridere a sua volta. Dunque è importante sapere che un bambino, non bombardato di stimoli eccessivi, sa stare al dialogo.



Per tutta la vita fetale il bambino è stato alimentato in modo continuo attraverso il **cordone ombelicale**. Inoltre, si riempiva letteralmente lo stomaco ogni volta che voleva deglutendo liquido amniotico. Non conosceva né fame né sete né sensazione di stomaco vuoto. Con la nascita il neonato fa la sua prima esperienza fondamentale: sente fame e disagio, poi arriva la mamma ed il malessere e il disagio cessano; impara pian piano ad adattarsi a questi nuovi ritmi e intervalli e ad aver fiducia nella risposta materna ai suoi bisogni.

Una volta raggiunta tale fiducia, potrà permettersi di aspettare, con la certezza che entro un certo tempo la risposta arriverà (con la fiducia imparerà anche a comprendere il valore del tempo, così ovvio per gli adulti).

Alla nascita il neonato non ha elementi per distinguere il giorno dalla notte e subisce un brusco inserimento in un ambiente in cui c'è l'alternanza di luce e di buio; imparerà a riconoscere il giorno dalla notte e soprattutto che quasi tutti di notte dormono e di giorno no. Il neonato si adatterà gradualmente a questi nuovi ritmi in poche settimane, se i genitori glielo insegneranno con comportamenti diversificati di giorno e di notte. Per esempio le poppate notturne sarà meglio farle con luce soffusa senza troppi preamboli e senza troppi rumori aggiunti. Al contrario di giorno la poppata potrà essere accompagnata o preceduta dal cambio del pannolino, da un massaggio, dalle chiacchiere con la mamma, ecc.

Durante il periodo neonatale il piccolo dorme per la maggior parte del tempo. Esistono due tipi di sonno che si alternano ogni trenta minuti circa: il sonno tranquillo ed il sonno attivo. Durante il **sonno tranquillo** il viso del bambino è rilassato: gli occhi sono chiusi e le palpebre immobili. Non vi sono movimenti del corpo ad eccezione di qualche piccolo sussulto o di lievi movimenti della bocca. Durante il **sonno attivo** gli occhi sono generalmente chiusi ma a volte possono aprirsi e chiudersi ripetutamente. Possono esserci movimenti di braccia e gambe e di tutto il corpo; il respiro è irregolare e il viso può avere espressioni diverse: smorfie, sorrisini, viso corrucciato. Nel passare dal sonno attivo a quello tranquillo (circa ogni 20-30 minuti) il bambino arriva molto vicino al risveglio e può iniziare a piagnucolare o a muoversi. È bene rispettare questi delicati passaggi tra una fase di sonno e la successiva senza intervenire subito in modo da non interferire nel normale ritmo di sonno del bambino.

Il neonato alterna ai periodi di sonno **periodi di veglia**. Esiste uno stato di veglia tranquilla durante il quale il bambino si muove poco e i suoi occhi sono spalancati: è il momento in cui studia l'ambiente che lo circonda, fissa lo sguardo su oggetti e persone, cerca di acquisire quante più informazioni possibili. È molto importante rispettare questi suoi momenti di esplorazione permettendogli di stare sveglio senza che qualcuno lo prenda subito in braccio; è questo invece il momento di parlargli, leggergli una storia, cantargli una filastrocca, fargli ascoltare musica.

Il bambino appare molto diverso durante lo stato di veglia attiva durante la quale è spesso in movimento, si guarda intorno ed emette piccoli suoni, in genere prima dei pasti.

L'**apprendimento** fin dalle primissime età della vita **avviene in gran parte per imitazione** di quello che si vede e si sente fare intorno a noi. Recenti scoperte hanno messo in luce come alcune strutture del cervello (chiamati neuroni specchio) riflettano all'interno del nostro cervello quello che vediamo fare dagli altri e come tali informazioni si fissino nella memoria.

È sorprendente vedere con quanta attenzione un neonato di 20-30 giorni comincerà a seguire affascinato la voce, i tratti del viso e i movimenti di colui che gli parla con dolcezza alla distanza di 20-30 cm per poi rispondere cercando di imitare.



GLOSSARIO DEI TERMINI TECNICI

aborto spontaneo	Interruzione spontanea della gravidanza prima che l'embrione o il feto siano in grado di vivere fuori dall'utero.
AFI	Amniotic Fluid Index è la valutazione ecografia della quantità di liquido amniotico. La sua riduzione potrebbe significare una riduzione dell'attività della placenta.
amniocentesi	Prelievo di liquido amniotico per mezzo di un sottile ago introdotto attraverso l'addome materno, sotto controllo ecografico, eseguito principalmente per alcune diagnosi prenatali tra 16-18 settimane di gravidanza.
analgesia peridurale	Farmaci introdotti nella colonna vertebrale (spazio peridurale) per ottenere la riduzione del dolore durante il parto.
anatomia	Descrizione degli organi del corpo.
anestesia generale	Farmaci introdotti per vena che aboliscono la sensibilità al dolore provocando uno stato di incoscienza.
anestesia peridurale	Farmaci introdotti nella colonna vertebrale (spazio peridurale) per abolire la sensibilità al dolore durante il parto.
anticorpi	Difese che l'organismo produce per neutralizzare batteri, virus, ecc.
assistenza addizionale	Insieme degli esami, degli appuntamenti, delle eventuali consulenze di altri specialisti che possono essere prescritti alla donna in caso di gravidanza con complicazioni.
ASL	Azienda Sanitaria Locale, è la struttura organizzativa pubblica che fornisce servizi sanitari in un dato territorio ai cittadini che vi risiedono.
BCF	Sigla abbreviativa di Battito Cardiaco Fetale.
Bilancio di Salute (BdS)	Il professionista sanitario e la persona assistita fanno il punto sullo stato di salute esaminando la documentazione clinica, valutando l'anamnesi e gli stili di vita e suggerendo raccomandazioni personalizzate in tema di prevenzione.
Bilancio di Salute in gravidanza	Valutazione, fatta dall'ostetrica/ginecologo con la donna, dello stato di salute della mamma e del feto per identificare gli eventuali elementi di rischio per la gravidanza.
BN (Biological Nurturing)	Avvio dell'allattamento al seno nel rispetto dei riflessi innati di mamma e neonato secondo le osservazioni della ostetrica Suzanne Colson
buona pratica clinica	Consuetudine assistenziale basata sull'esperienza clinica dei professionisti.
cardiotocografia (sigla abbreviativa CTG)	Metodica strumentale utilizzata per registrare e valutare l'attività cardiaca fetale e le contrazioni uterine.
cellule staminali	Cellule immature capaci di generare cellule mature di diverso tipo.
competenze	Capacità di combinare, in modo autonomo e in un contesto particolare, le conoscenze e le abilità che si possiedono.
cordone ombelicale	Cordone che contiene i vasi sanguigni che collegano il feto alla placenta.
curve di crescita	Rappresentazione su grafico dell'andamento della crescita degli individui di una popolazione.
crisi di astinenza	Sofferenza fisica e psichica che insorge al momento della sospensione di una sostanza che ha creato dipendenza.
data o epoca presunta del parto = EPP	Viene calcolata aggiungendo 40 settimane alla data dell'ultima mestruazione. È una data convenzionale presunta, non una certezza.
EBM	È la sigla abbreviata di Medicina Basata sulle Evidenze cioè sulla revisione delle pratiche sanitarie condotta su studi scientifici di buona qualità.
embrione	Nel periodo di gravidanza l'individuo in via di sviluppo viene definito embrione fino a 10 settimane, feto da 10 settimane alla nascita, neonato dal momento della nascita.
esame invasivo	Esame che prevede l'entrata di uno strumento all'interno del corpo (es. amniocentesi)
evidenze scientifiche	Risultati di analisi statistiche approfondite sugli effetti positivi, negativi o indifferenti delle pratiche sanitarie.
feto	Nel periodo di gravidanza l'individuo in via di sviluppo viene definito embrione fino a 10 settimane, feto da 10 settimane alla nascita, neonato dal momento della nascita.
fisiologia	Studio dell'andamento naturale di una funzione vitale.
genitorialità	È il modo di essere genitore che deriva dalla propria storia e dalle influenze culturali e sociali della società in cui si vive e dall'insieme delle emozioni, competenze, aspettative, fantasie, ecc. che la coppia ha sul proprio figlio.
HIV = Human Immunodeficiency Virus	L'HIV è il virus che causa l'AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) malattia infettiva che attacca e compromette gravemente le difese dell'organismo con rischio per la vita.
ITG interruzione terapeutica gravidanza	Aborto effettuato a causa di condizioni di patologia della donna o del feto.



<i>ittero neonatale</i>	Colorazione gialla della pelle del neonato legata alla presenza eccessiva di bilirubina nel suo sangue.
<i>IVG interruzione volontaria gravidanza</i>	Aborto deciso volontariamente dalla donna: per la Legge italiana (L.194/1978) si può effettuare entro 90 giorni dall'ultima mestruazione.
<i>liquido amniotico</i>	Liquido nel quale è immerso il feto per tutta la gravidanza.
<i>LM esclusivo</i>	Si intende allattamento al seno senza aggiunta di nessun altro alimento.
<i>malattie ereditarie</i>	Malattie che si trasmettono all'interno della famiglia da una generazione all'altra legate al DNA.
<i>metabolismo</i>	Processo di scambio di energia e sostanze tra le cellule e l'ambiente intorno ad esse.
<i>monitoraggio</i>	Controllo periodico o continuo di alcuni parametri considerati importanti per il BdS.
<i>morfologia</i>	Studio della forma degli organi che costituiscono il corpo.
<i>ormoni</i>	Sostanze prodotte dalle ghiandole endocrine che, attraverso il sangue, raggiungono gli organi su cui agiscono stimolandone la funzione.
<i>ossitocina</i>	Ormone prodotto dall'ipotalamo (struttura del cervello) che fa contrarre l'utero e fa fuoriuscire il latte dalla mammella. Ne esiste anche una forma sintetica usata per l'induzione del parto o per l'incremento delle contrazioni uterine.
<i>padre biologico</i>	L'aggettivo biologico indica l'apporto genetico che si trasmette da padre a figlio.
<i>pap-test</i>	Test per l'individuazione precoce di malattie del collo dell'utero fatto prelevando con un tamponcino, attraverso la vagina, secrezioni vaginali ricche di cellule superficiali del collo e della vagina che vengono successivamente esaminate a scopo preventivo o diagnostico.
<i>parametri</i>	Misure/termini di riferimento (es. pressione materna, frequenza cardiaca fetale).
<i>parità - PARA</i>	Numero che riassume gli esiti delle gravidanze di una donna: la prima cifra indica il numero totale delle gravidanze a termine, la seconda il numero di parti pretermine, la terza il numero di aborti spontanei, la quarta il numero di figli attualmente vivi.
<i>parto operativo</i>	Parto che richiede un intervento esterno per far nascere il bambino: applicazione di forcipe, di ventosa, taglio cesareo.
<i>pelle-pelle</i>	Contatto a pelle nuda tra mamma e neonato.
<i>perineo</i>	Area compresa tra la vagina e il retto.
<i>piano assistenziale</i>	Programma di controlli clinici, di esami, mirato ad una singola donna.
<i>placenta</i>	Organo che si sviluppa in gravidanza all'interno dell'utero per facilitare il passaggio del nutrimento al feto attraverso gli scambi con la mamma.
<i>prenatale</i>	Periodo prima della nascita.
<i>profilassi</i>	Azioni sanitarie specifiche attuate per prevenire una determinata malattia (es. vaccinazioni).
<i>profilassi anti D</i>	Iniezione di anticorpi per neutralizzare il fattore Rh positivo (D) che può causare reazioni di incompatibilità quando viene a contatto con individui Rh negativo.
<i>Punto Nascita</i>	Indica l'insieme di: reparto di ostetricia, sala parto, nido che concorrono all'assistenza alla nascita in un ospedale.
<i>rooming in</i>	Significa "in camera con" e prevede che il neonato stia sempre in camera con la sua mamma in ospedale fin dalla nascita, con l'unica eccezione dei momenti dei controlli clinici al neonato.
<i>scelta informata</i>	Scelta tra diverse possibilità di assistenza, a seconda delle proprie necessità, basandosi su informazioni chiare, accurate e complete.
<i>screening</i>	Esame fatto in assenza di sintomi su tutti gli individui di una popolazione per identificare i soggetti maggiormente a rischio di una certa malattia.
<i>screening prenatale</i>	Esame per individuare i feti a rischio di avere una malattia.
<i>settimane di gravidanza</i>	Settimane di gravidanza calcolate a partire dalla data dell'ultima mestruazione.
<i>sindrome di Down</i>	Detta anche "trisomia 21" è la più comune alterazione cromosomica ed è la più comune causa di ritardo mentale di cui si conosca la causa.
<i>sinfisi pubica</i>	Parte anteriore centrale delle ossa del bacino. È un'articolazione che unisce le porzioni pubiche dell'osso dell'anca alla parte inferiore del bacino.
<i>sostanze stupefacenti</i>	Sostanze capaci di determinare artificiali stati di benessere che creano dipendenza fisica e psicologica.
<i>Streptococco gruppo B</i>	Germe che può trovarsi in vagina e nell'intestino e che può infettare il neonato durante il passaggio per il parto.
<i>trasmissione genetica</i>	Passaggio da genitore a figlio dei caratteri ereditari contenuti nel DNA.
<i>u.m.</i>	È la sigla abbreviata di "ultima mestruazione" prima dell'inizio della gravidanza: corrisponde alla data da cui parte il calcolo delle settimane di gravidanza.
<i>u.s.</i>	È la sigla abbreviata per "ultrasuoni" usata per le ecografie.
<i>villi coriali</i>	Piccole ramificazioni della placenta che permettono gli scambi tra sangue materno e fetale.
<i>villocentesi</i>	Prelievo di materiale a livello dei villi coriali per eseguire gli esami di diagnostica prenatale.

SITI CONSIGLIATI

www.regione.piemonte.it
Area salute materno-infantile
www.salute.gov.it
Linee guida nazionali Istituto Superiore Sanità – ministero della Salute (aggiornamento anno 2011) <i>Consultare la sezione "Salute delle Donne" e le sottosezioni "Percorso nascita", "Linee guida gravidanza fisiologica", "Linee guida per il taglio cesareo", "Allattamento al seno"</i>
www.saperidoc.it
Centro di documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva - SaPeRidoc
www.pensiamociprima.net
<i>Consigli utili per chi desidera avere un bambino</i>
www.nice.org.uk
Istituto nazionale inglese per la salute e l'eccellenza clinica NHS National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) <i>Consultare la sezione "Antenatal Care: routine care for the healthy pregnant woman" e la sottosezione "Informazioni per le donne e i famigliari". (www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG062PublicInfo.pdf)</i>
www.has-sante.fr
Ministero della Salute francese <i>Consultare la sezione "Grand public" e inserire la parola "grossesse" nel campo di ricerca in alto.</i>
www.genitoripiu.it
Progetto nazionale promosso dal ministero della Salute
www.csbonlus.org
Centro per la Salute del Bambino <i>Consultare la sezione "Fin da piccoli"</i>
www.acp.it
Associazione culturale pediatri <i>Consultare la sezione "Area Genitori"</i>

Prendetevi cura di voi: il vostro benessere sarà anche il suo!

• SE DESIDERATE UNA GRAVIDANZA,
PENSATECI PRIMA

• IF YOU WANT TO GET PREGNANT,
PLAN AHEAD



- 如果你想怀孕，预先考虑一下
- यदि आप गर्भावस्था चाहते हैं, तो इसके बारे में पहले सोचें।
- إذا أردت الإنجاب فكروا قبل ذلك...

• NON BEVETE BEVANDE ALCOLICHE
IN GRAVIDANZA E IN ALLATTAMENTO

• DO NOT DRINK ALCOHOL DURING
PREGNANCY AND BREASTFEEDING



- 怀孕或哺乳期间不要喝酒成分的饮料
- गर्भावस्था और स्तनपान के दौरान शराब पीना मत।
- الإمتناع عن المشروبات الكحولية أثناء الحمل و الرضاعة

• NON FUMATE IN GRAVIDANZA
E DAVANTI AL BAMBINO

• DO NOT SMOKE DURING PREGNANCY
AND AROUND YOUR BABY



- 怀孕期间和宝宝面前不要吸烟
- गर्भावस्था के दौरान और बच्चे के सामने धूम्रपान न करें।
- الإمتناع عن التدخين أثناء الحمل و أمام الطفل

• PROTEGGETE IL VOSTRO BAMBINO PRIMA
E DOPO LA NASCITA, DENTRO E FUORI CASA

• PROTECT YOUR BABY BEFORE AND AFTER BIRTH,
AT HOME AND OUTSIDE



- 保护你的宝宝在出生前出生后，在进和出家门
- जन्म के पहले और बाद में, घर में और घर से बाहर अपने बच्चे को सुरक्षित रखें।
- احموا طفلكم قبل و بعد الولادة ... داخل و خارج البيت

• ALLATTATE IL VOSTRO BAMBINO

• BREASTFEED YOUR BABY



- 母乳你的宝贝
- अपने बच्चे को स्तनपान करवाएं।
- ارضعوا اطفالكم

• METTETELO A DORMIRE A PANCIA IN SU

• PLACE YOUR BABY TO SLEEP ON HIS BACK



- 让他睡姿肚子朝天
- सोते समय शिशु के पेट को हमेशा ऊपर की तरफ होना चाहिए।
- ضعوه بنام على ظهره

• PROTEGGETELO CON LE VACCINAZIONI

• PROTECT YOUR BABY WITH VACCINATIONS



- 保护他使用预防针措施
- टीकाकरण के साथ अपने बच्चे को सुरक्षित रखें।
- احموه بالتلقيح

• LEGGETE UN LIBRO INSIEME AL VOSTRO BAMBINO

• READ A BOOK WITH YOUR BABY



- 和你的孩子一起阅读本书
- अपने बच्चे के साथ मिलकर पुस्तक पढ़िए।
- اقرأوا كتابا مع طفلكم





VISION 0

Regole per il trasporto dei bambini in auto

Campagna di sensibilizzazione sulla Sicurezza Stradale



Quale seggiolino scegliere?

...In base al peso del bambino

Regolamento ECE R44



Gruppo 0
fino a 10 kg
(12 mesi circa)

Trasversalmente sul sedile posteriore



Gruppo 0+
fino a 13 kg
(24 mesi circa)

Contrario al senso di marcia sul sedile posteriore



Gruppo 1
da 9 kg a 18 kg
(da 9 mesi a 4 anni circa)

Orientati nel senso di marcia sul sedile posteriore



Gruppo 2
da 15 kg a 25 kg
(da 3 anni a 6 anni circa)

Orientati nel senso di marcia sul sedile anteriore/posteriore



Gruppo 3
da 22 kg a 36 kg
(da 5 anni a 12 anni circa)

Orientati nel senso di marcia sul sedile anteriore/posteriore



Se scegli il seggiolino in base all'altezza ricorda che:

- ▼ ECE R129 è il Regolamento in vigore dal 2013 che affianca il Regolamento ECE R 44/04;
- ▼ I seggiolini sono classificati in base all'altezza e con limiti di peso (vedi etichetta di omologazione);
- ▼ fino a 15 mesi di età è obbligatoria l'installazione in senso contrario alla marcia;
- ▼ oltre alle prove di impatto frontale e posteriore è prevista la prova di impatto laterale.



Una leggerezza ti costa una multa, ma un incidente può costare la vita di tuo figlio

Poche semplici regole per la sicurezza del tuo bambino

1.

Usa sempre il seggiolino. Non tenerlo mai in braccio, anche per brevissimi tragitti.

Nel 2016 il 75% degli incidenti stradali si è verificato in ambito urbano, facendo registrare il 45% delle vittime, rispetto ad altri contesti. I piccoli spostamenti e le ridotte velocità sono solo apparentemente i più innocui: nel caso di impatto a 56 Km/h un bambino del peso di 15 kg produce una forza d'urto pari a 225 kg. Impossibile trattenerlo con le braccia!

2.

Acquista il dispositivo più adeguato ed accertati che sia omologato.

Controlla l'omologazione riportata nell'etichetta del seggiolino, dove sono indicati la normativa di riferimento (UNECE44 o UNECE129), il numero di omologazione ed il peso o l'altezza entro cui ne è consentito l'utilizzo (vedi schema a destra). I seggiolini con sistema di fissaggio ISOFIX, che sfrutta tre punti di ancoraggio direttamente sul telaio dell'auto, possono essere utilizzati solo su vetture predisposte.

Controlla sul seggiolino l'etichetta di omologazione europea

ECE R 44/04	← Normativa di riferimento →	i-Size
Universal	← Compatibilità con le auto →	Universal ISOFIX
xx Kg	← Classificazione →	xx cm xx cm / ≤ xx Kg
E3	← Marchio di omologazione europea (3=Italia) →	E3
04xxxxxx	← Numero di omologazione →	E3-129R xxxxxxx
xxxxxxx	← Numero progressivo di produzione →	xxxxxxx

3. Usa i dispositivi più adatti alle loro dimensioni, anche nei primi mesi di vita.

Il riduttore, che si applica ai seggiolini omologati per l'utilizzo nei primi mesi di vita dei bambini, si adatta alle dimensioni dei più piccoli e consente una posizione anatomica corretta, soprattutto della testa.

4. Monta il seggiolino nella posizione corretta.

Nel manuale di istruzioni del seggiolino è indicata la modalità corretta di collocarlo (sedile anteriore o posteriore, in senso di marcia o contrario) in relazione al peso o all'età del bambino. È possibile collocarlo sul sedile anteriore solo se l'auto consente di disinserire l'airbag lato passeggero.

5. Sopporta i suoi strilli, ma allacciagli sempre le cinture.

Anche se a volte possono infastidirlo, assicura sempre il bambino al seggiolino con le cinture di sicurezza in dotazione di ogni sistema di ritenuta.

6. Sì al peluche! No al lecca-lecca!

Meglio allietare il suo viaggio con l'orsacchiotto preferito; lecca-lecca o altri oggetti rigidi possono ferirlo in caso di brusca frenata.



DONA IL TUO LATTE

Cosa può fare una mamma per contribuire a salvare la vita di un neonato

Che cos'è una Banca del Latte Umano Donato?

È una struttura creata con lo scopo di selezionare, raccogliere, trattare, conservare e distribuire il latte umano, generosamente fornito da mamme donatrici, da utilizzare per specifiche necessità mediche.

Qual è l'utilizzo del latte umano in banca?

Il latte umano in banca viene somministrato ai neonati pretermine ricoverati nei reparti di Terapia Intensiva Neonatale nei casi in cui non sia disponibile il latte materno. Per questi bambini molto fragili, questo alimento può essere considerato alla stregua di un farmaco salvavita.

Altre situazioni in cui è stato proposto l'utilizzo del latte umano di banca sono la rialimentazione dopo interventi di chirurgia gastro-intestinale, l'insufficienza renale cronica, alcune malattie metaboliche e, recentemente, viene proposta anche per i neonati a rischio allergico nei primi giorni dopo il parto in attesa della montata latte materna.



Quali sono i vantaggi del latte umano di banca?

Numerosi studi hanno dimostrato i vantaggi, a breve e a lungo termine, dell'utilizzo del latte umano donato nell'alimentazione di questi bambini, soprattutto per quanto riguarda una migliore tolleranza dell'alimento, la riduzione del rischio di infezioni e di enterocolite necrotizzante (malattia che può essere molto grave per questi neonati).

Fra i vantaggi a distanza è stata osservata una riduzione di alcune malattie, quali l'ipertensione arteriosa e il diabete. Inoltre il latte umano è un alimento specie-specifico ed ha un elevato potere antinfettivo.

Chi può diventare donatrice?

Una mamma che allatta, che gode di buona salute e che ha dato il consenso per l'utilizzo del proprio latte per le necessità della Banca.



Quali sono le condizioni che controindicano la donazione?

Tabagismo, uso di sostanze stupefacenti, di alcool in quantità rilevanti. Sono escluse anche mamme che nei 6 mesi precedenti la donazione hanno ricevuto trasfusioni di sangue, di derivati o trapianto d'organo e coloro che hanno una sierologia positiva per epatite B, epatite C e HIV.

L'assunzione di farmaci dovrebbe essere comunicata al medico responsabile della Banca del Latte poichè potrebbe escludere la possibilità alla donazione.

Il latte della Banca è un alimento sicuro?

La quantità infettivologica e nutrizionale del latte di Banca è garantita sia da un' accurata selezione delle mamme donatrici, sia dal fatto che tutte le fasi operative della Banca sono conformi ai principi dell'HACCP - *Hazard Analysis Critical Control Point* (sistema di gestione del controllo dei rischi in campo igienico-sanitario), nonchè alle linee di indirizzo del Ministero della Salute.



Perchè il latte della banca è un bene prezioso?

Perchè è il frutto di un gesto gratuito e spontaneo da parte di mamme che donano il proprio latte per migliorare la salute di tanti altri neonati e bambini.

Come avviene la raccolta del Latte donato?



La banca del latte fornisce alle donatrici tutto il materiale e le informazioni necessarie per l'estrazione e la conservazione del latte a casa.

È previsto un servizio di raccolta a domicilio del latte donato, che per la città di Torino viene effettuato dal servizio di **Human Milk Link** a cura dell'ostetrica **Antonella Schiavello**.

Tel. 380 5836289 Numero Verde 800 978 864

Lunedì / Venerdì

8.30-13.00/14.00-17.30

A chi rivolgersi per ulteriori informazioni sulla donazione del latte?

Direzione Sanitaria Presidio Regina Margherita

Sig.ra Elisabetta Punziano

Coordinatrice della Banca del Latte Umano Donato

Ospedale Infantile Regina Margherita - P.zza Polonia, 94 -Torino

Tel. 011.3131989 / 011.3135070

Prof. Enrico Bertino o Dott.ssa Paola Tonetto

SC Neonatologia Università

Ospedale S. Anna - Via Ventimiglia, 3 - Torino

Tel. 011.3134437 / 011.3135775

e-mail: bancalatte@cittadellasalute.to.it



La Città della Salute e della Scienza di Torino coordina il Sistema regionale delle Banche del Latte Umano che comprende oltre all'Ospedale S. Anna di Torino, l'Ospedale S. Croce di Moncalieri e l'Ospedale S. Andrea di Vercelli.

Le Banche hanno come obiettivo di dare supporto primariamente ai fabbisogni delle Terapie Intensive Neonatali e successivamente a quelli degli altri Punti Nascita.



OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA

OSPEDALE S. ANNA DI TORINO

Corso Spezia, 60 - 10126 Torino

MATERNITÀ E DIRITTI

Conoscere i propri diritti è fondamentale per affrontare la gravidanza e successivamente la maternità con serenità e per poter accedere alle forme di tutela previste dalla legge.

In questa sezione si possono trovare le informazioni sui siti o uffici di riferimento per quanto riguarda i diritti che tutelano la madre e il padre nel loro essere genitori e nella loro necessità di conciliare la vita familiare con quella lavorativa.

Esistono leggi* nazionali e regionali che tutelano la maternità e garantiscono il diritto del bambino ad una adeguata assistenza; tutte derivano dal riconoscimento che il neonato, soprattutto nei primi mesi, ha bisogno di un rapporto "speciale" con l'adulto che si prende cura di lui. La mente del bambino cresce grazie a questo rapporto. Questi diritti sono garantiti da una società che ne riconosca e condivida il valore e che presti la massima attenzione all'ambiente in cui cresceranno i nuovi bambini.

* Le leggi cui si fa riferimento nel testo dell'Agenda si rifanno alla normativa in vigore alla data di edizione.



Contenuti della sezione:

- Il Percorso Nascita e la collettività (pag. 140)
- I primi documenti del bambino (pag. 141)
- Provvedimenti regionali a favore della famiglia (pag. 143)
- Opportunità per la conciliazione vita-lavoro (pag. 145)
- Recapiti delle Aziende Sanitarie Regionali (pag. 147)



IL PERCORSO NASCITA E LA COLLETTIVITÀ

Al termine del percorso assistenziale, nella speranza che tutto si sia svolto nel modo più soddisfacente per mamma e bambino, si vogliono condividere alcune considerazioni sul valore sociale di una assistenza adeguata lungo tutto il Percorso Nascita e lungo il Percorso Crescita del bambino.

Il percorso è interamente gratuito, ma questo non significa che non abbia un costo. Per ogni gravidanza/parto avvenuto in ospedale si genera un costo (comprensivo di valore degli esami, dei corsi di accompagnamento alla nascita, della degenza ospedaliera, dell'assistenza in puerperio) finanziato dal Servizio Sanitario Regionale, ma in ultima analisi esso è sostenuto da tutta la collettività attraverso le tasse che ogni cittadino paga allo Stato/Regione.

*La consapevolezza dell'importanza del **contributo di ognuno alla salute di tutti** e, nello specifico, alla salute della nuova generazione di cittadini rende da una parte orgogliosi del sistema in cui si vive e dall'altra maggiormente responsabili verso un uso appropriato delle risorse messe a disposizione. La salute non è solo un diritto della singola persona ma dell'intera collettività: la salute di ognuno è interesse di tutti.*

*Per l'intera collettività, e non solo per i genitori, le azioni di promozione della salute e di prevenzione per il singolo bambino **a partire proprio dai primi tre anni di vita** sono quelle che danno i migliori risultati in termini di salute e di benessere del bambino/a e del futuro adulto/a.*

*L'altro valore sociale a cui si vuol fare riferimento è quello della **salvaguardia dell'ambiente**, in particolare per le nuove e future generazioni:*

- *l'uso delle tecniche diagnostiche sofisticate, limitatamente alle indicazioni appropriate per ciascun esame, così come l'uso dei prodotti per la prima infanzia, senza cedere alle lusinghe delle pubblicità commerciali, permette un risparmio energetico oltre che un risparmio economico per la famiglia;*
- *l'allattamento al seno, oltre tutti i vantaggi per il singolo bambino, comporta un risparmio ecologico in termini di meno mucche sfruttate per la produzione di latte "artificiale", quindi meno allevamenti, meno pesticidi, meno diserbanti; minor spreco di imballaggi di carta, plastica, vetro; meno rifiuti solidi; minor consumo di energia per la produzione industriale del latte artificiale;*
- *l'uso di pannolini ecologici riduce la quantità di rifiuti da smaltire e riduce l'enorme quantità di acqua necessaria per la fabbricazione dei pannolini usa e getta;*
- *lo scambiare con altri genitori quei supporti necessari per il bambino, che si usano solo per tempi limitati (ad es. seggiolino per auto, passeggino, abitini, ecc), consente di ridurre il consumo di energia per la produzione e la distribuzione dei prodotti per la primissima infanzia.*

*La **salute del bambino**, nel senso più ampio del termine salute (fisica, psichica, relazionale, ambientale) dipenderà anche dal mondo in cui lo si farà crescere, per cui val la pena di:*

- *non sprecare acqua, energia, cibo*
- *proteggere l'ambiente intorno a noi, in casa e fuori*
- *promuovere una alimentazione sana che, a partire dallo svezzamento, proponga una ampia varietà di cibi **di stagione** che contribuiscano a stimolare lo sviluppo del gusto del bambino*
- *proteggere i bambini dalle malattie prevenibili con le vaccinazioni*
- *privilegiare la mobilità a piedi, in bicicletta, con i mezzi pubblici*
- *privilegiare i beni prodotti nel rispetto dei diritti umani*
- *sostenere il diritto all'educazione, alla salute e ad un ambiente vivibile per i bambini che ne sono esclusi*
- *promuovere la conoscenza tra bambini e ragazzi di diverse nazionalità*
- *educare a relazioni basate sulla comunicazione e la non violenza.*



I PRIMI DOCUMENTI DEL BAMBINO

- ATTESTAZIONE DI NASCITA
- DICHIARAZIONE DI NASCITA
- RICONOSCIMENTO
- ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO

ATTESTAZIONE DI NASCITA

L'Attestazione di nascita è il documento rilasciato dall'operatore che ha assistito al parto che attesta di aver assistito a quella nascita indicando il cognome e nome della madre, il sesso del neonato, l'ora e il luogo del parto. Il documento è trasmesso direttamente dal reparto alla Direzione Sanitaria dell'Ospedale. L'Attestazione di nascita è indispensabile per procedere alla Dichiarazione di nascita con cui il nuovo nato viene iscritto nel registro comunale dello stato civile.

DICHIARAZIONE DI NASCITA

La Dichiarazione di nascita deve essere fatta **obbligatoriamente entro 10 giorni dalla nascita**. Essa informa lo Stato italiano della presenza di un nuovo cittadino, identificato con nome, cognome, data e ora di nascita e Comune dove è nato, che da quel momento gode di tutti i diritti del cittadino italiano minorenni. Per facilitare le procedure la Dichiarazione di nascita può essere fatta presso uno dei seguenti uffici portando l'Attestazione di nascita:

- presso la Direzione Sanitaria dell'Ospedale in cui è avvenuto il parto, entro 3 giorni dalla nascita, in questo caso l'Attestazione di nascita viene trasmessa direttamente dal reparto alla Direzione Sanitaria dell'Ospedale
- oppure presso l'Anagrafe del Comune dove è avvenuta la nascita, entro 10 giorni dalla nascita, in questo caso sarà il genitore a portare l'Attestazione di nascita che gli verrà consegnata alla dimissione dall'Ospedale.

RICONOSCIMENTO

Il **riconoscimento** è la dichiarazione che uno o entrambi i genitori fanno davanti all'autorità civile per confermare che il nuovo nato è figlio loro. Con tale atto si stabilisce il legame giuridico di filiazione con cui i genitori assumono di fronte allo Stato i doveri specifici dei genitori rispetto ai figli. Il bambino può essere riconosciuto da entrambi i genitori, o dalla sola madre o dal solo padre.

La procedura di riconoscimento può avvenire:

- contemporaneamente alla dichiarazione di nascita (in genere è così per le coppie sposate)
- in corso di gravidanza (= pre-riconoscimento da effettuare durante la gravidanza presso il Comune di residenza)
- in tempi successivi per i genitori di meno di 16 anni o per situazioni di riconoscimento disgiunto da parte dei genitori.

La procedura varia a seconda delle seguenti situazioni:

1. **Coppia sposata:** è sufficiente la presenza di un genitore munito di un documento di identità di entrambi i genitori.
2. **Coppia di fatto:** è necessaria la presenza di entrambi i genitori muniti di un documento di identità. Nel caso sia stato fatto il pre-riconoscimento il bambino potrà essere denunciato da un solo genitore presentando i documenti del pre-riconoscimento
3. **Madre sola:** è necessaria la presenza della madre con documento di identità. Anche la madre sola può avvalersi del diritto di pre-riconoscimento.

Se il genitore che riconosce o entrambi i genitori hanno meno di 16 anni deve intervenire un tutore.

4. **Madre con età inferiore a 16 anni e padre che ha compiuto i 16 anni di età:** se il padre intende riconoscere il bambino, il neonato può essere riconosciuto inizialmente solo dal papà e successivamente anche dalla madre al compimento dei 16 anni.
5. **Madre e padre con età inferiore ai 16 anni:** sino al compimento del 16 anno di età il riconoscimento non può essere effettuato direttamente dai genitori. Occorre in questo caso richiedere l'assistenza del Servizio sociale per l'avvio delle procedure necessarie **all'affidamento temporaneo** del neonato così come definito dalla Legge.
6. Il Tribunale per i Minorenni, su richiesta della madre o decidendo per conto proprio ("d'ufficio" dice la Legge) può rinviare la procedura di adattabilità fino al compimento del sedicesimo anno della madre. La Legge prevede infatti che la procedura possa essere mantenuta in sospenso se la madre rimane vicina al bimbo e continua ad assisterlo (eventualmente con l'aiuto dei parenti ed in particolare dei genitori). Nel frattempo il bambino resterà affidato al genitore della madre o, se fosse necessario, a altri. Il cognome del bambino resta per questo periodo quello dato dallo Stato Civile. Quando la madre avrà compiuto 16 anni potrà riconoscerlo immediatamente o chiedere al Tribunale di tenere ancora sospesa la decisione (per non più di 2 mesi).



6. **Per le donne che intendono avvalersi del diritto di non riconoscere il neonato:** la Legge italiana permette alla donna di scegliere di riconoscere o no il proprio nato e di farlo liberamente garantendo alla donna la riservatezza sulla sua identità (nome, cognome e indirizzo saranno tenuti segreti) e le ragioni del non riconoscimento saranno conosciute solo dagli operatori e dai magistrati per i minorenni. Se la donna non lo riconosce nei 10 giorni dalla nascita e se non c'è riconoscimento nemmeno da parte del padre il Tribunale per i minorenni competente per il luogo di nascita aprirà una pratica di adottabilità del bambino cui darà un cognome inventato e in breve tempo, massimo due mesi, il bambino sarà affidato ad una coppia giudicata idonea all'adozione e sarà dichiarato adottabile. Dopo un anno di affidamento pre-adoztivo, se tutto è andato bene, verrà adottato da questa coppia, diventandone a tutti gli effetti figlio. La donna che non abbia ancora deciso se riconoscere o no, può chiedere al Tribunale per i Minorenni, per mezzo degli operatori che la seguono e senza mettere la sua firma né far sapere come si chiama, di poter avere ancora un po' di tempo per la decisione definitiva. Il Tribunale, se accoglie questa richiesta, può fissare un periodo non superiore a due mesi perché la donna possa decidere senza che il bambino venga, nel frattempo, dichiarato adottabile. È indispensabile però che in quel periodo la donna mantenga rapporti con il bambino: deve andarlo a trovare, senza alcuna autorizzazione aggiuntiva (nella sistemazione che è stata trovata per lui), gli deve stare vicino (la Legge dice "assistere"). Possono intervenire, se ci sono e se vogliono farlo, anche degli altri parenti del bambino, autorizzati dal Tribunale. Trascorso il periodo fissato il Tribunale deciderà se dichiarare adottabile il bambino (in questo caso la donna non potrà più avere alcun rapporto con lui).
7. Se, invece, il Tribunale giudica che nel periodo di sospensione della procedura la donna ha "assistito" il bambino e se ne è occupata bene, può affidare il bambino alla mamma o ad un altro parente o, temporaneamente ad un'altra famiglia senza però la possibilità che sia adottato.
8. **Madre/genitori stranieri extra comunitari regolarmente residenti:** possono riconoscere il neonato con le stesse procedure descritte nei punti precedenti dal 1 al 5. Una volta effettuato il riconoscimento è necessario recarsi alla propria Ambasciata per effettuare l'iscrizione del neonato presentando i seguenti documenti:
- Denuncia di nascita rilasciata dall'anagrafe • Passaporto • Permesso di soggiorno
9. **Madre/genitori stranieri extracomunitari non regolarmente residenti:** è possibile riconoscere il neonato con le stesse procedure descritte nei punti precedenti (dall'1 al 5) presentandosi all'ufficio con 2 testimoni e con il passaporto di entrambi i genitori, nel caso di coppia sposata o di coppia di fatto o della madre, nel caso di donna sola. Una volta effettuato il riconoscimento è necessario recarsi alla propria ambasciata per effettuare l'iscrizione del neonato presentando i seguenti documenti:
- Denuncia di nascita rilasciata dall'anagrafe • Passaporto
10. **Madre/genitori extracomunitari stranieri privi di documenti d'identità:** è consigliato già durante la gravidanza:
- rivolgersi ai centri ISI per il rilascio del documento STP che da diritto all'assistenza sanitaria presso tutti i servizi pubblici e/o convenzionati della Regione e che può essere utilizzato come documento per il riconoscimento del neonato presso la Direzione sanitaria dell'ospedale in cui è avvenuto il parto;
 - iniziare le pratiche burocratiche necessarie per completare il riconoscimento del bambino anche presso la propria ambasciata. Le donne prive di permesso di soggiorno hanno la possibilità di richiederlo per tutta la durata della gravidanza e per i 6 mesi successivi al parto. Per facilitare l'avvio delle pratiche burocratiche da fare presso la propria ambasciata è possibile rivolgersi all'operatore che segue la gravidanza perché si metta in contatto con i servizi sociali.

Per le situazioni del punto 8 e del punto 9, una volta completate le pratiche di regolarizzazione, è possibile fare il prericonoscimento, ossia riconoscere il bambino durante la gravidanza prima della nascita. Per il prericonoscimento è necessario rivolgersi al Comune dove la donna/coppia vive.

10. **Nel caso di donna con visto turistico** è necessario rivolgersi al centro ISI poiché alcuni tipi di visti non danno diritto all'assistenza sanitaria nei servizi pubblici/convenzionati della Regione.

›) **L'iscrizione del bambino al Sistema Sanitario Nazionale**

Per l'iscrizione al Servizio Sanitario è necessario avere il codice fiscale del bambino, che viene rilasciato dall'Agenzia delle Entrate. Con questo documento è necessario recarsi agli uffici della ASL (Ufficio Scelta e Revoca) ove, al momento dell'iscrizione del bambino al Servizio Sanitario, si sceglierà un pediatra tra quelli disponibili nella zona di residenza. Dove non ci sono pediatri disponibili il neonato può essere iscritto al medico di medicina generale. Con tale atto il bambino può accedere a tutti i servizi previsti dal Sistema Sanitario Regionale per i cittadini minorenni.



PROVVEDIMENTI REGIONALI A FAVORE DELLA FAMIGLIA

Oltre i diritti sanciti dal presente documento, la Regione Piemonte garantisce una serie di interventi di sostegno alla maternità e alla genitorialità (LR 1/04).

INTERVENTI A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE

Sono previsti diversi interventi a sostegno delle famiglie: in particolare sono presenti su tutta la regione i **Centri per le Famiglie**, istituiti dai servizi sociali in collaborazione con i servizi sanitari.

Le attività prevalenti dei Centri per le Famiglie sono:

- sportello informativo sui servizi e gli interventi in favore delle famiglie
- sostegno alla coppia e mediazione familiare
- consulenza psicologico - educativa per il sostegno alla genitorialità
- attivazione di gruppi di auto- mutuo- aiuto (ad esempio, per genitori con figli neonati)

Inoltre, i servizi sociali presenti sul territorio regionale, nell'ambito delle proprie competenze e delle risorse disponibili, attivano interventi di sostegno finalizzati a rimuovere condizioni di disagio individuale, familiare e sociale.

Per ottenere informazioni sulle attività e gli interventi descritti, è possibile rivolgersi ai servizi sociali della propria zona o direttamente ai Centri per le Famiglie.

INTERVENTI A SOSTEGNO DELLE DONNE IN DIFFICOLTÀ

Per le donne in difficoltà sono previste forme di sostegno che possono essere attivate nel corso della gravidanza ed anche successivamente già dalla dimissione dall'ospedale, dopo il parto.

Le principali forme di sostegno prevedono:

- visite domiciliari in collaborazione con il consultorio pediatrico
- sostegno educativo, anche presso il proprio domicilio
- sostegno economico
- inserimento agevolato in asilo nido o presso altri servizi socio-educativi per l'infanzia
- progetti per l'inserimento lavorativo della madre
- inserimento di madre e bambino in comunità mamma/bambino, in "gruppi appartamento" o in altre strutture adeguate alle esigenze specifiche

Per le madri straniere tutto il percorso, quando necessario, prevede l'aiuto del mediatore culturale.

Si segnala che le donne possono avvalersi del diritto di non riconoscere il proprio nato. La Regione Piemonte (LR n. 16 del 2006) prevede che le donne in gravidanza le quali hanno dei dubbi se riconoscere o meno il nascituro, e che intendono mantenere la segretezza del parto, possono rivolgersi ai Servizi sociali dei Comuni di Torino e Novara e dai Consorzi dei Servizi Sociali aventi sede a Cuneo ed Alessandria, per richiedere gli opportuni sostegni.

Gli interventi sono erogati su richiesta delle donne interessate e senza ulteriore formalità, indipendentemente dalla loro residenza anagrafica e cittadinanza.

DONNE EXTRACOMUNITARIE E STRANIERE: GESTANTI E MADRI

Le donne straniere, anche se non in regola con il permesso di soggiorno, hanno diritto a tutti i controlli gratuiti previsti dal profilo assistenziale, alla gravidanza e parto (analisi e visite, colloqui con l'ostetrica, corsi di accompagnamento alla nascita) presso le strutture pubbliche.

È però necessario rivolgersi a un **Centro ISI** (si trovano presso le ASL) e farsi assegnare il **codice STP** (straniero temporaneamente presente).

I bambini hanno diritto a: visite pediatriche, analisi di laboratorio e altri accertamenti gratuiti fino all'età di 6 anni, pagando il ticket dopo i 6 anni. Chi non è in regola può richiedere il permesso di soggiorno per motivi di salute, per il periodo della gravidanza e per i 6 mesi successivi alla nascita del figlio (anche se il coniuge non è convivente), presso la Questura, portando il certificato medico che attesti lo stato di gravidanza.

FORNITURA GRATUITA DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO*(DGR n. 13-8266 del 25/02/2008)*

La Regione Piemonte, nella direttiva regionale per la promozione dell'allattamento al seno¹, ha definito le situazioni in cui è prevista **la fornitura gratuita di sostituti del latte materno**.

Il latte artificiale è fornito gratuitamente alle mamme soggette alle **controindicazioni assolute all'allattamento al seno, continuative o temporanee, indicate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità:**

- Sieropositività al virus *HIV* e *AIDS* conclamato
- Sieropositività *HTLV* (virus responsabile di una rara forma di leucemia)
- *Psicosi post partum*
- *Cancro mammario*
- *Alcolismo e tossicodipendenza*
- *Herpes bilaterale al capezzolo*
- *Epatiti in fase acuta*
- *Assunzione permanente di farmaci e sostanze controindicate (vedi tabella sotto)*
- *situazioni particolari (agenesia mammaria e mastectomia bilaterale, morte materna)*
- *malattie metaboliche del neonato: galattosemia*

Farmaci:

- *Amiodarone*
- *Antidepressivi di vecchia generazione, della classe degli inibitori delle monoaminossidasi*
- *Bromocriptina e cabergolina*
- *Ciprofloxacina*
- *Citotossici*
- *Droghe (eroina, cocaina e amfetamine, compresi gli anoressizzanti)*
- *Ergotamina*
- *Indometacina*
- *Litio*
- *Sostanze radioattive impiegate per l'esecuzione delle scintigrafie*
- *Sulfamidici, tetracicline, cloramfenicolo*

Le condizioni materne che controindicano l'allattamento al seno devono essere certificate:

- *dal Pediatra del Punto Nascita (sieropositività, psicosi, farmaci, tossicodipendenza, alcolismo)*
- *dal Medico di Medicina Generale (per le condizioni verificatesi dopo la dimissione dal Punto Nascita)*

La certificazione dovrà essere presentata al medico di medicina protesica dell'ASL di appartenenza della donna che ne sancisce l'autorizzazione e relativa assunzione di spesa da parte dell'ASL.

¹ Progetto regionale "Verso una Regione amica di mamma e bambino".



OPPORTUNITÀ PER LA CONCILIAZIONE VITA-LAVORO

Le informazioni relative alle opportunità di cui il neo genitore può usufruire dopo la nascita del figlio e fino al dodicesimo anno di vita, sono utili per poter valutare con serenità le varie modalità di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro lungo il percorso crescita del proprio bambino.

Le informazioni aggiornate sono reperibili:

sul sito www.inps.it mettendo "Maternità/Paternità" nell'apposito menu "Temi", si trovano le schede informative (così come gli eventuali moduli relativi) sulle diverse prestazioni erogabili ai neo genitori (es. congedo di maternità, bonus bebè, assegno di maternità, contributo baby sitting, ecc) sugli appositi opuscoli redatti dalla Consigliera regionale di parità

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

Dalla prima pagina del sito è possibile:

- **Avere il numero telefonico 803164 che fornisce informazioni in otto lingue (il servizio è gratuito);**
- **Inserendo la parola "maternità" nello spazio per la ricerca, compariranno le prestazioni INPS per la maternità/paternità (indennità di maternità, assegno di maternità, indennità di paternità, ecc.);**
- **Dalla sezione MODULI (sull'intestazione sempre della prima pagina) inserendo ancora la parola "maternità" si accede ai moduli che possono essere scaricati e compilati (domanda di congedo per maternità delle lavoratrici dipendenti, autocertificazione relativa ai periodi di maternità e malattia, domanda di assegno di maternità dello Stato - per gli aventi diritto -, ecc.) e inviati telematicamente quando previsto.**
- **Per la RICHIESTA DI ASTENSIONE OBBLIGATORIA DAL LAVORO riconosciuta alle lavoratrici dipendenti durante la gravidanza e il puerperio è NECESSARIO l'invio del CERTIFICATO MEDICO DI GRAVIDANZA TELEMATICO nei tempi previsti dalla legge (Decreto 26 agosto 2016). I certificati di gravidanza e di interruzione della gravidanza prima del termine possono essere trasmessi telematicamente SOLO da un medico del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato che sia in possesso del codice di accesso: POSSONO PERTANTO TRASMETTERE I SUDDETTI CERTIFICATI PER VIA TELEMATICA TUTTI I MEDICI GINECOLOGI DIPENDENTI DAL SSN, I MEDICI CONVENZIONATI E I MEDICI DI MEDICINA GENERALE CHE ABBIANO RICHiesto IL PIN.**

sul sito www.regione.piemonte.it selezionando l'area tematica "Diritti e politiche sociali" nell'apposito menu "Temi" si possono trovare informazioni relative a:

- *congedo di maternità*
- *congedo di paternità*
- *congedo parentale*
- *riposi giornalieri*
- *congedi e permessi per la malattia dei figli*
- *diritto al mantenimento del posto di lavoro*
- *divieto di licenziamento*
- *dimissioni*
- *divieto di lavoro notturno*
- *possibilità di richiedere in anticipo la liquidazione*
- *conciliazione dei tempi famiglia/lavoro*
- *telelavoro*
- *lavoro agile o smartworking*
- *assegno di maternità*
- *bonus*

•) Consigliera di Parità

È opportuno sapere che in caso di difficoltà nel lavoro, in relazione alla maternità ed alla paternità, alla mancata concessione di flessibilità d'orario o di congedi ed in generale a tutte le problematiche connesse ad una discriminazione, ci si può rivolgere alla **Consigliera di Parità**.

CHI È LA CONSIGLIERA DI PARITÀ

- È una figura istituzionale nominata dal Ministero del Lavoro che **tutela la posizione lavorativa delle donne**, incidendo sulle situazioni che sono di ostacolo alla realizzazione della piena parità uomo- donna sul lavoro.
- La Consigliera di Parità svolge un ruolo fondamentale per la promozione **dell'occupazione femminile**, attraverso la prevenzione e la lotta contro le discriminazioni nell'accesso al lavoro e nei luoghi di lavoro. Svolge quindi un ruolo di tutela da un lato e di promozione attiva dall'altro.
- È presente a livello:
 - nazionale presso il Ministero del Lavoro
 - regionale presso ciascuna Regione
 - provinciale presso ciascuna Provincia

QUANDO RIVOLGERSI ALLA CONSIGLIERA DI PARITÀ

- al momento dell'assunzione sono stati messi in atto meccanismi che, a parità di condizioni, hanno privilegiato l'ingresso della persona di un altro sesso al posto tuo;
- sei stata/o vittima di molestie anche a sfondo sessuale;
- hai riscontrato ostacoli nella conciliazione degli impegni lavoro/famiglia (orari che cambiano in modo repentino, ad esempio);
- ti è stato "consigliato" un test di gravidanza in fase/al momento dell'assunzione;
- al momento del ritorno dal congedo per maternità/paternità ti hanno trasferita/o, cambiato mansioni oppure sei stata/o licenziata/o;
- all'annuncio della tua gravidanza o al rientro ti è stato cambiato contratto;
- non ti sono stati concessi i congedi per malattia dei figli;
- non ti è stato concesso il part time che avevi chiesto causa carichi familiari;
- è stata fatta qualche pressione o azione per impedire la tua progressione di carriera o per chiederti le dimissioni.

A CHI RIVOLGERSI

• Alle Consigliere di Parità Regionali del Piemonte

c/o Regione Piemonte - Via Magenta, 12 - Torino

Tel. +39 011 4325031/5971

e-mail: segreteriaCP@regione.piemonte.it

Sito internet: <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/diritti-politiche-sociali/diritti/pari-opportunita>

• Alle Consigliere di Parità Provinciali

c/o Provincia di Alessandria - Via dei Guasco, 47

consigliera.parita@provincia.alessandria.it

tel. 0131/303148 - fax 0131/303721

c/o Provincia di Asti - Piazza Alfieri, 33

consigliera.parita@provincia.asti.it

tel. 0141/433592 - fax 0141/433342

consigliera.parita@provincia.biella.it

tel. 015/8480838 - fax 015/8480740

c/o Provincia di Cuneo - Via XX Settembre, 48

consiglieradiparita@provincia.cuneo.it

tel. 0171/445945 - fax 0171/445911

c/o Provincia di Novara - Via Greppi, 7

cons.parita@provincia.novara.it

tel. 0321/378802 - fax 0321/378802

c/o Città Metropolitana di Torino - Corso Inghilterra, 7

consigliera.parita@cittametropolitana.torino.it

tel. 011/8617340/6549

c/o Provincia del Verbano Cusio Ossola

Via dell'Industria, 25

consiglieradiparitavco@gmail.com

tel. 0323/495011 - fax 0323/4950237

c/o Provincia di Vercelli - Via San Cristoforo, 3

pari.opportunita@provincia.vercelli.it

tel. 0161/590315 - fax 0161/590315

• Alle Organizzazioni sindacali presenti direttamente nell'azienda o sul territorio provinciale



RECAPITI DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico è il servizio a disposizione del cittadino per avere informazioni sui servizi forniti dalle Aziende Sanitarie Regionali.

ASL	Uffici Relazioni con il Pubblico	Orari
CITTÀ DI TORINO	• Torino area Sud: Ospedale Martini - via Tofane, 71 tel. 011 70952409	da lunedì a venerdì 8,30-13,00 martedì e mercoledì 14,00-15,30
	• Torino area Sud: via San Secondo, 29 tel. 011 5662266	da lunedì a venerdì 8,30-12,00
	• Torino area Sud: Via Monginevro, 130 tel. 011 70954645	lunedì, martedì, mercoledì 9,30-12,30
	• Torino area Nord: Palazzo degli Aquiloni (Fronte Ospedale Amedeo di Savoia) C.so Svizzera,165 tel. 011 4395820	da lunedì a venerdì 9,00-13,00/14,00-16,00
	• Torino area Nord: Ospedale San Giovanni Bosco - Piazza del Donatore di Sangue, 3 tel. 011 2402415 011 2402484	da lunedì a venerdì 9,30-15,00
TO3	• URP Sede Centrale: Stra.le Fenestrelle,72 Pinerolo tel. 0121 235099 (numero unificato)	da lunedì a venerdì 9,00-12,00
TO4	• Chivasso - Direzione Sanitaria: Corso Galileo Ferraris, 3 tel. 011 9176504	da lunedì a venerdì 9,00-11,00
	• Ciriè - Lanzo - Ospedale di Ciriè: via Battitore, 7/9 tel. 011 9217234	da lunedì a venerdì 9,00-12,00/14,00- 15,00
	• Ivrea e Cuornè Direzione Sanitaria Ospedale di Cuornè: Piazza Mussatti,5 tel. 0124 654235	da lunedì a venerdì 9,00-12,00/14,00-15,00
	Punto di Ascolto Distretto di Chivasso - San Mauro Sede Di Chivasso: Via Po, 11 tel. 011 9176700-526-566 Sede di San Mauro: Via Speranza, 31 tel. 011 8212404 - 011 8212403	da lunedì a venerdì 9,00-12,00/14,00-15,00
	Punto di Ascolto Distretto di Ciriè - Lanzo Sede Ciriè: Via Mazzini,13 tel. 011 9217530-532	da lunedì a venerdì 9,00-12,00/14,00-15,00
	Distretto di Cuornè: Piazza Gino Viano detto "Bellandy",1 tel. 0124 654190-192-158	da lunedì a venerdì 9,00-12,00/14,00-15,00
	Distretto di Ivrea Poliambulatorio "Comunità": Via Natalia Ginzburg,7 tel. 0125 414407	da lunedì a venerdì 9,00-12,00/14,00-15,00
	Distretto di Settimo Torinese: Via Leini, 70 tel. 011 8212226	da lunedì a venerdì 9,00-12,00/14,00-15,00
TO5	• Carmagnola: Padiglione Boasso: via Ospedale, 13 tel. 011 9719331	da lunedì a venerdì 9,00-13,00/14,00-15,30
	• Chieri: Via Vittorio Emanuele, 40 tel. 011 94293903	da lunedì a venerdì 9,00-13,00 mercoledì 9,00-13,00/14,30-16,00
	• Moncalieri: Distretto - via Vittime di Bologna, 20 tel. 011 6824341	da lunedì a venerdì 9,00-13,00/14,00-15,30
	• Nichelino: Distretto - via Debouchè, 8 tel. 011 6802071	da lunedì a venerdì 9,00-13,00/14,00-15,30
	Componendo il numero 848 870960 (numero ripartito) è possibile avere dalla voce di un operatore le informazioni sui servizi erogati dall'Azienda	da lunedì a giovedì 9,00-12,30/14,00-16,00 venerdì 9,00-12,30
AL	• Alessandria: via Venezia, 6 Numero Verde 800 200330 tel. 0131 306711	da lunedì a venerdì 9,00-13,30
	• Acqui Terme: Ospedale Mons. Giovanni Galliano - via Fatebenefratelli, 1 Numero Verde 800 234960 tel. 0144 77238	da lunedì a venerdì 9,00-13,30
	• Casale Monferrato: Ospedale Santo Spirito - viale Giolitti, 2 tel. 0142 434372	da lunedì a venerdì 9,00-13,30
	• Novi Ligure: Ospedale San Giacomo - via Edilio Raggio, 12 Numero Verde 800 234960 tel. 0143 332379	da lunedì a venerdì 9,00-13,30
	• Ovada: Numero Verde 800234960	
	• Tortona: Ospedale SS.Antonio e Margherita Via XX Settembre tel. 0131 865493 - Numero Verde 800200330	da lunedì a venerdì 9,00-13,30

ASL	Uffici Relazioni con il Pubblico	Orari
AT	• Asti: Ospedale Cardinal Massaia - Corso Dante, 202 tel. 0141 486553 - 486552	lunedì - martedì - giovedì venerdì 8,30-15,00 mercoledì 8,00- 16,00
BI	• Ponderano: Ospedale di Biella - Via dei Ponderanesi,2 tel. 015 15153968	da lunedì a venerdì 9,00-12,30/14,30-15,30
CN1	• Cuneo: Via Carlo Boggio, 12 tel. 0171 450221	da lunedì a venerdì 8,30-12,30
	• Savigliano: Via Ospedali, 14 tel. 0172 719570	da lunedì a venerdì 8,30-12,30
	• Mondovì: Via S. Rocchetto, 90 tel. 0174 677011	da lunedì a venerdì 8,30-12,30
	• Ceva - c/o URP Mondovì: Via San Rocchetto, 99 tel. 0174 677011	da lunedì a venerdì 8,30-12,30
CN2	• Alba: Via Pierino Belli, 26 tel. 0173 316498	da lunedì a venerdì 9,00-12,00/14,00-16,00
	• Bra: Via Vittorio Emanuele, 3 tel. 0172 420211	da lunedì a venerdì 9,00-12,00/14,00- 16,00
NO	• Novara: Viale Roma, 7 tel. 0321 374530	da lunedì a venerdì 9,00-13,00
VC	• Vercelli: Ospedale S. Andrea Corso Abbiate, 21 tel. 0161 593282	da lunedì a venerdì 9,00-13,00 martedì e giovedì 13,30-16,30
	• Borgosesia: Via Ilorini Mo, 20 tel. 0163 426410-393	da lunedì a venerdì 9,00-13,00 martedì e giovedì 13,30-16,30
VCO	• Omegna: Palazzo Beltrami - Via Mazzini 117 Numero verde 800 307114	da lunedì a venerdì 8,30-12,30/14,00-15,30

ASO e AOU	Uffici Relazioni con il Pubblico	Orari
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo	• Alessandria: Via Venezia, 16 tel. 0131 206648 - 206542 - 206828	da lunedì a venerdì 9,00-16,00
S. Croce e Carle	• Cuneo: Via Michele Coppino, 26 tel. 0171 641048	da lunedì a venerdì 8,00-12,45/13,30-16,00
Maggiore della Carità	• Novara: Corso Mazzini, 18 tel. 0321 3733900	da lunedì, giovedì, venerdì 8,30-14,00 martedì, mercoledì 8,30-17,15
San Luigi	• Orbassano: Regione Gonzole, 10 Numero Verde 800 274163 tel. 011 9026679	da lunedì a venerdì 8,30-12,00/13,00-15,30
Cto Maria Adelaide	• Torino: Via Zuretti, 29 tel. 011 6933522	da lunedì a venerdì 8,30-12,30
O.I.R.M. Sant'Anna	• Torino: Corso Spezia, 60 tel. 011 3134355	da lunedì, a giovedì 8,30-12,30/13,30 15,30 venerdì 8,30-12,30
Ordine Mauriziano Ospedale Umberto I	• Torino: Largo Turati, 62 tel. 011 5082361 - 011 5085150	da lunedì a venerdì 8,30-13,30/14,00-15,30
San Giovanni Battista Molinette	• Torino: Corso Bramante, 88 tel. 011 6335444	da lunedì a venerdì 7,00-16,00

Per informazioni contattare il:



Numero Verde gratuito della Regione Piemonte

www.regione.piemonte.it/sanita

Progetto a cura di:

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità - Regione Piemonte

Elaborato da:

*Gruppo di lavoro regionale "Percorso Nascita",
tavolo tecnico "Agenda di Gravidanza"*

Coordinamento editoriale a cura di:

Dott.ssa Paola Ghiotti, Elena Fois

*Iniziativa di comunicazione istituzionale della Regione Piemonte
Copyright © 2009 Regione Piemonte*

Edizione originale realizzata
impiegando carta certificata
ECOLABEL e FSC che minimizza
l'uso di sostanze chimiche nella sua
fabbricazione.



ELEMENTAL
CHLORINE
FREE
GUARANTEED



Coordinamento revisione editoriale Dicembre 2018 a cura di:

Dott.ssa Paola Ghiotti, Dott.ssa Maria Rosa Giolito, Dott.ssa Claudia Deagatone, Dott.ssa Giulia Mortara

Si ringraziano per la gentile collaborazione offerta:

CSI Piemonte

Consigliere di Parità Regionali

Operatori del Coordinamento dei Consulteri