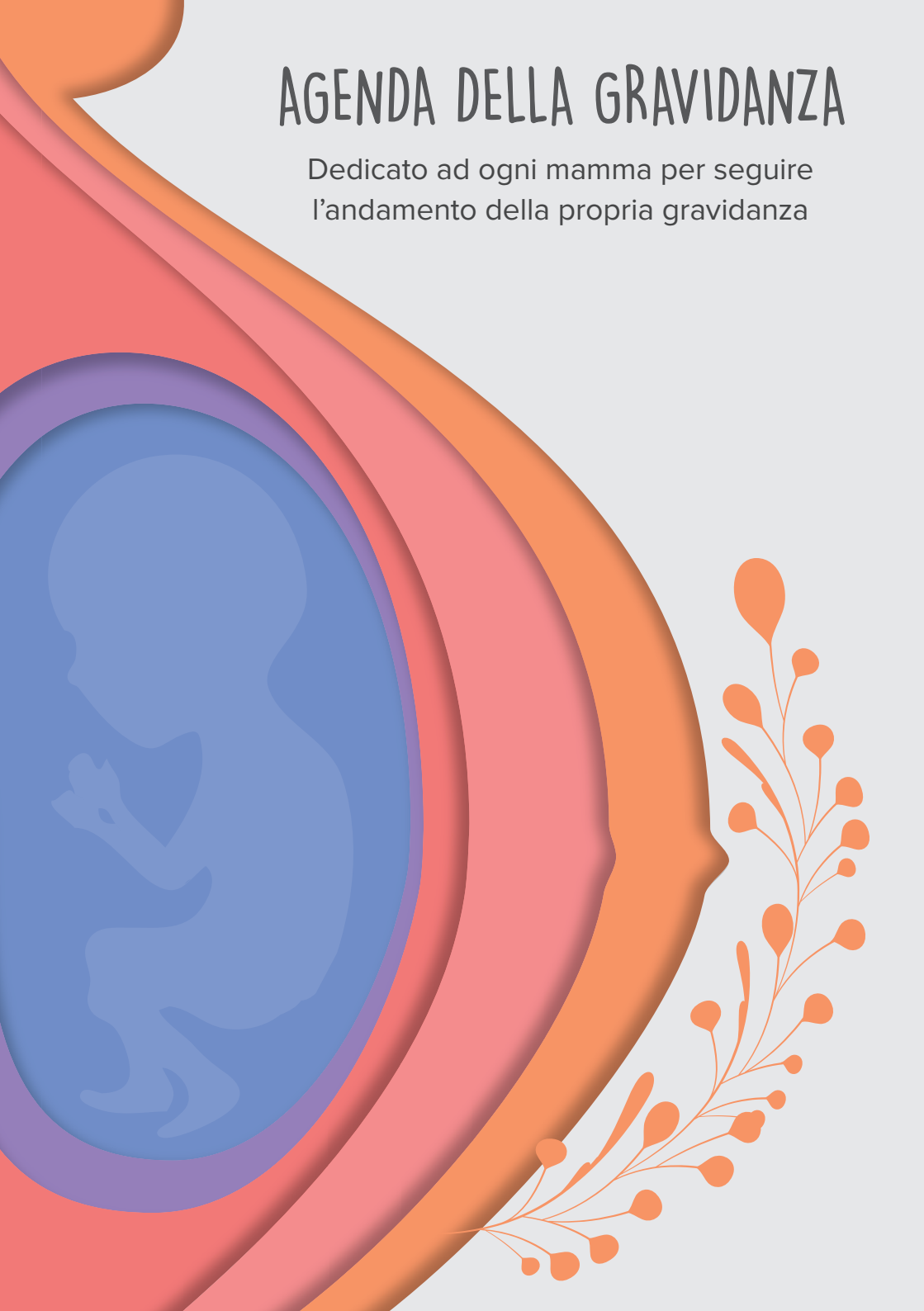


AGENDA DELLA GRAVIDANZA

Dedicato ad ogni mamma per seguire
l'andamento della propria gravidanza



Per ricordare le emozioni di un periodo così magico

Potrai consultare i consigli dei nostri ginecologi e comprendere tutti i passaggi trimestre dopo trimestre.

In questo periodo delicato, un buon rapporto tra la mamma e i servizi socio-sanitari è fondamentale per promuovere la salute del bambino e per fornire loro una migliore assistenza.



**REGIONE
PUGLIA**

**L'Agenda è stata realizzata dal Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR) del
Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti"**

Illustrazioni e progetto grafico di

Stampato da

2019

COSÌ È L'AGENDA DELLA GRAVIDANZA?

È un **mezzo informativo** che accompagna la donna, durante tutto il periodo della gravidanza, sostenendola nella gestione di uno dei momenti più belli ed importanti della vita.

Il Percorso Nascita che la Regione Puglia propone con l'Agenda della gravidanza, non limita l'evento nascita al parto, ma ne considera i bisogni, le implicazioni psicologiche, sociali e relazionali dal concepimento fino alla delicata fase del rientro a casa.

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

Mediante l'Agenda le mamme ricevono informazioni sulle:

- diverse alternative assistenziali, in particolare negli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN);
- direttive scientifiche ispirate alle linee guida per l'assistenza alla gravidanza fisiologica emanate dall'Istituto Superiore di Sanità.

L'agenda è divisa in tre sezioni:

il **“Diario della gravidanza”**, di colore verde, pensato come una guida che, trimestre dopo trimestre, illustra l'assistenza che ti viene proposta;

la **“Scheda della gravidanza”** o bilancio di salute, di colore rosa, in cui l'operatore che segue la gravidanza ne descrive il decorso;

le **“Schede informative”**, di colore arancione, dedicate ognuna ad un tema specifico (stili di vita, sostegno durante il travaglio, allattamento al seno, tutele normative, etc..) per individuare facilmente le risposte ai dubbi ed alle perplessità più comuni in gravidanza e nei primi giorni dopo la nascita.

La lettura del Diario della gravidanza e delle Schede informative sarà integrata dalle spiegazioni riceverai dialogando con i professionisti (ostetrica, ginecologo, medico di medicina generale, pediatra, psicologo).

L'Agenda della Gravidanza ti viene consegnata dall'operatore sanitario durante la prima visita a tutte le donne gravide residenti nella **Regione Puglia** all'interno di:

- Consultori Familiari (anche durante Incontri di Accompagnamento alla Nascita);
- Ambulatori pubblici ubicati nei Distretti e nelle U.O. di Ginecologia e Ostetricia della Regione, compresi i medici del reparto che svolgono attività in ALPI o in extramoenia;

Come si usa l'Agenda della Gravidanza

Potrai conservare la tua Agenda personale durante tutto il percorso di gravidanza e fino al momento della nascita. Ogni operatore sanitario (pubblico o privato) avrà cura di compilare e tenere aggiornata l'agenda con i dati clinici, le indicazioni terapeutiche, i documenti raccolti durante la gravidanza (referti di consulenze specialistiche, ricoveri ospedalieri, passaggi in Pronto Soccorso, esami di laboratorio) i percorsi scelti dalla donna.



La signora _____

Consegnata da _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio distrettuale | <input type="checkbox"/> Ambulatorio ospedaliero |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio privato | <input type="checkbox"/> Consultorio Familiare |
| <input type="checkbox"/> Consultorio Familiare-Incontro Accompagnamento alla Nascita IAN | |

Data di consegna ____ / ____ / ____

INDICE

Il Diario della Gravidanza	6
Primo trimestre	7
Secondo trimestre	8
Terzo trimestre	9
Vaccinazioni della madre	10
Vaccinazioni del bambino	10
Attestato di gravidanza	11
Incontri di accompagnamento alla nascita	12
Calendario degli incontri di accompagnamento alla nascita	13
Informazioni utili per il percorso nascita	14
Bilancio di salute	15
Scheda della gravidanza	15
Criteri per l'attribuzione del profilo assistenziale appropriato	18
Diario degli esami di laboratorio	20
<i>Screening prenatale</i>	22
<i>Informazioni per il consenso all'esecuzione del test HIV</i>	27 29
<i>Modulo di invio dal servizio territoriale al Punto Nascita</i>	31 33
<i>Scheda accettazione</i>	34 36
<i>Foglio dimissione ospedaliera</i>	37 39
<i>Adesione al programma di assistenza territoriale in puerperio</i>	40 42
Assistenza in puerperio	43
Registro visite	44
Schede informative	45
Esami di laboratorio	45
Ecografie	46
Gravidanza a termine	47
Fisiologia del travaglio e del parto	48
Allattamento	51
Benessere psichico	52
Donazione del cordone ombelicale	52
Alimentazione e igiene	53
Altre informazioni utili	55

IL DIARIO DELLA GRAVIDANZA

Potrai scegliere se intraprendere il percorso di cura tramite il Consultorio (dove è presente una Ostetrica e un Ginecologo) oppure tramite un Ginecologo presso un Ambulatorio pubblico o privato. L'ostetrica, il Medico di Medicina Generale (MMG), i consultori e le altre strutture territoriali costituiscono la **rete di assistenza integrata** alla donna in gravidanza.

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

La gravidanza con queste caratteristiche viene definita "**gravidanza fisiologica senza fattori di rischio** (a basso rischio)" (circa 85% delle donne).

Alle donne con gravidanza fisiologica (a basso rischio) è offerto il modello assistenziale basato sulla **presa in carico da parte dell'ostetrica**.

Per le gravidanze con problemi di salute della madre e/o del feto 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**". Il rischio può essere medio, medio-alto o alto.

Il Bilancio di Salute, contenuto nella tua Agenda, è un importante strumento di comunicazione della relazione di cura e cambia a seconda dello stato della gravidanza. In entrambi i casi (gravidanza fisiologica o a rischio), l'operatore sanitario **raccoglie l'anamnesi**, si affida alle evidenze scientifiche, valuta gli elementi clinici, indica alla donna il percorso che la condurrà alla nascita del suo bambino all'interno del **Bilancio di salute**.

Gli incontri e il benessere psichico

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

Durante il primo colloquio:

- presenterai all'operatore gli eventuali esami già effettuati (gruppo sanguigno, referti con eventuali patologie, la documentazione relativa a precedenti visite ginecologiche, esiti di pap-test;
- l'operatore sanitario raccoglierà le informazioni sulla tua salute, del tuo partner e delle rispettive famiglie, informazioni utili per fare diagnosi di gravidanza a basso rischio o a rischio;
- si valuterà la presenza di eventuali rischi per la gravidanza o per il bambino e la necessità di assistenza addizionale.

Dopo aver valutato lo stato di salute:

- la donna con gravidanza a basso rischio (fisiologica) continuerà il percorso con l'operatore prescelto e da cui verrà presa in carico;
- la donna con gravidanza a rischio (medio, medio-alto ed alto rischio) continuerà il suo percorso presso l'ambulatorio ospedaliero di gravidanza a rischio (GAR).

N.B. In caso di patologie croniche, malattie in corso, assunzione regolare di farmaci o nel caso si vogliano eseguire esami di screening e/o diagnosi prenatali, si rende ancora più necessario essere tempestivi nel fissare la prima visita. Se non hai mai effettuato la determinazione del Gruppo sanguigno, verrà programmata al primo controllo.

Durante le visite successive vengono valutati i dati che permettono di verificare il buon andamento della gravidanza attraverso indagini cliniche.

Potrebbero essere necessarie:

- l'**esplorazione vaginale** in presenza di contrazioni o altri disturbi vaginali;
- il **controllo ecografico** quando l'operatore sanitario sospetta delle anomalie.

La valutazione clinica terrà conto delle sensazioni, percezioni e preoccupazioni della donna, inclusi i movimenti del feto, che inizierai a percepire a partire da 16-20 settimane di gravidanza. Durante gli incontri vengono valutati i risultati degli esami di laboratorio già effettuati e ne vengono prescritti di nuovi secondo le necessità cliniche.

PRIMO TRIMESTRE

(entro 14 settimane e comunque al primo controllo)

Il primo appuntamento con l'ostetrica dovrebbe avvenire entro la 6°-7° settimana per avere il tempo di pianificare nel modo migliore l'assistenza alla gravidanza.

In questo incontro saranno offerte informazioni su:

- assistenza e il sostegno alla donna in gravidanza, sui benefici di legge per maternità e paternità, sugli incontri di accompagnamento alla nascita, sugli stili di vita e su come gestire i sintomi più comuni;
- saranno misurati il peso e la pressione arteriosa;
- sulle diverse possibilità di diagnosi prenatale delle sindromi cromosomiche.

Sono proposti:

- esame delle urine per verificare la funzionalità renale;
- urinocoltura per rilevare una eventuale infezione delle vie urinarie;



- esame del sangue per determinare il gruppo sanguigno e il fattore Rh (se non già eseguito);
- esami per eventuale presenza di anemia o di altre malattie fra cui quelle infettive (toxoplasmosi, rosolia, sifilide, HIV);
- esame urine;
- Pap Test, se non è stato effettuato da almeno tre anni;
- esecuzione della 1^a ecografia da effettuare la 11^a e la 13^a settimana e programmazione dell'ecografia da effettuare nel secondo trimestre per rilevare eventuali anomalie del feto.

*n.b. esiste anche la possibilità di una ulteriore ecografia nelle prime settimane di gravidanza da erogare su indicazione.



SECONDO TRIMESTRE

(da 14 Settimane a 26 settimane)

Negli appuntamenti con l'operatore sanitario saranno commentati i risultati degli esami eseguiti e pianifica l'assistenza offerta durante il trimestre.

Durante gli incontri l'operatore sanitario verificherà:

- il piano di assistenza ed eventualmente propone le modifiche necessarie;
- se il livello di emoglobina è inferiore a 10,5 g/100 ml (eventualmente indica una terapia) e la pressione arteriosa;
- la distanza fondo uterino-sinfisi pubica per la verifica dell'accrescimento fetale dalla 24esima settimana;
- l'esame del sangue per rosolia (fino alla 17 sett.) e quello della toxoplasmosi fino al termine (se non si è immuni);
- la necessità di esaminare la curva da carico di glucosio, se si appartiene a un gruppo a rischio per il diabete;
- la necessità dell'ecografia morfologica per la diagnosi di eventuali anomalie del feto, da eseguire fra la 19esima e 21 settimana. Informare la partoriente sugli incontri di accompagnamento alla nascita (IAN").

Nel corso del secondo trimestre è inoltre necessario discutere ed eventualmente **programmare le vaccinazioni contro DTPa** (difterite, tetano, pertosse) e influenza che devono essere ripetute ad ogni gravidanza. *Vedi La sezione Vaccini (pag 10)*

TERZO TRIMESTRE

(dalla 26 Settimana)

Durante questo periodo verranno commentati i risultati degli esami eseguiti e discusse, insieme, le forme di assistenza prescelte per gli ultimi mesi di gravidanza e per il parto.

Durante gli incontri l'operatore sanitario verificherà:

- il piano di assistenza proponendo le eventuali modifiche;
- se il livello di emoglobina è inferiore a 10,5 g/100 ml, indicando eventualmente una terapia;
- il livello della pressione arteriosa;
- la distanza fondo uterino-sinfi pubica per la verifica dell'accrescimento fetale;
- la toxoplasmosi (se non immuni) e altre malattie infettive (epatite B e C, sifilide, HIV);
- il tampone per streptococco;
- la profilassi anti-D alle donne con fattore Rh negativo;
- l'esame delle urine.

Durante questi incontri sarai informata:

- sugli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN) organizzati nei Consultori presenti sul territorio;
- sulle tecniche per aumentare la possibilità che un feto in presentazione podalica si giri (versione cefalica), come la moxibustione o le manovre esterne (a partire dalla 32-33esima settimana).

Dalla 34 esima settimana con l'operatore potrai:

- discutere del parto, del travaglio e delle opportunità a disposizione per affrontare il dolore;
- pianificare i contatti con l'ospedale prescelto per partorire;
- ricevere informazioni necessarie sull'assistenza dalla 40esima settimana e sull'assistenza post-parto (esami necessari dopo la nascita, sull'allattamento al seno e sulla cura del neonato).

Verso la **37^a settimana** il tuo "Bilancio di salute materno-fetale" potrà essere programmato presso il Punto Nascita individuato per il parto.

I medici prescelti, predisporranno la cartella clinica ospedaliera che verrà utilizzata durante il ricovero per la nascita.

Inoltre riceverai informazioni sul programma di monitoraggio del benessere fetale a partire dalla 41esima settimana, qualora il parto non fosse ancora avvenuto.

N.B. L'ecografia del 3° trimestre è da eseguire solo su indicazione del medico



VACCINAZIONI PER LA MADRE

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

Infatti, la pertosse contratta dal neonato nei primi mesi di vita può essere molto grave o mortale e la fonte di infezioni è frequentemente la madre.

Il periodo raccomandato per effettuare la vaccinazione è il terzo trimestre di gravidanza, idealmente intorno alla 28° settimana, al fine di consentire alla gestante la produzione di anticorpi sufficienti e il conseguente passaggio transplacentare. Il vaccino dTpa si è dimostrato sicuro sia per la donna in gravidanza sia per il feto. La vaccinazione anti-influenzale è raccomandata e offerta gratuitamente alle donne che all'inizio della stagione epidemica dell'influenza si trovino nel secondo o terzo trimestre di gravidanza.

VACCINAZIONI PER IL NEONATO

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

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

Nel **Calendario Vaccinale per la Vita** della Regione Puglia sono riportate le vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fascia d'età. Salvo alcune rare eccezioni, il primo appuntamento vaccinale è previsto al terzo mese, tra il 61° e il 90° giorno di vita del neonato.

Di solito, i neo-genitori ricevono una comunicazione dalla ASL di appartenenza con le indicazioni sulle modalità e sul servizio vaccinale cui rivolgersi. Il pediatra curante del piccolo è il riferimento più idoneo con cui confrontarsi per avere delucidazioni e chiarimenti. Ulteriori informazioni sono disponibili sul Portale della Salute della Regione Puglia, nella sezione Prevenzione/Vaccinazioni.

ATTESTATO DI GRAVIDANZA

La signora _____

nata a _____ il _____

residente a _____

in via _____

è attualmente in stato 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 dell'Operatore Sanitario attestante

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

Sul portale è possibile reperire:

- il numero verde del servizio informativo (**803164**);
- i moduli utili 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, etc.).

INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA (IAN)

Il Consultorio Familiare organizza gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita.

Gli incontri di accompagnamento alla nascita rappresentano una preziosa opportunità per potenziare la prevenzione primaria in molteplici direzioni:

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

Mediante gli IAN è possibile:

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

Negli Incontri di Accompagnamento alla Nascita sarai guidata verso una maggiore consapevolezza del tuo corpo attraverso la sperimentazione di movimenti, posizioni, modi di respirare (tecniche di gestione dello stress, tecniche del contenimento del dolore del parto).

CALENDARIO DEGLI INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

Prenotare entro la _____ settimana di gravidanza.

Inizio incontri _____ luogo _____

Numero telefonico di riferimento _____

data	si parla di	conduttore dle gruppo

Note _____

INFORMAZIONI UTILI PER IL PERCORSO NASCITA

I Servizi aziendali coinvolti nel percorso di nascita

- Consultorio Ambulatorio territoriale
 Ambulatorio ospedaliero Ambulatorio privato

Indirizzo _____

_____ Telefono _____

Fax _____ Email _____

Giorni/Orari apertura

- Lunedì** dalle _____ alle _____ **Giovedì** dalle _____ alle _____
 Martedì dalle _____ alle _____ **Venerdì** dalle _____ alle _____
 Mercoledì dalle _____ alle _____ **Sabato** dalle _____ alle _____

Medico Ginecologo _____

Ostetrica _____

Assistente Sociale _____

Psicologo _____

Altro Operatore _____

Punto Nascita

Unità Operativa _____

Indirizzo _____

_____ Telefono _____

Fax _____ Email _____

Operatore di collegamento _____

Medico di base

Nome _____

Cognome _____

Telefono _____

Giorni/Orari apertura

- Lunedì** dalle _____ alle _____ **Giovedì** dalle _____ alle _____
 Martedì dalle _____ alle _____ **Venerdì** dalle _____ alle _____
 Mercoledì dalle _____ alle _____ **Sabato** dalle _____ alle _____

Al primo incontro è utile chiedere indicazioni precise su cosa fare in caso di bisogno, dove e a chi rivolgersi in caso di emergenza.

BILANCIO DI SALUTE

SCHEDA DELLA GRAVIDANZA

Nome e Cognome _____

Indirizzo _____

_____ Telefono _____

Data di nascita _____ Nata a _____

Anni _____ Stato civile _____

Cittadinanza _____

Professione _____

Titolo di studio _____

Codice Fiscale _____

Se straniera:

Anno di ingresso in Italia _____

Necessita di mediazione sì no

Conoscenza dei diritti in gravidanza sì no

Coniuge – partner

Nome e Cognome _____

Gruppo sanguigno _____ Fattore RH _____

età _____

Professione _____

Titolo di studio _____

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

Situazione abitativa

Coabita con:

Partner sì no

Altri adulti sì no

Minori sì no

In carico ai servizi sociali sì no

Note _____

Anamnesi familiare

Malattie generiche sì no

Ipertensione sì no

Diabete sì no

Trombofilia sì no

Tireopatie - Endocrinopatie sì no

Altro _____

Anamnesi Personale

Peso _____ Altezza _____ BMI _____

Alimentazione _____

Patologie di rilievo _____

Interventi chirurgici _____

Malattie genetiche _____

Emoglobinopatie _____

Allergie _____

Terapie in corso _____

N. sigarette/die (prima della gravidanza) _____

N. sigarette/die (durante la gravidanza) _____

Alcool sì no

Sostanze stupefacenti sì

no

Anamnesi Ostetrico-Ginecologica

Ultima mestruazione _____ Data presunta del parto _____

Ridatazione ecografica _____ Data presunta del parto ecografica _____

Cicli regolari sì no Ultimo PAP TEST _____

Patologie ginecologiche _____

Chirurgia collo dell'utero _____

Chirurgia utero-annessi _____

Parità

Anno	Parto eutocico	Parto distocico	T.C.	Aborti	IVG	Peso	Figli viventi	Parto in analgesia	Allattamento

Note _____

CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DEL PROFILO ASSISTENZIALE APPROPRIATO

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

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

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

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

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

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

Altri fattori di rischio della gravidanza attuale	32	Diabete gestazionale
	33	Preeclampsia/eclampsia/HELLP
	34	Precedente EPP/Trasfusioni/rischio rifiuto trasfusionale
	35	Colestasi gravidica/Atrofia giallo acuta del fegat**
	36	Taglia cesareo pregresso
	37	Pregressa chirurgia addomino pelvica
	38	Metrorragie (1-2-3 Trimestre)
	39	Placenta previa*
	40	Rischio placentazione (previa con pregresso TC/ accreta/percreta/increta)***
	41	Altra patologia
Rischio fetale	42	Rischio fetale individuato dai test di screening
	43	Morte fetale o perinatale/aborto tardivo/parto pretermine (>23 e <34 w)**
	44	Pregresso nato con basso peso alla nascita (lbw) e ricoverato in TIN*
	45	Diagnosi prenatale invasiva/cerchiaggio*
	46	Rilievi ecografici anomali (strutturali fetali/anomalie genetiche)**
	47	Gravidanze gemellari monocoriali mono-bi-amniotiche**
	48	Anemia emoglobinopatie (1* e 3* TRIM. HB < 11,0/ 2 * Trim. HB <10, 5)
	49	Difetto di crescita accertato o sospetto /Macrosomia fetale
	50	Presentazione anomala alla 32esima settimana
	51	Oligo-Polidramnios-Anidramnios

nome e cognome paziente _____

nome e cognome medic* _____

nome e cognome ostetric* _____

Rischio: basso medio medio/alto alto

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

Livello assistenziale assegnato: ambulatorio generale di gravidanza/consultorio GAR I Livello Gar II livello Punto nascita I Livello Punto nascita II livello Altro _____

Firma del Medic* _____

Firma dell'ostetric* _____

DIARIO DEGLI ESAMI DI LABORATORIO

ex DM 10/9/98

Esami eseguiti	In previsione	a inizio gravidenza	Settimane di gravidanza		
			≤ 13	14-18	19-23
Gruppo ABO					
Fattore Rh					
Coombs indiretto					
HIV					
Rubeo test					
Toxotest					
GOT/GPT					
VDRL/TPHA					
HBs Ag					
Emocromo					
Screening reg. Emoglobinopatie					
Ferritinemia					
Glicemia					
OGTT (se pregresso diabete gestazionale 16-18 W e succ. 28W, se presenti fattori di rischio tra 24 e 27 W)				Diabete Gest.le. Preg.so	
HCV					
Esame urine					
Urinocoltura					
Citologico vaginale (se > 3 anni)					
Tampone vaginale e rettale per ricerca streptococco Beta emolitico(34-36 sett.)					
Esami del padre eseguiti prima o ad inizio di Gruppo sanguigno ABO RH HIV TPHA/VDRL Screening reg. Emoglobinopatie					

settimane in cui si raccomanda l'esecuzione dell'esame

settimane in cui si raccomanda l'esecuzione nelle condizioni esplicitate nelle note

In questa tabella è utile per indicare le date in cui vengono eseguiti gli esami di laboratorio previsti dal Servizio Sanitario Nazionale.

Segnalare l'esame eseguito in corrispondenza della casella.

Settimane di gravidanza				Segnalazioni e note
24-27	28-32	33-37	38-41	
				In donne "RH -" ripetere ogni mese
		Se rischio anamnesi		
				Se negativo ripetere ogni mese fino a 17w
				Se negativo ripetere ogni mese
				Se MCH < 27 Elettroforesi Emoglobina

* il test di Coombs va eseguito a tutte le gravide ad inizio di gravidanza e ripetuto a 28° W. In donne Rh negative va ripetuto ogni mese. Le LG consigliano l'immunoprofilassi anti D alla 28aW alle donne RH- negative.

SCREENING PRENATALE

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

I test disponibili sono:

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

TEST SCREENING PRENATALE

Eseguiti presso _____

Test Combinato

Data _____

Esito _____

Valutazione: _____

Firma _____

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

DIAGNOSTICA PRENATALE INVASIVA

Eseguiti presso _____

Amniocentesi

Data _____

Esito _____

Villocentesi

Data _____

Esito _____

Valutazione: _____

Firma _____

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

CONSENSO INFORMATO SCREENING PRENATALE

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

Manifestazione di volontà della donna sullo screening per anomalie cromosomiche

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

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

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

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

Firma del sanitario _____

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

non sottopormi al test di screening Firma _____

sottopormi al test di screening Firma _____

Data _____

INDAGINI DIAGNOSTICHE PRENATALE

Test COMBINATO Sì No

Villi coriali Sì No

Amniocentesi Sì No

CONSENSO INFORMATO SCREENING PRENATALE / copia per la struttura

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

Manifestazione di volontà della donna sullo screening per anomalie cromosomiche

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

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

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

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

Firma del sanitario _____

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

non sottopormi al test di screening Firma _____

sottopormi al test di screening Firma _____

Data _____

INDAGINI DIAGNOSTICHE PRENATALE

Test COMBINATO Sì No

Villi coriali Sì No

Amniocentesi Sì No

INFORMAZIONI PER IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST HIV

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

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

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

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

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

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

I risultato del test HIV

Se il risultato del test HIV è:

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

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

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

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

Consenso all'esecuzione del test hiv

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/a _____ il _____ / _____ / _____

in proprio · nella qualità di _____

Dichiaro

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

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

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

Data _____ / _____ / _____

Firma leggibile

Firma dell'Operatore

Privacy e gratuità

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

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO / copia per la struttura

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

Consenso all'esecuzione del test hiv

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

in proprio · nella qualità di _____

Dichiaro

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

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

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

Data ____ / ____ / ____

Firma leggibile

Firma dell'Operatore

Privacy e gratuità

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

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

Data _____ / _____ / _____

Servizio di invio _____

Telefono _____

Medico ginecologo _____

Ostetrica _____

Cognome Nome _____

data nascita _____

età _____

U.M. _____ / _____ / _____

E.P.P. _____ / _____ / _____

E.P. ecografica _____ / _____ / _____

W _____

Priorità _____

Elementi di attenzione dall'anamnesi _____

Elementi di attenzione dall'evoluzione della gravidanza _____

MODULO DI INVIO DAL SERVIZIO TERRITORIALE AL PUNTO NASCITA

Data ____ / ____ / ____

Servizio di invio _____

Telefono _____

Medico ginecologo _____

Ostetrica _____

Cognome Nome _____

data nascita _____

età _____

U.M. ____ / ____ / ____

E.P.P. ____ / ____ / ____

E.P. ecografica ____ / ____ / ____

W _____

Priorità _____

Elementi di attenzione dall'anamnesi _____

Elementi di attenzione dall'evoluzione della gravidanza _____

SCHEDA ACCETTAZIONE

AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA

- A basso rischio ed a termine
 Ambulatorio per la gravidanza a rischio

Data _____ / _____ / _____

Cognome Nome _____

data nascita _____ età _____

U.M. _____ / _____ / _____

E.P.P. _____ / _____ / _____

U.M. _____ / _____ / _____

E.P. ecografica _____ / _____ / _____

W _____

Gruppo Sanguigno _____

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

Consultorio di _____ N° _____

Studio Privato _____ N° _____

Ambulatorio di _____ N° _____

Ambulatorio gravidanza a rischio _____ N° _____

Elementi di rischio per il travaglio/parto No Si

Specificare _____

Peso _____ PAO _____

ESAME OBIETTIVO GENERALE _____

ESAME OSTETRICO _____

Firma Operatore Sanitario _____

SCHEDA ACCETTAZIONE / copia per la struttura

AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA

- A basso rischio ed a termine
 Ambulatorio per la gravidanza a rischio

Data _____ / _____ / _____

Cognome Nome _____

data nascita _____ età _____

U.M. _____ / _____ / _____

E.P.P. _____ / _____ / _____

U.M. _____ / _____ / _____

E.P. ecografica _____ / _____ / _____

W _____

Gruppo Sanguigno _____

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

Consutorio di _____ N° _____

Studio Privato _____ N° _____

Ambulatorio di _____ N° _____

Ambulatorio gravidanza a rischio _____ N° _____

Elementi di rischio per il travaglio/parto No Si

Specificare _____

Peso _____ PAO _____

ESAME OBIETTIVO GENERALE _____

ESAME OSTETRICO _____

Firma Operatore Sanitario _____

FOGLIO DIMISSIONE OSPEDALIERA / copia per la struttura

(A CURA DEL PUNTO NASCITA)

Data ____ / ____ / ____

Madre: Cognome Nome _____

data nascita _____ età _____

Neonato: Cognome Nome _____

data nascita _____ sesso _____

PARTO

Data ____ / ____ / ____ ora _____ W _____

Profilassi antibiotica _____

Travaglio: spontaneo Indotto con _____

Rottura del sacco amniotico: spontaneo artificiale

Modalità parto: Eutocico Distocico _____

TC _____

Secondamento: Spontaneo Manuale

Profilassi anti D _____

NEONATO

APGAR _____ Peso _____

Rianimazione: No Sì, con _____

Taglio del funicolo: Sì, immediato Sì, ritardato

Contatto pelle a pelle: Sì No

Allattamento: Precoce Ritardato

Profilassi: Oculare Antiemor. Altro _____

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

Utero _____

Perineo sutura: Sì No **Emorroidi:** Sì No

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

Alvo: Regolare Irregolare

Fondo _____ Cervice _____

ALLATTAMENTO ALLA DIMISSIONE

Nella struttura presenza di Rooming in: Sì No

Materno esclusivo Complementare Artificiale

Controindicazioni all'allattamento naturale _____

FOGLIO DIMISSIONE OSPEDALIERA

(A CURA DEL PUNTO NASCITA)

Data ____ / ____ / ____

Madre: Cognome Nome _____

data nascita _____ età _____

Neonato: Cognome Nome _____

data nascita _____ sesso _____

PARTO

Data ____ / ____ / ____ ora _____ W _____

Profilassi antibiotica _____

Travaglio: spontaneo Indotto con _____

Rottura del sacco amniotico: spontaneo artificiale

Modalità parto: Eutocico Distocico _____

TC _____

Secondamento: Spontaneo Manuale

Profilassi anti D _____

NEONATO

APGAR _____ Peso _____

Rianimazione: No Sì, con _____

Taglio del funicolo: Sì, immediato Sì, ritardato

Contatto pelle a pelle: Sì No

Allattamento: Precoce Ritardato

Profilassi: Oculare Antiemor. Altro _____

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

Utero _____

Perineo sutura: Sì No **Emorroidi:** Sì No

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

Alvo: Regolare Irregolare

Fondo _____ Cervice _____

ALLATTAMENTO ALLA DIMISSIONE

Nella struttura presenza di Rooming in: Sì No

Materno esclusivo Complementare Artificiale

Controindicazioni all'allattamento naturale _____

ADESIONE AL PROGRAMMA DI ASSISTENZA TERRITORIALE IN PUERPERIO

(A CURA DEL PUNTO NASCITA)

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

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

NON ADERIRE

ADERIRE al programma specificando eventualmente la sua preferenza per:

assistenza domiciliare

assistenza ambulatoriale

Data ____ / ____ / ____ Firma _____

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

Data ____ / ____ / ____ Firma _____

L'operatore del punto nascita Firma _____

Segnalazione al consultorio di riferimento per presa in carico

No Si _____

Segnalazione al pediatra di base per presa in carico

No Si _____

ADESIONE AL PROGRAMMA DI ASSISTENZA TERRITORIALE IN PUERPERIO / copia per la struttura (A CURA DEL PUNTO NASCITA)

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

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

NON ADERIRE

ADERIRE al programma specificando eventualmente la sua preferenza per:

assistenza domiciliare

assistenza ambulatoriale

Data ____ / ____ / ____ Firma _____

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

Data ____ / ____ / ____ Firma _____

L'operatore del punto nascita Firma _____

Segnalazione al consultorio di riferimento per presa in carico

No Sì _____

Segnalazione al pediatra di base per presa in carico

No Sì _____

ASSISTENZA IN PUERPERIO

Servizio

PUERPERA

Visita domiciliare

Visita ambulatoriale

I settimana

data ____ / ____ / ____

Genitali _____

Cicatrici _____

Alvo _____

Utero _____

Lochiazioni _____

Mammella _____

Minzione _____

Note _____

NEONATO

Visita domiciliare

Visita ambulatoriale

Giorni/settimane dal parto

data ____ / ____ / ____

Calo ponderale _____

Ritmi del bambino (sonno, pianto, evacuazione) _____

Ittero _____

Allattamento esclusivo _____

Allattamento misto _____

Allattamento artificiale _____

Preso in carico dal PLS _____

Note _____

REGISTRO VISITE

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

Firma del professionista che ha in carico la Paziente _____

SCHEDE INFORMATIVE

ESAMI DI LABORATORIO

Gli esami di laboratorio servono a verificare la presenza di eventuali patologie che potrebbero avere effetti negativi sulla salute della mamma e del neonato. Diamo di seguito una sommaria descrizione degli esami previsti dal PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) per la gravidanza fisiologica.

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

1. **EMOCROMO:** rileva la quantità di globuli rossi, bianchi, emoglobina, piastrine presenti nel sangue. I valori di riferimento sono diversi in gravidanza. L'esame va eseguito entro le 13 settimane e ripetuto tra 28-32 e tra 33-37 settimane.
2. **GLICEMIA:** rileva la quantità di zucchero presente nel sangue. I valori di riferimento sono gli stessi, anche in gravidanza. Serve per valutare l'equilibrio dell'assorbimento degli zuccheri. Va eseguito entro le 13 settimane e va ripetuto tra 24-27 settimane in situazioni di rischio (OGTT).
3. **IG ANTITREPONEMA:** Verifica l'assenza della sifilide, malattia che ha inizialmente un decorso senza sintomi. La sifilide, che si può contrarre attraverso rapporti sessuali con persone malate, se non viene curata, comporta gravi danni fetali, fino alla morte del feto. La cura è a base di antibiotici che è possibile assumere anche in gravidanza.
4. **TOXOTEST:** ricerca gli anticorpi contro il toxoplasma, in assenza dei quali c'è rischio di infezione; pertanto l'esame va ripetuto. La toxoplasmosi contratta in gravidanza può essere causa di lesioni fetali: la cura varia in base all'età gestazionale.
5. **RUBEO TEST:** ricerca gli anticorpi contro la rosolia. Se la donna non ha mai contratto la rosolia, il rubeo test è negativo. In questo caso occorrerà evitare ogni contatto con persone malate e sottoporsi alla vaccinazione dopo il parto.
6. **ANTICORPI ANTI HIV:** ricerca la presenza o assenza di anticorpi contro il virus dell'AIDS. Si tratta di un esame della massima importanza. In caso di sieropositività è possibile intraprendere un percorso assistenziale specifico che limita le possibilità di contagio al figlio. Questo esame è tutelato dal consenso informato.
7. **ESAME URINE:** rileva le sostanze presenti nelle urine e l'eventuale presenza di batteri. L'esame delle urine deve essere effettuato con frequenza mensile.
8. **UROCULTURA:** verifica se la quantità di batteri eventualmente presenti nelle urine è segno di infezione delle vie urinarie.
9. **HCVAB:** ricerca la presenza di epatite C e ne valuta la contagiosità.
10. **HBSAG:** ricerca la presenza di epatite B. L'epatite B può essere trasmessa al neonato. Si esegue nel 3° trimestre. In caso di positività, al neonato verranno somministrate

gammaglobuline ed anticipata la prima vaccinazione alla nascita, invece che al terzo mese di vita.

11. **RICERCA DELLO STREPTOCOCCO BETA EMOLITICO GRUPPO B:** ricerca la presenza del batterio nel tampone vaginale e rettale. Si esegue a 36 – 37 settimane. Se l'esito è positivo, sarà necessario sottoporre la mamma ad una terapia antibiotica ed effettuare controlli sul neonato.
12. **ELETTROFORESI DELL'EMOGLOBINA:** è utilizzato per la prevenzione della Talassemia e di altre forme di emoglobinopatie. Deve essere richiesta se all'Emocromo l'MCH è < a 27.

Possono verificarsi circostanze che richiedano assistenza addizionale e, quindi, l'esecuzione di ulteriori e più specifiche indagini. Questi esami saranno richiesti dal ginecologo e sono esenti ticket, se sull'impegnativa è indicata la patologia ed il relativo codice di esenzione. Tutti gli altri esami eventualmente richiesti sono a carico dell'utente.

ECOGRAFIE

Con l'approvazione dei nuovi Lea, Livelli essenziali di assistenza, le ecografie previste dal Ministero della Salute durante i 9 mesi sono due, eppure un'indagine ISTAT dice che in media ogni donna ne esegue sei per gravidanza.

Ma serve davvero questo “supplemento”?

Intorno alle ecografie in gravidanza si crea un'aspettativa che spesso supera le reali potenzialità di questo strumento. Ci si aspetta che possa dirci “tutto” sul nostro piccolo e che più ne facciamo più sono le informazioni e le rassicurazioni che possiamo trarne. In realtà, in una gravidanza che procede in modo fisiologico le due indagini consigliate a livello ministeriale sono più che sufficienti, a meno che non insorgano fattori di rischio che richiedano esami più approfonditi ed ecografie di II livello.

Vediamo allora quali sono le caratteristiche delle due ecografie di routine, quali le informazioni che ci forniscono e le differenze rispetto a quelle “speciali”. Le due ecografie in gravidanza previste dal Ministero della Salute sono completamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, purché vengano effettuate nelle settimane previste. Le altre possono essere eseguite gratuitamente solo su specifica richiesta del ginecologo, che dovrà attestare la condizione di rischio della gravidanza.

L'ECOGRAFIA DEL 1° TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

È forse quella più emozionante per la futura mamma, poiché le dà finalmente la certezza viva di portare in grembo un bebè. È un esame molto importante poiché consente di confermare il corretto annidamento dell'ovulo fecondato nell'utero e di datare con maggiore precisione la gestazione. Un'informazione utile per calcolare, con un margine di errore di 3-4 giorni al massimo, la data presunta del parto (la “DPP” indicata nel referto). Si effettua tra la 11^a settimana e la 13^a settimana, e si può abbinare anche la valutazione della translucenza nucale che però deve essere eseguita solamente da ginecologi accreditati. Si tratta della misurazione della falda liquida che si accumula dietro la nuca del feto in quel periodo gestazionale e che, unita all'esame di un campione ematico, fornisce una stima del rischio

che il bambino sia affetto da alcune patologie, come le trisomie 21, 13 e 18. Si esegue per via addominale, cioè semplicemente appoggiando la sonda sulla pancia, come accade per le ecografie in gravidanza del secondo e del terzo trimestre.

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

L'ECOGRAFIA DEL 2° TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

In base alle nuove linee guida deve essere effettuata tra la 19^a e la 21^a settimana di gestazione. Viene comunemente denominata morfologica poiché valuta l'anatomia dei vari organi del feto, al fine di individuare eventuali anomalie.

Tale ecografia va eseguita in questa epoca gestazionale perché il feto è abbastanza grande per poter analizzare alcune caratteristiche anatomiche che, col passare delle settimane, sarebbero più difficili da visualizzare a causa della fisiologica crescita fetale. Essendo un'indagine più complessa rispetto alla prima, richiede anche più tempo: 20-30 minuti rispetto ai 10-15 della precedente. Sul monitor, la futura mamma non riesce più a vedere il suo bambino per intero, ma solo per segmenti: la testolina, il braccio, la colonna vertebrale.

L'ECOGRAFIA DEL 3° TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

(solo in presenza di rischio materno o fetale)

Si esegue fra la 30^a e la 32^a settimana, ma con l'approvazione dei nuovi Lea, i Livelli essenziali di assistenza, viene offerta gratuitamente solo in presenza di un rischio di patologia materna o fetale. Questa ecografia serve per ricercare eventuali anomalie anatomiche che si possono manifestare tardivamente, verificare alcuni parametri per monitorare la crescita del bambino, controllare la quantità di liquido amniotico e la posizione della placenta, visualizzare la posizione fetale.

I nuovi Lea prevedono,? (Verificare) invece, un'ecografia gratuita alla 41^a settimana, per verificare la quantità di liquido amniotico presente nell'imminenza del parto.

GRAVIDANZA A TERMINE

A 37 + 0 SETTIMANE

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

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

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

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

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

DA 37 E 41 SETTIMANE

Si considerano a termine le gravidanze tra 37 e 42 settimane. Il giorno della nascita non è prevedibile ma la maggioranza dei bambini nasce intorno alla 40^a settimana. In quest'ultimo periodo il bambino perfeziona la maturazione di alcune funzioni, acquisisce peso e si posiziona per il parto. La mamma, a partire dalla 38^a settimana in genere respira meglio perché "l'addome si abbassa" ed incomincia a percepire le contrazioni che preparano al travaglio.

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

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

Cosa preparare per l'ospedale

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

Quando andare in ospedale

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

FISIOLOGIA DEL TRAVAGLIO E DEL PARTO

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

Sintomi prima del travaglio

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

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

Travaglio e parto

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

Contrazioni

- diventano regolari per intensità, durata e frequenza;
- a differenza delle contrazioni precedenti il travaglio, queste contrazioni non si attenuano, anzi aumentano nel tempo;
- Piccole perdite di sangue legate alla preparazione del collo dell'utero;
- la perdita in genere è di poche gocce, rosso vivo.

Perdita di liquido amniotico

È dovuta alla rottura del sacco amniotico che avvolge il bambino. Il liquido amniotico di solito è incolore e inodore. La perdita è solitamente improvvisa ed abbondante.

Diarrea

È dovuta agli ormoni che preparano il collo dell'utero ed è utile per liberare l'intestino e preparare il corpo al parto.

FASI DEL TRAVAGLIO

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

Fase dilatante è il travaglio vero e proprio; serve a dilatare completamente il collo dell'utero, grazie alle contrazioni che diventano regolari per durata e frequenza. Ha inizio quando il collo uterino è completamente piatto. La durata è variabile: può essere anche molto veloce se il collo dell'utero è ben assottigliato e la testa del bambino è ben flessa nel bacino. La durata media è di 6-8 ore per una donna al primo parto e di 3-5 ore per una donna che ha già avuto almeno un parto.

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

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

Post parto Dalle prime ore dopo il parto, e nei giorni successivi, l'ostetrica o il ginecologo controllano l'utero e le perdite vaginali (chiamate lochi o lochiazioni).

È di fondamentale importanza nei primissimi momenti, il contatto pelle a pelle e l'attacco precoce del bambino al seno della mamma.

Accogliere bene mamma e bambino vuol dire: 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 madre di riconoscere le sue esigenze e di risponderci a tempo; permette, inoltre, di adeguare i suoi ritmi a quelli del bambino, approfittando delle sue pause di sonno per riposare.

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.

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

IL PARTO: FASI E INFORMAZIONI

La donna può scegliere dove partorire.

Tuttavia, in presenza di condizioni cliniche che richiedano assistenza specialistica o intensiva alla mamma ed al bambino è opportuno che la scelta si orienti, già prima del parto, verso quei Punti Nascita che forniscono tale assistenza (come la Terapia Intensiva Neonatale).

Modalità del parto

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

Cosa è bene sapere sul parto spontaneo vaginale:

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

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

Cosa è bene sapere sul parto cesareo:

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

Posizioni in travaglio e parto

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

In generale sono sconsigliate le posizioni sdraiate e supine.

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

Dolore in travaglio

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

Tuttavia i moderni ospedali dispongono di strategie per contenere il dolore in travaglio (naturali o farmacologiche):

Naturali, senza utilizzo di farmaci

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

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

ALLATTAMENTO

È utile informarsi e discutere sulla scelta dell'allattamento già in gravidanza, coinvolgendo il partner magari anche i nonni per condividere con la famiglia informazioni e conoscenze indispensabili.

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

È un momento ricco di emozioni, crea un legame intenso, unico e che aiuta te, mamma e il tuo piccolo a conoscervi e crescere. L'allattamento ottimale contribuisce a prevenire ogni forma di malnutrizione con effetti positivi permanenti su bambini e sulle madri.



BENESSERE PSICHICO

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

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

Stili di accoglienza al neonato: rooming-in

È bene scegliere il Punto Nascita in cui partorirai anche in base alla presenza del rooming-in, consentendoti di rimanere sempre insieme al suo bambino.

Il Punto Nascita è l'occasione per te, mamma e il tuo neonato per iniziare a conoscervi meglio, in un ambiente in cui possono avvalersi dell'esperienza degli operatori, per raccogliere conferme ed aiuto.

DONAZIONE DEL CORDONE OMBELICALE

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

Il trapianto di cellule del sangue cordonale è una valida alternativa al trapianto del midollo osseo e presenta alcuni vantaggi per chi riceve il trapianto (minor rischio di rigetto, pronta disponibilità delle cellule).

Il sangue viene raccolto dal cordone ombelicale in una sacca sterile dopo il taglio del funicolo e prima dell'espulsione della placenta, in maniera indolore.

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

Esistono alcune controindicazioni alla donazione:

- Durata della gravidanza inferiore a 35 settimane
- Stato febbrile della madre
- Malformazioni congenite
- Malattie congenite della madre o del padre
- Rottura membrane da più di 12 ore
- Stress fetale
- Positività sierologica o rischio dei genitori di trasmettere malattie infettive.

ALIMENTAZIONE E IGIENE

L'alimentazione concorre al buon andamento della gravidanza e, se non vi sono carenze nutrizionali o altri problemi, non c'è motivo di modificare il proprio stile alimentare. Bisogna rispettare i propri desideri e, se si segue una dieta particolare, comunicarlo all'ostetrica/ginecologo.

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

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

Per ulteriori informazioni:

Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - www.inran.it

Ci sono alcuni alimenti che se non consumati con le giuste accortezze possono essere la causa dell'insorgenza di alcune malattie, ad esempio *Listeria monocytogenes* e *Toxoplasma gondii*. La tabella riporta l'elenco dei cibi a cui fare attenzione, le malattie che possono generare ed i consigli per il consumo.

Igiene degli alimenti

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

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

Per non contrarre la listeriosi è importante:

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

Per non contrarre la salmonella è importante:

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

Per prevenire l'infezione da citomegalovirus*:

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

*Prevention of Primary Cytomegalovirus Infection in Pregnancy Maria Grazia Revello et all. EBioMedicine 2 (2015) 1205–1210.

Integratori

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

Altri integratori alimentari sono necessari solo in particolari condizioni cliniche:

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

Suggerimenti anti-nausea

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

Disturbi vari

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

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

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

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

ALTRE INFORMAZIONI UTILI

Fumo e Alcool

È severamente sconsigliato il fumo durante la gravidanza.

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

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

Sostanze stupefacenti

(eroina, cocaina, anfetamina, etc.)

l'uso abituale di tali sostanze in gravidanza comporta danni differenti a seconda del tipo di sostanza assunta. I più frequenti sono: **aborto spontaneo, malformazioni fetali, parto pre-termine, ridotta crescita fetale, crisi di astinenza del bambino alla nascita**, rischio maggiore di **morte in utero o nei primi mesi dopo la nascita, alterazioni del comportamento e dell'apprendimento** del bambino durante la crescita.

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

Informazioni sui farmaci

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

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

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

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

Filo Rosso, tel. **02/8910207**; **06/5800897**; **081/5463881**. Filo Rosso Genetico, tel. **0882/416291**.

Centro Antiveneni dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR." di Foggia, tel. **800183459**, https://www.sanita.puglia.it/ricerca_det/-/journal_content/56/54480/organizzazione

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

Rapporti sessuali

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

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

Attività fisica

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

Cura del corpo

Le modificazioni fisiche che avvengono in gravidanza (aumento di volume dell'addome e del seno, modificazione della circolazione capillare) possono incoraggiare una diversa attenzione alla cura del corpo. In generale non è necessario cambiare le proprie abitudini e le tradizioni culturali nelle cure igieniche personali. Dal momento che non esistono studi scientifici sui prodotti per la cura del corpo si consiglia, in generale, di leggere attentamente l'etichetta e di controllare la compatibilità dei prodotti con la gravidanza.

Viaggi

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

In aereo

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

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

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

In auto

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

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

Diritti in gravidanza

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

La donna lavoratrice dipendente ha diritto:

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

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

Può spettare sia alle madri che ai padri, fino a un massimo di 6 mesi (anche frazionati) per la madre, e di 7 mesi (anche frazionati) per il padre.

Alle donne lavoratrici autonome è riconosciuta una indennità di maternità per i due mesi precedenti la data del parto e per i tre mesi successivi alla data medesima.

L'indennità non comporta comunque obbligo di astensione dall'attività lavorativa autonoma.

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

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

Le donne senza permesso di soggiorno possono rivolgersi al Consultorio ed alle Associazioni di Volontariato che offrono accoglienza, informazioni, assistenza poiché la legge italiana garantisce l'assistenza sanitaria anche coloro che non detengono regolari documenti. Le mamme in queste condizioni possono fare richiesta di permesso di soggiorno per maternità con validità fino al sesto mese di vita del bambino.

Inoltre, in Italia, la Legge riconosce alla donna il diritto a partorire in anonimato in ospedale. La legge italiana consente alla madre di non riconoscere il bambino e di lasciarlo nell'ospedale in cui è nato (DPR 396/2000, art. 30, comma 2), affinché sia assicurata l'assistenza, l'adottabilità e la sua tutela giuridica.

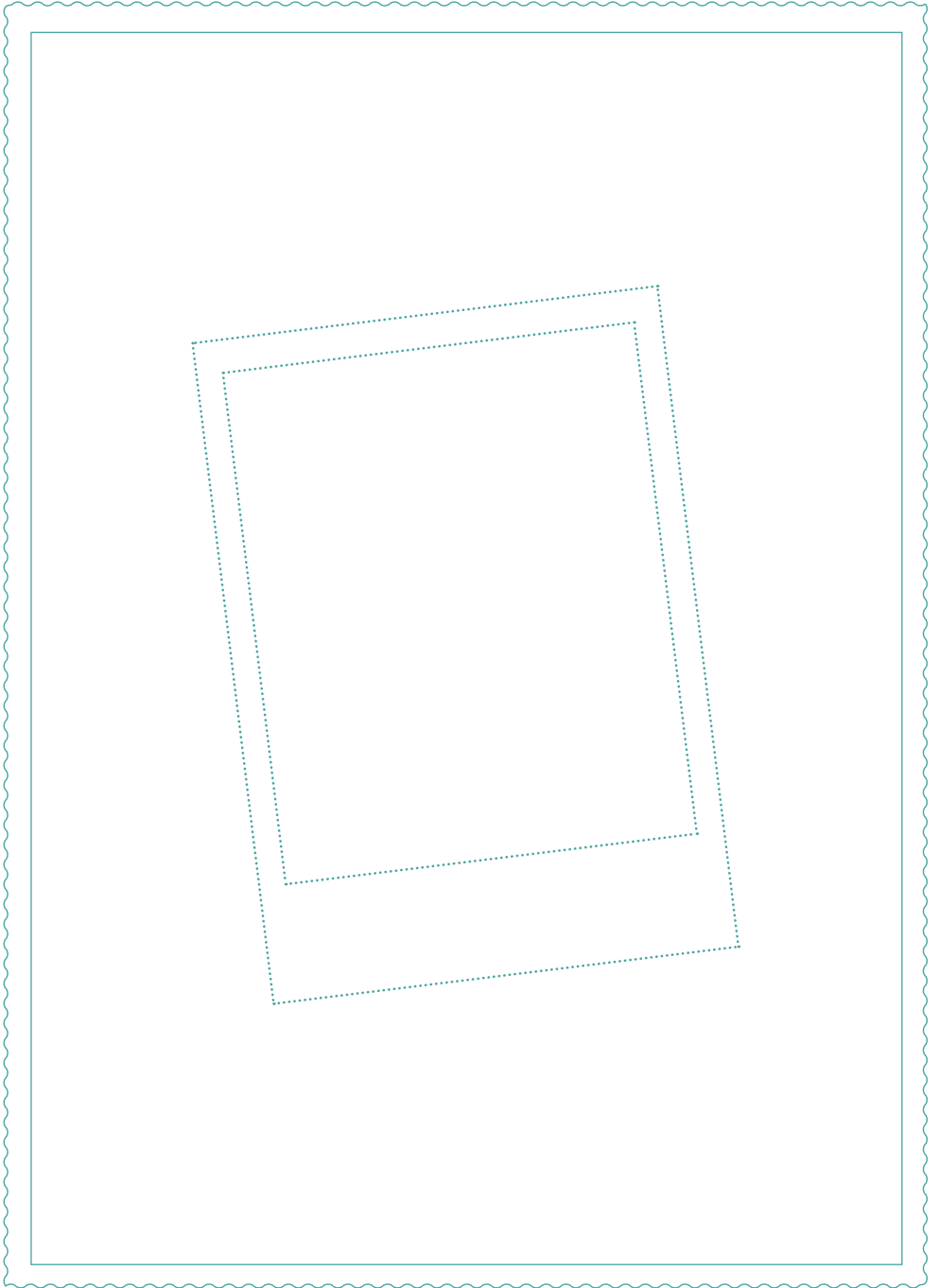
Per approfondire

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

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

Alimentazione: Ulteriori informazioni sulla dieta corretta in gravidanza sono disponibili nel documento Linee guida per una sana alimentazione dell'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti, all'indirizzo: http://www.inran.it/648/linee_guida.html

Diritti della madre che lavora: Altre informazioni riguardo la tutela della salute sul lavoro della donna in gravidanza possono essere reperite nel documento Quando arriva un bambino (terza edizione) disponibile nel sito dell'Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) all'indirizzo: [http://www.inail.it:80/Portale/appmanager/portale/desktop?nfpb=true&_pageLabel=PAGE_PUBBLICAZIONI&nextPage=PUBBLICAZIONI/Tutti_i_titoli/Pari_opportunita/Quando_arriva_un_bambino_\(terza_edizione\)info-752606768.jsp](http://www.inail.it:80/Portale/appmanager/portale/desktop?nfpb=true&_pageLabel=PAGE_PUBBLICAZIONI&nextPage=PUBBLICAZIONI/Tutti_i_titoli/Pari_opportunita/Quando_arriva_un_bambino_(terza_edizione)info-752606768.jsp)





Regione Puglia

L'Agenda è stata realizzata
dal Comitato Percorso
Nascita Regionale (CPNR) del
Dipartimento "Promozione
della Salute, del Benessere
sociale e dello Sport per tutti"

