



AGENDA DELLA GRAVIDANZA

Indice

| | |
|---|---------------|
| Presentazione (Dir. Generale ULSS 6 Domenico Scibetta) | pag. 3 |
| Percorso di Gravidanza | pag. 4 |
| Dario clinico: bilanci di salute | pag. 7 |
| Dimissioni | pag. 8 |
| Esami per la gravidanza fisiologica | pag.10 |
| Introduzione | pag.11 |
| Esami LEA | pag.11 |
| Preparazione agli esami | pag.14 |
| Screening prenatale delle anomalie cromosomiche | pag.16 |
| Screening prenatale | pag.17 |
| I test di screening prenatale | pag.18 |
| Consenso informato per lo screening | pag.19 |
| Emergenze- Urgenze | pag.21 |
| Scelte per il percorso nascita | pag.23 |
| Incontri di accompagnamento alla nascita e gruppi di sostegno nel dopo nascita | pag.24 |
| Luogo del parto | pag.25 |
| Sostegno in travaglio e parto | pag.26 |
| Alimentazione in travaglio | pag.28 |
| Posizioni in travaglio e parto | pag.30 |
| Stile di accoglienza al neonato | pag.31 |
| Rooming in (in camera con) | pag.32 |
| Allattamento | pag.33 |
| Donazione del sangue cordonale | pag.35 |
| Scelte per il parto | pag.37 |
| Per saperne di più | pag.38 |
| Stili di vita in gravidanza | pag.39 |
| Anamnesi | pag.45 |
| Valutazione dell'accrescimento fetale | pag.50 |
| La crescita del feto | pag.52 |
| Ecografie | pag.54 |
| Diagnostica prenatale | pag.56 |
| Bilancio di salute materno-fetale presso il Punto Nascita | pag.59 |
| Fisiologia del travaglio e del parto | pag.60 |
| Travaglio e parto | pag.61 |

| | |
|---|---------------|
| I primi giorni dopo la nascita | pag.64 |
| Fisiologia dell'allattamento | pag.66 |
| Puerperio | pag.72 |
| Diventare padre | pag.73 |
| A casa con il bambino | pag.75 |
| 8 azioni per la salute del tuo bambino (genitori più) | pag.78 |
| Maternità e diritti | pag.81 |
| Il percorso nascita e la collettività | pag.82 |
| I primi documenti del bambino | pag.83 |
| Provvedimenti a favore della famiglia | pag.86 |
| Opportunità per la conciliazione vita-lavoro | pag.87 |
| I diritti per i genitori che lavorano | pag.94 |
| <hr/> | |
| Glossario dei termini tecnici | pag.98 |
| Siti consigliati | pag.103 |

Presentazione

Care Mamme, Cari Genitori,

mettere al centro di ogni situazione le persone è per noi la base del nostro intervento socio sanitario. La nostra Azienda è particolarmente attenta ad applicare il Piano Regionale della Prevenzione, che considera prioritaria la salute materna e infantile. Per questo intende realizzare per le donne e tutte le coppie il miglior accompagnamento possibile, sostenendole a partire dal momento del concepimento e proseguendone poi l'azione in tutto il periodo della gravidanza.

Fiducia e collaborazione tra la donna e i servizi socio sanitari sono fondamentali per promuovere la salute della mamma e del bambino e per fornire loro la migliore assistenza. Altrettanto fondamentale è la collaborazione tra i diversi servizi che si avvicendano nell'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio.

L'unicità di ogni individuo rivela modi innumerevoli di affrontare sia il percorso della gravidanza, sia l'evento della nascita. Essa 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 della Gravidanza può essere, dunque, uno strumento-guida per effettuare le proprie scelte in modo consapevole.

Le informazioni e le evidenze scientifiche raccolte possono aiutare a operare scelte oculate: una scelta informata, infatti, si basa su informazioni oggettive e sulla consapevolezza dei bisogni e delle sensazioni vissute da ciascuna donna.

Per essere chiara ed esaustiva la lettura dell'Agenda deve essere completata dalle spiegazioni fornite dagli operatori sanitari (ostetrica, ginecologo, medico di medicina generale, pediatra) in merito alla fisiologia della gravidanza, del parto e del puerperio.

Ogni donna potrà, dunque, consultare in ogni momento la propria Agenda per affrontare in modo sicuro e sereno un momento così importante della vita propria e di coppia

Domenico Scibetta
Direttore Generale
Ulss 6 Euganea

Percorso di Gravidanza

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 “Sommario 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 senza fattori di rischio” (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 soprattutto un momento di comunicazione e di scambio all’interno della relazione di “cura” che si sviluppa lungo tutto il percorso nascita tra la donna e l’operatore.

La donna fornisce le informazioni sulla sua salute fisica e psicologica. L’ostetrica/ginecologo, dopo aver raccolto l’anamnesi, sulla base delle evidenze scientifiche e della 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 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. 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, malattie avute in passato, precedenti visite ginecologiche, esiti di pap-test (in particolare l'ultimo) e tutto ciò che si ritiene sia utile in relazione alla salute di mamma e bambino

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

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

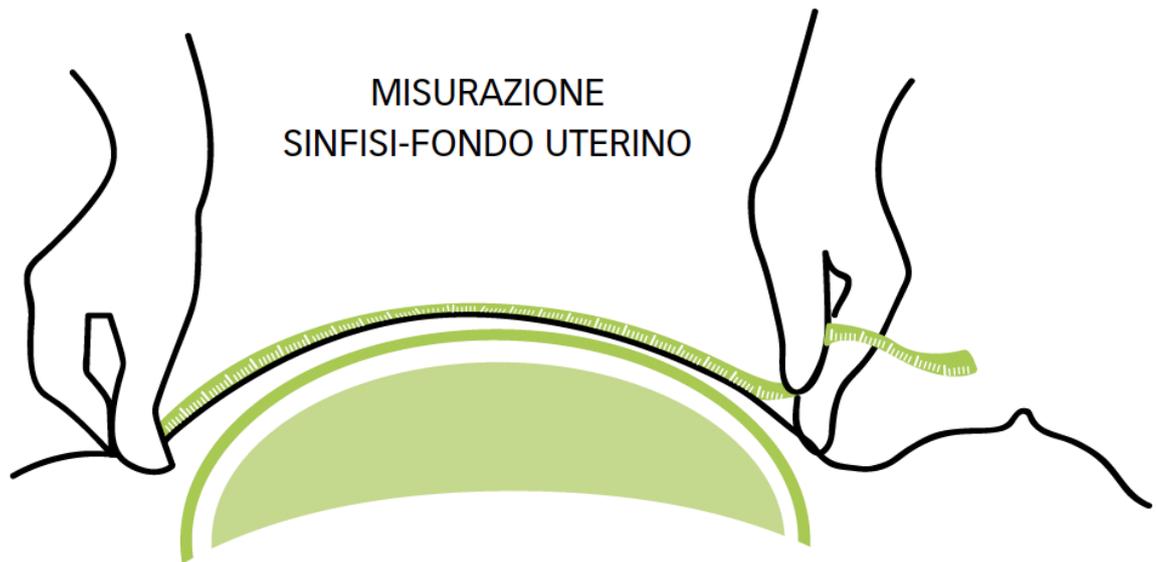
- la palpazione esterna dell'utero per verificarne il tono, a partire da 12 settimane;
- la misurazione sinfisi-fondo uterino, con il centimetro, per misurare lo sviluppo dell'utero e monitorare la crescita del feto a partire da 16 settimane;
- l'auscultazione o visualizzazione del battito cardiaco del feto con ultrasuoni a partire da 12 settimane (apparecchio Sonicaid o ecografo);
- la misurazione della pressione arteriosa;
- la 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.

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 (IMC o BMI) 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.

Durante gli incontri vengono valutati i risultati degli esami di laboratorio e ne vengono prescritti di nuovi secondo le necessità cliniche.

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 di salute: bilanci di salute

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

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.

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 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.

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

Dimissioni

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. Si raccomanda di inserire il foglio di dimissione 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 da inserire nel libretto pediatrico 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 (gruppo 0 per i bambini di peso inferiore ai 10 Kg) omologati alle normative europee. Per fissarli rispettare tutte le indicazioni riportate sul manuale di istruzione.

Tipi di seggiolini

Secondo la normativa ECE R44-04 esistono 4 gruppi di sistemi di ritenuta per bambini a seconda del peso dell'occupante:

- **Gruppo 0** (fino a 10 Kg) [navicella o seggiolino]
- **Gruppo 0+** (fino a 13 Kg) [seggiolino]
- **Gruppo 1** (da 9 a 18 Kg) [seggiolino]
- **Gruppo 2** (da 15 a 25 Kg) [seggiolino]
- **Gruppo 3** (da 22 a 36 Kg) [rialzo con schienale fino ai 125 cm di altezza]

Tali dispositivi possono anche esser predisposti per il montaggio girati all'indietro, verso il posteriore dell'auto ma ricordiamo come sia **vietato farlo sul sedile anteriore sulle auto con airbag** (a meno che non sia possibile la sua disattivazione) poiché in caso di incidente l'airbag potrebbe colpire violentemente il bimbo con conseguenze immaginabili.

Ricordiamo come sia tassativamente vietato portare bambini in braccio sui sedili posteriori.

Dal 1° gennaio 2017 i rialzi senza schienale con l'uso della cintura di sicurezza sono permessi solo dai 125 cm di altezza in su. Va precisato inoltre che tutti i seggiolini attualmente in circolazione (esclusi quelli conformi alle norme più datate come la UN ECE R44 01 e la UN ECE R44 02, attualmente fuorilegge) potranno ancora essere utilizzati. Tuttavia dato che quelli prodotti con le norme più aggiornate (UN ECE R44

04 e UN ECE R129) promettono una maggiore sicurezza, occorre sempre fare riferimento a questa norma comunitaria.



Esami per la gravidanza fisiologica

Contenuti della sezione

- Introduzione
- Esami all'inizio della gravidanza entro 13 settimane+6 gg (si veda tabella LEA)
- Esami da 14 settimane + 0 gg a 18 settimane + 6 gg
- Esami da 19 settimane + 0 gg a 23 settimane + 6 gg
- Esami da 24 settimane + 0 gg a 27 settimane +6 gg
- Esami da 28 settimane + 0 gg a 32 settimane + 6 gg
- Esami da 33 settimane + 0 gg a 37 settimane + 6 gg
- Esami da 41 settimane + 0 gg
- Preparazione agli esami

Introduzione

Di seguito sono riportate le prestazioni, escluse dalla partecipazione al costo, previste nell'assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità (nuovi Livelli Essenziali di Assistenza-LEA) che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) eroga a tutti i cittadini, indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza.

Il medico o l'ostetrica potranno aggiungere altri esami che prevederanno o la partecipazione al costo oppure saranno gratuiti in caso di gravidanza a rischio.

Esami LEA (ALLEGATO 10 B del DPCM 2017)

L'esecuzione degli esami elencati nella prima tabella è raccomandata all'inizio della gravidanza, possibilmente nel PRIMO TRIMESTRE (entro 13 settimane + 6 gg) e comunque al primo controllo; per le donne che si presentano dopo la 13a settimana sono escluse dalla partecipazione al costo sia le prestazioni specialistiche relative alle precedenti fasi di gestazione, quando appropriate, sia quelle relative alla settimana di gestazione in corso.

Alla luce dei referti degli esami e della valutazione clinica effettuata, il Curante potrà richiedere gli eventuali approfondimenti del caso.

In grassetto le prestazioni di base che tutte le gravide dovrebbero eseguire:

Da 0 settimane a 13 settimane + 6 gg

| |
|--|
| PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA |
| EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico. |
| Hb- EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb anomale). <i>Qualora non eseguito in funzione preconcezionale.</i> |
| GRUPPO SANGUIGNO ABO (agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D). <i>Qualora non eseguito in funzione preconcezionale.</i> |
| ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs Indiretto]. <i>Da ripetere a tutte le donne a 28 settimane.</i> |
| Glucosio |
| VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta. Incluso: test di avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. <i>Da ripetere entro la 17^a settimana in caso di negatività.</i> |
| VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario. <i>Da ripetere entro la 17^a settimana in caso di negatività.</i> |

| |
|---|
| <p>TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso testi di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting. <i>Da ripetere ogni 4-6 settimane in caso di negatività.</i></p> |
| <p>TREPONEMA PALLIDUM. Sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR]. Incluso eventuale titolazione. Incluso: eventuale Immunoblotting.</p> |
| <p>VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA [HIV 1-2]. TEST COMBIANTO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS. <i>Qualora non eseguito nei tre mesi precedenti.</i></p> |
| <p>URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario.</p> |
| <p>ESAME COLTURALE DELL'URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma.</p> |
| <p>CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso IgA se IgM negative. <i>In caso di fattori di rischio riconosciuti.</i></p> |
| <p>NEISSERIA GONORRHOEA IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso identificazione ed eventuale antibiogramma. <i>In caso di fattori di rischio riconosciuti.</i></p> |
| <p>VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS. <i>In caso di fattori di rischio riconosciuti.</i></p> |
| <p>VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, ibridazione inversa o sequenziamento. Solo in caso di HCV positivo.</p> |
| <p>ECOGRAFIA OSTETRICA Da eseguire nel primo trimestre, per determinare l'età gestazionale.</p> |
| <p>HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A. Da eseguire solo in associazione con 88.78.4 ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE. Incluso: consulenza pre e post test combinato (1° trimestre)</p> |
| <p>ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE. Incluso: consulenza pre e post test combinato (1° trimestre). Da eseguire esclusivamente tra 11 settimane+0 gg e 13 settimane+6 gg</p> |
| <p>ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test convenzionale]. <i>Qualora non effettuato nell'ambito dei programmi di screening.</i></p> |

Da 14 settimane + 0 gg a 18 settimane + 6 gg

| |
|--|
| <p>TRI TEST PER AFP, HCG TOTALE O FRAZIONE LIBERA, E3. DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER ANOMALIE CROMOSOMICHE E DIFETTI DEL TUBO NEURALE (2° trimestre)</p> |
| <p>GLUCOSIO Dosaggio seriale dopo carico (da 2 a 4 determinazioni). Inclusa Determinazione del glucosio basale 90.27.1 <i>Con 75 gr di glucosio (OGTT 75) e solo in presenza di fattori di rischio.</i></p> |
| <p>VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie</p> |
| <p>TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting. <i>In caso di sieronegatività</i></p> |

Da 19 settimane + 0 gg a 23 settimane + 6 gg

| |
|--|
| TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting. <i>In caso di sieronegatività</i> |
| ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Non associabile a 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Non associabile a 88.78. Da eseguire tra 19 settimane + 0 e 21. Settimane + 0 |

Da 24 settimane + 0 gg a 27 settimane +6 gg

| |
|---|
| TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting. <i>In caso di sieronegatività</i> |
| GLUCOSIO Dosaggio seriale dopo carico (da 2 a 4 determinazioni). Inclusa Determinazione del glucosio basale 90.27.1 <i>Con 75 gr di glucosio (OGTT 75) e solo in presenza di fattori di rischio.</i> |
| ESAME URINE COMPLETO. Incluso sedimento urinario |
| ESAME COLTURALE DELL'URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma. <i>In caso di batteriuria o leucocituria significativa e/o altri segni di infezione urinaria</i> |

Da 28 settimane + 0 gg a 32 settimane + 6 gg

| |
|--|
| EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico. |
| ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto] |
| TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting. <i>In caso di sieronegatività</i> |
| ECOGRAFIA OSTETRICA. <i>Solo in caso di patologia fetale e/o annessiale materna</i> |

NB: raccomandata la vaccinazione anti difterite, tetano, pertosse dalla 28^a settimana di gravidanza

Da 33 settimane + 0 gg a 37 settimane + 6 gg

| |
|---|
| EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico. |
| TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoblotting. <i>In caso di sieronegatività</i> |
| VIRUS HBV [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg. Incluso ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo |
| TREPONEMA PALLIDUM. Sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR]. Incluso eventuale titolazione. Incluso: eventuale Immunoblotting. |
| VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA [HIV 1-2]. TEST COMBIANTO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS. |
| URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario |

| |
|---|
| ESAME COLTURALE DELL'URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma. <i>In caso di batteriuria o leucocituria significativa e/o altri segni di infezione urinaria</i> |
|---|

| |
|---|
| STREPTOCOCCO BETA EMOLITICO GRUPPO B <i>Raccomandato a 36-37 settimane</i> |
|---|

Da 41 settimane + 0 gg:

| |
|--|
| ECOGRAFIA OSTETRICA <i>per valutazione del liquido amniotico</i> |
|--|

| |
|--------------------------|
| CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA |
|--------------------------|

Preparazione agli esami

Il medico o l'ostetrica potranno aggiungere altri esami che prevederanno o la partecipazione al costo oppure saranno gratuiti in caso di gravidanza a rischio.

Prelievo ematico

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. E' 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 le 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.

Oral glucose tolerance test (O.g.t.t.)

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

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 anomalie. 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:

- **Screening prenatale**
- **Test di screening prenatale**
- **Consenso informato per lo screening**
- **Emergenze - Urgenze**

Di seguito sono riportate le prestazioni, escluse dalla partecipazione al costo, previste nell’assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità (nuovi Livelli Essenziali di Assistenza-LEA) che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) eroga a tutti i cittadini, indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza.

Il medico o l’ostetrica potranno aggiungere altri esami che prevedranno o la partecipazione al costo oppure saranno gratuiti in caso di gravidanza a rischio.

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).

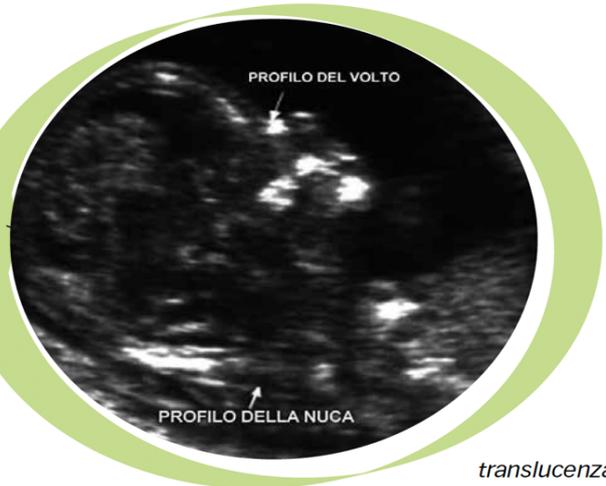
Le informazioni sugli esami di screening prenatale e sulla diagnostica prenatale per le malattie cromosomiche e per alcune malformazioni vengono generalmente discusse al primo appuntamento.

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.

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 sono offerti a tutte le donne in gravidanza. Quelli oggi disponibili sono:

La translucenza nucale

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 (oltre a indicare un rischio aumentato per le malattie cromosomiche) può evidenziare anche un rischio aumentato per alcune malformazioni 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 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 dna fetale

Attraverso un prelievo di sangue materno, permette di definire la probabilità che il feto sia affetto da una delle principali trisomie autosomiche (trisomia 21, trisomia 18, trisomia 13) o da un'aneuploidia dei cromosomi sessuali (X, XXX, XXY, XYY). La quantità di DNA fetale presente nel circolo materno idonea per eseguire il test è riscontrabile dalla decima settimana di gravidanza in avanti.

Essendo una prestazione non compresa tra i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) il costo è completamente a carico della donna.

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.

Nel primo trimestre la donna verrà informata dal medico/ostetrica sui test di screening prenatale.

La dichiarazione che segue riassume le informazioni della sezione "Per saperne di più" 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.

Consenso informato per lo screening

Manifestazione di volontà della donna sullo screening per anomalie cromosomiche (prototipo di consenso informato)

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 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.

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 _____

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 tali prestazioni il medico (di base, ospedaliero o di consultorio) dovrà specificare, sulle impegnative il codice di esenzione “450” per la condizione patologica e la settimana di gravidanza al momento della richiesta.

Emergenze - Urgenze

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).

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).

E' 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 locali.

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 la donna esprime nel corso della gravidanza e, in particolare al momento del bilancio di salute delle 36 settimane, per il suo parto e la nascita del 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 lettura della sezione "Per saperne di più".

Contenuti della sezione

- **Incontri di accompagnamento alla nascita e gruppi di sostegno nel dopo nascita**
- **Luogo del parto**
- **Sostegno in travaglio e parto**
- **Alimentazione in travaglio**
- **Posizioni in travaglio e parto**
- **Stile di accoglienza al neonato**
- **Rooming in (in camera con)**
- **Allattamento**
- **Donazione del sangue cordonale**
- **Scelte per il parto**

Incontri di accompagnamento alla nascita e gruppi di sostegno nel dopo nascita

L'esperienza della nascita e del diventare genitori, nel nostro tempo, si sta rapidamente evolvendo e modificando e la grande quantità di informazioni, le più disparate, che raggiungono i genitori attraverso i mille canali dell'informazione sono alcuni degli elementi che rendono complesso il percorso di una nascita: la nascita di un bambino e quella dei suoi genitori.

I gruppi di accompagnamento alla nascita propongono uno spazio per:

- il confronto e la discussione in gruppo su gravidanza, parto, accoglienza al neonato e allattamento al fine di favorire una maggior consapevolezza sulla fisiologia dell'“evento nascita” e promuovere la riflessione sulla propria esperienza attraverso lo scambio con gli altri partecipanti;
- il lavoro corporeo, che è elemento essenziale del programma, permette di acquisire e sperimentare attraverso esercizi fisici e tecniche di respirazione/rilassamento, nuove capacità di gestione del dolore del travaglio e parto.

Gli incontri prima del parto sono circa 7-8 e rivolti alla gestante e alla coppia.

La conduzione dell'intera esperienza è dell'ostetrica affiancata da altri professionisti (ginecologo, pediatra, anestesista e psicologo).

Per partecipare ai gruppi di accompagnamento alla nascita è necessario prendere contatto con i consultori familiari, con i punti nascita e/o centri convenzionati di riferimento. E' necessaria la prescrizione del proprio medico.



Luogo del parto

Il luogo del parto è scelto dalla donna. In presenza di condizioni cliniche che richiedano assistenza specialistica e/o intensiva alla mamma e/o feto (prematività estrema, preeclampsia, etc.) 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, presentati in una sezione dedicata, si trovano presso:

- Ospedale di Cittadella
- Ospedale di Camposampiero
- Ospedale di Schiavonia-Monselice
- Casa di cura di Abano Terme
- Clinica ostetrica-ginecologica di Padova (Azienda Ospedaliera).

| Punti Nascita | Telefono | Segreteria | Amb. GAT |
|-------------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| Ospedale Cittadella | 049 9424735 | 049 9424731 | 049 9424746 |
| Ospedale Camposampiero | 049 9324603/04 | 049 9324601 | 049 9324975 |
| Ospedale Piove di Sacco | 049 9718.158 | 049 9718173 | 049 9718174 |
| Ospedale Schiavonia | 0429 715.739 | 0429 715730/31 | 0429 715735 |
| A.O. CLINICA Padova | 049 8213410/3400 | 049 8213445 | 049 8213455 |
| A.O. DIVISIONE Padova | 049 8217.383 | 049 8213482 | 049 8213469/70 |
| Ospedale di Abano Terme | 049 8221360/274 | 049 8221360/274 | 049 8221360/274 |

I punti nascita del nostro territorio 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.

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 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 su aiuto, incoraggiamento, rassicurazione, conforto, comfort, presenza continua e continuativa di una persona di fiducia e di professionisti, per affrontare e vivere 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. I Punti Nascita organizzano un incontro informativo per far conoscere alla donna/coppia le modalità assistenziali. Tale incontro si rivela utile per contenere l'ansia aggiuntiva legata all'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, il parto e il puerperio
- 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'analgisia peridurale che attraverso l'inserimento di un catetere 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'analgisia peridurale è disponibile in tutti i 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'analgisia 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 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 caso 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.

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 spinale (che blocca la sensibilità nella zona dell'intervento rimanendo la madre sveglia durante la nascita del suo bambino) 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;
- maggiore rischio di infezione;
- maggiore 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.



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);
- 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 del 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, se l'anestesia materna non è generale, è possibile, con l'aiuto degli operatori presenti alla nascita, non allontanare il bambino dalla mamma, permettendo loro di ritrovarsi immediatamente a contatto pelle-pelle.

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, rassicurandola sulle proprie competenze materne e abituandola 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 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 di 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.

Una volta iniziato l'allattamento, 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;

E' 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 probabilità di incorrere in infezioni respiratorie, gastrointestinali, delle vie urinarie, otiti, meningiti);

Aumenta la risposta alle vaccinazioni

Riduce il rischio di morte in culla, di diabete infantile, di problemi ortodontici e carie da biberon

Protegge da alcune malattie dell'età adulta: ipertensione, obesità, malattie cardio-vascolari, diabete, tumori e malattie croniche intestinali

Permette pasti più comodi di notte e in viaggio

È un risparmio per l'economia della famiglia

Vantaggi per la mamma:

minore rischio di emorragia post parto

più veloce recupero fisico dopo il parto

minori rischi di cancro al seno e alle ovaie

maggior facilità nel legame con il bambino

minore frequenza di depressione post parto

minor incidenza di osteoporosi

PERCHÉ NO

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

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ne riconosce le seguenti:

Sieropositività HIV

Psicosi post parto

Tumore mammario

Alcolismo e/o tossicodipendenza

Alcune rare malattie congenite del neonato (es. galattosemia)

Assunzione permanente di farmaci controindicati

Agenesia mammaria o mastectomia bilaterale

Epatite in fase acuta

Herpes bilaterale al capezzolo

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.).

E' utile sapere che tutti i problemi sopracitati si possono 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. 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. Se il sangue cordonale non viene donato, è destinato ad essere eliminato.

Donare il sangue cordonale significa contribuire alla possibilità di cure salvavita e alla ricerca nel campo delle malattie del sangue. La donazione definita allogenica o solidaristica, cioè fatta per curare una persona diversa da quella che dona, è volontaria. 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.
- Per accertare l'idoneità alla donazione la madre dovrà compilare l'apposito modulo anamnestico, che dovrà essere verificato e firmato da un operatore sanitario nel corso dell'ultimo Bilancio di Salute. Tale modulo dovrà essere portato con sé al momento del ricovero per il parto.
- 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 alle 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 cordonale. 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 valuterà 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 conserverà il sangue a -196°C inviando i dati al Registro Italiano (che raccoglie in Italia al 2012 oltre 34.000 unità, 1125 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.

Nel caso di familiari (fratelli e/o genitori 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).

In Italia non è permessa la conservazione autologa (quando si vuole conservare il sangue cordonale nell'ipotesi teorica che nel corso della vita il neonato possa sviluppare una malattia curabile con le proprie cellule staminali) **in quanto la sua efficacia non è stata dimostrata** e quindi non è riconosciuta come appropriata.

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 tutti i Punti Nascita vengono organizzati incontri informativi e site-visiting. È utile discutere con il personale del Punto Nascita scelto per il parto di quanto ci si aspetta per quell'importante momento.

E' 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.

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**
- **Anamnesi**
- **Valutazione dell'accrescimento fetale**
- **Ecografie**
- **Diagnostica prenatale**
- **Bilancio di salute materno-fetale presso il Punto Nascita**
- **Fisiologia del travaglio e parto**
- **Travaglio e parto**
- **I primi giorni dopo la nascita**
- **Fisiologia dell'allattamento al seno**
- **Puerperio**
- **Diventare padre**
- **A casa con il bambino**
- **8 azioni per la salute del tuo bambino "Genitori più"**

Stili di vita in gravidanza

La gravidanza rappresenta un momento speciale per la vita della donna. In questa fase infatti la futura mamma generalmente è particolarmente disponibile a seguire i consigli dei professionisti sanitari, pertanto può rappresentare un momento ideale per affrontare tematiche inerenti la prevenzione e promozione della salute attraverso l'alimentazione e gli stili di vita. E' possibile intervenire con una corretta informazione per consolidare comportamenti virtuosi o per correggere invece abitudini sbagliate. Il ruolo della donna è infatti centrale all'interno della famiglia per la tutela della salute dell'intero nucleo familiare. Ecco quindi che se la mamma si nutre bene, nutre bene il suo bambino e nutre in modo adeguato la sua famiglia collaborando in maniera attiva alla salute collettiva.

Consigli nutrizionali

I consigli che si danno per una corretta alimentazione in gravidanza non sono molto diversi da quelli della popolazione generale. Non è necessario mangiare per due ma è necessario mangiare due volte meglio! Si raccomanda di:

- fare sempre la colazione oppure lo spuntino nella prima parte della mattinata;
- consumare quotidianamente almeno 5 porzioni tra frutta e verdura di stagione variando la tipologia e una porzione di frutta secca: noci, nocciole, mandorle;
- consumare quotidianamente 3-4 porzioni di cereali preferendo cereali integrali sotto forma di pasta o pane (di frumento, farro, kamut...) oppure cous-cous integrale, o cereali in chicco come orzo, farro, riso, avena, grano saraceno, miglio oppure polenta o patate;
- consumare quotidianamente 1-2 porzioni di latticini come yogurt, latte, formaggio 1-2 volte a settimana;
- consumare quotidianamente fonti proteiche animali (carne, pesce, uova) alternandole a quelle vegetali (per esempio legumi, piselli, lenticchie, fagioli, ceci...), limitando il consumo settimanale di carni rosse e processate, preferendo tra i pesci quelli di piccole dimensioni e limitando tonno, pesce spada etc;
- consumare quotidianamente condimenti grassi di tipo vegetale monoseme come l'olio extravergine di oliva a crudo;
- limitare l'assunzione di bibite zuccherate, bevande contenenti caffeina, dolci e zuccheri semplici in genere;
- evitare l'assunzione di alcol durante la gravidanza;
- limitare l'utilizzo del sale, preferire il sale iodato o integrale.



Altri suggerimenti importanti

In gravidanza è consigliabile mantenere una glicemia costante il più possibile, quindi è utile suddividere i pasti in 5-6 al giorno, evitando lunghi digiuni e anche pasti troppo abbondanti; l'aumento calorico per una donna normopeso è in media di circa 300 cal (qualche esempio: una brioches farcita o una porzione di pasta condita o una porzione di secondo piatto con verdure condite. Basta poco ad arrivare alle calorie necessarie, scegliere quelle più utili!).

Vi ricordiamo che numero studi hanno dimostrato come una accurata igiene dentale in gravidanza sia importantissima, non soltanto per preservare la salute dei denti della mamma in attesa, ma anche per prevenire i potenziali problemi dei dentini del bambino

E' importante bere adeguatamente circa 1,5-2 litri al dì (8-10 bicchieri di acqua) ricordando che possiamo utilizzare anche tisane.

Se preesistono alla gravidanza problematiche particolari inerenti all'alimentazione (per es. celiachia, alimentazione prevalentemente vegetariana o vegana, allergie ad alimenti, obesità, diabete) è opportuno chiedere il consiglio specifico di un nutrizionista. Ugualmente se sussistono disturbi del comportamento alimentare (es. anoressia o bulimia) è importante avere il supporto di uno specialista del settore.

E' ormai sfatato da tempo il mito che in gravidanza si mangia per due. Infatti l'aumento ponderale consigliato per la futura mamma è in funzione del peso di partenza in particolare del BMI.

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 precauzione 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, squalo;
- 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;

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.

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 comporta danni 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 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.

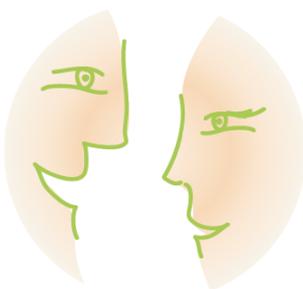


CURA DEL CORPO

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, 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 corsi di accompagnamento alla nascita;
- modalità del travaglio; modalità del parto; condizioni del neonato alla nascita.

A discrezione della donna i dati che consentono l'identificazione del padre del nascituro (nome, cognome, residenza) possono non essere comunicati. Sono comunque richiesti 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. 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 altre informazioni sulle modalità di riconoscimento del bambino. 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 può 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 altre 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

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

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 ai bambini.

Per una eventuale consulenza sui farmaci in gravidanza è possibile contattare il *Centro di Informazione sul Farmaco e la Salute dell'Istituto Mario Negri al numero telefonico 800 883 300.*



Anamnesi vaccinale/immunologica

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

Anamnesi del benessere psicologico e 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.

Queste informazioni sono utili per 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. Tali abusi, se presenti, spesso si aggravano durante o dopo la gravidanza. 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, Centri anti violenza, Servizi Sociali, Associazioni di Volontariato, Pronto Soccorso, Forze dell'Ordine, ecc.).

Costituzione corporea

Il valore del peso prima dell'inizio della gravidanza è un buon riferimento per valutare eventuali scostamenti significativi rispetto al peso forma. L'obesità o la magrezza estrema rappresentano, infatti, un fattore di rischio per la gravidanza e richiedono assistenza addizionale.

L'indice di massa corporea IMC (o body mass index BMI) serve per valutare il "peso forma" di una persona. La valutazione correttamente tiene conto non solo del peso ma anche dell'altezza : il calcolo viene fatto dividendo il peso per il quadrato dell'altezza (cioè l'altezza moltiplicata per sé stessa)

BMI (o IMC) = PESO diviso ALTEZZA AL QUADRATO

Es.: donna con peso corporeo di 68 kg e altezza 1,72 m; BMI (= $68 / 1,72 \times 1,72 = 68 / 2,95$) = 23,05

I valori di riferimento del BMI per una donna prima della gravidanza sono i seguenti:

sottopeso inferiore a 18,5

normopeso tra 18,5 e 24,9

sovrappeso tra 25 e 29,9

obesità superiore a 30

Anamnesi ostetrico-ginecologica

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.

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'accrescimento 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 si rileva con un nastro centimetrato, calcolando la distanza tra il margine superiore della sinfisi pubica ed il fondo uterino. Il dato viene riportato nelle schede degli esami ostetrici 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. Gli esami previsti dal Profilo Assistenziale per la gravidanza fisiologica sono 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 24-27 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 extragradica. L'esame va eseguito al primo controllo. Nelle situazioni di rischio di diabete in gravidanza 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 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.

ANTICORPI ANTI HIV: ricerca la presenza di anticorpi contro il virus dell'AIDS. E' 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.

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. Essi sono esenti ticket se sulla impegnativa è indicata la patologia e il relativo codice di esenzione (450).

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

E' 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.

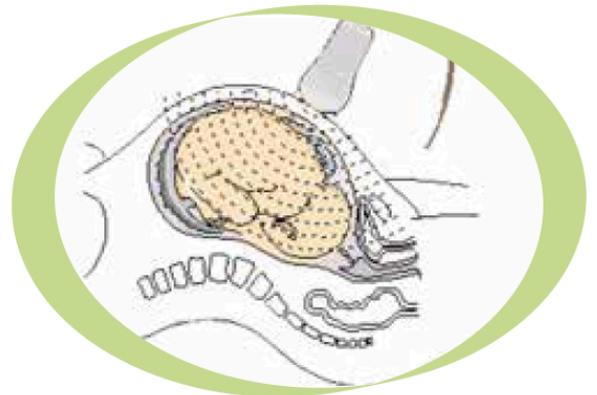
Ecografie

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.

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 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. E' 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.

Diagnosi 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.

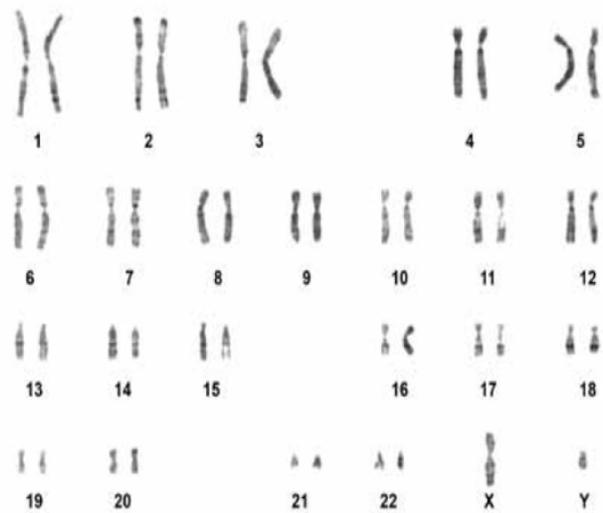
Prima della nascita possono essere ricercate solo alcune malattie dovute ai difetti dei cromosomi (corpuscoli che all'interno delle cellule trasmettono l'informazione genetica proveniente per metà dalla mamma e per l'altra metà dal papà biologico), ad esempio la sindrome di Down.

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:

- Calcolo del livello di rischio personalizzato per ogni donna attraverso il test di screening
- Se il test di screening ha fornito un valore di rischio aumentato viene eseguito l'esame invasivo
- In caso di risultato anomalo alla donna verranno offerte più opzioni di scelta.

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.

La diagnosi prenatale invasiva (amniocentesi-villocentes) è offerta alle donne che hanno un rischio aumentato come risultato del test di screening e alle donne con più di 35 anni.

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

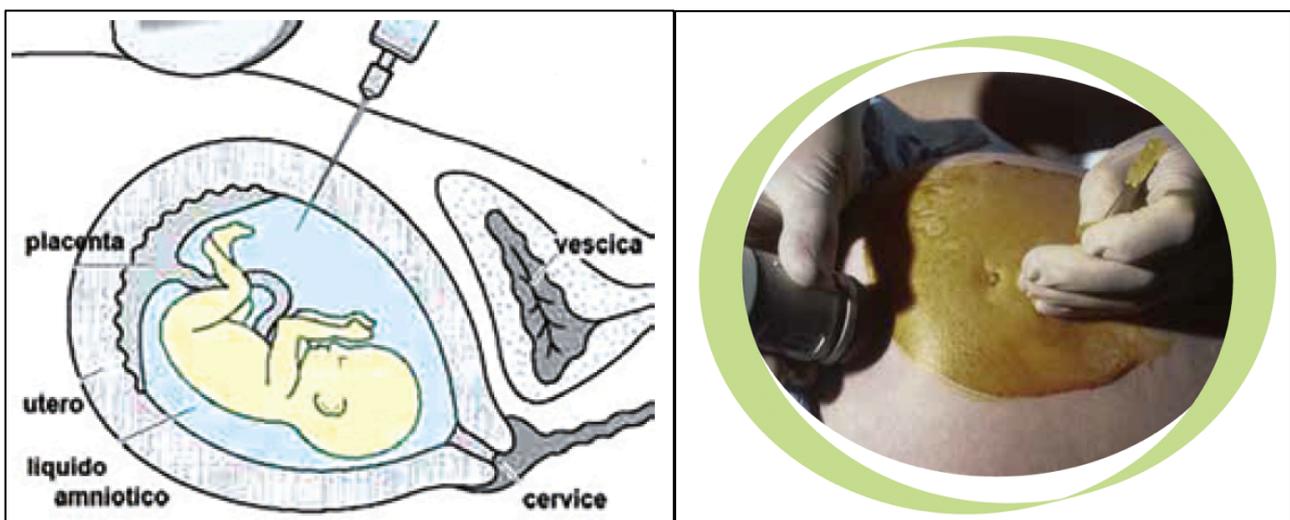
Gli esami diagnostici oggi disponibili sono:

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 11 a 13 settimane di gravidanza (se eseguito prima può aumentare il rischio di aborto).

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

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 ambulatorialmente e non richiedono il ricovero in ospedale, ma poiché è meglio eseguirli in servizi che ne praticino 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.

Bilancio di salute materno fetale presso il punto nascita

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.

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.

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 cardiotocografia (tracciato per la valutazione del benessere fetale) e della valutazione ecografica della quantità del

liquido amniotico (AFI) con impegnativa interna. 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.

Cosa preparare per l’Ospedale in attesa del parto

- Documenti d’identità
- Documentazione con gli esami effettuati in gravidanza
- Tessera sanitaria; per le donne straniere di paesi appartenenti all’Unione Europea, tessera TEAM/ENI; per le donne appartenenti a paesi extracomunitari e senza permesso di soggiorno, codice STP (stranieri temporaneamente presenti)
- Effetti personali per mamma e bambino consigliati dal Punto Nascita prescelto
- 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 ma tinto (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.

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 suturate. 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 risponderle 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 delle infermiere del Nido, 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.

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, tali malattie possono essere curate fin da subito, cioè ancor prima che ne compaiano i sintomi
- 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". Il Libretto Sanitario 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 l'elenco dei pediatri di libera scelta, rivolgersi alla sede del proprio distretto sanitario di base.

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

La Regione Veneto collabora con Unicef per la promozione, la protezione e il sostegno dell'allattamento attraverso il programma "Ospedali & Comunità Amici dei Bambini OMS/Unicef - coordinamento e sviluppo rete per l'allattamento materno" con l'impegno di sviluppare nella Regione le iniziative Unicef "Insieme per l'allattamento".

Fisiologia dell'allattamento

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.

E' 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 partner e magari anche le nonne in questi momenti informativi in modo tale che tutta la famiglia condivida le conoscenze indispensabili per un efficace sostegno alla donna che allatta.

Allattare al seno deve essere un piacere per la mamma e per il bambino. La fase iniziale, di "rodaggio", è impegnativa: essa può essere faticosa e richiedere spirito di adattamento alla nuova situazione. 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 a 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. E' solo smettendo di metterlo al seno che si interrompe la produzione del latte.

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

ha bisogno, e successivamente, in alcuni momenti in cui aumentano i bisogni del piccolo in proporzione alla sua crescita (questi periodi sono chiamati “scatti di crescita”).

Con le prime poppate il neonato riceve il colostro, una sostanza molto nutriente e ricca di anticorpi che gradualmente, arricchendosi di acqua, si trasforma in latte. Con le poppate successive si stimola la prolattina che favorisce, di volta in volta, l'aumento della quantità di latte che porterà alla cosiddetta “montata lattea”. La mamma sentirà il seno più teso, caldo, a volte 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 della mammella 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** e interferire con l'avvio fisiologico dell'allattamento (ad es. suggerire di allattare seguendo un orario rigido, proporre diagnosi improvvisate di “poco latte”, dare consigli di integrare con altre bevande ecc.).

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

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, più probabilmente ciò è dovuto alle aumentate necessità del bambino in crescita (“l'appetito vien mangiando!”)
- il latte, oltre ad accumularsi nel seno tra una poppata e l'altra, **viene prodotto e arricchito di sostanze nutrienti proprio durante la poppata** per effetto della suzione del bambino ed è proprio la suzione che mantiene la produzione del latte

- **non ci sono cibi controindicati per la donna che allatta**
- le ragadi si prevencono 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.

Nella fisiologica gestione dell'allattamento, esiste una **tecnica corretta per spremere il seno manualmente**.

Quando spremersi manualmente il seno?

- Prima e dopo la poppata, per una corretta igiene del seno e del capezzolo
- Se il tuo bambino non succhia bene e vuoi dargli il tuo latte
- Se necessario nei primi giorni dopo il parto è più efficace utilizzare la spremitura manuale, che il tiralatte, perché il colostro è presente in piccole quantità
- Se il tuo seno è troppo pieno
- Se non vuoi comprare e usare un tiralatte elettrico, quando sei lontana dal tuo bambino o se devi tornare a lavoro

La spremitura manuale stimola l'emissione del latte: mettiti comoda e rilassata e pensa al bambino o guardalo. Scalda il seno, massaggiandolo delicatamente. Rigira dolcemente i capezzoli tra le dita e il pollice. (Quando avrai familiarizzato con questa pratica, potresti non aver più bisogno di stimolare la fuoriuscita del latte). Palpa dolcemente il seno alla distanza di circa 4 cm dal capezzolo, fino ad identificare una parte di seno che sembra avere una consistenza diversa. Una volta trovato il punto metti il pollice e l'indice a C (il pollice sopra l'indice sotto). Puoi sostenere il seno con le altre dita. Spingi delicatamente pollice e indice all'indietro verso la parete del torace. Quindi premi il pollice contro l'indice, comprimendo il seno. Rilascia la pressione e ripeti i movimenti più volte fino a che il latte inizia a fluire; potrebbero volerci alcuni minuti. Dopodiché, il latte potrebbe uscire a zampilli o a fiotti. Quando la fuoriuscita di latte rallenta, ruota le dita intorno al bordo dell'areola, verso un'altra parte del seno e ripeti le stesse manovre.

Quando la fuoriuscita di latte cessa, passa all'altro seno, allo stesso modo. Puoi passare più volte da un seno all'altro, se necessario; se il latte non esce, prova ad avvicinare o allontanare le dita dal capezzolo oppure "prova un massaggio dolce".



In che modo allattare

Non esiste posizione da preferire perché quella migliore varia da mamma a neonato, anzi secondo la coppia mamma-neonato. A volte permettere alla mamma di assumere una posizione rilassata e semi reclinata consente al bambino di esprimere le sue competenze innate di raggiungere il seno e alla mamma di prendersi cura di lui, di essere sensibile e reattiva ai suoi bisogni e quindi l'indicazione alle varie posizioni in allattamento non può essere una prescrizione rigida.

Nelle varie posizioni in cui il tuo bambino si avvicina per mangiare puoi controllare che:

- La testa del bambino e il corpo siano allineati. In caso contrario il bambino potrebbe non essere in grado di deglutire facilmente.
- Il bambino sia ben sostenuto vicino al tuo corpo. Sostieni la sua schiena, le spalle e il collo.
- Il bambino deve essere in grado di muovere all'indietro la testa per attaccarsi in maniera corretta.
- Il naso del tuo bambino sia di fronte al tuo capezzolo. Se il bambino ha il naso a livello del capezzolo sarà più facile un buon attacco al seno. Aspetta che spalanchi la bocca aiutandolo sfiorando il tuo capezzolo sulle sue labbra. Subito dopo avvicinalo così che il suo mento tocchi il seno, il più lontano possibile dalla base del capezzolo. L'attacco del bambino al seno non sarà simmetrico rispetto al capezzolo, ma avrà in bocca la maggior parte dell'areola inferiore rispetto alla parte superiore sopra il suo naso.





Ora puoi osservare che:

- Il tuo bambino ha la bocca spalancata, con l'interno una buona porzione di seno non solo il capezzolo.
- Il mento è ben affondato nel seno.
- Non senti male quando poppa a parte le prime suzioni che possono sembrare più energiche.
- Se riesci a vedere la pelle scura (areola) intorno al capezzolo, dovresti vederne di più sopra il labbro superiore del bambino che sotto quello inferiore.
- Le guance del bambino sono piene e tonde durante la suzione.
- Alterna lunghe suzioni seguite da una deglutizione ed è normale che ogni tanto faccia delle pause.
- Si stacca dal seno da solo quando ha finito la poppata.

Le dimensioni dello stomaco di un neonato



1 giorno
Come una ciliegia
5-7 ml



3 giorni
Come una noce
22-27 ml



1 settimana
Come
un'albicocca
45-60 ml



1 mese
Come un uovo
grande 80-150 ml

Altre posizioni che possono essere consigliate per l'allattamento al seno



Posizione a culla

La testa del bambino poggia sull'avambraccio corrispondente al seno che offre.

Posizione rugby

Il bambino è sottobraccio alla mamma sostenuto dal braccio corrispondente al seno che offre. Dà alla madre una buona visione dell'attacco ed è utile nel caso si allattino 2 gemelli.



Posizione incrociata

La testa e la schiena del bambino sono sostenute dalla mano e dall'avambraccio della mamma



Posizione a letto

E' molto indicata nel periodo immediatamente dopo il parto, in particolare se il parto è stato cesareo, e di notte. Mamma e bambino devono essere sdraiati su un fianco e il corpo del bambino è rivolto verso quello della mamma.



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 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 e psicologico
- 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.

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

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, 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 al corso 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.

E' 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 serve ad escludere eventuali rischi e possibili infezioni trasmissibili per via sessuale.

In previsione del Bilancio di Salute a termine 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.

E' 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, di gruppo 0 per bambini di peso inferiore a 10 Kg, costruiti secondo le ultime normative europee. 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.) | 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. |
| e... | e... |
| <ul style="list-style-type: none">• Impossibilità di rapportarsi direttamente con gli altri | 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 |

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, 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.

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 corruciato. 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. E' 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. In generale, non è quindi necessario indurre il risveglio nel piccolo lattante sano che si alimenta e cresce normalmente, lasciando che egli possa tendenzialmente dormire fino a quando lo desidera.

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. E' 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 a specchio) riflettano all'interno del nostro cervello quello che vediamo fare dagli altri e come tali informazioni si fissino nella memoria.

E' 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.

Quando non tutto fila liscio

Può succedere che la coppia madre-bambino si trovi in una situazione di solitudine o di scarsa protezione per entrambi. Non sempre il padre è presente, non sempre il rapporto di coppia offre sicurezza, a volte la mamma non sta bene, a volte il bambino presenta delle difficoltà. A volte, purtroppo, la maternità viene vissuta all'interno di situazioni di violenza (nell'11% dei casi secondo i dati del Ministero della Sanità). Anche per questo puoi rivolgerti ai servizi indicati alla fine dell'agenda. Diventa quindi importante la conoscenza della rete dei servizi presenti sul proprio territorio e le modalità di accesso per un aiuto ed un sostegno.

8 azioni per la salute del tuo bambino

In ogni momento della vita del Vostro bambino, la cura che un genitore attento e informato può dargli, è un bene prezioso. Per questo “Genitori più” (pagina consultabile al sito www.genitoripiu.it/) promuove 8 azioni per la salute del bambino: 8 azioni di fondamentale importanza per voi, ma soprattutto per lui.

Ognuna di queste azioni lo protegge da più di un problema. Tutte insieme costituiscono un capitale di salute per la sua vita futura.

Voi genitori potete fare davvero molto: quello che fate ha più forza se ogni azione è sostenuta insieme alle altre.

Ci siamo impegnati nella promozione delle 8 azioni per offrire, insieme a voi, più salute, più protezione e più sicurezza dei vostri bambini e per mettervi in grado di utilizzare al meglio i Servizi Sanitari.

Genitori Più è un programma promosso dalla Regione Veneto sviluppato in molte Regioni italiane, in collaborazione con Ministero della Salute, FIMP e UNICEF.

Prender el’acido folico anche prima della gravidanza



Pensate al vostro bambino ancora prima di concepirlo: l’acido folico è una vitamina che assunta prima del concepimento e durante i primi 3 mesi di gravidanza può prevenire importanti malformazioni. La sua assunzione è sicura. Chiedete una consulenza preconcezionale al vostro medico di fiducia.

Non bere bevande alcoliche in gravidanza e durante

l’allattamento

Quando una donna in gravidanza o in allattamento beve alcol anche il bimbo “beve” con lei. Proteggete il vostro bambino dagli effetti dell’alcol già dal momento del concepimento: anche in piccole quantità può provocare danni permanenti alla sua salute. Se pensate ad una gravidanza evitate l’uso di bevande alcoliche. Coinvolgete chi vi sta vicino perché vi aiuti a ricordarlo. Chiedete informazioni al vostro medico di fiducia.



Non fumare in gravidanza e davanti al bambino



Protegete il vostro bambino dal fumo: fumare in gravidanza mette a rischio la sua salute. Anche il fumo passivo è molto dannoso, soprattutto quando è ancora piccolo: non consentite che si fumi in casa e vicino a lui. Non fumare fa bene anche a voi. Chiedete informazioni al vostro medico o alla vostra ostetrica di fiducia.

Allattarlo al seno

Allattate al seno il vostro bambino. L'allattamento al seno è il gesto più naturale che c'è e il latte materno è l'alimento più completo: nei primi sei mesi di vita il vostro bambino non ha bisogno di nient'altro. Continuate poi ad allattarlo, anche oltre l'anno e più. Il latte materno protegge da tantissime malattie, sia da piccolo che da grande. E fa bene anche alla mamma. Non esitate a chiedere sostegno ai vostri familiari e agli operatori sanitari.



Metterlo a dormire a pancia in su



Mettete a dormire il vostro bambino sempre a pancia in su: è la posizione più sicura. Insieme all'allattamento e alla protezione dal fumo, aiuta a prevenire la "morte in culla" (SIDS). È importante anche mantenere la temperatura ambiente tra i 18° C e i 20° C, e non coprirlo troppo. Parlatene con il vostro pediatra di fiducia.

Proteggerlo in auto e in casa

In auto utilizzate sempre il seggiolino di sicurezza anche per tragitti brevi. Assicuratevi che sia idoneo al suo peso, che sia montato correttamente e che abbia il marchio europeo in vigore.

A casa valutate con attenzione tutti i pericoli possibili. Assumete comportamenti e precauzioni che gli garantiscano di crescere in sicurezza. Educatelo alla prudenza anche con il buon esempio. Chiedete informazioni agli operatori sanitari.



Fare tutte le vaccinazioni consigliate



Vaccinare il vostro bambino significa proteggere lui e gli altri bambini da tante malattie infettive. Alcune sono molto pericolose e, grazie alle vaccinazioni, oggi sono sotto controllo. Per saperne di più consultate il libretto sulle vaccinazioni nell'infanzia e rivolgetevi al vostro pediatra o agli operatori dei servizi vaccinali.

Leggergli un libro

Trovate il tempo per leggere con il vostro bambino: sentirvi leggere un libro ad alta voce gli piacerà tantissimo e stimolerà il suo sviluppo cognitivo e relazionale.

Potete cominciare già a sei mesi. Chiedete suggerimenti al vostro pediatra e in biblioteca.



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. I contenuti di questa sezione sono un contributo alla conoscenza dei 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:

- **I percorsi nascita e la collettività**
- **I primi documenti del bambino**
- **Provvedimenti a favore della famiglia**
- **Opportunità per la conciliazione vita-lavoro**
- **I diritti dei genitori che lavorano**
- **Il percorso nascita e la collettività**

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
- 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

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) dalla sola madre o da entrambe i genitori
- in tempi successivi per i genitori di meno di 14 anni o per situazioni di riconoscimento disgiunto da parte dei genitori.

Requisiti:

- Compimento dei 16 anni di età
- Dai 14 ai 16 anni di età con l'autorizzazione del giudice tutelare

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 14 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 14 anni previa autorizzazione del giudice tutelare.

5. Madre e padre con età inferiore ai 14 anni: sino al compimento del 15o 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. 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 richiedere 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. 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).

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.

7. 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

8. 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

9. Madre/genitori extracomunitari stranieri privi di documenti d'identità: è consigliato già durante la gravidanza:

- rivolgersi ai Distretti socio sanitari per il rilascio del documento STP/ENI che dà diritto ad alcune prestazioni sanitarie presso i servizi pubblici 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 le situazioni del punto 8 e del punto 9, una volta completate le pratiche di regolarizzazione, è possibile fare il pre-riconoscimento, ossia riconoscere il bambino durante la gravidanza prima della nascita. Per il pre-riconoscimento è necessario rivolgersi al Comune dove la donna/coppia vive.

10. **Nel caso di donna con visto turistico** 1. è necessario rivolgersi al Distretto socio-sanitario 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 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 a favore della famiglia

Servizi a sostegno della famiglia

Nel territorio di Verona e Provincia sono presenti i Consultori Familiari che offrono interventi a sostegno e cura della donna, della maternità e delle relazioni familiari. Inoltre, i Servizi Sociali dei Comuni del territorio, nell'ambito delle proprie competenze e delle risorse disponibili, attivano interventi di sostegno socio-assistenziale ed educativo finalizzati a rimuovere condizioni di disagio individuale, familiare e sociale. Per ottenere informazioni sulle attività e gli interventi descritti, è possibile rivolgersi presso i Servizi Sociali del Comune di residenza.

Si segnala che le donne possono avvalersi del diritto di non riconoscere il proprio nato, come già ricordato precedentemente nella sezione "La dichiarazione di nascita ed il riconoscimento del bambino".

Donne extracomunitarie o straniere: gestanti e madri

Le donne straniere, non in regola con il permesso di soggiorno, ma in possesso di tessera ENI o STP hanno diritto a tutti i controlli gratuiti previsti per la gravidanza e il parto presso le strutture pubbliche. Per poter ottenere la tessera ENI o STP è necessario rivolgersi agli uffici amministrativi che si trovano presso i distretti socio-sanitari del territorio dove si vive.

La donna straniera in gravidanza che non è in regola con le norme di ingresso e soggiorno 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, presso la Questura, portando il certificato medico rilasciato dal servizio pubblico che attesti lo stato di gravidanza.

I bambini figli di genitori stranieri residenti 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.

I bambini figli di genitori in possesso di tessera ENI o STP possono a loro volta ottenere la tessera sanitaria per i primi 6 mesi di vita che comunque non dà diritto al PLS (pediatra di libera scelta).

Opportunità per la conciliazione vita-lavoro

Nelle prossime pagine il neo genitore potrà trovare le principali opportunità di cui può usufruire dopo la nascita di una/o bimba/o fino al dodicesimo anno di età, affinché possa valutare con serenità le varie modalità di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Congedo di maternità

Mamma lavoratrice

Per la donna lavoratrice è previsto il congedo di maternità: ogni donna, secondo la normativa vigente, deve assentarsi dal lavoro per un periodo che va dai due mesi prima della nascita del figlio a tre mesi dopo oppure un mese prima della nascita e quattro dopo.

Se il bambino è nato prematuro, rispetto alla data prevista, la donna può scegliere di stare a casa anche per il periodo di giorni di cui non ha usufruito prima del parto. Per poter usufruire del congedo di maternità è necessario presentare al datore di lavoro il certificato di nascita o una dichiarazione sostitutiva entro trenta giorni dalla nascita del bambino. Così facendo ogni donna riceve l'80% dello stipendio (alcuni contratti di lavoro prevedono l'integrazione al 100%). Tale periodo di assenza conta sia come anzianità di servizio che per il calcolo della 13a e delle ferie. Nel caso di gravi complicanze della gravidanza o di condizioni di lavoro o ambientali pregiudizievoli alla

salute della donna e a quella del bambino e nel caso in cui non possa essere adibita ad altre mansioni, l'ASL/Direzione territoriale del Lavoro può disporre, sulla base di accertamento medico, l'interdizione dal lavoro anche per periodi precedenti al congedo di maternità. Si parla in questo caso di **maternità anticipata**.

Mamma in mobilità

Per la donna in mobilità, il periodo di congedo non riduce il periodo di permanenza nelle liste e continua ad essere pagata l'indennità di mobilità per il periodo massimo previsto.

La donna non viene cancellata dalla lista se, durante il congedo, rifiuta un'offerta di lavoro o di avviamento a corsi di formazione.

Se invece la donna venisse licenziata per cessazione dell'attività dell'azienda o, alla scadenza non le venisse rinnovato il contratto a termine, riceverebbe ugualmente l'indennità di maternità.

Mamma disoccupata

Una mamma disoccupata ha diritto all'indennità di maternità se, all'inizio del periodo di congedo, aveva diritto all'indennità di disoccupazione.

Mamma libero professionista

Può utilizzare il congedo di maternità e richiedere al suo ente previdenziale l'indennità di maternità, il cui importo varia a seconda dell'attività (per maggiori informazioni rivolgersi direttamente all'ente di previdenza).

Mamma imprenditrice

Ogni mamma imprenditrice ha diritto al congedo di maternità previa domanda all'INPS (per maggiori informazioni rivolgersi direttamente all'ente di previdenza).

Mamma lavoratrice autonoma (artigiana, commerciante, coltivatrice diretta) o parasubordinata

Alla mamma lavoratrice autonoma spetta l'indennità per i due mesi prima e i tre mesi dopo il parto, ma non ha l'obbligo di astenersi dal lavoro, come invece avviene per le lavoratrici dipendenti.

Mamma lavoratrice dirigente

Per le donne lavoratrici che hanno un ruolo dirigente alle dipendenze di un datore di lavoro privato, valgono gli stessi diritti delle altre lavoratrici e la stessa tutela previdenziale da parte dell'INPS.

Anche per le collaboratrici domestiche è previsto il diritto al congedo di maternità ma per ottenere l'indennità la lavoratrice deve avere almeno 6 mesi di contributi settimanali nell'anno precedente oppure un anno di contributi nel biennio precedente.

Mamma adottiva o affidataria

Le mamme che hanno adottato un bambino in ambito nazionale e internazionale hanno diritto al congedo di maternità per 5 mesi a decorrere dall'effettivo ingresso del minore in famiglia. In caso di adozione internazionale, è possibile fruire del congedo anche nel periodo di permanenza all'estero o, in alternativa, scegliere un congedo non retribuito. In caso di affidamento del minore il congedo di maternità può essere fruito entro 5 mesi dall'affidamento e per un periodo complessivo pari a 3 mesi.

Il congedo spetta a prescindere dall'età del minore.

Congedo di paternità

È prevista per il padre del neonato la possibilità di usufruire del congedo di paternità, a nascita avvenuta.

Papà lavoratore

Il congedo di paternità è il periodo di astensione dal lavoro del lavoratore padre nei casi di morte o grave infermità della madre, o nei casi in cui il figlio sia stato abbandonato dalla madre o affidato esclusivamente al padre. Il padre ha diritto di richiedere il congedo di paternità anche nel caso in cui la madre sia una lavoratrice autonoma (diritto introdotto, a decorrere dal 25 giugno 2016, dal D.Lgs. 80/2015). In caso di madre non lavoratrice il congedo di paternità termina al terzo mese dopo il parto.

La durata complessiva del congedo di paternità è pari a quello di maternità o per la parte residua qualora la madre ne abbia già usufruito. La Legge n. 92/2012 (cd riforma Fornero), ha stabilito che anche il papà, in via sperimentale per il triennio 2013- 2015 (esteso per il 2016 e per il 2017 dalla legge di stabilità), ha diritto a quattro giorni di congedo da fruire entro i primi 5 mesi del bambino/a. I primi due giorni sono obbligatori e si sommano a tutto il congedo spettante alla madre. Il terzo ed il quarto giorno, invece, sono alternativi al congedo della madre.

Questa sperimentazione non si applica ai dipendenti della P. A., come recentemente stabilito da un parere del Dipartimento della Funzione Pubblica. Sempre entro lo stesso

periodo (5 mesi) è previsto il diritto all'astensione di altri 2 giorni (anche continuativi) previo accordo con la madre e in sua sostituzione in relazione al periodo di astensione obbligatoria spettante a quest'ultima. In questo caso sarà necessario comunicare al datore di lavoro, in forma scritta con almeno 15 giorni di preavviso, l'intenzione di astenersi dal lavoro.

Papà in mobilità

Per il padre in mobilità, il congedo non riduce il periodo di permanenza nelle liste e continua ad essere pagata l'indennità di mobilità per il periodo massimo previsto. Inoltre, non viene cancellato dalla lista se, durante il congedo, rifiuta un'offerta di lavoro o di avviamento a corsi di formazione.

Papà lavoratore dirigente

Per il papà lavoratore dirigente alle dipendenze di un datore di lavoro privato, valgono gli stessi diritti degli altri lavoratori e la stessa tutela previdenziale da parte dell'INPS.

Papà adottivo o affidatario

In caso di adozione nazionale o internazionale il padre può usufruire del congedo di paternità, per tutta la durata del congedo di maternità o per la parte residua, in alternativa alla madre lavoratrice che vi rinunci anche solo parzialmente o nei casi di decesso, grave infermità della madre o di abbandono o affidamento esclusivo. La durata del congedo non potrà in nessun caso essere superiore a 5 mesi complessivi, a decorrere dall'effettivo ingresso del minore in famiglia e a prescindere dall'età del minore adottato.

In caso di adozione internazionale, il congedo può anche essere fruito durante il periodo di permanenza all'estero, quando la coppia si reca all'estero per incontrare il minore al fine di perfezionare le procedure adottive. Nel caso di affidamento familiare, si ha diritto all'astensione dal lavoro per un periodo complessivo pari a tre mesi, entro l'arco temporale di cinque mesi, decorrenti dalla data di affidamento del minore; entro i predetti cinque mesi, il congedo in esame può essere usufruito in modo continuativo o frazionato, a prescindere dall'età del minore all'atto dell'affidamento e in alternativa alla madre lavoratrice che vi rinunci anche solo parzialmente, di decesso o di grave infermità della madre, abbandono o affidamento esclusivo.

Congedo parentale

Se la mamma o il papà hanno un lavoro dipendente, dopo l'astensione per maternità/paternità, possono richiedere l'astensione facoltativa dal lavoro, che si chiama **congedo parentale**. Mamma e papà possono usufruire del congedo anche **contemporaneamente**.

Il diritto può essere esercitato fino ai 12 anni di età del bambino e per un periodo continuativo o frazionato per la durata massima di 6 mesi. Questo significa che si può prendere anche per un solo giorno. Nel caso in cui la mamma o il papà siano soli (unico genitore) essi hanno entrambi diritto ad usufruire di un periodo di congedo continuativo o frazionato per la durata massima di 10 mesi. In ogni caso, se il padre chiede almeno tre mesi consecutivi di congedo parentale, la durata massima arriva a 11 mesi. È importante ricordarsi di preavvisare il datore di lavoro almeno 15 giorni prima della data in cui si vuole iniziare l'astensione dal lavoro. Per quanto riguarda l'indennità, l'INPS verserà il 30% della retribuzione fino ai 6 anni di età del bimbo. Tra i 6 e 8 anni è prevista una retribuzione se il reddito del richiedente (madre o padre) sia inferiore a 2,5 volte il trattamento minimo di pensione (per maggiori informazioni rivolgersi direttamente all'ente di previdenza). Dagli 8 ai 12 anni il congedo non è indennizzato. Il periodo di congedo viene calcolato ai fini dell'anzianità di servizio. **Le lavoratrici autonome e alcune categorie di lavoratrici iscritte alla Gestione Separata dell'Inps**, hanno diritto al congedo parentale per un periodo massimo di tre mesi, entro il primo anno di vita del bambino. Durante il periodo di congedo parentale, le suddette lavoratrici devono dichiarare di astenersi effettivamente dall'attività lavorativa.

Sono esclusi/e dal diritto al congedo parentale i lavoratori e le lavoratrici addette ai servizi domestici, i lavoratori e le lavoratrici a domicilio. **Le mamme e i papà adottivi o affidatari** possono usufruire del congedo parentale, qualunque sia l'età del bambino, entro 12 anni dall'ingresso del minore in famiglia, ma potranno ricevere la relativa indennità solo per i periodi di congedo fruiti nei primi 6 anni dall'ingresso del minore in famiglia. Per il calcolo dell'indennità per gli anni successivi si fa riferimento agli stessi criteri dei genitori naturali. Se i/le bimbi/e sono due o più è possibile usufruire dei mesi di congedo previsti per ciascuno. Il periodo di congedo parentale è valido ai soli fini dell'anzianità di servizio ma non per le ferie e le mensilità aggiuntive.

Riposo giornalieri

Durante il primo anno di vita del bambino sia la mamma che il papà hanno la possibilità di avvalersi di riposi giornalieri.

La mamma

Se ha un **orario superiore a 6 ore** può disporre di due riposi anche cumulabili nella giornata. Un'ora per ogni riposo. Se ha un **orario inferiore alle 6 ore** può disporre di un solo riposo. Nel caso in cui la mamma mandi il figlio in un asilo nido o in una struttura idonea istituita dall'azienda nell'unità produttiva o nelle immediate vicinanze, il periodo di riposo ha la durata di 1/2 ora. Nel caso del **parto plurimo** i riposi raddoppiano e le ore aggiuntive possono essere utilizzate dal papà. Nel caso di **adozione o di affidamento** valgono le medesime regole entro il primo anno dall'ingresso del bimbo in famiglia. Se vengono adottati o affidati due o più bimbi i riposi raddoppiano. È bene sapere che sia dal punto di vista retributivo che dal punto di vista previdenziale, i riposi costituiscono normale orario di lavoro. L'articolazione dei riposi giornalieri deve essere concordata con il datore di lavoro: in mancanza di accordo, sarà determinata dalla Direzione Territoriale del Lavoro, tenuto conto delle esigenze del neonato e dell'attività lavorativa.

Il papà

Può avvalersi di riposi giornalieri nei casi in cui:

- abbia l'affidamento esclusivo del figlio o dei figli;
- la mamma lavoratrice dipendente non li utilizzi e abbia concluso il periodo di congedo obbligatorio;
- la mamma non sia lavoratrice dipendente;
- la mamma sia lavoratrice autonoma o libera professionista;
- la mamma sia deceduta o affetta da grave malattia. Solo in questi casi, il papà può disporre:
 - di due riposi anche cumulabili nella giornata, se ha un orario superiore a 6 ore (un'ora per riposo); di un solo riposo se ha un orario inferiore alle 6 ore;
 - di un periodo di riposo della durata di 1/2 ora, nel caso in cui fruisca di asilo nido o di struttura idonea, istituita dall'azienda nell'unità produttiva o nelle immediate vicinanze.

Congedi e permessi per malattia dei figli

Ogni genitore ha diritto ai congedi se i propri figli si ammalano. Mamma e papà possono usufruirne, alternativamente, fino all'8° anno di età del figlio. Il congedo spetta al genitore richiedente anche qualora l'altro genitore non ne abbia diritto; ad esempio, nel caso in cui quest'ultimo/a sia libero/a professionista o lavoratore/trice autonomo/a.

Fino ai 3 anni la mamma o il papà possono assentarsi dal lavoro in qualsiasi momento, senza vincoli di tempo e fino alla completa guarigione, per periodi corrispondenti alle malattie di ciascun figlio. Nel caso di adozioni e affidamenti il limite di età è elevato a sei anni.

Dai 3 agli 8 anni la mamma o il papà possono assentarsi dal lavoro per un massimo di 5 giorni lavorativi all'anno per ogni figlio (anche per le adozioni e gli affidamenti). Nel caso in cui, alla data **dell'adozione o dell'affidamento**, il minore abbia un'età compresa fra i **6 e i 12 anni**, il congedo per la malattia del bambino è fruito nei primi tre anni dall'ingresso del minore nel nucleo familiare. È quindi necessario presentare il certificato di malattia rilasciato da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato. A questo tipo di congedi non si applicano le disposizioni sul controllo della malattia del lavoratore/trice. Nel caso in cui il proprio figlio venga ricoverato in ospedale durante il periodo di ferie di un genitore, è possibile chiedere la sospensione delle ferie per l'intera durata del ricovero. Dal punto di vista retributivo non è prevista **nessuna indennità**. I congedi sono utili invece per il calcolo dell'anzianità, ma non delle ferie e delle mensilità aggiuntive. Per quanto riguarda il trattamento previdenziale, i periodi di congedo entro i 3 anni di età del bambino prevedono la contribuzione figurativa, mentre tra i 3 e gli 8 anni la contribuzione figurativa è ridotta.

Figlio con grave disabilità

Nel caso in cui un figlio sia affetto da grave disabilità, secondo i criteri stabiliti dalla legge 104/92, i permessi e i riposi per la mamma e per il papà, previsti dalla medesima legge, possono essere cumulati con il congedo parentale e con il congedo per malattia.

Fino ai 3 anni di età del bambino sono previsti:

- l'estensione del congedo parentale ad un massimo di 3 anni, a meno che il bambino non sia ricoverato in istituti specializzati a tempo pieno;
- il diritto a 2 ore di riposo giornaliero;
- 3 giorni di permesso mensile, anche continuativi.

Dai 3 ai 18 anni di età del figlio sono previsti:

- 3 giorni di permesso mensile, anche continuativi;
- il prolungamento del congedo parentale.

Oltre i 18 anni di età del figlio sono previsti:

- 3 giorni di permesso mensile, anche continuativi; nel caso di maggiore età, il figlio deve convivere con il genitore richiedente o, nel caso non conviva, dovrà essere assistito dal genitore in modo continuativo ed esclusivo.

Dal punto di vista retributivo, nel caso di prolungamento del periodo di congedo parentale, l'indennità corrisponde al 30% della retribuzione. Per quanto riguarda, invece, i riposi giornalieri e i permessi mensili la retribuzione è completa.

Sul piano previdenziale la contribuzione è figurativa in entrambe le situazioni. Esiste, inoltre, la possibilità di usufruire di un congedo straordinario retribuito per due anni, anche frazionato a giorni interi, una sola volta nell'arco della vita lavorativa.

I diritti dei genitori che lavorano

Mantenimento del tuo posto di lavoro: mansioni, sede e ruolo

Al rientro dal congedo per maternità/paternità, il genitore ha diritto a conservare il suo posto di lavoro, nella stessa sede o in altra sede dello stesso Comune e ha diritto di restarvi fino al compimento di un anno di età del figlio. Il padre o la madre dovrà essere adibito alle stesse mansioni che svolgeva prima del congedo oppure ad altre mansioni che il contratto collettivo consideri equivalenti. Gli stessi diritti competono ad entrambi i genitori al rientro dopo un congedo parentale, un permesso o un riposo.

Divieto di licenziamento entro l'anno di età del figlio

I padri che usufruiscono del congedo di paternità (se sono l'unico genitore oppure la mamma è gravemente ammalata) non possono essere licenziati fino al compimento di 1 anno del figlio per il quale hanno chiesto il congedo. Le mamme non possono essere licenziate dall'inizio del periodo di gravidanza (anche se il datore di lavoro ancora non ne era stato informato) fino al compimento di un anno di età del bimbo.

Per le madri e i padri adottivi o affidatari vale lo stesso divieto fino ad un anno dall'ingresso del bambino in famiglia. Il licenziamento può essere invece comunicato nel caso in cui:

- ci sia una colpa grave del genitore che costituisca giusta causa;
- l'azienda cessi l'attività;
- sia terminata la prestazione che motivava l'assunzione;
- sia scaduto il contratto a termine;
- non sia stato superato il periodo di prova. Su quest'ultima ipotesi bisogna però verificare che non ci sia stata una discriminazione proprio perché la donna è rimasta incinta o perché l'uomo abbia usufruito del congedo di paternità.

Non si può essere sospesi dal lavoro a meno che venga interrotta per un certo periodo l'attività dell'azienda o del reparto e non si può neanche essere messi in mobilità in periodo di congedo. Non è consentito il licenziamento a seguito della richiesta di congedo parentale o perché ci si assenta per una malattia del figlio.

Collaboratrici domestiche

Se la donna è una collaboratrice domestica e la sua gravidanza è iniziata all'interno del periodo di lavoro non può venire licenziata fino al terzo mese dopo il parto.

Dimissioni

Nel caso di presentazione di dimissioni entro il compimento di tre anni di età del bimbo, dovranno essere convalidate presso l'Ispettorato del Lavoro (per il papà solo nel caso abbia usufruito del congedo di paternità). Se le dimissioni avvengono entro l'anno di età del figlio, si ha il diritto a richiedere le stesse indennità previste in caso di licenziamento e non devono essere comunicate con il preavviso previsto dal contratto.

Divieto di lavoro notturno

Fino al compimento di un anno di età del bambino, la madre non può lavorare dalle ore 24 alle ore 6, mentre non è obbligata a prestare il lavoro notturno fino a che il figlio non abbia compiuto i tre anni di età. Se la mamma è genitore unico affidatario del bimbo che vive con lei, non è obbligata a prestare il lavoro notturno fino all'età di dodici anni del figlio. Se ha a carico un figlio o un'altra persona disabile non è mai obbligata a prestare il lavoro notturno.

Il **padre** non è obbligato a prestare il lavoro notturno fino a che il figlio non abbia compiuto i tre anni di età se lo presta già la madre. Se il papà è genitore unico affidatario del figlio che vive con lui non è obbligato a prestare il lavoro notturno fino all'età di dodici anni del figlio e, come per la mamma, se ha a carico un figlio o un'altra persona disabile non è mai obbligato a prestare il lavoro notturno.

Possibilità di richiedere un anticipo della liquidazione

Per sostenere le spese del periodo di congedo parentale in cui si ha un'indennità ridotta, sia il papà che la mamma hanno diritto a richiedere al loro datore di lavoro un anticipo della liquidazione, così come per le spese mediche o per l'acquisto della casa.

Alcune altre informazioni...

È importante ricordare inoltre, che è possibile richiedere il **part-time** ai sensi della L.53/2000 come misura volta a favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. Non esiste un obbligo di legge che imponga all'azienda di concedere il part-time. Se la **mamma non lavora o ha un reddito basso**, può chiedere l'Assegno di maternità rivolgendosi agli uffici del Comune per l'assegno comunale o all'INPS per quello statale (entrambi in presenza di determinati presupposti). La domanda deve essere presentata entro 6 mesi dalla nascita o dall'ingresso in famiglia del/della figlio/a adottato o in affidamento.

In totale assenza della mamma naturale, adottante o affidataria, se il papà non lavora o ha un reddito basso, può chiedere l'Assegno di maternità rivolgendosi agli uffici del Comune per l'assegno comunale o all'INPS per quello statale (entrambi in presenza di determinati presupposti). Anche per il papà, la domanda deve essere presentata entro 6 mesi dalla nascita o dall'ingresso in famiglia del figlio adottato o in affidamento. Se la madre o il padre sono cittadini extracomunitari, per ottenere l'assegno devono essere in possesso del permesso di soggiorno, in riferimento ai requisiti previsti dalla normativa vigente.

Se la donna aspetta un bambino e non ha il permesso di soggiorno, ha comunque diritto alle cure mediche ed ospedaliere urgenti durante il periodo di gravidanza e al momento del parto presso gli ospedali del Servizio Sanitario Nazionale. La donna straniera in gravidanza che 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, presso la Questura, portando il certificato medico rilasciato dal servizio pubblico che attesti lo stato di gravidanza.

Per avere ulteriori e aggiornate informazioni sul tema della conciliazione della vita lavorativa con la maternità si consiglia di contattare la sede territoriale dell'INPS (Istituto Nazionale Previdenza Sociale) e consultare il relativo sito web www.inps.it.

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.

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 le 16 e le 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. |
| Buona pratica clinica | Consuetudine assistenziale basata sull'esperienza clinica dei professionisti. |

| | |
|---|--|
| Cardiotocografia (sigla abbreviata 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. |
| Depressione post-partum | Disturbo depressivo caratterizzato da sintomi quali: basso tono dell'umore, perdita di interesse, aumento o diminuzione dell'appetito, insonnia o ipersonnia, rallentamento o agitazione, per 5 settimane. |
| 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 deciso volontariamente dalla donna: per la Legge italiana (L.194/1978) si può effettuare entro 90 giorni dall'ultima mestruazione. |
| Liquido amniotico | Liquido nel quale è immerso il feto per tutta la gravidanza. |
| LM esclusivo | Si intende allattamento al seno senza aggiunta di nessun altro alimento. |
| Malattie ereditarie | Malattie che si trasmettono all'interno della famiglia da una generazione all'altra legate al DNA. |
| Metabolismo | Processo di scambio di energia e sostanze tra le cellule e l'ambiente intorno ad esse. |
| Monitoraggio | Controllo periodico o continuo di alcuni parametri considerati importanti per il BdS. |
| Morfologia | Studio della forma degli organi che costituiscono il corpo. |
| Ormoni | Sostanze prodotte dalle ghiandole endocrine che, attraverso il sangue, raggiungono gli organi su cui agiscono stimolandone la funzione. |
| Ossitocina | 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. |
| Padre biologico | L'aggettivo biologico indica l'apporto genetico che si trasmette da padre a figlio. |
| Pap-test | 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. |
| Parametri | Misure/termini di riferimento (es. pressione materna, frequenza cardiaca fetale). |

| | |
|---------------------|--|
| Parità - PARA | 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. |
| Parto operativo | Parto che richiede un intervento esterno per far nascere il bambino: applicazione di forcipe, di ventosa, taglio cesareo. |
| Pelle-pelle | Contatto a pelle nuda tra mamma e neonato. |
| Perineo | Area compresa tra la vagina e il retto. |
| Piano assistenziale | Programma di controlli clinici, di esami, mirato ad una singola donna. |
| Placenta | Organo che si sviluppa in gravidanza all'interno dell'utero per facilitare il passaggio del nutrimento al feto attraverso gli scambi con la mamma. |
| Prenatale | Periodo prima della nascita. |

| | |
|-------------------------|--|
| Profilassi | Azioni sanitarie specifiche attuate per prevenire una determinata malattia (es. vaccinazioni). |
| Profilassi anti D | Iniezione di anticorpi per neutralizzare il fattore Rh positivo (D) che può causare reazioni di incompatibilità quando viene a contatto con individui Rh negativo. |
| Punto Nascita | Indica l'insieme di: reparto di ostetricia, sala parto, nido che concorrono all'assistenza alla nascita in ospedale. |
| Rooming-in | 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. |
| Scelta informata | Scelta tra diverse possibilità di assistenza, a seconda delle proprie necessità, basandosi su informazioni chiare, accurate e complete. |
| Screening | Esame fatto in assenza di sintomi su tutti gli individui di una popolazione per identificare i soggetti maggiormente a rischio di una certa malattia. |
| Screening prenatale | Esame per individuare i feti a rischio di avere una malattia. |
| Settimane di gravidanza | Settimane di gravidanza calcolate a partire dalla data dell'ultima mestruazione. |

| | |
|-----------------------|--|
| Sindrome di Down | 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. |
| Sinfisi pubica | Parte anteriore centrale delle ossa del bacino. È un’articolazione che unisce le porzioni pubiche dell’osso dell’anca alla parte inferiore del bacino. |
| Sostanze stupefacenti | Sostanze capaci di determinare artificiali stati di benessere che creano dipendenza fisica e psicologica. |
| Streptococco gruppo B | Germe che può trovarsi in vagina e nell’intestino e che può infettare il neonato durante il passaggio per il parto. |
| Trasmissione genetica | Passaggio da genitore a figlio dei caratteri ereditari contenuti nel DNA. |
| u.m. | È la sigla abbreviata di “ultima mestruazione” prima dell’inizio della gravidanza: corrisponde alla data da cui parte il calcolo delle settimane di gravidanza |
| u.s. | È la sigla abbreviata per “ultrasuoni” usata per le ecografie. |
| Villi coriali | Piccole ramificazioni della placenta che permettono gli scambi tra sangue materno e fetale. |
| Villocentesi | Prelievo di materiale a livello dei villi coriali per eseguire gli esami di diagnostica prenatale. |

Siti consigliati

www.genitoripiu.it

Programma regionale di promozione della salute materna infantile

www.salute.gov.it/donna

Ministero della salute - Salute della donna

www.acp.it

Associazione Culturale Pediatri

Consultare la sezione “Area Genitori”

www.uppa.it

Un pediatra per amico

www.mammeliberedalfumo.org

Programma nazionale “Mamme libere dal fumo”

www.mammabevebimbobeeve.it www.tooyougtodrink.com

Campagne per l’astensione dell’alcol in gravidanza e allattamento

www.unicef.it/doc/148/ospedali-amici-dei-bambini.htm

Progetto “Insieme per l’allattamento - Ospedali e Comunità Amici dei Bambini”

www.aicpam.org

Associazione Italiana Consulenti Professionali in Allattamento Materno

www.mami.org

Movimento Allattamento Materno Italiano

www.ibfanitalia.org

IBFAN Per la protezione dell’allattamento e dell’alimentazione infantile

www.lllitalia.org

LLL-La Leche League Italia

www.saperiodoc.it

Centro di documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva - SaPeRiDoc

www.csbonlus.org

Centro per la Salute del Bambino

Consultare la sezione “Fin da piccoli”

www.inps.it