ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

Dr. Alessio Russo
Ginecologo
www.dottoralessiorusso.it

DIRIGENTE MEDICO

Laureato in Medicina e Chirurgia all'Università degli studi di Roma La Sapienza nel 2012 con votazione 110/110 e lode.

Iscritto all'Ordine dei Medici e Chirurghi di Verona dal 2013.

TITOLI DI STUDIO

- Ha conseguito la Specializzazione in Ginecologia ed Ostetricia presso l'Università degli Studi di Verona nel 2018 con votazione 70/70 e lode.
- Ha conseguito il Master di II livello in Medicina Materno Fetale presso l'Università degli Studi di Torino nel 2021 con votazione 110/110, il cui scopo è preparare specialisti dedicati al trattamento delle patologie materne e fetali nelle gravidanze patologiche a rischio.
- Accreditato per la diagnosi ecografica delle masse ovariche (IOTA), ha eseguito corsi di laparoscopia, ecografia ginecologica e ostetrica, isteroscopia, colposcopia, cardiotocografia, gestione della paziente ostetrica e ginecologica, endometriosi.
- Stage formativi presso l'Ospedale Josè Macamo in Mozambico, presso l'Ospedale Fatebenefratelli dell'Isola Tiberina di Roma

ESPERIENZE LAVORATIVE

Ha lavorato come dirigente medico libero professionista presso l'Ospedale Beauregard di Aosta USL V.D.A. e come dirigente medico a tempo determinato presso l'Ospedale di San Vito al Tagliamento Azienda sanitaria 5 Friuli Occidentale. Inoltre, ha lavorato come dirigente medico a tempo indeterminato presso l'Ospedale Magalini di Villafranca di Verona e Orlandi di Bussolengo dell'ULSS 9 Scaligera.
Conferimento di incarico a tempo indeterminato come Specialista Ambulatoriale Assistenza Consultoriale Rimini – AUSL Romagna U.O. Tutela Salute Famiglia Donna ed Età Evolutiva presso il quale ha svolto Ecografie Morfologiche e attività ambulatoriale in ambito Ostetrico e Ginecologico.

Questo opuscolo ha l'obiettivo di fornire un supporto alle pazienti rispetto al percorso assistenziale della gravidanza in base alle evidenze scientifiche

Dott. Alessio Russo

INDICE

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA E VISITE OSTETRICHE 6

INFORMAZIONI UTILI 7

- INDICE DI MASSA CORPOREA 7
- GLICEMIA E OGTT (Curva da carico di glucosio) 7
- ESAME URINE E URINOCOLTURA 7
- TAMPONE VAGINO-RETTALE STREPTOCOCCO B EMOLITICO 8
- SCREENING EPATITE C (HCV) 8

ESAMI DI SCREENING PRENATALI 9

- TEST COMBINATO 9
- TEST INTEGRATO 9
- TEST DEL DNA FETALE (NIPT) 10

TEST DIAGNOSTICI PER LE CROMOSOMOPATIE 10

ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA 10

ECOGRAFIA OSTETRICA DEL III TRIMESTRE 11

INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA O CORSO PREPARTO 12

CONTROLLO DEL DOLORE IN TRAVAGLIO 12

- TECNICHE NON FARMACOLOGICHE 12
- TECNICHE FARMACOLOGICHE 12

ALIMENTAZIONE IN TRAVAGLIO 13

ALLATTAMENTO AL SENO 13

ROOMING IN 15

SKIN TO SKIN (o PELLE A PELLE) 15

ALIMENTAZIONE E STILE DI VITA 16

INTEGRATORI 16
ALIMENTAZIONE IN GRAVIDANZA 16
PREVENZIONE TOXOPLASMA 16
PREVENZIONE LISTERIOSI 17
PREVENZIONE SALMONELLOSI 17
INFORMAZIONI CITOMEGALOVIRUS 17
FUMO 17
ALCOOL 18
USO DI DROGHE 18
VIAGGIARE IN AUTO 18
VIAGGIARE IN AEREO 19
ESERCIZIO FISICO 19
RAPPORTI SESSUALI 20
LAVORO 20

VACCINAZIONI RACCOMANDATE IN GRAVIDANZA DAL MINISTERO 20

IMMUNOPROFILASSI Ig RhD 21

PRERICOVERO 21

DICHIARAZIONE DI NASCITA 21

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA E VISITE OSTETRICHE

Il primo appuntamento con il Ginecologo dovrebbe avvenire entro le 10 settimane per avere il tempo di pianificare nel modo migliore l'assistenza alla gravidanza.
Il primo incontro ha durata maggiore rispetto ai successivi, poiché è necessario raccogliere le informazioni sul pregresso della donna e di eventuali precedenti gravidanze, della coppia e delle famiglie di origine.
In linea con quanto proposto in Italia dall'Istituto Superiore della Sanità (ISS)

- sono offerte informazioni sull'assistenza e il sostegno alla donna in gravidanza, sui benefici di legge per maternità e paternità, sui corsi di accompagnamento alla nascita, sugli stili di vita e su come gestire i sintomi più comuni,
- sono misurati il peso, altezza e la pressione arteriosa e viene calcolato l'indice di massa corporea,
- vengono prescritti gli esami ematochimici raccomandati dal Decreto Ministeriale dell'ISS,
- viene prescritto il Pap test, se non è stato effettuato da almeno tre anni,
- sono offerte informazioni sulle diverse possibilità di diagnosi prenatale della sindrome di Down con esami di screening o esami diagnostici
    - tra 11 settimane + 0 giorni e 13 settimane + 6 giorni: analisi del sangue ed ecografia con translucenza nucale (test combinato).
    - tra 15 settimane + 0 giorni e 20 settimane + 0 giorni: analisi del sangue (ad esempio: triplo test)
    - test integrato
    - DNA fetale (NIPT)
    - villocentesi e amniocentesi
- sono offerte informazioni riguardo stile di vita e norme igienico-sanitarie e comportamentali per la prevenzione di infezioni (es toxoplasma, salmonella listeria ecc…) e di patologie (es. patologie del tubo neurale fetale).
- si inizia a parlare dell'ecografia da effettuare nel secondo trimestre per rilevare eventuali anomalie del feto

Si definisce **gravidanza a basso rischio ostetrico o fisiologica,** una gravidanza di una donna sana e che decorre normalmente dal punto di vista ostetrico; il rischio rimane basso fintanto che durante le visite ostetriche non emergano elementi sopraggiunti materni o fetali che ne aumentino il rischio.
Si definisce **gravidanza ad alto rischio ostetrico o patologica**, una gravidanza di una donna con patologie pregestazionali, con fattori di rischio in caso di eventi sopraggiunti che facciano aumentare la probabilità di complicanze materne o fetali.

→ In una gravidanza fisiologica, è utile un appuntamento 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.

Gli appuntamenti sono sicuramente un momento in cui viene eseguita la visita ostetrica, le ecografie ostetriche di supporto e la rilevazione di parametri vitali e aggiornamento del peso ma soprattutto un momento di comunicazione e confronto tra il Dott. Russo e la donna, inteso sia come esposizione di domande, dubbi e chiarimenti ma anche di supporto, condivisione di scelte e consigli.

Il Dott. Russo sulla base di evidenze scientifiche e aggiornamenti della letteratura medica mette a disposizione le proprie competenze per seguire al meglio la gravidanza e promuovere la salute fisica e psicologica della gestante, ricorrendo a Specialisti qualora ve ne fosse bisogno, interfacciandosi con le varie figure professionali e formando un team di cui rimane referente.
Durante gli incontri vengono valutati i risultati degli esami di laboratorio e ne vengono prescritti di nuovi secondo quanto definito dalle linee guida ministeriali e degli eventuali esami aggiuntivi se le necessità cliniche lo richiedano.
Agli appuntamenti della gravidanza la donna può essere accompagnata da chi desidera (partner o doula).

INFORMAZIONI UTILI

INDICE DI MASSA CORPOREA

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

$$\textbf{BMI} = \frac{\textbf{Peso corporeo (Kg)}}{\textbf{Altezza}^2\ \textbf{(m)}}$$

Es.: donna con peso corporeo di 65 kg e altezza 1,75 m; IMC (= 65 / 1,75 x 1,75)
I valori di riferimento dell'IMC per una donna prima della gravidanza sono i seguenti:

- *sottopeso:* inferiore a 18
- *normopeso:* tra 18 e 24,9
- *sovrappeso:* tra 25 e 29,9
- *obesità:* superiore a 30

GLICEMIA E OGTT (Curva da carico di glucosio)

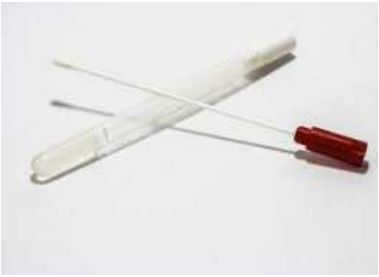
Per quanto concerne la preparazione al prelievo, sia per la glicemia e l'OGTT il digiuno è obbligatorio.
La cena precedente al prelievo deve essere come da abitudine e deve essere intercorso un tempo minimo di 8 ore di digiuno dall'ultimo pasto o assunzione di bevande diverse dall'acqua.

ESAME URINE E URINOCOLTURA

Effettuare la raccolta della prima urina del mattino in un apposito contenitore:
- Lavare la mani con acqua e sapone
- Farsi accuratamente un bidet
- raccogliere il "mitto intermedio", ovvero non raccogliere il primo getto di urina (che serve a "pulire" il tratto più esterno delle vie urinarie) e non raccogliere l'ultima parte.

Eventuali terapie antibiotiche in corso possono interferire sull'esito dell'esame e vanno segnalate alla consegna del campione presso il laboratorio.

TAMPONE VAGINO-RETTALE STREPTOCOCCO B EMOLITICO



Si tratta di un unico tampone messo prima in vagina e poi nel retto.
La mattina dell'esecuzione esame fare bidet solo con acqua.
Non fare terapie locali con creme/ovuli/candelette vaginali nei tre giorni prima dell'esame. Non fare irrigazioni nelle 24 ore precedenti. Comunicare le eventuali terapie antibiotiche in corso o sospese negli ultimi giorni.
Astensione dai rapporti sessuali nelle 24 ore precedenti il prelievo.

SCREENING EPATITE C (HCV)

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

- Uso di droghe iniettabili
- Abuso di alcol o assunzione di sostanze chimiche (per esempio marijuana, cocaina, ecstasy, metanfetamina), soprattutto se associato a attività sessuale
- Tatuaggi, piercing
- Età <=25 anni in persona sessualmente attiva
- Nuovo partner sessuale o più di due partner sessuali nel corso dell'anno precedente
- Precedente malattia sessualmente trasmissibile (MST)
- Contatto sessuale con persona o persone con riconosciuta MST
- Vittima di violenza sessuale/abuso
- Promiscuità sessuale
- Fattori di rischio infezioni sessualmente trasmesse (IST)
- Pazienti sottoposti a emodialisi
- Pazienti con transaminasi ALT (o GPT) elevate pregravidiche
- Soggetti trasfusi con concentrati di fattori della coagulazione prima del 1987
- Soggetti trasfusi con componenti del sangue o trapiantati con organi solidi prima del 1992
- Soggetti esposti a sangue di individui HCV positivi o di individui ad alto rischio di essere HCV positivi
- Nati da madre HCV-RNA positiva
- Conviventi di soggetti HCV positivi

ESAMI DI SCREENING PRENATALI

Gli esami cosiddetti di screening prenatale calcolano il rischio personale delle più comuni alterazioni cromosomiche (quali la trisomia 21 detta anche sindrome di Down, la trisomia 18 e la trisomia 13).

I test di screening presentano il vantaggio di essere innocui per il feto e non comportare alcun rischio di aborto, però non danno certezze ma probabilità (non ci dicono quindi al 100% se il feto ha la sindrome di Down o la trisomia 13 e 18).

In caso di donne ad alto rischio a test di screening o rischio intermedio o alto nel test combinato viene proposto un test diagnostico invasivo per avere la diagnosi di certezza.

Un risultato di "rischio aumentato" non significa che è presente la malattia, ma solo che c'è qualche sospetto: infatti, la maggioranza dei test di screening positivi sono in realtà, fortunatamente, dei "falsi positivi"

TEST COMBINATO

Si chiama così poiché combina tra loro diversi dati:

- *dati anamnestici:* età, malattie particolari e altre informazioni della donna
- *esami ematochimici:* valori di b HCG frazione libera e PAPP-A
- *ecografia ostetrica per lo studio della translucenza nucale* (una tasca che il feto ha dietro la testa) e rilevazione del CRL (la lunghezza dal vertice al sacro): l'ecografia viene eseguita tra le 11+0 e le 13+6 settimane di gestazione ecografiche.

➡ **L'accuratezza di questo esame è di circa il 90%.**

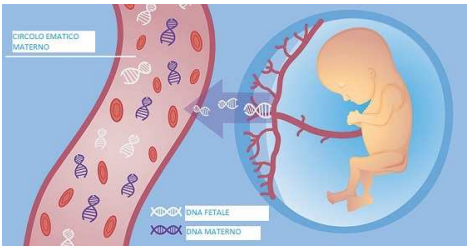
TEST INTEGRATO

Aggiunge ad alcuni dati rilevati dal test combinato (PAPP-A e translucenza nucale), altri dati che richiedono un ulteriore esame del sangue da eseguire tra le 15 e le 17 settimane di gravidanza.. Tra 15 e 17 settimane si esegue un secondo prelievo di sangue su cui si dosano Estriolo, Alfa-fetoproteina (AFP) e Gonadotropina Corionica,

➡ **L'aggiunta di questi dati migliora l'accuratezza diagnostica (90-95%) del test ma ne ritarda l'esito** (15-17 settimane gestazionali Vs 11-13 del test combinato)

TEST DEL DNA FETALE (NIPT)

Test di screening per la trisomia 21 più accurato (circa 99% con numero di positivi molto basso 0,1-0,4%) rispetto a quelli tradizionali ma circa nel 2% dei casi non si ha una risposta e non è offerto gratuitamente dal SSN eccetto che in alcune regioni (es Emilia-Romagna) nell'ambito di studi di ricerca.



TEST DIAGNOSTICI PER LE CROMOSOMOPATIE

La diagnosi delle anomalie cromosomiche può attualmente essere effettuata solo mediante tecniche invasive quali prelievo di liquido amniotico (**amniocentesi**) tra le 14 e le 18 settimane gestazionali o di tessuto placentare (**biopsia dei villi coriali**) tra le 10 e le 13 settimane gestazionali a seguito di ciascuna delle quali può verificarsi l'aborto in circa l'1% dei casi.

Sono offerti gratuitamente a pazienti con età 35 anni o più, con test di screening a rischio intermedio o alto oppure con familiarità. Hanno un'accuratezza prossima al 100%

ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA

L'ecografia morfologica è l'ecografia più importante della gravidanza per valutare gli organi del feto e ha come scopi :

- la determinazione del numero dei feti.
- verificare la presenza di attività cardiaca fetale.
- valutare l'anatomia fetale.
- valutare le dimensioni del feto (Biometria fetale)
- determinare la localizzazione placentare.
- determinare l'epoca gestazionale qualora non fosse stato effettuato nel I trimestre a causa di un accesso tardivo.

E' compito dell'ecografia morfologica visualizzare le strutture della testa - comprese orbite e labbro superiore-, strutture della colonna vertebrale, strutture del torace, strutture dell'addome e degli arti del feto.

In presenza di un reperto ecografico sospetto per malformazione è consigliato un approfondimento diagnostico con ecografia di II livello.

Non è un obiettivo dell'ecografia del secondo trimestre lo screening delle anomalie cromosomiche.

E' importante che l'esame ecografico venga eseguito presso un ginecologo esperto in ambito

ostetrico e che abbia un'adeguata formazione sulle patologie fetali e sui segni ecografici per diagnosticarle.
Il Dott. Russo ha effettuato un Master di Patologia Materna e Fetale della Gravidanza e si occupa dello screening ecografico di I livello in ambito ostetrico.
L'ecografia viene eseguita con il Voluson E10, ecografo top di gamma attraverso il quale è possibile offrire cure di livello veramente eccezionale, in modo efficiente e sicuro, rimanendo all'avanguardia nel settore dell'assistenza sanitaria.
Viene seguita anche ecografia 3D e 4D.

ECOGRAFIA OSTETRICA DEL III TRIMESTRE

L'ecografia ostetrica del III trimestre è un'ecografia che viene eseguita solo in caso di fattori di rischio specifici e sulla base di sospetti clinici e viene eseguita tra le 28 e le 32 settimane gestazionali. Dalle linee guida SIEOG del 2015 in poi infatti non rientra tra gli esami ministeriali raccomandati di routine.
Le finalità dell'esame sono la valutazione della crescita fetale, la valutazione della quantità di liquido amniotico e la posizione della placenta.
Oltre a quanto sopra riportato si valuta la posizione fetale, la presenza del battito cardiaco e i movimenti fetali. Vengono visualizzati degli organi ma non tutti quelli studiati
con l'ecografia ostetrica morfologica (ecografia eseguita tra le 19 e le 21 settimane gestazionali). L'obiettivo è infatti escludere delle malformazioni che si presentano in un'epoca gestazione più tardiva o difetti che all'ecografia morfologica sono così piccoli da non essere evidenziati (quanto accade in alcune patologie evolutive).
Lo studio deve includere: ventricoli cerebrali, scansione 4 camere, stomaco, reni e vescica fetali.
E' importante che l'esame ecografico venga eseguito presso un ginecologo esperto in ambito ostetrico e che abbia un'adeguata formazione sulle patologie fetali e sui segni ecografici per diagnosticarle.
L'ecografia viene eseguita con il Voluson E10, ecografo top di gamma attraverso il quale è possibile offrire cure di livello veramente eccezionale, in modo efficiente e sicuro, rimanendo all'avanguardia nel settore dell'assistenza sanitaria.
Viene seguita anche ecografia 3D e 4D.

INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA O CORSO PREPARTO

Gli incontri di accompagnamento alla nascita comprendono incontri durante la gravidanza e offrono informazioni alla donna e alla coppia e favoriscono la condivisione dell'esperienza con altre coppie. Sono forniti strumenti e informazioni utili a rafforzare le naturali competenze della donna e mettere la coppia nella condizione migliore per accogliere il figlio e far fronte alle necessità del dopo parto.
L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea in particolare l'importanza che la coppia si confronti, oltre che con i professionisti del Percorso Nascita, anche con altre coppie di genitori.
I principali temi trattati sono: lo stile di vita sano in gravidanza, le norme di tutela della maternità, i servizi territoriali e ospedalieri aziendali, i cambiamenti in gravidanza, le capacità del neonato, la funzione del dolore nel travaglio e le tecniche per affrontarlo, l'allattamento, il puerperio, il rientro a casa dopo il parto. In generale vengono proposti dalle 14 alle 18 settimane gestazionali così che le coppie abbiano il tempo di potersi iscrivere.

CONTROLLO DEL DOLORE IN TRAVAGLIO

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.

TECNICHE NON FARMACOLOGICHE

- *rapporto "one-to-one" (una donna-un'ostetrica) al momento del travaglio-parto*
- *posizione libere per il parto,*
- *musica*
- *aromaterapia*
- *travaglio/parto in acqua*
- *tecniche di rilassamento*

TECNICHE FARMACOLOGICHE

Tra quelle con utilizzo di farmaci la più utilizzata è l'analgesia peridurale e spinale che attraverso la puntura e l'inserimento di un catetere nella regione lombare della colonna vertebrale, permette di far giungere farmaci analgesici bloccando le fibre nervose che trasmettono la sensazione di dolore associato alle contrazioni dell'utero.

Lo scopo della procedura non è quello di togliere completamente il dolore e non sentire più nulla ma ridurre significativamente il dolore rendendolo tollerabile.

Tuttavia essa può comportare alcuni svantaggi: aumenta la probabilità di parto vaginale operativo e cesareo nonché la probabilità di uso endovenoso di ossitocina in travaglio; aumenta la probabilità di rialzo della temperatura; richiede un monitoraggio più frequente e più intensivo delle condizioni materne e fetali (cardiotocografia, valutazione di pressione e temperatura materna)

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.

ALLATTAMENTO AL SENO

L'allattamento al seno è riconosciuto come lo standard per i neonati a causa dei suoi benefici per la salute dei neonati e delle loro madri. C'è un ampio consenso sulla raccomandazione dell'allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi e sull'allattamento al seno continuato, insieme all'introduzione di cibi solidi, per almeno un anno dopo la nascita, purché sia reciprocamente desiderato da madre e bambino. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'allattamento al seno.

Sfortunatamente, nonostante le forti raccomandazioni, l'effettiva pratica dell'allattamento al seno non riesce a raggiungere questi obiettivi in molti Paesi e culture. Negli Stati Uniti, oltre l'80% delle madri inizia l'allattamento al seno, ma meno del 60% continua fino a sei mesi dopo il parto e meno del 40% allatta al seno a 12 mesi. L'allattamento al seno esclusivo è praticato da meno della metà delle madri a tre mesi dopo il parto e solo da un quarto delle madri a sei mesi. Queste osservazioni richiedono la collaborazione tra madri, partner e famiglie, comunità, medici, strutture sanitarie e datori di lavoro per supportare attivamente l'allattamento al seno.

<u>Intenzione di allattare al seno</u>

L'intenzione di allattare al seno è un forte predittore dell'inizio e della durata dell'allattamento al seno

L'intenzione materna di allattare esclusivamente al seno è associata alle seguenti caratteristiche:

- Consapevolezza della raccomandazione di allattare esclusivamente al seno
- Sentirsi a proprio agio con l'allattamento al seno in pubblico
- Nessuna fretta di tornare al lavoro
- Buona salute materna
- Prima gravidanza

- livello di istruzione superiore
- Non fumatrice
- Precedenti esperienze di allattamento al seno

È meno probabile che le donne con le seguenti caratteristiche intendano allattare al seno:

- Gravidanza gemellare
- Mancata frequenza dei corsi preparto
- Precedenti esperienze negative o problemi con l'allattamento al seno

Diversi luoghi comuni sull'allattamento al seno potrebbero ostacolare il successo di una madre. Questi includono la percezione che l'allattamento al seno sia intrinsecamente doloroso, che molte madri non siano in grado di produrre latte materno a sufficienza e che i bambini abbiano uno scarso aumento di peso con l'allattamento al seno.

La commercializzazione di sostituti artificiali del latte materno (formule) ha spesso un'influenza negativa sull'inizio dell'allattamento al seno. I messaggi di marketing intensificano apertamente o di nascosto le ansie e le aspirazioni dei genitori (p. es., affermando di risolvere i problemi comuni dei bambini come reflusso o allergie) e incoraggiano l'utilizzo di latte artificiale dopo 12 mesi di età. Il marketing viene realizzato attraverso una varietà di piattaforme che promuovono efficacemente l'alimentazione artificiale, inclusi metodi di marketing digitale mirati per i consumatori e vari metodi che influenzano gli operatori sanitari. Le contromisure, come l'istruzione professionale e le iniziative ospedaliere a misura di bambino, sono preziose ma spesso insufficienti. I messaggi di marketing raggiungono le famiglie sia nei paesi a basso che ad alto reddito.

Ci sono pochissime controindicazioni all'allattamento al seno. Le controindicazioni possono essere permanenti o temporanee:

- *madri HIV positive, solo in alcuni casi*
- *Uso di droghe (es. cocaina)*
- *Herpes mammario (HSV)*
- *Utilizzo di alcuni farmaci*
- *Varicella attiva*
- *Sieropositività HTLV (virus responsabile di una rara forma di leucemia)*
- *Cancro mammario*
- *Alcolismo*
- *Agenesia mammaria o mastectomia bilaterale*
- *Alcune malattie metaboliche del neonato come la galattosemia.*
- *Psicosi materna*

L'allattamento al seno offre importanti vantaggi e protezione sia per la madre che per il bambino. Molte famiglie beneficiano anche del risparmio sui costi e della comodità dell'allattamento al seno:

<u>Benefici per il bambino</u>

Alcuni dei benefici a breve termine dell'allattamento al seno per i bambini sono:

- Migliore funzione del tratto digerente (gastrointestinale) e protezione dalle infezioni del tratto digerente che possono causare vomito e diarrea

- Ridotto rischio di infezioni respiratorie, respiro sibilante, otiti e infezioni del tratto urinario
- Ridotto rischio di sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS)

Sebbene non sia dimostrato, l'evidenza supporta l'esistenza di molteplici benefici a lungo termine anche dell'allattamento al seno, tra cui un ridotto rischio di diabete di tipo 1, malattie infiammatorie intestinali, e alcuni problemi dentali e un ridotto rischio di obesità, allergie, e alcuni tumori infantili.

Vantaggi per le donne

Rispetto alle persone che allattano il latte artificiale, le persone che allattano al seno sperimentano:

- Ridotta perdita di sangue dopo il parto: l'allattamento al seno aiuta l'utero a contrarsi, riducendo il sanguinamento uterino
- Ridotto rischio di cancro al seno, cancro ovarico, ipertensione e diabete di tipo 2

Vantaggi per la famiglia

- Costo ridotto per l'alimentazione del bambino.
- Altri risparmi: oltre ai soldi risparmiati non acquistando latte, altri risparmi derivano dall'avere un bambino più sano. Ciò riduce il costo dell'assistenza sanitaria e il tempo necessario ai genitori per assentarsi dal lavoro per prendersi cura di un bambino malato.

ROOMING IN

Il *rooming in* è una componente dell'iniziativa Baby-friendly Hospital lanciata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'UNICEF. Si ritiene che tenere la culla del neonato accanto al letto della madre migliori la possibilità di allattamento al seno e favorisca l'instaurarsi di un legame profondo mamma-figlio, riducendo il pianto del neonato e i tassi di depressione post partum materna.

SKIN TO SKIN (o PELLE A PELLE)

Lo *skin to skin* è una procedura in cui subito dopo la nascita, il neonato viene asciugato e posto sul petto della madre. Il cordone ombelicale può essere tagliato subito o quando il cordone non pulsa più (clampaggio tardivo del cordone), se le condizioni lo permettono, il travaglio è fisiologico e non ci sono esigenze per cui il neonato debba essere affidato al pediatra o neonatologo.

Il neonato viene coperto con un telo asciutto e caldo, mantenendo un diretto contatto tra il bimbo e la pelle della mamma. Questo rappresenta un passaggio importante sia per la mamma che per il bambino. Entrambi infatti ne traggono dei vantaggi.

Negli ultimi anni moltissimi studi hanno documentato il valore dello skin to skin per il benessere della madre, del neonato, e per un miglior sviluppo della loro relazione.

Tale pratica aiuta a mantenere il calore del neonato, lo tranquillizza, migliora i livelli di glicemia e aumenta il successo dell'allattamento (favorito dal breast crawling, raggiungimento spontaneo del capezzolo)

ALIMENTAZIONE E STILE DI VITA

In gravidanza, se non ci sono patologie particolari (quali patologie della tiroide, anoressia ecc), interventi di chirurgia bariatrica e non ci sono alimentazioni particolari quali quella vegetariana, vegana o celiaca, non sono necessarie modifiche sostanziali dell'alimentazione.

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

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 (solo in particolari condizioni è necessaria la supplementazione di 5 mg.

Altri integratori alimentari sono necessari solo in particolari condizioni cliniche, ad esempio la vitamina D, la vitamina B12, il ferro, lo iodio. Il magnesio.

ALIMENTAZIONE IN GRAVIDANZA

Si consigliano:

- pasti frazionati (5 pasti più piccoli),
- bere acqua a piccoli sorsi distanziati, se si preferisce alternare acqua a the o bevande percepite come gradevoli (con poco zucchero),
- mangiare ciò che riscontra i suoi gusti,
- provare a introdurre lo zenzero nella dieta,

PREVENZIONE TOXOPLASMA

Si raccomanda di mangiare frutta e verdura solo se ben lavata, non consumare erbe aromatiche tipo prezzemolo e basilico se non accuratamente lavate, evitare carni crude e affettati e mangiare carne solo se ben cotta (gli unici affettati che possono essere consumati con sicurezza sono prosciutto cotto e mortadella, manzo affumicato, arrosto o bresaola di tacchino, petto di pollo al forno); in caso di lavori di giardinaggio indossare sempre i guanti; evitare i contatti con gatti.

PREVENZIONE LISTERIOSI

La Listeria è un batterio presente nel suolo, sull'acqua e nella vegetazione. Questo batterio può contaminare diversi alimenti e viene distrutto dalle alte temperature. Per prevenire delle infezioni in gravidanza cuocere adeguatamente gli alimenti, bere solo latte pastorizzato o latte crudo bollito, evitare formaggi erborinati e a crosta fiorita (tipo camembert, brie, taleggio, gorgonzola…), mantenere pulito il frigorifero.

PREVENZIONE SALMONELLOSI

La salmonellosi fa parte di un gruppo di malattie infettive causate da batteri appartenenti alla famiglia della Salmonelle. L'infezione si trasmette attraverso l'ingestione di cibi o bevande contaminate. In particolare, sono da considerarsi alimenti a rischio: uova crude (o poco cotte) e derivati a base di uova, latte non pastorizzato, carne e pesce crudi. Per prevenire delle infezioni i
n gravidanza non consumare uova crude o poco cotte, evitare di consumare piatti o alimenti contenenti uova crude (maionese, tiramisù), non consumare pesce crudo o poco cotto (sushi, sashimi, carpacci), evitare di consumare molluschi e crostacei crudi o poco cotti, non consumare carne di pollo o maiale poco cotta, bere solo latte pastorizzato o latte crudo bollito.

INFORMAZIONI CITOMEGALOVIRUS

Il citomegalovirus è un virus che si trasmette con il contatto soprattutto con bambini infetti. Il contagio avviene con tutti i fluidi biologici. Per la madre l'infezione comporta una sintomatologia spesso lieve con febbre, talvolta è simile alla mononucleosi (malattia del bacio). L'infezione fetale avviene in circa un terzo dei casi di infezioni materne in gravidanza o di riattivazioni. La probabilità di infezioni fetali è massima al III trimestre di gravidanza mentre la gravità dell'infezione per il feto è maggiore al I trimestre. Per il feto un'infezione acuta può comportare diversi quadri riportati in letteratura tra cui ittero, epatosplenomegalia, petecchie, ritardo di crescita fetale (IUGR), cecità, sordità, corionretinite, idrocefalo, microcefalia e calcificazioni. La prevenzione consiste nel lavarsi le mani, lo screening nel dosaggio delle IgM e IgG anti CMV nel I, II e III trimestre. Benché non compreso nei LEA in gravidanza ne si consiglia l'esecuzione.

FUMO

L'uso di prodotti del tabacco, compreso il fumo di sigaretta, il tabacco senza fumo e le sigarette elettroniche, durante la gravidanza è uno dei più importanti fattori di rischio modificabili associati a esiti avversi per la madre, il feto e il neonato. Lo screening e l'intervento per l'uso del tabacco durante la gravidanza possono essere potenti strumenti per ottenere la cessazione del fumo. La gravidanza offre anche l'opportunità di educare il partner o i familiari della persona incinta.

L'esposizione al tabacco in utero è stata associata a:

- *Aborto,*

Ipertensione gestazionale e preeclampsia

-
- *Feti piccoli per età gestazionale*
- *Rottura prematura delle membrane (pPROM)*
- *Distacco di placenta rischio di morte improvvisa inaspettata del lattante*
-

→ L'effetto è dose dipendente per cui se non si riesce a smettere totalmente di fumare anche il ridurre la quantità al minimo porta comunque dei benefici.

ALCOOL

Non è stato determinato un livello sicuro di consumo di alcool durante la gravidanza. Pertanto, diverse società mediche sconsigliano l'uso di alcool durante la gravidanza.
Astenersi dall'alcool durante la gravidanza elimina il rischio di aborto, anomalie congenite legate all'alcol e disabilità dello sviluppo, compresi i conseguenti problemi neurocognitivi e comportamentali e basso peso alla nascita.
L'alcool risulta infatti avere un alto rischio teratogeno, cioè di malformazione degli organi.
L'alcool attraversa liberamente la placenta: i livelli di alcol nel sangue fetale si avvicinano ai livelli materni entro due ore dall'assunzione materna.

USO DI DROGHE

L'effetto di qualsiasi sostanza illecita sull'esito della gravidanza è difficile da accertare perché i dati sono scarsi e confusi dall'influenza di altri fattori, tra cui l'uso di più sostanze, cattiva alimentazione, povertà, comorbidità e cure prenatali inadeguate. Inoltre, è molto difficile accertare in modo affidabile l'entità del consumo di droga durante la gravidanza e la dose/purezza dello stupefacente.
Le manifestazioni cliniche dei disturbi da uso di sostanze sono diverse e differiscono in base al farmaco e all'ambiente (p. es., dose abituale, sovradosaggio, astinenza). Ad esempio, il sovradosaggio di cocaina e anfetamine può causare ipertensione e convulsioni, simili alla preeclampsia/eclampsia.

VIAGGIARE

<u>IN AUTO</u>

Durante la gravidanza si può guidare e viaggiare in auto.
Quando si viaggia in auto, è importante:

indossare sempre la cintura di sicurezza. La cintura per le spalle dovrebbe andare tra i seni e al lato della pancia. La cintura addominale dovrebbe andare

- sotto la pancia.
- fare pause durante i lunghi viaggi. Assicurarsi di fermarsi spesso in modo da poter camminare e sgranchire le gambe. Questo aiuta a prevenire la formazione di coaguli di sangue, che possono essere pericolosi.
- tenere gli airbag dell'auto attivi.

VIAGGIARE IN AEREO

Viaggiare in aereo durante la gravidanza è possibile. La maggior parte delle compagnie aeree non consente alle persone di volare durante l'ultimo mese di gravidanza. Durante i voli lunghi, è importante assicurarsi di cambiare posizione mentre si è seduti e di muovere spesso gambe e piedi. Questo può impedire la formazione di coaguli di sangue nelle gambe.

➡ Nell'interesse della gravidanza, generalmente, è consigliato un limite che si colloca a 32 settimane.

ESERCIZIO FISICO

I medici raccomandano a tutti gli adulti di fare almeno 30 minuti di esercizio 3 giorni alla settimana. Questo è valido anche per le persone in gravidanza.
L'esercizio fisico ha molti vantaggi durante la gravidanza. Può aiutare l'umore, il livello di energia e il sonno. Può anche aiutare con i sintomi della gravidanza come costipazione, gonfiore e mal di schiena.
In generale, i medici di solito raccomandano di le passeggiate e il nuoto. Sono da evitare le attività traumatiche o che comportino il rischio di caduta, tra le quali calcio, basket, equitazione, sci e pugilato.

Per allenarsi in sicurezza, è bene:

- Iniziare lentamente e aumentare lentamente il livello di attività
- Evitare di allenarsi con temperature molto calde o umide
- Bere molta acqua

E' consigliata la sospensione dell'attività fisica in caso di:

- Sanguinamento vaginale
- problemi respiratori
- vertigini
- Contrazioni
- Rottura delle membrane
- Riduzione dei movimenti fetali percepiti

RAPPORTI SESSUALI

I rapporti sessuali in gravidanza non creano problemi né alla mamma, né al neonato, sebbene per buon senso, alcune condizioni possono richiederne la momentanea sospensione. Ne sono un esempio: perdite ematiche, contrazioni uterine, situazioni quali la placenta previa ecc…

LAVORO

Il fatto che si debba o meno smettere di lavorare dipende dallo stato di salute, dalla salute del tuo bambino e da ciò che comporta il tuo lavoro.
Le persone che non hanno problemi durante la gravidanza di solito possono lavorare fino all'8° mese, al 9° mese o fino al parto. Ma ciò dipende dal tipo lavoro.
In Italia esiste una specifica normativa sui diritti della donna lavoratrice in gravidanza.

VACCINAZIONI RACCOMANDATE IN GRAVIDANZA DAL MINISTERO

Le vaccinazioni raccomandate in gravidanza sono il **vaccino anti-pertosse (dTpa) e anti-influenzale.**
La vaccinazione (dTpa, anti-influenzale) in gravidanza è definita immunizzazione materna e ha come finalità la protezione della madre e del neonato/lattante .
Entrambe le vaccinazioni sono sicure per la salute della madre e per il feto.
Tali vaccinazioni devono essere ripetute ad ogni gravidanza, indipendentemente dallo stato vaccinale della donna; nella stessa donna va ripetuta in gravidanze consecutive anche distanziate da brevi intervalli di tempo.
E' opportuno includere la programmazione delle suddette vaccinazioni nell'agenda della gravidanza di tutte le donne.
Il periodo migliore di somministrazione del vaccino dTpa e il terzo trimestre, tra 27 e 36 settimane, al fine di garantire un passaggio efficiente degli anticorpi materni al feto. E' opportuno raccomandare la vaccinazione dTpa durante la visita dopo l'ecografia di screening del II trimestre (cosiddetta "morfologica"). La vaccinazione è sicura in ogni trimestre della gravidanza; proponendola dopo la valutazione della morfologia fetale si elimina qualunque potenziale associazione temporale tra la vaccinazione e la presenza di possibili patologie malformative.
Il periodo migliore per la somministrazione del vaccino anti-influenzale è all'inizio della stagione epidemica influenzale per le donne che si trovino nel secondo o terzo trimestre di gravidanza.
Il vaccino anti-pertosse in uso in Italia per la immunizzazione materna e combinato e include tossoide della difterite - tossoide del tetano – pertosse acellulare (dTpa).
Il vaccino anti-influenzale in uso in Italia per la immunizzazione materna è un vaccino inattivato senza adiuvanti.
Non è indicato valutare lo stato immunologico per pertosse (né per tetano che per difterite) mediante il dosaggio anticorpale nella donna poiché non e un dato che modifica la raccomandazione di vaccinare ad ogni gravidanza.
Il vaccino anti-influenzale stagionale può essere somministrato in concomitanza con il dTpa senza rischi per la donna o per il feto.

La pertosse e una malattia infettiva con alta morbosità e mortalità infantile nei primi mesi di vita. La vaccinazione materna permette di proteggere il neonato e il lattante nei primi 6 mesi di vita, prima dell'avvio del calendario vaccinale.
L'influenza contratta in gravidanza può comportare importanti complicanze materne ma anche fetali e del neonato. Se contratta nei primi sei mesi di vita del neonato/lattante è connessa ad alta morbosità e mortalità. La vaccinazione in gravidanza all'inizio della stagione epidemica garantisce protezione per la donna e per il neonato/lattante fino ai 6 mesi di vita postnatale.

IMMUNOPROFILASSI Ig RhD

In caso di emogruppo materno Rh negativo vi è indicazione a ripetere test di Coombs indiretto circa ogni 4 settimane per verificare che non vi sia alloimmunizzazione materno fetale e indicazione a immunoprofilassi tra le 28 e le 32 settimane o in qualunque circostanza che possa comportare commistione tra sangue fetale e materno quale aborto, gravidanza extrauterina, gravidanza molare, diagnosi invasiva, incidente stradale con trauma...

PRERICOVERO

Viene effettuato in genere tra le 34 e le 36 settimane con tempistiche diverse a seconda dell'Ospedale di afferenza e del rischio della gravidanza.
Durante l'incontro in Ospedale viene esaminata la documentazione della gravidanza - compresi gli esami e le ecografie effettuate -, viene compilata la cartella clinica, vengono programmati gli appuntamenti dopo il termine, nel caso in cui il parto non avvenga prima di tale data. In caso fosse necessario il taglio cesareo lo si programma altrimenti vengono fornite informazioni sulla partoanalgesia peridurale, sul travaglio in acqua e sul travaglio in posizioni libere, a seconda delle modalità offerte nei vari Ospedali. E' utile anche per avere informazioni in merito alla donazione delle cellule del cordone ombelicale, sulle regole di reparto quali modalità e orari delle visite parenti, permanenza del padre, rooming in, presenza di isola neonatale.

DICHIARAZIONE DI NASCITA

La dichiarazione di nascita è un atto obbligatorio previsto per iscrivere il neonato o la neonata nel registro di stato civile e nell'anagrafe della popolazione residente.

<u>Quando presentare la dichiarazione:</u>

- entro 10 giorni dalla nascita all'ufficiale di stato civile del comune di nascita o di residenza dei genitori;
- entro 3 giorni dalla nascita presso la Direzione Sanitaria dell'ospedale o della casa di cura in cui è avvenuta la nascita.

<u>Dove rendere la dichiarazione:</u>

- Presso la Direzione Sanitaria dell'ospedale o della casa di cura dove è avvenuto il parto;
- Presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune dove è avvenuto il parto;
- Presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di residenza dei genitori;

Chi può fare la dichiarazione:

- in caso di genitori uniti in matrimonio
  - uno dei due genitori o entrambi;
  -
- in caso di genitori non uniti in matrimonio
  - padre e madre insieme, se entrambi vogliono riconoscere il figlio, la figlia;
  - la sola madre (il padre non viene nominato);
  - il solo padre se la madre non vuole essere nominata.
  -

→ Ogni donna ha il diritto di esprimere la propria volontà di non riconoscere il neonato ed ha diritto alla riservatezza sulla propria identità. In questo caso nessun atto dello Stato Civile riporterà le sue generalità.

La procedura di riconoscimento può avvenire:

- contemporaneamente alla dichiarazione di nascita (in genere è così per le coppie sposate)
- in corso di gravidanza (= prericonscimento da effettuare durante la gravidanza presso il Comune di residenza)

Copyright © 2022 Tutti i diritti riservati.
E' proibita la riproduzione, anche parziale, in ogni forma o mezzo, senza espresso permesso scritto dell'autore.

Dott. Alessio Russo
Medico Chirurgo
Specialista in Ginecologia ed Ostetricia
Sito Web: https://www.dottoralessiorusso.it
Cell: 3452197047
E-mail: alessio.russo@email.it