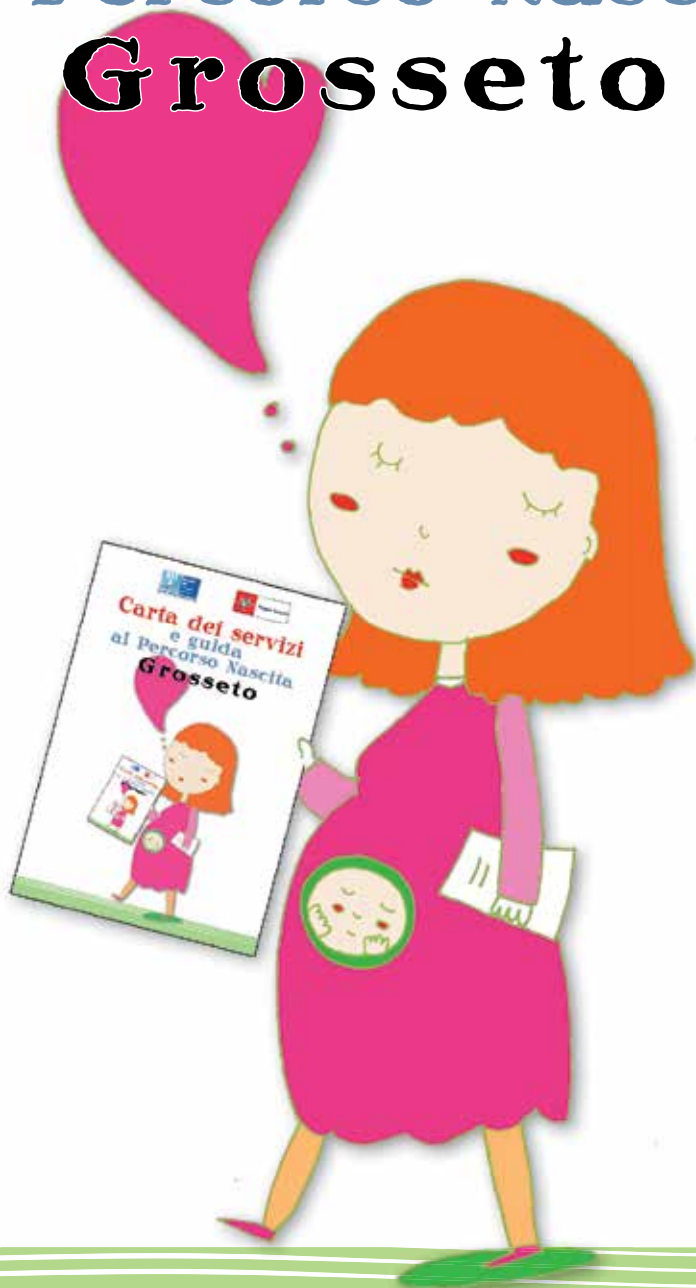


Carta dei servizi e guida al Percorso Nascita **Grosseto**





Guida al Percorso Nascita Grosseto

Carta dei servizi -	3
Guida Percorso Nascita Introduzione	5
Il Consultorio familiare	6
I consultori della provincia di Grosseto	7
Guida al Percorso Nascita	13
Percorso nascita (schema)	14
La Gravidanza: il percorso nascita in 9 passi.	15
Passo 1. Consegna libretto e ricettario regionale	16
Passo 2. Counselling e prelievo	18
Passo 3. Individuazione del rischio ostetrico - Test combinato	19
Passo 4. Percorso gravidanza fisiologica.	21
Passo 5. Percorso gravidanza a rischio.	22
Passo 6. Ecografia ostetrica e rivalutazione del rischio ostetrico	23
Passo 7. Gravidanza a termine	24
Passo 8. Il Parto	
Il parto in Ospedale: Il difficile connubio tra naturalezza e sicurezza	25
- Posizioni in travaglio e parto	28
- Un parto senza dolore.	28
- Quando andare in ospedale	30
- La valigia.	33
- Rooming in	34
- Dimissione	34
- Denuncia di nascita	34
- Allattamento	35
- La banca del latte	35
Passo 9. Dopo il Parto, il ritorno a casa: il puerperio	36
Emergenze urgenze	37

Stili di Vita	
Alimentazione	38
Fumo.	39
Alcool	40
Sostanze stupefacenti.	40
Rapporti sessuali	40
Attività fisica	40
Viaggi	41
- In aereo, In auto	41
Cura del corpo	41
Benessere psichico.	42
Corsi di accompagnamento alla nascita	43
Informazioni sulla ecografia ostetrica.	45
Test combinato.	47
Esami invasivi per la diagnosi prenatale:	
villocentesi, amniocentesi	49
Analgesia peridurale.	55
Qualche altra informazione utile: Modalità di accesso.	57
- ECG	58
Analgesia inalatoria	58
E se la mamma è RH negativa?	59
La gravidanza gemellare.	60
La donazione del cordone ombelicale	62
Progetto mamma segreta.	64
I diritti per i genitori che lavorano	65
- Opportunità per la conciliazione Vita-Lavoro,	
Congedo maternità, mamma lavoratrice	65
- Mamma in mobilità, Mamma disoccupata,	
Mamma libera professionista, Mamma imprenditrice,	
Mamma lavoratrice autonoma	66
- Mamma adottiva o affidataria, Congedo di paternità,	
Papà lavoratore, Papà in mobilità.	67
- Papà lavoratore dirigente, Papà adottivi o affidatari,	
Come compilare la domanda di astensione anticipata	68
- Dove presentare la richiesta di astensione anticipata.	70
- Prolungamento	71
Per un bimbo a testa in giù	72
Ufficio relazioni con il pubblico	74
Allegati	77
1. Automisurazione peso e pressione	77
2. Domanda di astensione anticipata	79
3. Consenso informato e trattamento	
dati sensibili sul percorso nascita (privacy)	81
4. Scheda Individuazione rischio ostetrico	83
5. Consenso al test combinato.	85
6. Consenso all'esecuzione dell'amniocentesi/villocentesi	87
7. Consenso al trattamento con emoderivati	
per immunoprofilassi anti-rh(d)	89
8. Richiesta taglio cesareo	91
9. Visita anestesiológica per il parto	93
10. ECG per il parto.	95

Carta dei servizi

Guida Percorso Nascita

La rete dei servizi dell'Azienda Sud Est - Territorio di Grosseto offre a tutte le donne e le coppie un accompagnamento specifico alla gravidanza, che garantisce continuità, sostegno ed ascolto, dalla consulenza pre-concezionale al primo anno di vita del bambino. La presa in carico globale della donna, del suo bambino e della famiglia contraddistingue il Percorso Nascita ed è il frutto dell'attività di carattere sanitario e diagnostico, terapeutico, sociale, psicologico ed educativo di un'équipe di lavoro. Tale approccio permette ai servizi in rete (ospedalieri territoriali), adattati alle singole realtà, un'attenzione unitaria e individualizzata alla persona.

Nell'Azienda Toscana Sud Est - Territorio di Grosseto è presente un punto nascita presso l'Ospedale Misericordia con U.O. Ostetricia e Ginecologia e U.O. Pediatria e Neonatologia di 2° livello.

Dati 2016

Accessi ostetrici: 3125

Nati: 1346

Parti effettuati: 1322

parti fisiologici: 414

Parti cesarei programmati: 307

Parti cesarei d'urgenza: 106

Tasso di mortalità materna e neonatale: 0

Attivo servizio STEN

Sempre presente unità specializzata per gravidanze a rischio e attiva la Patologia Neonatale che accoglie neonati dalla 31° sett. e i prematuri < 31 sett. residenti a Grosseto che nati a Siena vengono

rinviati appena possibile in sede con un percorso di transfer back collaudato da 3 anni.

Il centro di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) più vicino è presso l'Ospedale Santa Maria delle Scotte di Siena.

Il Percorso Nascita integrato tra ospedale e territorio è garantito da personale ostetrico e medici ginecologici che lavorano sia in ospedale che nei presidi territoriali, assicurando continuità assistenziale per l'intero Percorso Nascita.

È previsto un percorso di monitoraggio della gravidanza fisiologica da parte dell'ostetricia, basato su protocolli e procedure condivise da tutti gli operatori dedicati, integrato con gli altri percorsi previsti per il medio ed alto rischio.

Esiste inoltre la possibilità di optare per l'attività "intra-moenia" dei ginecologi, neonatologi e pediatri.

Vi è una struttura di riferimento per la "gravidanza medicalmente assistita".

Per le donne di diversa etnia e con problemi linguistici c'è la possibilità di usufruire di una mediazione culturale ed è stato creato materiale informativo in varie lingue.

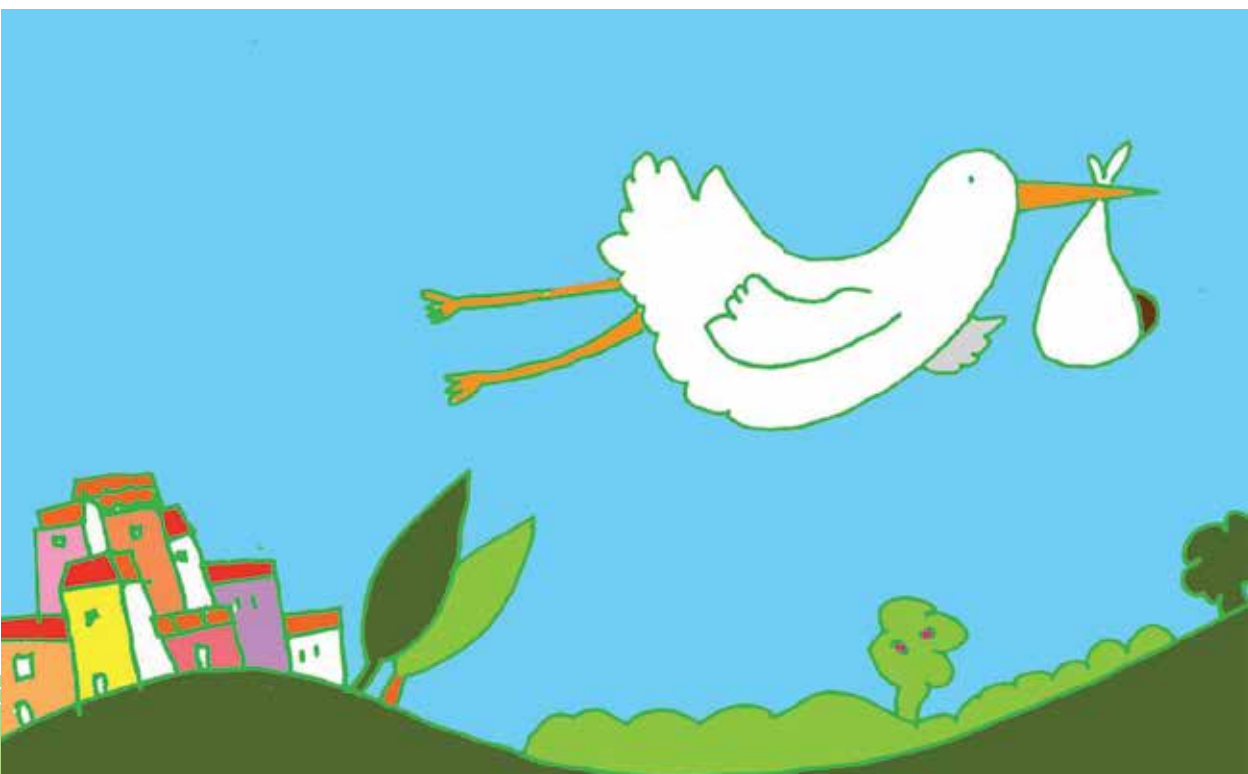
È attivo un ambulatorio di Nutrizione di genere rivolto alle donne in gravidanza e a quelle del percorso di sterilità.

Introduzione

Care Cittadine e Cari Cittadini,

La Gravidanza rappresenta un momento importante della vita di ogni donna, durante il quale avverranno grandi cambiamenti sia personali che all'interno del nucleo familiare. Questo periodo sarà caratterizzato da scelte e grandi decisioni che necessiteranno di informazioni utili ad accompagnare la donna e la coppia in tutto il percorso della maternità.

A tale scopo, l'Azienda di Grosseto ha ideato la Guida al Percorso Nascita, un opuscolo semplice e di facile consultazione che fornisce tutte le informazioni necessarie agli utenti del Percorso Nascita.



Il Consultorio familiare

I Consultori familiari nascono con la finalità “di assistenza alla famiglia ed alla maternità” e perciò affidiamo a queste strutture la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento.

Il consultorio familiare garantisce le cure primarie nell’area della salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della donna, dei singoli, delle coppie e delle famiglie, con equipe multidisciplinari, che offrono percorsi preventivi e diagnostico-terapeutici integrate con le strutture presenti nel territorio di riferimento.

L’équipe multidisciplinare composta da operatori quali ostetrica, ginecologo, psicologo, assistente sociale ed altre figure localmente individuate, è finalizzata alla tutela dell’integrità psicofisica e relazionale dell’utente e della continuità dell’assistenza.

Tutta l’équipe è inoltre disponibile a rispondere ad ogni eventuale domanda con la garanzia della massima correttezza e di riservatezza assoluta.

Negli ultimi anni i consultori si stanno occupando in misura crescente delle donne e delle famiglie immigrate.



I CONSULTORI della provincia di Grosseto Sedi e proiezioni



Consultorio - Zona 1 Colline Metallifere

SEDI	ATTIVITÀ	RECAPITI TELEFONICI	ORARI
Follonica Viale Europa, c/o Distretto socio sanitario	- Percorso nascita - Corso di accompagnamento alla nascita - Corso dopo parto - Tamponi vaginali - Massaggio infantile - Pap test - Riabilitazione PP	0566 59614 0566 59525	lunedì, martedì, mercoledì, venerdì dalle ore 8.00-19.00
Massa Marittima c/o Presidio os- pedaliero 3° piano sede consultorio	- Percorso nascita - Corso di accompagnamento alla nascita - Tamponi - Massaggio infantile - Pap test - Percorso IVG	0566-909246 0566-909270	lunedì 8.00-14.00 martedì 8.00-18.30 mercoledì 8.00-15.00 giovedì 8.00-14.00 venerdì 8.00-15.00
Gavorrano via Matteotti 33, c/o Distretto socio sanitario	- Percorso nascita - Pap test	0566 909114 0566 909112	martedì 9.00-12.00
Monterotondo Marittimo via Del Forno 8, c/o Distretto socio sanitario	- Ostetriche	0566 909127/23	secondo venerdì del mese 8.30- 10.30
Montieri via Roma, c/o Distretto socio sanitario	- Ostetriche	0566 997690	secondo venerdì del mese 11.00-13.00
Scarlino Scalo via Mariotti 18, c/o Distretto socio sanitario	- Ostetriche	0566 909270	terzo martedì del mese 15.00-18.00

Consultorio - Zona 2 Colline dell'Albegna

SEDI	ATTIVITÀ	RECAPITI TELEFONICI	ORARI
Orbetello c/o Ospedale Lungolago Dei Pescatori	- Percorso nascita* - Corso di accompagnamento alla nascita (CAN)* - Corso dopo parto* - Allattamento - Pap test (*Attività per appuntamento)	0564-869216	Dal lunedì al venerdì 7.30-19.30
Pitigliano c/o Ospedale	- Percorso nascita - Pap test	0564 618275	giovedì 8.30-13.00
Porto S.Stefano c/o Distretto socio sanitario	- Percorso nascita - Pap test	0564 869002	lunedì 8.30-12.30
Manciano c/o Distretto socio sanitario	- Percorso nascita - Pap test	0564 618630	venerdì 8.30-13.00
Capalbio c/o Distretto socio sanitario	- Percorso nascita - Pap test	0564 896041	mercoledì 8.30-12.30
Magliano c/o Distretto socio sanitario	- Percorso nascita - Pap test	0564 483030	primo e terzo martedì del mese 8.30-12.30
I.del Giglio c/o Distretto socio sanitario	- Percorso nascita - Pap test	0564 809116	ultimo lunedì del mese 9.00 - 12.30

Consultorio - Zona 3 Amiata Grossetana

SEDI	ATTIVITÀ	RECAPITI TELEFONICI	ORARI
Castel Del Piano c/o Ambulatorio Ostetricia e ginecologia dell'Ospedale	- Percorso nascita (consegna libretti e appuntamenti gravidanza)	0564 914539 0564 914533 0564 914540	Lunedì, martedì e giovedì 8.30-15.00 venerdì 8.00-19.30
	- CAN /grav. Fisio.		mercoledì 10.00-12.00 venerdì 17.30-19.30
Cinigiano c/o Distretto socio sanitario	- Percorso nascita	0564 483041	primo e terzo martedì del mese 8.30 -11.00
Roccalbegna c/o Distretto socio sanitario	- Percorso nascita	0564 483032	secondo e quarto giovedì del mese 8.30-10.30
Castell'Azzara c/o Distretto socio sanitario	- Percorso nascita	0564 483047	secondo e quarto lunedì del mese 11.00-12.30
Semproniano	- Percorso nascita	0564 483068	secondo e quarto giovedì del mese 10.45-12.45
Santa Fiora	- Percorso nascita	0564 483067	secondo e quarto lunedì del mese 8.30-10.30

Consultorio - Zona 4 Grosseto

SEDI	ATTIVITA'	RECAPITI TELEFONICI	ORARI
Grosseto via don Minzoni 9 c/o Distretto socio sanitario (ex Clinica Francini) III piano	- Percorso nascita* - Corso di accompagnamento alla nascita (CAN)* - Corso dopo parto* - Allattamento - Pap test (*Attività per appuntamento)	Per appuntamenti 0564 485736 (ore 12.00 - 14.00)	Dal lunedì al venerdì 8.00-18.00 il sabato 8.00-13.00
Castiglione della Pescaia via Roma 1, c/o Distretto socio sanitario	- Percorso nascita - Pap test	0564 483078	secondo e quarto mercoledì del mese 9.00-13.00
Scansano via A. Diaz, c/o Distretto socio sanitario	- Percorso nascita - Pap test	0564 486907	terzo mercoledì del mese 9.00-13.00
Roccastrada via S. Martino, c/o Distretto socio sanitario	- Percorso nascita - pap test	0564 483091	tutti i giovedì del mese 9.00 -13.00
Campagnatico S.P. S. Antonio, c/o Distretto socio sanitario	- Percorso nascita - pap test	0564 483037	primo venerdì dei mesi pari 9.00-13.00
Paganico p.zza Vittoria 12 c/o Distretto socio-sanitario	- Percorso nascita - pap test	0564 914309	quarto venerdì dei mesi dispari 9.00-13.00

Centro Medicina della Riproduzione e Percorso Nascita Grosseto

Ospedale Misericordia Grosseto palazzina Libera professione

SEDE	ATTIVITÀ	MODALITÀ APPUNTAMENTO	ORARI
Ambulatorio 1 Palazzina libera professione Ospedale Miseri- cordia Grosseto	Centro PMA Procreazione Medicalmente Assistita	Tel. 0564 485678 Dal lunedì al Venerdì, dalle ore 12.00 alle 14.00	Dal lunedì al venerdì, ore 8.00-13.30
Genetica Medica Piano 0 Ospedale Misericordia Grosseto	Counselling Percorso Nascita, Test Combinato, Prelievo Primo trimestre e Test Combinato	A cura dell'ostetrica al ritiro del libretto della gravidanza Tel. 0564 485678 Dal lunedì al venerdì, ore 12.00-14.00	Lunedì, martedì e gio- vedì a partire dalle ore 8.15
Ambulatorio 3 Palazzina libera professione Ospedale Misericordia Grosseto	Valutazione Rischio Ostetrico e Eco 1° trimestre	A cura dell'ostetrica al ritiro del libretto della gravidanza Tel. 0564 485678 dal lunedì al venerdì, ore 12.00-14.00	dal lunedì al venerdì, ore 8.00-13.00
Ambulatorio 2 Palazzina libera professione Ospedale Misericordia Grosseto	Ecografie e rivalutazione rischio Ostetrico 2° trimestre	A cura dell'ostetrica al controllo della gravidanza Tel. 0564 485678 dal lunedì al venerdì, ore 12.00-14.00	Lunedì, mercoledì e giovedì, ore 9.00-13.30
Ambulatorio 2 Palazzina libera professione Ospedale Miseri- cordia Grosseto	Ambulatorio Gemelli + Diagnosi prenatale	Tel. 0564 485678 dal lunedì al venerdì, ore 12.00- 14.00	Martedì e venerdì, ore 9.00-13.00
Ambulatorio 2 Palazzina libera professione Ospedale Misericordia Grosseto	Gravidanza a termine	A cura dell'ostetrica al controllo della gravidanza Tel. 0564 485678 dal lunedì al venerdì, ore 12.00 - 14.00	dal lunedì al venerdì, ore 8.00-9.00

Guida al Percorso Nascita



L'obiettivo della Guida al Percorso Nascita è:

- dare informazioni sugli interventi educativi, sanitari e sociali garantiti a tutte le gestanti della Provincia di Grosseto per tutto il periodo della gravidanza e nei primi mesi di vita del bambino;
- uniformare il Percorso Nascita in tutta la Provincia di Grosseto; rendere omogenee tutte le prestazioni degli operatori previste per la gravidanza, in ottemperanza alle direttive della Regione Toscana che prevede una cartellina sanitaria unica per tutto il percorso con le impegnative per gli esami e le schede cliniche per registrare il decorso della gravidanza;
- fornire consigli utili per facilitare l'accesso alle attività del Percorso Nascita;
- favorire l'integrazione tra ospedale e territorio.

Questa guida è stata divisa in piccoli capitoli per semplificarne la consultazione e ciascuno di questi indica le fasi principali dell'intero percorso, inteso come continuità fluida di interventi e servizi.

Il percorso nascita, così come è stato concepito ed organizzato per tutte le gestanti, evidenzia la figura dell'ostetrica come operatore di riferimento, tranne nei momenti di rivalutazione del rischio ostetrico in cui è affiancata dal medico.

Tale impostazione potrebbe non essere condivisa da alcune gestanti che prediligono un rapporto esclusivo con il proprio medico di fiducia. Al momento dell'appuntamento per l'arruolamento nel percorso nascita verrà chiesto se la gravidanza è seguita dal sistema pubblico (Percorso Nascita) o da un medico privato.

Le prestazioni presenti nel libretto regionale saranno garantite qualunque sia la scelta della donna.

Percorso Nascita

Test di gravidanza

- Consegna del libretto di gravidanza
- Scheda di individuazione del rischio
- Appuntamento per: prelievo, counseling, ecografia 1° trimestre
- Firma del consenso per il trattamento dei dati personali

9-11 settimane

- Counseling
- Prelievo analiti placentari

12 settimane

- 1^a visita
- Test combinato
- Valutazione del rischio

Ambulatorio gravidanza fisiologica

20-22 settimane

- Ecografia del 2° trimestre
- Valutazione del rischio

Ambulatorio gravidanza fisiologica

30-34 settimane

- Ecografia del 3° trimestre
- Valutazione del rischio

Ambulatorio gravidanza fisiologica

40-40⁺⁶ settimane

- Valutazione del liquido amniotico
- Cardiotografia

Nascita

Assistenza domiciliare al puerperio

Protocolli di rischio attuabili sul territorio

Ambulatorio della patologia

Patologia

Patologia

Patologia
o
EG > 41 settimane

Rischio aumentato

Patologia

Ambulatorio territoriale

Ambulatorio centralizzato

Ospedale

La GRAVIDANZA il Percorso nascita in 9 passi

La volontà di rendere il parto un evento sempre più sicuro nella naturalezza ha portato alla organizzazione di questo percorso, con gli obiettivi:

- di raggiungere tutta la popolazione in gravidanza, comprese le coppie di immigrati
- di effettuare e favorire la diagnosi precoce delle gravidanze a rischio
- di implementare l'integrazione tra ospedale e territorio

Per raggiungere tutte le coppie è necessario il coinvolgimento dei Consultori distribuiti in tutto il territorio. Il Consultorio diventa così la casa ideale per la presa in carico della paziente da parte dell'**ostetrica** che rappresenta la professionista di riferimento per la gravidanza fisiologica. Il risultato sarà completo con il coinvolgimento più ampio possibile delle coppie di immigrati e per fare ciò stiamo attivando tutti gli strumenti possibili per il coinvolgimento delle varie comunità etniche e l'utilizzo delle strategie e tecnologie di comunicazione più idonee.

La più recente letteratura riconosce l'importanza di test di screening prenatale precoci che consentano di selezionare le gravidanze fisiologiche da quelle ad alto rischio in modo da inviarle più appropriatamente a percorsi di diagnostica prenatale e di assistenza per gravidanza a rischio. In realtà più dell'80% delle gravidanze restano fisiologiche ed è ormai accertato che una gravidanza presa in carico e seguita da un'ostetrica ha più probabilità di terminare con successo. Anche in questo caso la rete territoriale dei Consultori familiari rappresenta il punto nodale per la presa in carico della gravidanza fisiologica e l'ostetrica del Consultorio dovrà essere la figura di riferimento del Percorso nascita dal concepimento al puerperio.

Infine, abbiamo ritenuto fondamentale una corretta ed efficace integrazione tra Ospedale e territorio attraverso la condivisione di protocolli, procedure e il costante scambio di informazioni.

Passo 1

Il libretto - ricettario regionale

La donna in stato di gravidanza potrà, a seconda dell'organizzazione del proprio consultorio di residenza, recarsi direttamente alla sede per il ritiro del proprio libretto di gravidanza oppure prendere un appuntamento telefonico con le **ostetriche del proprio consultorio** (vedi pag. 6-10).

La donna in gravidanza, al momento del ritiro del libretto, dovrà presentare al personale ostetrico:

- un proprio documento di riconoscimento;
- la tessera sanitaria;
- un test di gravidanza di laboratorio su sangue o su urine, oppure una certificazione medica od ecografia che attesti lo stato di gravidanza;
- il documento STP (straniero temporaneamente presente) per le donne straniere che non sono in possesso di tessera sanitaria.

Il ritiro del libretto rappresenta il contratto per la presa in carico della donna, da parte dell'ostetrica, nel percorso nascita. Pertanto solo in casi eccezionali, il libretto potrà essere consegnato ad una persona con delega.

REGIONE TOSCANA

Azienda USL di residenza cartella ostetrica n. _____ anno _____

cognome nome _____ età _____
luogo di nascita _____ data di nascita _____

domicilio _____ professione _____
telefono _____
codice regionale assistito a codice fiscale _____
medico curante _____ ginecologo ostetrico _____

gruppo _____ RH _____ fenotipo _____ test di Coombs indiretto _____
coniuge/partner _____ età _____ professione _____

cognome nome _____
dati clinici di rilievo _____

anamnesi familiare

difetti congeniti sì no specificare _____
diabete sì no specificare _____
ipertensione sì no specificare _____

anamnesi personale

menarca anni _____
mestruazioni regolari non regolari
fuma sì no specificare _____
sigarette/die _____
droga sì no specificare _____
esposizione agenti tossici sì no
farmaci sì no radiazioni ionizzanti sì no
quali _____
quando _____
usavo contraccettivi _____ fino a _____
quali _____

lie si no tonsillomiosi sì no
diabete sì no ipertensione sì no
HIV sì no neuropatie sì no
malattie tromboemboliche sì no

epatite sì no vaccinata _____
rosolia sì no vaccinata _____
altro _____

uso continuativo farmaci sì no
quali _____
reazioni allergiche e intolleranze alimentari _____

anamnesi ostetrica

anno	settimana	esito	parto	peso	esito perinatale
		P AS IVG	PS TC IVG		

Indagini di laboratorio e strumentali per la gravidanza fisiologica
Libretto - ricettario da utilizzarsi nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale



codice fiscale assistito _____
codice regionale assistito _____

nome _____
cognome _____
USL n. _____
Zona _____
n. progressivo _____ anno _____ 20_____

Il giorno dell'appuntamento l'ostetrica provvederà a:

- l'arruolamento della donna nel percorso;
- consegnare **la cartella** ed **il libretto - ricettario della gravidanza**;
- raccogliere i dati necessari e trascriverli nella cartellina della gravidanza;
- calcolare l'epoca gestazionale mediante primo giorno dell'ultima mestruazione e calcolare l'epoca presunta del parto;
- informare che le ricette del libretto possono essere firmate e timbrate sia dal proprio medico di medicina generale che, in alternativa, dal proprio ginecologo della struttura pubblica;
- consegnare ed illustrare il materiale informativo (Guida al Percorso Nascita);
- prendere appuntamenti per la I° fase test combinato con counselling/ prelievo e II° fase test combinato con ecografia e consulenza prenatale.
- informare come e dove potranno essere eseguiti i primi esami ematochimici;
- informare che l'attestato di gravidanza contenuto nel libretto deve essere firmato dal ginecologo.



Passo 2

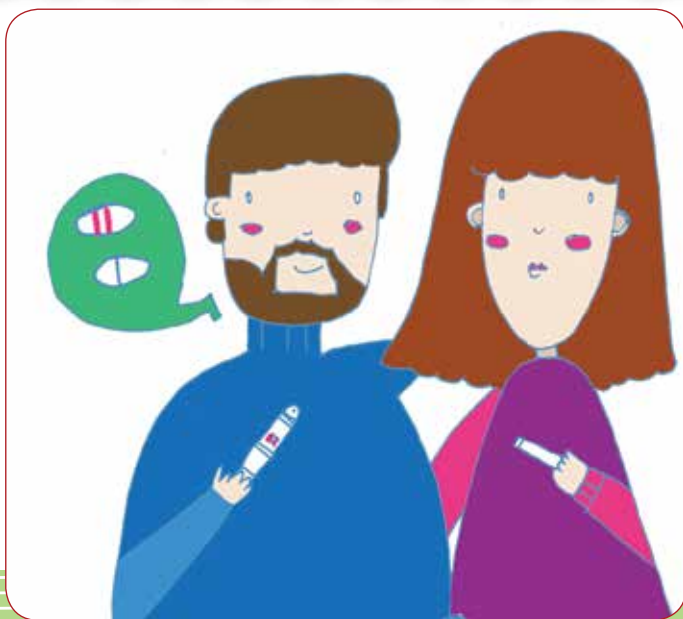
Counselling e prelievo

Il giorno fissato per il **Counselling**, la coppia si recherà alle ore 8.15 presso la Genetica Medica situata al piano 0 dell'ospedale Misericordia di Grosseto, dove parteciperà ad una spiegazione di gruppo sul significato del Test Combinato (vedi informativa pag. 45-46) e sulle modalità di esecuzione; Inoltre verranno illustrati i criteri di individuazione del rischio ostetrico.

1. Se la coppia deciderà di eseguire il Test Combinato, dopo la firma del consenso, la signora eseguirà nella stessa sede, il **prelievo** per gli analiti necessari (ed eventualmente per gli esami ematochimici qualora non fossero stati eseguiti).
2. Se la coppia decidesse di non eseguire il Test combinato, firmerà il diniego nel consenso (Allegato pag. 85) ed eseguirà esclusivamente il prelievo per gli esami necessari all'individuazione del rischio ostetrico e/o gli esami ematochimici se non ancora eseguiti.

Il test prevede attualmente il pagamento di un ticket (€ 38.00 + € 10.00 per ogni fascia di reddito) se la signora ha meno di 35 anni; è gratuito dai 35 anni in poi (il compimento del 35° anno deve avvenire prima del termine della gestazione).

Per tutte è previsto il pagamento di €19.00 per il PLGF. Durante il 2016 queste cifre potrebbero variare essendo in corso l'aggiornamento del nomenclatore regionale.



Passo 3

Individuazione del rischio ostetrico

Test combinato

La visita per l'individuazione del rischio ostetrico, viene effettuato tra 11 e 13⁶ settimane di gestazione insieme all'ecografia del 1° trimestre (foglio del libretto n°2) che serve anche per completare il Test combinato. La gestante/coppia si presenterà alla palazzina della Libera Professione dell'Ospedale Misericordia di Grosseto in via Senese 161. All'accoglienza le verrà indicato l'ambulatorio dedicato.





Fasi dell'incontro:

- accoglienza;
- anamnesi;
- controllo esami;
- misurazione della pressione arteriosa e del peso corporeo;
- eventuale pap test se non eseguito negli ultimi 3 anni;
- ecografia ostetrica addominale e vaginale;
- calcolo del rischio di cromosomopatie e consulenza;
- individuazione del rischio ostetrico.

Al termine dell'incontro la gestante con gravidanza singola verrà indirizzata a un **percorso assistenziale fisiologico** seguito dalle ostetriche nel territorio di competenza, oppure alla **patologia ostetrica** c/o l'ambulatorio dell'ospedale.

Le gravidanze gemellari seguiranno un percorso dedicato.

Nel caso di Test combinato positivo con rischio $> 1/250$ verrà consigliato esame invasivo, previa consulenza genetica, per la quale verrà fissato appuntamento.

La consulenza prenatale prevede il pagamento di un ticket (€ 15.00 + € 10.00 per ogni fascia di redditi) se la signora ha meno di 35 anni, gratuito dai 35 anni in poi (il compimento del 35° anno deve avvenire prima del termine della gestazione).

Passo 4

Percorso gravidanza fisiologica

Tutte le gestanti che sono interessate ad essere seguite dal percorso pubblico e che al termine della 1ª visita per l'individuazione del rischio ostetrico, siano state classificate come fisiologiche, saranno seguite dalle ostetriche nel Consultorio di appartenenza (vedi orario, sedi, e modalità di appuntamento per ogni singola zona).

La gestante potrà incontrare le ostetriche ogni qual volta ne abbia necessità ed indicativamente nelle seguenti settimane di gestazione:

- seconda visita 16 -18 settimane;
- terza visita 19 - 22 settimane (contestualmente all'ecografia del libretto);
- quarta visita 25 - 28 settimane;
- quinta visita 30 - 32 settimane (contestualmente all'ecografia del libretto);
- sesta visita 36 - 38 settimane.

Obiettivi

- controllare il decorso fisiologico della gravidanza;
- esaminare e discutere con la donna i risultati degli esami eseguiti;
- sorvegliare il rispetto del piano assistenziale;
- identificare le donne che devono essere indirizzate dal medico;
- sostenere le competenze materne;
- informare la donna circa i corsi di accompagnamento alla nascita (CAN).



Passo 5

Percorso gravidanza a rischio

Le gravidanze a rischio specifico, individuate sia nel I° trimestre che nel II° e III°, verranno indirizzate all'ambulatorio della patologia situato nella palazzina della libera professione dell'ospedale Misericordia di Grosseto. L'ambulatorio è gestito dal ginecologo coadiuvato dall'ostetrica e vi si accede su appuntamento fissato dall'ostetrica del Consultorio o personalmente, telefonando dal lunedì al venerdì dalle ore 13.30 alle ore 14.00, al numero 0564 4485360.

Le Principali patologie pregravidiche e gestazionali, che prevedono l'invio della paziente all'ambulatorio di patologia ostetrica sono:

Patologie materne pregravidiche:

- anemie, piastrinopenie vere, coagulopatie e malattie degli organi emopoietici;
- diabete pregravidico;
- ipertensione essenziale;
- nefropatie;
- cardiopatie materne;
- ipertiroidismo;
- malattie neurologiche;
- malattie autoimmunitarie (LES, Artrite Reumatoide);
- malattie infiammatorie croniche intestinali (Chron, RCU);
- neoplasie.

Patologie gestazionali:

- diabete gestazionale;
- isoimmunizzazione materno-fetale;
- ipertensione gestazionale;
- ritardo di crescita;
- preeclampsia;
- pazienti ad alto rischio di parto prematuro con precedenti ostetrici.
- placenta previa centrale;
- malattie infettive (HIV, HCV, rosolia, toxoplasmosi, lue).

Passo 6

Ecografia ostetrica e rivalutazione del rischio ostetrico

Al secondo trimestre (settimane 19⁺⁰-21⁺⁶) ed al terzo trimestre (settimane 30⁺⁰-32⁺⁶), oltre all'esecuzione dell'ecografia prevista dal libretto regionale, verrà effettuata la rivalutazione dei rischi specifici per confermare l'andamento fisiologico della gravidanza o la comparsa di patologie che determineranno l'invio della gestante all'ambulatorio di patologia ostetrica (modalità di accesso vedi passo 5).

Il controllo verrà eseguito, previo appuntamento, presso le zone di appartenenza (vedi orari, sedi consultoriali e modalità di appuntamento).



Passo 7

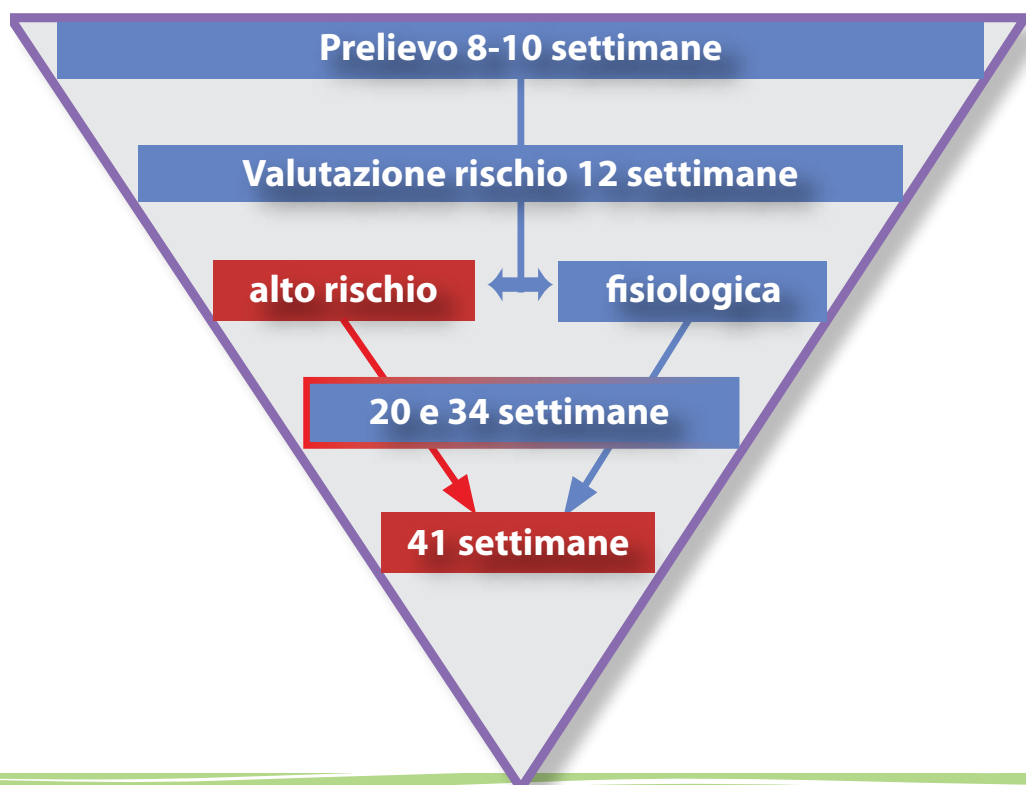
Gravidanza a termine

Tutte le donne a termine di gravidanza, che hanno eseguito gli esami come da protocollo della Regione Toscana, la cui gravidanza è stata definita fisiologica, previo appuntamento fissato nelle zone di appartenenza (vedi rispettive sedi orari e modalità), eseguiranno il controllo della gravidanza a termine previsto tra la 40⁺⁰ e 40⁺⁶ settimane (foglio n° 13 del ricettario regionale)

L'incontro si articola in varie fasi:

- visita ostetrica;
- valutazione liquido amniotico;
- Cardiotocografia (CTG);
- verifica completezza esami per il ricovero.

Il successivo appuntamento sarà fissato da 41⁺⁰ settimane presso l'ambulatorio di patologia ostetrica che valuterà i tempi e le modalità del parto. L'appuntamento sarà fissato dall'ostetrica al termine dell'esame.



Passo 8

Il parto

Il parto in ospedale: Il difficile connubio tra naturalezza e sicurezza

Dopo nove mesi sta finalmente arrivando il momento così tanto atteso: il parto!

Tale evento così naturale e spontaneo porta con sé tanti significati e novità sia di ordine pratico che emotivo e relazionale.

Si tratta di un “rito di passaggio” attraverso il quale ciascun interprete assume una nuova connotazione. La Diade uomo-donna diventa una triade: madre, padre, bambino con tutto un nuovo mondo da scoprire fatto di realizzazione di sogni, aspettative, desideri, ma anche di cambiamenti profondi e sostanziali. Si comprende quindi come tutto ciò possa far vivere il parto con una vasta gamma di emozioni, più o meno positive.

Riteniamo pertanto che avere delle informazioni possa essere di aiuto per vivere nel migliore dei modi il suo parto.

Il travaglio

Quando la gravidanza ha avuto un decorso fisiologico ed il travaglio insorge spontaneamente, il personale ostetrico ne segue l'andamento, avendo cura di creare un ambiente confortevole e familiare, che coinvolga anche la figura paterna o di una persona di fiducia, per infondere maggiore sicurezza alla mamma. Durante il travaglio le ostetriche hanno l'importante compito di sostenere la madre nel suo sforzo, di infonderle tranquillità, di aiutarla a dominare le ansie e le paure e assecondare i tempi naturali e la fisiologia del processo.

Il travaglio indotto

In alcuni casi, come una gravidanza che va oltre il termine, complicazioni materne o una rottura prematura delle membrane, o se le fasi del travaglio rallentassero molto, questo verrà indotto con l'ausilio di farmaci somministrati sia per via endovenosa che transvaginale o tramite metodiche meccaniche quali il palloncino di Cook e/o amniorexi (rottura provocata delle membrane).

In questo caso il medico affianca l'ostetrica nella gestione dell'evento.

Parto per vie naturali

È dimostrato che con il parto vaginale spontaneo si ha:

- minore perdita ematica;
- 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 bambino.

La nascita può avvenire nella stanza del travaglio-parto, assecondando i tempi fisiologici e le posizioni naturali, oppure in sala parto nell'eventualità in cui si renda necessario aiutare la donna nelle ultime fasi di spinta, oppure per accelerare il parto ricorrendo all'episiotomia o raramente all'applicazione della ventosa ostetrica.

Subito dopo la nascita dopo il primo vagito, se non ci sono controindicazioni, il neonato verrà posto sulla pancia della mamma, se lo desidera, e riscaldato in attesa che il cordone smetta di pulsare, segno questo che il collegamento madre-bambino è terminato. Quindi verrà reciso il cordone ombelicale e il neonato sarà affidato alle sollecite cure del neonatologo e del personale del nido. Appena espletate tutte le procedure necessarie, il neonato resterà accanto ai genitori e la mamma potrà attaccarlo al seno per favorire così l'allattamento.

Taglio cesareo

Quando il bambino non può o non riesce a nascere per via naturale è necessario ricorrere a un taglio cesareo.

Questo potrà essere di **“elezione o programmato”**, dunque già deciso al termine della gestazione per varie motivazioni quali presentazione podalica, gemellarità, pregressi interventi uterini, placenta inserita in modo da ostruire il passaggio del feto (placenta previa centrale) o rischi specifici (preeclampsia, HIV positivo, feto molto grosso ecc). In tal caso saranno richiesti esami aggiuntivi, ove necessari, elettrocardiogramma (ECG) e visita anestesiológica.

La paziente si ricovererà la sera prima della data prefissata.

In altri casi, la decisione di portare a termine il parto per via cesarea potrà essere presa durante il travaglio, perché le fasi dello stesso non progrediscono correttamente o per sopraggiunte complicazioni che ne indichino **“un rapido espletamento”**.

Il taglio cesareo è un intervento chirurgico (incisione dell'addome e dell'utero). La durata dell'intervento oscilla mediamente tra 25 e 45 minuti e dipende dalle difficoltà tecniche che si possono incontrare durante l'esecuzione; l'intervento solitamente viene praticato in anestesia spinale/peridurale (che blocca la sensibilità della zona dell'intervento permettendo alla madre di restare sveglia), oppure in anestesia generale. Il taglio cesareo resta comunque un intervento importante e come tale può avere conseguenze come il dolore addominale, la necessità del catetere vescicale, il risentimento a livello intestinale, una convalescenza di circa 15 giorni ed una degenza di circa 5 giorni.

Del resto come tutti gli interventi ci possono essere delle complicazioni più o meno gravi che vanno dalla perdita ematica eccessiva e che necessita di trasfusioni, a problemi di coagulazione fino alla necessità, nei casi più gravi, di dover re-intervenire o addirittura all'asportazione dell'utero.

Il tasso di complicazioni è per fortuna basso e risulterà più elevato nei casi di: intervento ripetuto – concomitanti patologie materno-fetali (esempio distacco di placenta o gestosi) – presenza di fibromi uterini-anomalie dell'impianto placentare (esempio placenta previa).

Nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche e di supporto, il parto spontaneo vaginale è sempre stato più sicuro per la mamma ed è così anche oggi, mentre non cambia sostanzialmente la prognosi fetale.

Manovre ostetriche

Quando ci sia la necessità di accelerare il parto potranno essere messe in atto manovre specifiche quali:

- episiotomia: incisione del perineo per evirare lacerazioni dei tessuti che porterebbero a cicatrizzazioni fastidiose o dolorose;
- applicazione di ventosa ostetrica: coppetta che si applica sotto vuoto alla testa del bimbo consentendo una adeguata trazione;

Complicazioni del parto

In alcuni casi ci potrebbero essere delle complicazioni anche dopo il parto per via vaginale e che richiedono l'intervento medico come:

- ritenzione della placenta che dovrà essere rimossa manualmente;
- emorragia;
- lacerazioni del canale del parto e degli organi vicini e che necessiteranno di intervento.

Posizioni in travaglio e parto

Non esiste un'unica posizione raccomandata per il travaglio ed 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/carpone 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 bambino e ridurre il dolore della mamma.

Le posizioni consigliate presentano inoltre altri vantaggi teorici, come:

- 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 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).

Un parto senza dolore

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 è un'esperienza soggettiva influenzata, in ogni singola donna, dalle condizioni fisiche, dalle emozioni, dalle circostanze sociali, culturali e assistenziali.

Le risorse individuali della donna e la normale produzione degli ormoni che sostengono le contrazioni dell'utero e la discesa del nascituro nel canale del parto nonché l'avvio del legame mamma-bambino, permet-

tono 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

- **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 del dolore la necessità di interventi medici per il parto ed aumentano la soddisfazione della donna per l'esperienza vissuta.

Con utilizzo di farmaci

la Partoanalgesia

Per alcune donne il dolore può rappresentare una importante difficoltà che impedisce di vivere questo momento in modo sereno. In questo caso è possibile usufruire della tecnica di analgesia peridurale continua, che consente di controllare efficacemente il dolore partorendo in ogni caso in modo naturale e spontaneo.

Per questo, la tecnica ha guadagnato ampi consensi in tutto il mondo, ma nel nostro Paese è ancora poco conosciuta per molteplici ragioni.

I requisiti che fanno dell'analgesia peridurale (anche detta epidurale) la tecnica ideale sono:

- efficacia, poiché rende le contrazioni uterine percepibili in modo non doloroso;
- sicurezza sia materna che fetale per i bassissimi dosaggi farmacologici impiegati;
- flessibilità, per la possibilità di modulare la quantità di analgesico a seconda della fase del travaglio e dell'intensità del dolore;
- rispetto, perché non influenza la dinamica fisiologica del travaglio del parto.

Quando andare in ospedale?

È importante sapere quando è il momento giusto per andare in ospedale ed evitare di correre al pronto soccorso alla prima contrazione, con il rischio di essere rimandata a casa dai medici perché il travaglio non è ancora avviato.

Per questo, vediamo quali sono le fasi del travaglio, così da riconoscere i segnali che ci fanno capire che è arrivato il momento tanto atteso.

IL PERIODO PRODROMICO

È la fase iniziale del travaglio in cui si hanno contrazioni lievi, simili ai dolori mestruali, che si localizzano nella zona del basso ventre ed in quella lombare (schiena bassa). Risultano più fastidiose che dolorose e prendono il nome di “*Contrazioni di Braxton - Hicks*”. Sono molto irregolari, cioè non vengono sempre con lo stesso intervallo di tempo e non hanno la stessa intensità. Grazie a queste contrazioni si hanno una serie di modificazioni importanti sul collo dell’utero. Questo infatti si *centralizza* (cioè non guarda più verso il retto, ma inizia a direzionarsi verso la vagina per formare il canale da parto), si *appiana* (si fa più sottile), ed incomincia anche a *dilatarsi* lentamente.

In questa fase potreste perdere il tappo mucoso, che isolava l’interno dell’utero dall’esterno per proteggere l’ambiente fetale e trovare quindi delle perdite dense, biancastre, a volte con qualche striatura rosata (sangue). Non allarmatevi, è un evento normale!

Non è ancora questo il momento di andare in ospedale: questa fase può durare 8-10 ore in chi non ha mai partorito (nullipare), quindi rimanete a casa, riposatevi e fate una bella doccia calda che vi aiuterà a rilassarvi.

Molto probabilmente avrete la necessità di andare di corpo spesso (il nostro organismo cerca di liberare l’intestino per lasciare più spazio al bambino, visto che a breve dovrà “incamminarsi verso l’uscita”). Stare a casa, oltre a garantirvi una maggior comodità, vi eviterà lo stress di essere rimandate a casa dal personale del pronto soccorso se vi presentate lì troppo presto.

FASE DILATANTE

Quando le contrazioni diventano più forti e regolari (da un paio d'ore arrivano sempre ad intervalli di 5 minuti), allora siamo entrati nella *fase dilatante del travaglio*.

Avete ancora un po' di tempo, prima di andare in ospedale, specie se non avete ancora rotto il sacco. Generalmente il travaglio per chi non ha mai partorito, ha una durata media di 8-10 ore (calcolando solo la fase dilatante, non il periodo prodromico!). Quindi potete fare di nuovo un bagno caldo (il bagno si può fare solo se NON avete ancora "rotto le acque") o una doccia per sopportare meglio le contrazioni (direzionate il getto di acqua calda proprio dove avete dolore, quindi in basso sulla pancia e nella zona lombare) e controllare che nella **valigia per l'ospedale** (vedi pag. 31) ci sia tutto (anche le analisi più recenti e le ecografie).

Quando le contrazioni arrivano ogni 3-4 minuti, allora potete finalmente recarvi in ospedale.

Meglio farsi la maggior parte del travaglio a casa piuttosto che in ospedale, così avrete tutte le vostre comodità, il vostro bagno, la libertà di movimento e la vostra privacy. Una volta in ospedale, verrete prima visitate dal ginecologo o dall'ostetrica, poi in base a quanto siete avanti con il travaglio, andrete o in sala travaglio/parto, oppure vi sistemeranno in stanza (vedrete che se aspetterete il momento giusto, andrete direttamente in sala travaglio/parto).



Questa è una situazione “ideale” in cui non c’è alcuna necessità di andare di fretta in ospedale, anzi, si può tranquillamente temporeggiare e fare così buona parte del travaglio a casa, dove sicuramente si sta più comode e tranquille.

Esistono delle situazioni invece, che non permettono di aspettare troppo tempo ma che necessitano subito di un controllo.

**Queste sono le condizioni
per cui RECARCI IN OSPEDALE URGENTEMENTE:**

• **sacco rotto** e **LIQUIDO AMNIOTICO TINTO** (cioè non limpido, bensì verdastro).

Se il liquido è chiaro, non è necessario allarmarsi e correre in ospedale in fretta e furia.

Ma nemmeno temporeggiare come se le membrane fossero ancora integre.

Al contrario se il liquido è scuro è importante recarsi subito in ospedale

• **PERDITE DI SANGUE** vaginali abbondanti e **ROSSO VIVO**;

• **NEL CASO NON SIA IL PRIMO PARTO**, infatti i travagli successivi al primo durano di meno, quindi è meglio recarsi in ospedale appena le contrazioni diventano regolari.

In questi casi quindi, non si temporeggia a casa, ma si va subito in ospedale. Non perché la situazione sia grave, ma per fare tutti i controlli necessari (che ovviamente non è possibile fare a casa) ed evitare che si verifichino eventuali problematiche.

Dunque, anche in queste situazioni più urgenti, non allarmatevi e cercate sempre di mantenere la calma e la tranquillità, perché queste saranno fondamentali per affrontare nel modo giusto sia il travaglio che il parto.

LA VALIGIA

Corredino per il neonato

- Magliette di cotone (estate)/lana (inverno)
- Golfini di cotone/lana
- Calzine di cotone/lana
- Mutandina corta (estate)/lunga (inverno) di spugna
- Lenzuolini (sopra)
- Copertina di cotone (estate)/lana (inverno)
- Federine
- Asciugamani
- 1 pacco di pannolini per il bimbo

Per la mamma

- Ciabatte per la doccia
- 1 pacco di pannoloni svedesi
- 2 confezioni di mutande a rete
- Copriwater

Documenti necessari

- documento di riconoscimento in corso di validità
- tessera sanitaria
- codice fiscale



Rooming in

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 tra le braccia appena possibile 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.

Quindi dopo il parto il bambino resterà sempre accanto alla mamma tranne nei momenti in cui, durante le visite dei familiari (dalle ore 13.00 alle 14.00 e dalle ore 19.00 alle 20.00), i genitori potranno scegliere se tenerlo nella stanza o portarlo al nido.

Dimissione

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

Denuncia di nascita e iscrizione al pediatra di famiglia

Entro 3 giorni dalla nascita presso la segreteria della Direzione sanitaria dell'ospedale Misericordia (che si trova al piano 0). I genitori, che devono essere presenti entrambi nel caso non siano coniugati, devono presentarsi con il documento di identità. Nell'occasione sarà anche assegnato il pediatra di base.

Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì dalle 13.30 alle 15.30 e il sabato dalle 10.00 alle 12.00.

Dopo il terzo giorno ed entro il decimo giorno il neonato potrà essere denunciato presso il Comune di residenza (se i genitori non sono coniugati dovranno essere presenti entrambi) e il pediatra di base potrà essere richiesto al Distretto di residenza.

Allattamento

L'allattamento al seno viene promosso sin dai primi momenti di nascita facendo attaccare il neonato subito dopo il parto. L'allattamento è a "richiesta" del bambino senza cioè orari fissi da rispettare.

La montata latte avviene in genere il 2°-3° giorno post partum.

Durante il ricovero la mamma sarà aiutata e sostenuta dal personale del nido e dalle ostetriche del reparto.

Alla dimissione la mamma avrà come riferimento le ostetriche del territorio a cui si potrà rivolgere per tutti i consigli e l'aiuto.



La banca del latte

Presso il Setting S dell'Ospedale di Grosseto è presente la Banca del Latte umano.

È un punto di raccolta del latte donato e distribuito, dopo opportuno trattamento, ai neonati e lattanti che ne hanno necessità.

La qualità del prodotto offerto dalla banca del latte è garantita dall'accurata esecuzione delle procedure estratte da linee guida nazionali.

Tutte le mamme, in buona salute e con un corretto stile di vita, che allattano da meno di 6 mesi e che producono una quantità di latte superiore alle proprie necessità possono divenire donatrici.

Si ricorda che la nutrizione deve essere considerata, soprattutto per i

neonati ad alto rischio, uno dei principali fattori che condizionano lo stato di salute e il latte materno fresco rappresenta il gold standard per l'alimentazione nella prima fase della vita grazie alle sue proprietà nutrizionali e ai suoi effetti protettivi.

I numeri utili per contattarci sono:

Patologia Neonatale 0564-485312

Cordinatrice Infermieristica

Sandra 0564 485209



Passo 9

Dopo il parto, il ritorno a casa: il puerperio

Il puerperio è il periodo della durata di 6-8 settimane che intercorre tra il post-partum e il ritorno dell'organismo della donna, particolarmente dell'apparato genitale, alle condizioni preesistenti alla gestazione.

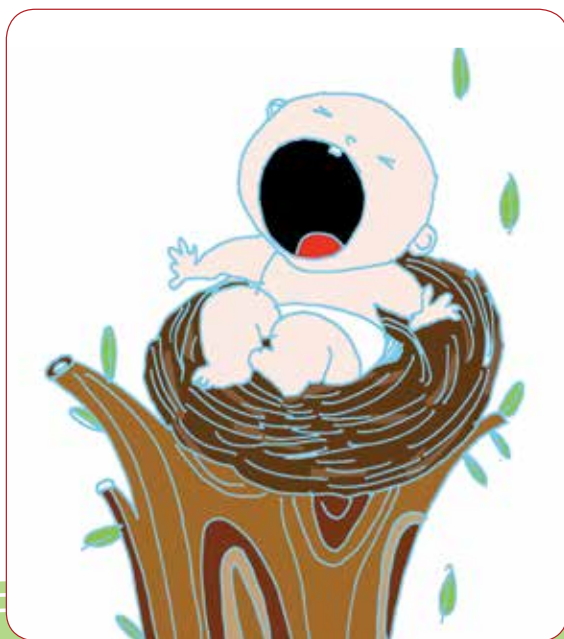
Il periodo puerperale necessita pertanto, non solo di una sorveglianza clinica, ma anche di un *caring* volto a:

- sostenere, guidare, accompagnare e incoraggiare la coppia verso un adeguato ruolo genitoriale;
- consolidare le loro capacità genitoriali;
- promuovere il legame e l'attaccamento tra genitori-figlio (*bonding*).

Lo scopo dell'assistenza al puerperio è quello di garantire la continuità dell'assistenza ostetrica del percorso nascita, fino al periodo successivo al rientro a casa dopo il parto, al fine di promuovere: la fisiologia dell'adattamento postnatale, l'allattamento al seno, la prevenzione e la diagnosi tempestiva di patologia organica e relazionale. Ulteriore scopo è quello di offrire la visita del puerperio a domicilio a quelle pazienti che lo richiedano.

Questo servizio è rivolto a tutte le donne che hanno partorito e che, non presentando fattori di rischio, hanno avuto un decorso fisiologico del parto, post-partum o taglio cesareo d'elezione.

La puerpera si rivolgerà alle ostetriche del proprio consultorio di residenza, per prendere appuntamento entro il decimo giorno dal parto, nell'orario concordato con l'interessata o a domicilio.



Emergenze-urgenze

Al pronto soccorso ostetrico dell'Ospedale Misericordia di Grosseto sono sempre presenti il medico-ostetrico/ginecologo e l'ostetrica di guardia che possono dare risposta ai problemi di emergenza urgenza che possono presentarsi lungo il percorso nascita.

È importante sapere che il Pronto soccorso non può dare risposte adeguate se ci si presenta per un controllo 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 controlli materno fetali 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 incoercibile, febbre, utero contratto, movimenti fetali ridotti o non percepiti rispetto alla condizione abituale), che compaiono in orari in cui i servizi professionisti che seguono la gravidanza sono disponibili, è consigliabile consultare detti servizi prima di recarsi direttamente al pronto soccorso. Il servizio/professionista di riferimento conosce l'evoluzione della gravidanza e ha gli elementi per meglio consigliare la donna sul da farsi.

Negli orari di chiusura si consiglia comunque telefonare al 0564 485177/0564 485346-350.

In caso di violenza subita in gravidanza è sempre necessario rivolgersi al pronto soccorso che attiverà il Codice Rosa.

In ogni caso quando ci si reca al Pronto Soccorso è necessario portare con sé la cartellina della gravidanza e ogni altro documento utile alla valutazione della situazione.



Stili di vita

Alimentazione

Abbiamo ritenuto utile dare, in questa guida, anche dei consigli dietetici poiché riteniamo che la gravidanza sia un momento unico ed irripetibile per fare una riflessione sull'importanza che il cibo può avere sulla nostra salute: mangiare bene vuol dire stare bene e avere perciò una buona gravidanza. La buona salute della mamma è una garanzia anche per il nascituro che si giova direttamente della buona alimentazione durante i nove mesi della gravidanza.

I consigli dietetici generali per la gravidanza fisiologica si possono articolare in alcuni punti fondamentali:

- Bere almeno 2 litri di acqua al giorno, preferibilmente oligominerale e non gassata;
- Mangiare 4-5 volte al giorno, frazionando il cibo in piccoli pasti, può aiutare a ridurre nausea e vomito gravidici; mangiare lentamente favorisce la digestione;
- Seguire una alimentazione il più possibile **varia**;
- Mangiare verdure e frutta di stagione, ben lavate, se possibile di coltivazione locale: gli alimenti freschi e vegetali crudi mantengono inalterato il contenuto in vitamine e sali minerali;
- Consumare latte pastorizzato, yogurt, formaggi stagionati. In alternativa si può consumare "latte vegetale" non zuccherato;
- Consumare con moderazione pasta, pane, patate; se preferite, vanno bene i cereali integrali o alternativi al grano (farro, orzo, riso, miglio, ecc.);
- Fare leggeri spuntini con frutta fresca, frutta oleosa e semi;
- Cuocere carni e pesci, preferire carni allevate al pascolo e pesce pescato (anche surgelato)
- Cuocere bene le uova;
- Condire a crudo con olio extravergine d'oliva; evitare di cucinare con oli di semi;
- Usare poco sale e preferire il sale iodato o quello marino integrale;



- Limitare té e caffè, cioccolato;
- Consumare con moderazione dolci, prepararli preferibilmente in casa con prodotti con le suddette caratteristiche;
- Evitare carni e pesci crudi, frutti di mare crudi, pesce affumicato, salicce fresche e insaccati poco stagionati;
- Evitare le bevande alcoliche, compreso il vino;
- Eliminare i “cibi spazzatura”: merendine, snack (preparati con coloranti, conservanti, grassi idrogenati, zucchero raffinato e/o edulcolanti), bevande gassate e zuccherate;
- Evitare prodotti “light” dolci e salati;
- Evitare prodotti industriali e a lunga conservazione; evitare i frutti di bosco surgelati.

L'alimentazione **non** deve essere incrementata nel primo trimestre, salvo in caso di sottopeso della gravida o in particolari carenze nutrizionali. Può essere consigliata l'assunzione di vitamina B12 anche prima del concepimento, quando se ne rileva la carenza.

Dal 4° mese aumenta il fabbisogno calorico ed è indicato un aumento di peso corrispondente a circa 9-12 kg complessivi, ma sempre in relazione al peso prima della gravidanza.

L'eccessivo aumento di peso durante la gravidanza è responsabile di complicanze sia per la mamma (gestosi, diabete gestazionale, parto prematuro) sia per il nascituro (macrosomia, lesioni durante il parto).

È buona norma, se possibile, praticare quotidianamente una moderata attività fisica: 30-40 minuti al giorno di cammino o altra attività aerobica (nuoto, ginnastica dolce, yoga).

I suddetti consigli fanno riferimento alle raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute e bene si adattano alla tradizione alimentare mediterranea, ma restano valide anche per le donne con abitudini gastronomiche legate alla loro identità etnica e culturale.

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 patologia facilmente evitabili. I danni più gravi sono a carico della placenta, l'organo che garantisce il nutrimento e la crescita fetale. Il fumo aumenta il rischio di aborto spontaneo, di ridotta crescita fetale, di parto prematuro, di morte endouterina fetale, di gravidanza ectopica, di malattie respiratorie del bambino, di disturbi comportamentali e di apprendimento del bambino. L'effetto dipende dalla quantità della dose (=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 poi può essere mantenuta anche dopo. Può essere utile parlarne con l'ostetrica/ginecologo per avere consigli e referenze da 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 migliore 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 al 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 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 sostanze stupefacenti in alte dosi è considerata ad alto rischio e deve essere seguita in servizi specializzati nella cura e nell'aiuto.

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 tempo-

raneamente la lassità dei legamenti, utile per il parto. Una moderata attività fisica (es. cammino, 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 ci si può rivolgere all'Asl o consultare la sezione viaggiatori con problemi di salute/gravidanza sul sito www.ilgirodelmondo.it

In aereo

I lunghi viaggi aerei, a causa della 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 posizionata correttamente. Non esistono evidenze che l'uso della cintura crei dei rischi per la donna e per il feto. Sebbene la legge prevede 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 i 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, modificazioni 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 uti-

lizzata per tintura dei capelli, ceretta, prevenzione smagliature, igiene intima, ecc., una indicazione di buon senso è quella di utilizzare prodotti igienico-cosmetici solo dopo averne letto attentamente le etichette 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.

N.B. 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.



Corsi di accompagnamento alla nascita

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

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) sottolinea in particolare l'importanza che la coppia si confronti, oltre che con i professionisti del percorso nascita, anche con altre coppie di genitori.

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

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

- Esplorare e comprendere le proprie emozioni e i cambiamenti fisici e sociali durante la gravidanza;
- Confrontarsi su aspettative e paure rispetto al travaglio, al parto e al successivo prendersi cura del bambino;
- Conoscere la fisiologia del travaglio, del parto, dell'allattamento al seno;
- Conoscere le modalità per il sollievo del dolore in travaglio;
- Approfondire i dubbi che nascono dai bisogni personali;
- Accrescere la fiducia nelle proprie competenze a far nascere e crescere bene il bambino.

La conduzione dei CAN è affidata all'ostetrica che è la figura professionale che accompagna e sostiene la donna/coppia durante tutto il percorso. Per permettere la massima funzionalità e partecipazione il gruppo dovrebbe essere composto da un minimo di 6 a un massimo

di 15 persone. Si utilizza una metodologia attiva che favorisce la relazione tra le donne attraverso il lavoro corporeo, la discussione, lo scambio delle esperienze. Gli strumenti usati sono: discussioni di gruppo, brainstorming, movimento, yoga, stretching, ginnastica dolce, massaggio, vocalizzi, musica, consapevolezza del respiro, visualizzazioni, tecniche di rilassamento. Viene utilizzato per gli incontri un locale dedicato: ampio, luminoso, climatizzato, che non deve contenere mobili e con bagno.

Il materiale a disposizione delle gestanti è: materassini, cuscini, rulli, palline da tennis, lavagna a fogli mobili, materiale didattico (bacino, bambolotto, ecc.) computer e video-riproduttore. Gli incontri, della durata di 2 ore, avranno un numero che varia da 6 a 8. Alla consegna del libretto verrà proposto un eventuale incontro precoce con psicologo/a e assistente sociale. Gli altri incontri avverranno dalla 30^{ma} alla 32^{ma} settimana (28 in caso di gravidanza gemellare), nell'orario indicato secondo la programmazione dei corsi. Gli incontri successivi hanno cadenza settimanale.

La prenotazione del corso di accompagnamento alla nascita può essere effettuata telefonicamente o personalmente presso le sedi di erogazione del servizio.



**ORARIO E SEDI
PRENOTAZIONE:**

**12,30/13,30 tutti i giorni
dal lunedì al venerdì**

Zona 1 colline Metallifere:

**Massa Marittima
tel. n. 0566 909246**

**Follonica
tel. n. 0566 59614**

**Zona 2 Orbetello:
tel. n. 0564 869216**

**Zona 3 Amiata:
tel. n. 0564 914539-33-40**

**Zona 4 Grosseto:
tel. n. 0564 485736**

INFORMAZIONI SULLA ECOGRAFIA OSTETRICA

SIEOG (Società Italiana di Ecografia Ostetrico Ginecologica)

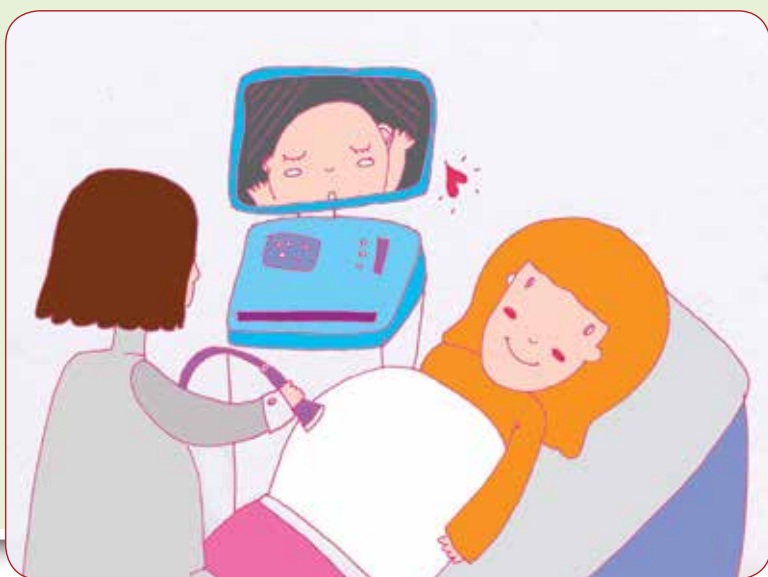
CHE COSA È L'ECOGRAFIA?

L'ecografia è una tecnica che consente di vedere gli organi del nostro corpo con l'utilizzo di onde sonore ad alta frequenza (ultrasuoni, non udibili dall'orecchio umano) che attraversano i tessuti. Il principio è lo stesso usato dai sonar delle navi per localizzare i sottomarini. In pratica l'ecografo funziona così:

la sonda posta sull'addome materno invia impulsi di onde sonore nel corpo. Queste onde sonore in parte vengono riflesse dalla parete addominale e dalla parete dell'utero creando degli echi. Quando le onde sonore arrivano al feto mandano altri echi: tali echi (o onde di ritorno) sono trasformati in immagini sul monitor dell'ecografo. Con l'ecografia è quindi possibile osservare in modo dettagliato il feto.

PERCHÉ FARE L'ECOGRAFIA IN GRAVIDANZA?

Le ragioni più comuni per cui si esegue una ecografia in gravidanza sono: determinare il numero degli embrioni o dei feti, visualizzare l'attività cardiaca fetale, determinare l'epoca di gravidanza, valutare l'anatomia e la crescita fetale, determinare la posizione del feto.





CHE COSA SI VEDE CON L'ECOGRAFIA?

Nei primi mesi di gravidanza, con la misura della lunghezza del feto, è possibile valutare se lo sviluppo corrisponde all'epoca di gravidanza valutata in base alla data dell'ultima mestruazione, il numero dei feti e la presenza dell'attività cardiaca.

Dal secondo trimestre si effettuano le misurazioni della testa, dell'addome e del femore, ed i valori di tali misure vengono confrontati con quelli delle curve di riferimento. Si può così valutare se le dimensioni del feto corrispondono a quelle attese per l'epoca di gravidanza. In questo stesso periodo si visualizzano la sede di inserzione placentare, la quantità di liquido amniotico ed alcuni organi.

È POSSIBILE RILEVARE CON L'ECOGRAFIA ANOMALIE FETALI MAGGIORI?

La possibilità di rilevare un'anomalia maggiore dipende dalla sua entità, dalla posizione del feto in utero, dalla quantità di liquido amniotico e dalla presenza di eventuali fattori limitanti quali cicatrici addominali, gemellarità, nodi di mioma e aumentata impedenza acustica della parete addominale materna (frequente nell'obesità): in particolare si ricorda che tutte queste condizioni, determinando una non ottimale visualizzazione del feto, possono causare una riduzione della possibilità di individuazione delle anomalie fetali; questi fattori nonché i limiti propri dell'accertamento rendono possibile che talune anomalie fetali possono non essere rilevate all'esame ecografico. L'esperienza finora acquisita suggerisce che un esame ecografico routinario, non mirato, consente di identificare dal 30% al 70% delle malformazioni maggiori. Non è compito dell'ecografia la rilevazione delle cosiddette anomalie minori.

L'ECOGRAFIA È INNOCUA PER IL FETO?

Gli ultrasuoni sono utilizzati nella pratica ostetrica da oltre 30 anni e non sono stati riportati effetti dannosi, anche a lungo termine, sul feto. Per tale ragione, con le procedure oggi adottate, l'uso diagnostico dell'ecografia è ritenuto esente da rischi.

Si sottolinea che l'esame ecografico consente di identificare dal 30% al 70% delle malformazioni maggiori e che pertanto, per i limiti intrinseci della metodica, è possibile che alcune anomalie anche importanti non vengano rilevate con l'ecografia.

Test combinato

Individuazione del rischio prenatale delle cromosomopatie più frequenti quali la sindrome di Down, la sindrome di Edwards e la sindrome di Patau, nel primo trimestre di gravidanza mediante misurazione ecografia della translucenza nucale e dosaggio ematico materno di: *free-βhCG*, PAPP-A e PIGF

Il TEST COMBINATO è un test biochimico ed ecografico per la determinazione del rischio statistico delle cromosomopatie quali la sindrome di Down (trisomia 21), la sindrome di Edwards (trisomia 18) e la sindrome di Patau (trisomia 13) che si esegue nel 1° trimestre di gravidanza. Consiste in:

- **DOSAGGIO DEI VALORI EMATICI DI: *free-βhCG*, PAPP-A, PIGF**

Prelievo di sangue da effettuarsi sulla madre nel periodo compreso tra 8⁺⁶ e 13⁺⁶ settimane di gestazione (preferibilmente 9-10 settimane).

- **VALUTAZIONE ECOGRAFICA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE (NT)**

Misurazione mediante un'ecografia tra 11⁺⁰ e 13⁺⁶ settimane (preferibilmente 12) dello spazio localizzato nella regione posteriore del collo fetale, il cui aumento di spessore è stato associato ad un aumentato rischio di anomalie cromosomiche fetali (in particolare la sindrome di Down) e alla presenza di cardiopatie congenite o malattie genetiche.

I valori della translucenza nucale fetale e delle sostanze analizzate nel sangue della madre, in combinazione con l'età della donna permettono di calcolare:

il rischio che ha il feto di essere affetto da cromosomopatie.

Ne consegue che il test combinato non è un test diagnostico che indica cioè se il feto è affetto o non affetto, ma solo un calcolo delle probabilità che esso sia affetto o non affetto:

- Un risultato **negativo** non garantisce la nascita di un feto normale.
- Un risultato **positivo** non è indice della presenza di un feto affetto, ma solo di un rischio aumentato. In questo caso il medico richiedente il test può suggerire ulteriori indagini.



Nel nostro Centro, nei primi 9000 test circa, considerando positivi i test con un rischio stimato $\geq 1/250$, si sono avuti **422 test positivi** (5.3%) che hanno eseguito un esame invasivo (amnio o villocentesi) di cui **372 falsi positivi** (4%) con cariotipo normale e **50 veri positivi** (12% dei test positivi) affetti da una cromosomopatia. **Sensibilità del test = del 94%**. Ci sono stati, inoltre, **3 falsi negativi** (0.03%) cioè affetti da una cromosomopatia non sospettata, con una **specificità del = (96%)**.

L'esame viene sempre effettuato da un operatore accreditato presso la Fetal Medicine Foundation di Londra.

La finalità del test è unicamente quella di *calcolare il rischio individuale* per le cromosomopatie suddette e *il test non ha un valore diagnostico*.

VALUTAZIONE ECOGRAFICA DELLA ANATOMIA FETALE

Durante lo svolgimento dell'ecografia per il test combinato, viene eseguito anche lo studio dell'anatomia fetale, in dieci sezioni standard, per l'esclusione delle anomalie strutturali maggiori che possono essere individuate nel primo trimestre. Eventuali sospetti malformativi verranno segnalati e programmato uno specifico percorso diagnostico.



Esami invasivi per la diagnosi prenatale: villocentesi, amniocentesi

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.

Gli esami diagnostici, previsti prima della nascita, per identificare la sindrome di Down (presenza di tre cromosomi 21 invece di 2) ed altre eventuali rare malattie cromosomiche sono esami invasivi perché devono penetrare all'interno dell'utero per prelevare liquido amniotico o tessuto placentare (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, grazie ai test di screening.

Pertanto quando i test di screening hanno avuto esito positivo (rischio \geq a 1/250) o quando la gestante di età \geq a 35 anni lo richiama, verrà eseguito l'esame diagnostico prenatale di cui forniamo di seguito le informazioni.

L'esame sarà preceduto da consulenza genetica effettuata alla coppia presso la genetica medica sita al piano 0 del PO di Grosseto, previo appuntamento fissato direttamente in genetica, personalmente o telefonicamente al numero 0564 485311 dalle 12 alle 13 dal lunedì al venerdì. Sarà necessaria la richiesta su ricettario regionale per i 2 partner.

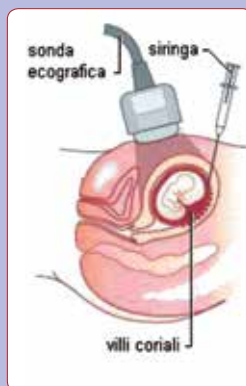
La consulenza genetica si effettuerà nei giorni di mercoledì e venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00.

In quella occasione verrà fissato l'appuntamento per l'esecuzione dell'esame invasivo villocentesi o amniocentesi.

Villocentesi

Definizione

La villocentesi è una procedura diagnostica, NON terapeutica, che si esegue preferibilmente tra l'11^{ma} e la 13^{ma} settimana di gestazione, in regime ambulatoriale. L'esame permette di rilevare nel feto anomalie cromosomiche numeriche (es. le trisomie dei cromosomi 13, 18, 21) e/o strutturali (es. inversioni e traslocazioni) e/o genetiche mendeliane il cui rischio sia stato precedentemente valutato in consulenza genetica (es. beta talassemie, fibrosi cistica etc). I risultati di un test genetico possono riguardare, oltre al soggetto che lo ha eseguito, anche altri componenti del nucleo familiare, in quanto le anomalie genetiche possono essere ereditabili e/o trasmissibili.



Diagnosi prenatale su villo coriale

Il villo coriale è un tessuto di origine fetale costituito da citotrofoblasto e mesenchima. L'analisi cromosomica può essere eseguita utilizzando il metodo diretto (si sfruttano le divisioni spontanee delle cellule del citotrofoblasto) oppure la coltura cellulare per la determinazione del cariotipo fetale (si analizzano le cellule del mesenchima). In condizioni normali, il tempo necessario per la crescita in coltura delle cellule da villo coriale è di 9-12 giorni e per l'analisi con il metodo diretto di 4-5 giorni. La refertazione è prevista in 30-40 giorni circa dalla data dell'arrivo del campione in laboratorio. Dal villo coriale è possibile estrarre il DNA ed utilizzarlo per la ricerca di aneuploidie dei cromosomi 13, 18, 21, X e Y mediante QF-PCR; tale metodica analizza marcatori polimorfici sui cromosomi indicati in grado di evidenziare un assetto normale o patologico degli stessi; tale metodica non è in grado di caratterizzare riarrangiamenti strutturali e/o mosaicismi cromosomici. In condizioni normali, il tempo necessario per l'analisi con QF-PCR è di 4 giorni. Il DNA estratto può essere utilizzato anche per la ricerca di mutazioni responsabili di malattie genetiche mendeliane qualora richieste dal consulente genetista.



Diagnosi

I criteri utilizzati per l'indagine citogenetica sono quelli raccomandati dalle linee guida della Società Italiana di Genetica Umana e dall'European Cytogenetic Association (ECA).

I criteri utilizzati per l'indagine con QF-PCR per i cromosomi 13, 18, 21, X e Y sono quelli raccomandati dalle linee guida della Società Italiana di Genetica Umana e dall'European Cytogenetic Association (ECA) e Association Clinical Cytogenetics (ACC-UK) e Clinical Molecular Genetics Society (CMGS). L'analisi del preparato diretto e/o QF-PCR più l'esame colturale ottimizzano l'affidabilità pari al 99% del dato ottenuto. Non si possono escludere casi di differenza di risultato nei due preparati: in questa circostanza potrebbe rendersi necessario procedere ad ulteriori accertamenti, di cui la paziente verrà informata in sede di ulteriore consulenza genetica. Nell'1-2% dei casi, per motivi generalmente correlati ad una ridotta crescita dei villi coriali in coltura, ad una assenza di cellule in divisione nel preparato diretto o a scarsità del materiale prelevato, non è possibile eseguire l'esame citogenetico; è possibile che il risultato richieda, per una sua più corretta interpretazione, l'estensione dell'esame citogenetico ai genitori o l'applicazione di indagini molecolari; la qualità dei preparati cromosomici non garantisce la possibilità di individuare anomalie strutturali di dimensioni inferiori al livello di risoluzione dell'analisi cromosomica (circa 10 Mb). Esiste la possibilità di errore diagnostico, limitata a rarissimi casi, dovuto a discordanza fra l'esito della diagnosi citogenetica prenatale ed il cariotipo riscontrato alla nascita. Tale discordanza può essere imputata a cause diverse: contaminazione del campione con cellule di origine materna, mosaici a bassa percentuale o presenza di anomalie cromosomiche di struttura non rilevabili con le tecniche applicate.

Procedura

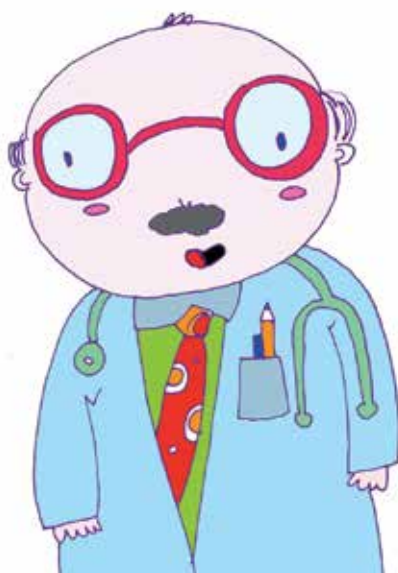
La villocentesi consiste nel prelievo o aspirazione di una quantità predefinita (15-30 mg) di tessuto placentare (villi coriali) per via transaddominale sotto controllo ecografico durante il quale vengono valutati: vitalità, dimensioni (biometria), morfologia del feto – per quanto possibile a quell'epoca gestazionale – l'inserzione placentare e l'assenza di controindicazioni al prelievo. Si introduce attraverso la parete addominale un ago sottile e si procede al prelievo dei villi in aspirazione mediante una siringa



raccordata con l'ago. Il prelievo può dare una sensazione di dolore, solitamente di breve durata, quando l'ago attraversa la parete dell'utero. Dall'introduzione dell'ago, il prelievo dura in media un minuto e la maggior parte delle pazienti descrive la villocentesi come poco dolorosa. Al termine dell'accertamento, la paziente non verrà sottoposta ad esami di controllo o osservazione clinica: potrà quindi ritornare al suo domicilio.

Possibili conseguenze e precauzioni

Nei giorni successivi alla villocentesi non è necessaria la somministrazione di antibiotici o farmaci. È importante astenersi da sforzi fisici e da rapporti sessuali per alcuni giorni. Nel 2-5% dei casi, nelle ore successive al prelievo, possono manifestarsi crampi all'utero o perdite di sangue scarse. Di solito queste complicazioni precoci scompaiono senza ulteriori problemi. In una piccola percentuale di casi le perdite di sangue possono aumentare e/o associarsi dolori addominali importanti o febbre >38 . In questi casi è necessario recarsi in un Pronto Soccorso ostetrico di una struttura ospedaliera. Il rischio di aborto da prelievo, non prevedibile, è stimato intorno a 1% (Eurogenetest, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. UK 2010), la perdita della gravidanza è dovuta ad una rottura delle membrane o all'infezione determinate dall'inserimento dell'ago nell'utero.



Amniocentesi

Prelievo

Epoca del prelievo: dopo la 15^{ma} settimana.

Tecnica: prelievo di liquido (circa 16ml) dal sacco amniotico sotto guida ecografica continua, con un ago sottile attraversante la parete addominale materna.

Rischi materni: quelli di ogni piccoli interventi chirurgici.

Rischi fetali: rischio di aborto legato alla procedura = 1% circa.

Rischio di malformazioni fetali: dalla 15^{ma} settimana = a quello della popolazione generale.

Successo del prelievo: nel 98% circa dei casi al primo tentativo e 99,8% circa al secondo.

Se al momento del prelievo si evidenziasse una stima ecografica dell'età gestazionale non idonea all'effettuazione dell'esame, una quantità di liquido scarsa, oppure uno scollamento amnio-coriale l'esame potrebbe essere rinviato. Dopo l'esecuzione dell'amniocentesi è consigliato alla paziente un riposo di circa 7 giorni. La paziente si dovrà rivolgere al proprio ginecologo o all'ospedale in caso di: *dolore addominale intermittente e persistente, perdita di liquido amniotico, perdita di sangue, comparsa di temperatura oltre i 38°C.*

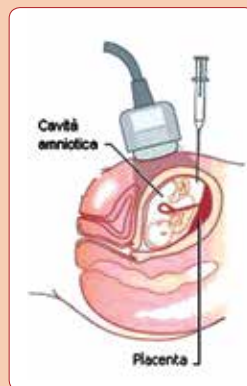
Diagnosi Prenatale su liquido amniotico

L'indagine prenatale mediante amniocentesi ha lo scopo di accertare la *presenza di anomalie cromosomiche numeriche e/o strutturali, o genetiche (nel caso di specifiche malattie mendeliane il cui rischio sia stato precedentemente valutato in consulenza genetica).*

Analisi citogenetica

Esistono difetti congeniti che, non essendo associati ad anomalie cromosomiche, non possono essere diagnosticate mediante l'analisi citogenetica prenatale (es: malformazioni a carico dei vari organi e/o apparati; malattie ereditarie come fibrosi cistica, distrofia muscolare, ecc...). In rari casi le conseguenze cliniche associate ad un'anomalia cromosomica non possono essere stabilite con certezza: in sede di consulenza genetica verrà chiarito il motivo.

Procedura: gli amniociti raccolti dal liquido amniotico vengono suddivisi



in più colture indipendenti. Il successo della coltura è in relazione alla quantità di cellule vitali presenti nel campione, ne consegue che, in rarissimi casi (presenza eccessiva di sangue o meconio, scarsa crescita cellulare), non sarà possibile pervenire ad una diagnosi, nel qual caso la paziente verrà contattata per effettuare un nuovo prelievo. La refertazione dell'esame avviene entro 3/4 settimane dall'arrivo del campione in Laboratorio, *nell'osservanza della legge sulla privacy, non è possibile fornire notizie per telefono*. Il referto verrà inviato a domicilio in circa 30-40 giorni, solo nei casi particolari in cui vi sia necessità di una spiegazione inerente i dati emersi dall'esame. I referti vengono consegnati all'interessato/i su appuntamento preso telefonicamente dal personale addetto.

La diagnosi

I criteri utilizzati per l'indagine citogenetica sono quelli raccomandati dalle "Linee Guida" della Società Italiana di Genetica Umana dall'European Cytogenetic Association (ECA). In particolare:

1 - in caso di riscontro di due linee cellulari con cariotipo diverso (*mosaicismo*) può rendersi necessaria un'ulteriore indagine citogenetica su un altro campione; in sede di consulenza la paziente verrà informata riguardo alla possibilità di un approfondimento diagnostico;

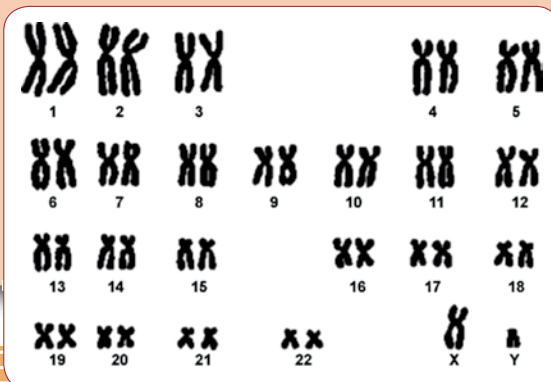
2 - È possibile che il risultato ottenuto richieda approfondimenti diagnostici sui genitori e/o l'applicazione di indagini molecolari, con conseguente prolungamento dei tempi di refertazione;

3 - Esiste la possibilità di errore diagnostico, limitata a rarissimi casi, dovuto a discordanza fra l'esito della diagnosi citogenetica prenatale e il cariotipo riscontrato alla nascita, tale discordanza può essere imputata a cause diverse: *a) contaminazione del campione con cellule di origine materna, b) mosaicismi a bassa percentuale, c) presenza di anomalie strutturali non rilevabili con le tecniche applicate.*

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 uno in meno = monosomia.



ANALGESIA PERIDURALE

Cos'è l'analgisia peridurale continua. Per comprenderlo, servono alcune nozioni fondamentali di anatomia: la colonna vertebrale (la struttura ossea che ci sostiene) ha al suo interno un canale in cui è contenuto e protetto il midollo spinale da cui originano e terminano i nervi, tra i quali anche quelli responsabili del dolore del travaglio. All'esterno degli involucri protettivi del midollo, e quindi distante da esso, troviamo uno spazio, detto epidurale (o peridurale) in cui si iniettano i farmaci analgesici per realizzare un "blocco" degli stimoli dolorosi provenienti dall'area delle strutture coinvolte nel parto.

Come si pratica una analgisia peridurale. La donna viene posizionata seduta o di fianco sul letto della sala parto, con la schiena incurvata a formare un arco. L'anestesista individua lo spazio compreso generalmente fra la III^a e la IV^a vertebra lombare (circa all'altezza dei fianchi) e in questo punto effettua una piccola iniezione di anestetico locale. Resa così insensibile la cute, l'anestesista introduce un ago di maggiori dimensioni, detto ago da peridurale. Attraverso questo ago viene fatto passare un sottile tubicino di plastica, il cosiddetto cateterino peridurale, che viene fissato con un cerotto alla schiena e rimane in sede per tutto il tempo del travaglio. Una volta rimosso l'ago e fissato il cateterino la donna non avvertirà alcun fastidio e potrà compiere qualsiasi movimento. Attraverso il cateterino viene condotta la parto-analgisia somministrando i farmaci analgesici senza dover ricorrere ad altre punture. I bassi dosaggi degli analgesici somministrati consentono di non coinvolgere l'innervazione motoria dei muscoli del canale del parto e degli arti inferiori, viene quindi conservata la motilità permettendo in genere alla donna di muoversi e, se lo desidera e non vi sono controindicazioni, anche di camminare durante il travaglio.

In circa 15-20 minuti dal momento dell'iniezione dei farmaci si ottiene un completo sollievo dal dolore della durata di circa 60-120 minuti ed ogni volta che il dolore accenna a ricomparire può essere somministrata una ulteriore quantità di analgesico.

Quando è particolarmente indicata l'analgisia. L'intolleranza al dolore durante il parto fisiologico è il motivo di richiesta spontanea più frequente da parte delle partorienti e costituisce la prima indicazione per l'analgisia peridurale. Essa trova inoltre indicazione anche in situazioni ostetriche specifiche, come nel travaglio prematuro, post-maturo e prolungato, nei parti gemellari ed in altre situazioni cliniche in cui sia necessario il rilasciamento dei muscoli pelvici per favorire la discesa del feto e le manovre di estrazione. Esistono poi situazioni cliniche in cui l'analgisia peridurale può essere richiesta dal ginecologo: quando sia necessario ridurre lo stress della madre affetta da malattie cardiovascolari, epatiche, renali, respiratorie, neurologi-

che (epilessia), metaboliche (diabete), e da miopia (con rischio di distacco di retina). Nel caso in cui si dovesse ricorrere ad un **parto cesareo**, si potrà affrontare l'intervento chirurgico con la semplice somministrazione attraverso la stessa via di una concentrazione maggiore di farmaci analgesici. In questo caso la donna, non essendo addormentata, avrà la possibilità di vedere subito suo figlio e di tenerlo in braccio come nel parto naturale ed il neonato non sarà influenzato dall'anestesia. Dopo l'intervento sarà possibile controllare meglio il dolore, sarà facilitato l'allattamento e la ripresa avverrà in tempi molto brevi.

Quando può essere effettuata l'analgesia. In genere nella primipara l'analgesia viene eseguita quando il travaglio è ben avviato e la dilatazione del collo uterino è di almeno 2 cm (condizioni indispensabili alla normale progressione del parto con analgesia). Nelle donne che hanno già avuto precedenti parti, invece, si può effettuare sin dall'inizio del travaglio. L'analgesia peridurale sarà comunque effettuata solo dopo la valutazione ostetrica e la visita del ginecologo: infatti alcune situazioni ostetriche che si verificano durante il travaglio potrebbero ritardare l'esecuzione della peridurale.

L'anestesista è agevolato quando è chiamato ad effettuare l'analgesia in una fase precoce del travaglio poiché la donna non ha ancora contrazioni molto forti e ravvicinate e quindi è più collaborante, inoltre in queste condizioni le dosi di anestetico impiegate sono inferiori a quelle necessarie se l'esecuzione è effettuata in una fase più avanzata.

Controindicazioni alla tecnica peridurale. Come ogni atto terapeutico, anche l'anestesia peridurale può avere controindicazioni o provocare complicanze. Controindicazioni assolute sono tutte le malattie emorragiche, l'assunzione di farmaci anticoagulanti nelle portatrici di protesi valvolari, le infezioni locali cutanee sulla schiena e rare situazioni cliniche eventualmente evidenziate dall'anestesista.

Quali possono essere le complicanze dell'analgesia peridurale. Se correttamente eseguita, l'analgesia peridurale è una tecnica sicura e non ha effetti collaterali spiacevoli; talvolta, a seconda dei farmaci usati, potrebbe procurare un modesto e transitorio prurito.

I problemi che possono avere una maggior incidenza sono due: il primo è una cefalea conseguente a problemi strettamente tecnici, che si verifica nel mondo occidentale con una incidenza dello 0.5% (1 su 200). Il mal di testa, anche se fastidioso, è di natura benigna. L'anestesista suggerirà per ogni caso il trattamento più efficace, rapido ed opportuno. L'altra complicanza talvolta osservata è il dolore nel punto di iniezione, che compare in poche persone e che si distingue male dai dolori lombari dovuti alle modificazioni della colonna vertebrale durante la gravidanza. Altre complicanze maggiori come lesioni neurologiche transitorie o permanenti hanno un'incidenza di 0.0005% (1 su 200.000).

Qualche altra informazione utile: modalità di accesso

Presso l'ospedale Misericordia di Grosseto la partoanalgesia in peridurale è disponibile 24 ore su 24 gratuitamente a tutte le gestanti.

Per poterla richiedere è necessario eseguire una visita anestesiológica effettuabile preferibilmente intorno alla 36^{ma} settimana di gestazione, al termine della quale alla donna sarà richiesto di firmare il consenso informato. Tale consenso, non vincolante, è espresso in un momento sicuramente privo di quei condizionamenti emotivi che potrebbero subentrare durante il travaglio. Pertanto una donna bene informata affronterà con maggior serenità e consapevolezza il proprio parto .sapendo che, nei momenti più difficili del travaglio, potrà trovare un valido aiuto nell'analgésia peridurale. La visita anestesiológica prevede un incontro di gruppo seguito dalla valutazione anestesiológica individuale.

La visita anestesiológica, esente ticket, si prenota al CUP utilizzando l'impegnativa allegata alla presente Guida che sarà compilata a cura del ginecologo. Il luogo degli incontri è al IV piano nella biblioteca del Dipartimento Materno Infantile.

Il numero telefonico del CUP per prenotare telefonicamente la visita anestesiológica: 800 500 483 numero verde

La componente fondamentale della visita anestesiológica è rappresentata dalla raccolta della storia clinica della donna e dalla sua valutazione clinica. Tuttavia la visita anestesiológica per essere definitiva necessita che la donna esibisca gli esami del sangue della 36^{ma} settimana e un elettrocardiogramma (ECG) eseguito in gravidanza. In assenza di tali esami essi dovranno essere valutati in sala parto al momento di eseguire la procedura.

ECG da eseguire qualche giorno prima della visita anestesiológica con l'impegnativa (esente ticket) allegata alla presente Guida, compilata dal ginecologo.

A **Grosseto** viene eseguito presso l'Ambulatorio cardiologico nell'area medica padiglione A del PO Misericordia dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 10.00 senza appuntamento.

A **Follonica** il martedì ed il giovedì al distretto dalle 8.00 alle 10.00 senza appuntamento.

A **Massa Marittima** tutti i giorni presso il Centro Cardio-Reumatologico dell'Ospedale dalle 10.00 alle 12.00 e il lunedì, mercoledì e venerdì dalle 16.00 alle 18.00.

A **Castel del Piano** in ambulatorio cardiologia dell'ospedale previo appuntamento al CUP.

Ad **Orbetello** Presso ambulatorio cardiologia area medica padiglione A.

Analgesia inalatoria

Nei primi mesi del 2016, verrà introdotta all'interno del Setting V di ostetricia la possibilità di usufruire per la riduzione del dolore nel travaglio e parto un anestetico inalatorio costituito da una miscela di due principi attivi: protossido d'azoto 50% e Ossigeno 50%.

In ostetricia si usa in ambito ospedaliero prima di un'analgesia epidurale o qualora la stessa sia rifiutata o impossibile da praticare. Il protossido di azoto ad una concentrazione del 50% nella frazione inspiratoria ha un effetto analgesico con una riduzione della soglia della percezione di stimoli dolorosi di vario tipo. La donna avrà la possibilità di affrontare

e sopportare meglio il dolore alla inalazione della miscela dei gas inalati durante l'attività contrattile mediante una mascherina gestibile dalla donna in modo autonomo, previo insegnamento e supervisione del suo uso da parte dell'ostetrica.



E se la mamma è Rh negativa?

Informazioni utili

Quando la mamma è Rh negativa e il feto è Rh positivo, l'eventuale passaggio di sangue dal feto alla madre potrebbe determinare la produzione di anticorpi contro il sangue fetale valutato come "pericoloso" dal sistema immunitario materno, che in genere non creano problemi durante la prima gravidanza, ma in quelle successive, perché nella maggioranza dei casi l'organismo materno sviluppa gli anticorpi durante il parto.

Per prevenire o comunque rendere minimi gli eventuali rischi attuali o futuri si ricorre all'immunoprofilassi, con immunoglobuline anti-D, che consiste nella somministrazione intramuscolare di immunoglobuline umane anti-D alle donne Rh negative, al fine di impedire la formazione attiva di anticorpi materni contro i globuli rossi del bambino.

Le immunoglobuline sono derivati biologici ed in quanto tali, esiste quindi un remoto rischio di trasmissione di malattie virali (es. immunodeficienza, epatite, ecc.) e sono soggette ad una precisa normativa che ne richiede una informativa ed un consenso scritto.

Quando eseguire l'immunoprofilassi anti D

- nel caso si eseguano esami invasivi come villocentesi o amniocentesi;
- in caso di minacce d'aborto con perdita ematica abbondante;
- come profilassi a 28 settimane;
- dopo il parto, quando il feto è Rh positivo entro le 72 ore;
- Le gestanti Rh negative eseguiranno il test di Coombs indiretto durante il decorso della gravidanza onde verificare la comparsa di anticorpi.

Nel caso in cui sia stata eseguita una immunoprofilassi durante la gravidanza nei controlli ematici successivi il test di Coombs risulterà positivo e diventerà negativo dopo circa 6-8 settimane.

Non sono conosciuti effetti dannosi della profilassi sul decorso della gravidanza, sul feto e sul neonato.

La profilassi non comporta effetti collaterali sul bambino, prima e dopo la nascita. Sono documentati rari casi di reazione allergica della madre.

L'effettuazione della profilassi anti-D al momento del parto riduce del 90% la probabilità di formazione di anticorpi materni contro i globuli rossi del bambino. L'immunoprofilassi alla 28^{ma} settimana riduce la percentuale di immunizzazione, nel terzo trimestre di gravidanza, dal 2% allo 0,1%.

La gravidanza gemellare

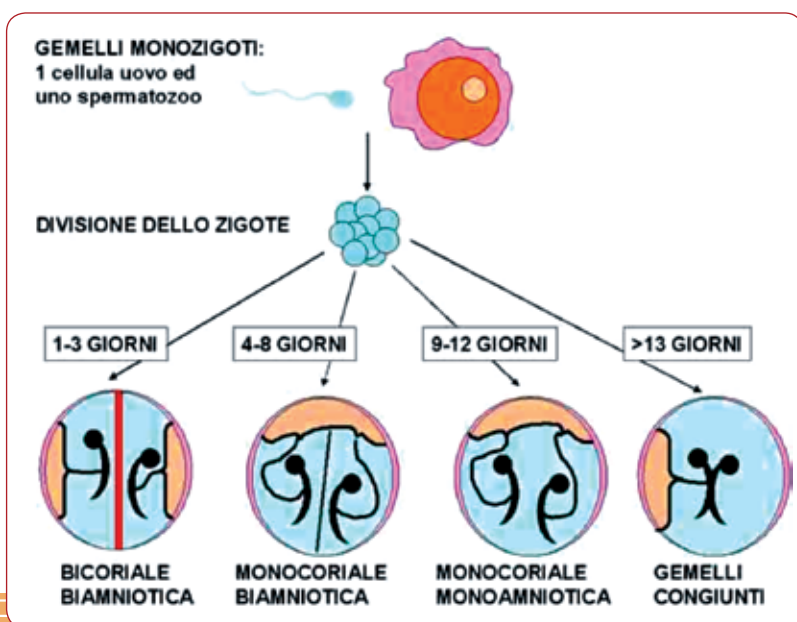
La gravidanza gemellare è una gravidanza in cui si sviluppano due feti. Se deriva dalla fecondazione di due ovociti da parte di due spermatozoi si parla di *gravidanza dizigotica*; se invece dalla fecondazione di un singolo ovocita da parte di uno spermatozoo si verifica una successiva divisione dell'ovocita fecondato, si parla di *gravidanza monozigotica*.

Nel primo caso si tratta di gemelli con patrimonio genetico distinto come due fratelli e possono avere sesso diverso. Nel secondo caso i gemelli hanno patrimonio genetico identico e sono dello stesso sesso. Il nostro percorso nascita offre la possibilità a tutte le donne in attesa di gemelli, di essere seguite in un ambulatorio specifico per le gravidanze gemellari, dove fornire tutte le informazioni del caso e programmare tutti i controlli adeguati, a partire dal I trimestre.

Ma *perché un ambulatorio specifico per le gravidanze gemellari?* Perché la gravidanza gemellare da un punto di vista ostetrico costituisce una condizione di aumentato rischio per alcune complicanze, quali il parto pretermine, il ritardo di crescita fetale, le malformazioni cardiache.

Inoltre nei casi in cui la placenta è unica per entrambi i gemelli (*gravidanza monooriale*) l'evoluzione della gravidanza può essere diversa rispetto a quella in cui ogni gemello ha la propria placenta (*gravidanza bicoriale*); pertanto una volta identificata la corionicità all'ecografia del primo trimestre, è possibile seguire le due gravidanze con controlli periodici adeguati.

Anche alle gravidanza gemellari viene inoltre offerta la possibilità di effettuare il test combinato, con le stesse modalità di prenotazione ed esecuzione già menzionate nelle gravidanza singole.



Cosa facciamo in caso di gravidanza bicoriale? Questo tipo di gravidanza gemellare è la più frequente. L'obiettivo è quello di identificare tempestivamente le complicanze tipo il parto pretermine e il ritardo di crescita intrauterino di uno o di entrambi i gemelli. Si programmano dunque dei controlli di crescita ogni 3-4 settimane con ecografia, cervicometria, controllo peso e P.A. ed esami secondo il libretto di protocollo regionale.

Cosa facciamo in caso di gravidanza monocoriale? In questo tipo di gravidanza si eseguono controlli ecografici più frequenti in quanto la gravidanza monocoriale è a rischio, oltre che di parto pretermine e di ritardo di crescita, di un'altra possibile complicanza chiamata Sindrome da trasfusione fetto-fetale.

Cos'è la Sindrome da trasfusione fetto-fetale?

Essendo presente una sola placenta, a livello di questa si creano dei vasi sanguigni (anastomosi placentari) che mettono in comunicazione il sistema vascolare di un gemello con quello dell'altro. La sindrome da TFF è proprio uno squilibrio di questo passaggio di sangue tra queste connessioni e determina la crescita di un gemello a scapito dell'altro.

La diagnosi è ecografica e si basa su una discordanza di crescita e di liquido amniotico fra i gemelli, fino alle forme più gravi in cui il gemello donatore diventa anemico, fino ad avere un arresto della crescita, e il gemello ricevente può presentare segni di scompenso cardiocircolatorio.

La prognosi è strettamente legata al grado di severità della Sindrome e all'epoca gestazionale di insorgenza.

Esiste qualche terapia? Nelle forme più lievi può non essere necessario alcun trattamento, nelle forme più gravi è possibile eseguire particolari

terapie presso centri di riferimento di III livello quali amniocentesi evacuativa e ablazione laser delle anastomosi vascolari placentari.

Come si può prendere appuntamento presso questo ambulatorio se si è in attesa dei gemelli?

In due modi: o programmando i successivi controlli al momento del test combinato, oppure per appuntamento telefonico al numero 0564 485678 dal lunedì al venerdì dalle ore 12 alle 13.30.



La donazione del cordone ombelicale

Perché donare

Durante la gravidanza, il cordone ombelicale permette lo scambio di sostanze nutritive e di ossigeno tra madre e feto.

Dopo il parto, il cordone viene separato dal bambino e subito gettato. Molti non lo sanno, ma il sangue del cordone ombelicale è ricco di cellule staminali, capaci di generare tutte le cellule del sangue (globuli rossi, globuli bianchi e piastrine). Le cellule staminali sono le stesse del midollo osseo e possono, così, essere utilizzate nei trapianti per la cura di diverse malattie, come le leucemie, i linfomi, la talassemia e alcune gravi carenze del sistema immunitario.

Le cellule del cordone ombelicale del bambino, quindi, rappresentano una grande e sicura risorsa per tutti coloro che ne hanno necessità.

I vantaggi di utilizzare il sangue cordonale

- immediata disponibilità per un trapianto;
- maggiore compatibilità tra donatore e ricevente, meno rigorosa che con il midollo osseo;
- riduzione delle complicanze post trapianto;
- minore rischio di trasmissione di infezioni virali dal donatore al ricevente.

Come avviene il prelievo

Il prelievo avviene subito dopo il parto, sia naturale sia cesareo, quando il cordone è stato reciso, il neonato è già stato affidato alle cure del pediatra e prima dell'espulsione della placenta. Il sangue contenuto nel cordone viene raccolto in una speciale sacca, senza che il procedimento comporti alcuni fastidio alla mamma.

Tipologia di raccolta

1 - Donazione allogenica non dedicata

Le sacche di sangue raccolte e idonee vengono conservate nelle banche del sangue cordonale, presenti su tutto il territorio nazionale. Questo tipo di donazione permette di creare una fonte di risorse per tutti coloro che ne hanno bisogno, rappresentando così un grande atto di solidarietà.

Le sacche vengono tipizzate, cioè catalogate tramite una sofisticata analisi di laboratorio. I dati di tipizzazione, inseriti in una banca mondiale, permetteranno di stabilire in tempi brevi se le cellule staminali del dona-



tore e dell'eventuale ricevente siano compatibili.

2 - Donazione allogenica dedicata

La legge italiana permette di raccogliere e conservare il sangue del nuovo nato per un parente stretto affetto da malattie del sangue che potrebbero necessitare di un trapianto di cellule staminali.

Queste due tipologie di donazione sono completamente gratuite!

3 - Raccolta autologa

Il sangue viene conservato presso banche private che operano all'estero su richiesta dei soggetti interessati (i futuri genitori). Per l'esecuzione del prelievo è necessaria l'autorizzazione della Direzione sanitaria della struttura in cui avverrà il parto. Per questo tipo di donazione ci sono una serie di costi legati alla banca del sangue alla quale ci si rivolge e un ticket da pagare all'Azienda sanitaria.

Chi può donare

Tutte le partorienti in buono stato di salute!

Il sangue cordonale può trasmettere malattie virali ai riceventi. Non possono essere, quindi donatrici le persone affette da tali malattie.

Come si diventa donatrici

Prima del parto

Colloquio, con compilazione di un questionario, di entrambi i neo-genitori con il personale del Centro trasfusionale del nostro Punto nascita. Vengono così date le opportune informazioni sulla procedura e valutate le condizioni di salute della coppia, per confermarne l'idoneità alla donazione.

Durante il parto

Viene effettuato il prelievo del sangue cordonale e il prelievo del sangue materno per l'esecuzione degli esami di legge obbligatori.

Dopo il parto

Per confermare l'idoneità della donazione, controllo a sei mesi dal parto dello stato di salute del piccolo e ripetizione del prelievo di sangue materno per gli esami.

PER INFORMAZIONI:

Ospedale Misericordia di Grosseto

- Centro trasfusionale 0564 485234-235
- Ostetriche 0564 485350-177
- Direzione medica del presidio ospedaliero 0564/485371 - 940

Adisco Grosseto (associazione donatrici italiane sangue cordone ombelicale), tel. 347 8888095 - presidente-grosseto@adisco.it

Progetto **mamma segreta**

Il progetto “Mamma segreta” nasce per prevenire l’abbandono alla nascita e sostenere le gestanti e le madri in gravi difficoltà, garantendo a quest’ultime tutto il sostegno possibile da parte dei servizi territoriali e ospedalieri presenti sul territorio regionale. Il progetto, promosso dalla Regione Toscana, ha come obiettivo primario la costruzione di un percorso di prevenzione e di tutela che permetta alla donna in difficoltà di affrontare con consapevolezza la propria situazione sia che decida di tenere il bambino sia che decida di non riconoscerlo, partorendo quindi in anonimato. La legge italiana garantisce infatti il diritto per tutte le donne, comprese le extracomunitarie e le donne in condizioni di clandestinità, di partorire in anonimato gratuitamente ricevendo la necessaria assistenza sanitaria per loro stesse e per il bambino.

Il percorso “Mamma segreta” si sviluppa attraverso:

- attività di informazione capillare sui diritti e doveri della donna;
- attività di sostegno alla scelta della donna attraverso l’informazione e la formazione rivolta agli operatori;
- attività di accompagnamento della donna, sia nel caso in cui scelga di tenere il bambino sia nel caso in cui scelga di partorire in anonimato;
- promozione di iniziative di sensibilizzazione e di informazione su questi temi.

Operatori professionisti sono a disposizione sia nel caso in cui la gestante decida di tenere il bambino sia nel caso in cui decida di non tenerlo mantenendo l’anonimato.

Rivolgersi, al momento del parto, al personale del consultorio (vedi sedi e orari), che provvederà ad attivare il percorso tramite le assistenti sociali, oppure al personale dell’area funzionale “Materno infantile” setting V degenza a ciclo continuo dell’ospedale Misericordia di Grosseto.



PROGETTO PER SOSTENERE LE GESTANTI E LE MADRI IN GRAVI DIFFICOLTÀ E PER PREVENIRE L'ABBANDONO ALLA NASCITA



Se ti trovi in situazione di difficoltà e stai pensando di non farcela a tenere il tuo bambino ...

If you are in difficulty and you think you can't manage to keep your child ...

Si vous vous trouvez dans une situation de difficulté et si vous êtes en train de penser que vous n'arriverez pas à garder votre enfant...

Si te encuentras en un situación difícil y estás pensando que no podrás cuidar de tu hijo ...

Если ты находишься в трудной ситуации и думаешь, что не сможешь позаботиться о своём ребёнке

如果你处在困难的情形中 以至于你认为你将没有能力处理你的婴儿的事务...

إذا قبح حبص فورظب نيربت تنك
 دولولبل من صلخلتلل ي ف نيرتلقتت تادلبو

Ricorda, remember, rappelle, acuérdate, Помните, 记住, يطلع, اذكار

che hai anche la possibilità di non riconoscere il bambino: **la legge italiana, infatti, afferma questo diritto e ti tutela garantendoti l'assoluto anonimato**

that you have the possibility of not recognising your child: **The Italian law, in fact, sanctions this right and protects you by guaranteeing absolute anonymity**

que vous avez également la possibilité de ne pas reconnaître votre enfant: **la loi italienne, en effet, affirme ce droit et vous protège en vous garantissant l'anonymat absolu**

de que también tienes la posibilidad de no reconocer al niño: **la ley italiana te concede este derecho y te tutela garantizándote el absoluto anonimato**

что у тебе есть возможность отказаться от своего ребёнка: **итальянский закон предусматривает это право и защищает тебя, гарантируя тебе абсолютную анонимность**

你亦具有放棄不認養你的孩子之權。 **意大利法律亦保障此項權利並可確保你絕對匿名的權利**

اذا قبح حبص فورظب نيربت تنك
 دولولبل من صلخلتلل ي ف نيرتلقتت تادلبو



Per informazioni puoi rivolgerti / For information you can apply to
 Pour des informations vous pouvez vous adresser / Para información puedes dirigite
 За информацией можно обратиться к / 如果有需要有关信息，你可以联系
 請 聯絡以下人士

Agli assistenti sociali del tuo territorio / ai consultori familiari / al tuo medico
All'ospedale pubblico più vicino: reparto di Ostetricia/ginecologia
Agli assessorati ai servizi sociali dei Comuni di Firenze, Pisa, Prato, Siena
www.rete.toscana.it/selvo/selvo/famigliamimori/mammasegreta.htm

I Diritti dei genitori che lavorano

Opportunità per la conciliazione Vita-Lavoro

Congedo 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 2 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 prevedono l'integrazione al 100%).

Tale periodo di assenza conta sia come anzianità di servizio che per il calcolo della 13° 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 accer-



tamento medico, l'interdizione dal lavoro anche per periodi precedenti al congedo per maternità (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 di attività dell'azienda o alla scadenza non le venisse rinnovato il contratto a termine, riceverebbe ugualmente una indennità di maternità.

Mamma disoccupata

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

Mamma libera 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 due mesi prima e per i tre mesi dopo il parto, ma non ha l'obbligo di astenersi dal lavoro, come invece avviene per le lavoratrici dipendenti.

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.

Le mamme con un contratto a progetto, co.co.co. presso le P.A. associate in partecipazione o titolari di reddito autonomo occasionale, di cariche societarie, iscritte alla gestione separata INPS, hanno diritto all'indennità di maternità a condizioni da verificare con l'ente previdenziale. A decorrere dal 7 novembre 2007, anche queste lavoratrici hanno l'obbligo di astenersi dall'attività lavorativa per gli stessi periodi previsti per le lavoratrici dipendenti. È inoltre prevista una proroga del rapporto di lavoro per 180 giorni (per maggiori informazioni rivolgersi all'INPS).

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

Un papà lavoratore nella condizione di unico genitore o nel caso in cui la mamma sia gravemente malata, ha diritto ad assentarsi dal lavoro per un periodo che si chiama congedo di paternità e che dura per tutto il tempo che sarebbe spettato alla mamma (complessivamente 5 mesi). Per poter usufruire del congedo di paternità è necessario presentare al datore di lavoro la certificazione che attesti la morte, l'abbandono, la grave infermità della mamma o l'affidamento esclusivo del bambino. Così facendo ogni padre riceve l'80% dello stipendio (alcuni contratti prevedono l'integrazione al 100%) e può contare il periodo di assenza come anzianità di servizio, anche ai fini della 13^a e delle ferie.

Papà in mobilità

Per l'uomo 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.

L'uomo 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 i papà che hanno un ruolo 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 adottivi o affidatari

In caso di adozione nazionale o internazionale, il padre può usufruire del congedo di paternità, per 5 mesi o per la parte residua del congedo di maternità in alternativa alla madre lavoratrice che vi rinunci 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.

I Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende USL svolgono attività di **informazione, assistenza e controllo** nei confronti delle lavoratrici gestanti e in puerperio, prevedendo diverse possibilità di tutela a seconda della singola situazione lavorativa.

Di seguito trovi le informazioni su come compilare la domanda ed il fac-simile di domanda.

Come compilare la domanda di astensione anticipata

La domanda di astensione anticipata dal lavoro deve essere presentata utilizzando lo specifico modello: vedi allegato pag. 79.

Il modulo di domanda è disponibile anche presso i Consultori e gli ambulatori di ginecologia.

La domanda deve essere compilata in ogni sua parte, in particolare devono essere indicati il domicilio effettivo, con l'indirizzo preciso completo di numero civico, e il numero di telefono.

Alla domanda deve essere allegato il certificato medico in originale, in mancanza del quale, la domanda non è valida.

Il certificato medico deve contenere le seguenti informazioni:

- le generalità della lavoratrice (nome, cognome, luogo e data di nascita, residenza);
- l'epoca gestazionale alla data della visita o la data dell'ultima mestruazione;
- la data presunta del parto;
- le gravi complicanze della gestazione o le preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dalla gravidanza;
- la prognosi;
- la data di rilascio del certificato e la firma del medico che lo rilascia.

Se il certificato è stato rilasciato da uno specialista pubblico, ovvero un medico ginecologo dipendente o convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale (Aziende Sanitarie Territoriali od Ospedaliere), la cittadina deve presentarsi direttamente ai competenti uffici della ASL.

Se il certificato è stato rilasciato da un ginecologo privato, le cittadine possono ottenere il certificato presso la USL di Grosseto rivolgendosi a un ginecologo del Consultorio presso le seguenti sedi:

Zona Distretto Colline Metallifere: Consultorio Zona Distretto Colline Metallifere:

Follonica Centro Socio Sanitario martedì 08.40 - 10.20

giovedì 15.00 - 16.00

venerdì 15.00 - 16.00

Massa M.ma P.O. lunedì 10.20 - 12.20 / martedì 16.00 - 18.00

Zona Distretto Colline Albegna: Consultorio Zona Distretto Colline dell'Albegna: previo appuntamento tramite Uffici Amministrativi (telefono 0564-869238, 0564-869225, dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00)

Zona Distretto Amiata Grossetana: Casteldelpiano P.O. presso l'ambulatorio ginecologico posto al 2° piano: giovedì dalle ore 12.00 alle ore 13.00

Zona Distretto Area Grossetana: Via Don Minzoni n° 9 (presso il consultorio, piano secondo) lunedì dalle ore 10.00 alle ore 12.00 - giovedì dalle ore 10.00 alle ore 12.00

Dipartimento Tutela Maternità, Via Belgio n° 15, Grosseto, per la consegna dell'attestato gravidanza lavoro a rischio.



Dove presentare la richiesta di astensione anticipata

La domanda di astensione anticipata dal lavoro viene presentata presso i seguenti uffici:

Zona Distretto Colline Metallifere:

- **Follonica**, Viale Europa dal lunedì al venerdì dalle ore 08.30 alle ore 12.00 (presso la segreteria Ufta secondo piano)
- **Massa M.ma P.O. Sant'Andrea** dal lunedì al venerdì dalle ore 08.30 alle ore 12.00 (presso la segreteria Ufta 5° piano)

Zona Distretto Colline Albegna:

- **S.O. Orbetello**, Via Lungolago dei Pescatori (presso Uffici Amministrativi - primo piano) dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle 13.00

Zona Distretto Amiata Grossetana:

- Ospedale di Castel del Piano presso Ufficio URP 4° piano: lunedì e giovedì dalle ore 09.00 alle ore 12.00

Zona Distretto Area Grossetana:

- **Via Don Minzoni n° 9** (presso la segreteria) lunedì e giovedì dalle ore 10.00 alle ore 12.30
- **P.O. Misericordia**, via Senese 161, presso il servizio CUP dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 12.30

Possono presentare domanda le donne residenti/domiciliate nel territorio di competenza della Provincia di Grosseto.

La domanda può essere presentata:

- di persona dall'interessata;
- da altro soggetto munito di delega scritta della lavoratrice, con fotocopia del documento di identità del delegato e della delegante.

Tempi di rilascio dell'autorizzazione all'astensione dal lavoro:

- potrà essere rilasciato immediatamente all'atto della presentazione della domanda;

- ovvero entro il termine massimo di sette giorni. In questo caso sarà recapitato gratuitamente, tramite servizio postale, al domicilio indicato nella domanda.

N.B. In caso di interruzione di gravidanza, la paziente che ha usufruito dell'astensione lavorativa, dovrà presentarsi agli stessi uffici per procedere all'interruzione del certificato, passaggio obbligatorio e necessario per la ripresa dell'attività lavorativa.

Prolungamento

Ferma restando la durata complessiva del congedo di maternità (5 mesi), le lavoratrici che non effettuano lavori pericolosi, faticosi o insalubri (artt. 7 e 11 del D. Lgs. 151/01) possono usufruire della flessibilità del congedo, astenendosi dal lavoro a partire dal mese precedente la data presunta del parto e nei 4 mesi successivi al parto.

Requisiti per ottenere il congedo

Per poter avvalersi della flessibilità del congedo di maternità è necessario che il medico specialista ginecologo del Servizio Sanitario Nazionale ed il medico competente aziendale (ove previsto per legge) certifichino che tale opzione non comporta pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro. Se in azienda non è prevista la figura del medico competente, è necessaria la dichiarazione del datore di lavoro che lo attesti.

Quando presentare la domanda

La lavoratrice, entro la fine del 7° mese di gravidanza, dovrà fare specifica richiesta di flessibilità del congedo di maternità al datore di lavoro ed all'INPS (per il settore pubblico solo al datore di lavoro), compilando il modulo per la domanda di astensione obbligatoria (modello 02) che contiene un apposito riquadro, allegando: certificato del medico ginecologo pubblico che attesti che le condizioni di salute della gestante consentono il proseguimento dell'attività lavorativa fino alla fine dell'8° mese di gravidanza; certificato del medico competente aziendale che attesti l'assenza di rischi per la salute e la sicurezza nella mansione svolta dalla lavoratrice; eventuale dichiarazione del datore di lavoro che attesti che la mansione svolta dalla lavoratrice non prevede l'obbligo della sorveglianza sanitaria da parte del medico competente.

Per un bimbo 'a testa in giù'

Un bambino su 25, verso la fine della gravidanza, non ha ancora fatto la "capriola". Significa che la sua posizione è podalica, con i piedi e/o il sederino verso il basso e non si è ancora girato per prepararsi a nascere. Si rileva con l'ecografia del terzo trimestre. Fino all'ultimo però, tutto può accadere.

Il 90% dei bambini si mette nella posizione giusta entro la 34^a settimana e un altro 5-6% si gira tra la 34^a e la 40^a. Se questo non succede, per la mamma significa andare incontro a un cesareo.

Ci sono però delle tecniche che possono sbloccare una situazione ed evitare l'intervento chirurgico. Si può tentare di convincere il nascituro a voltarsi spontaneamente adottando posizioni che ne favoriscano i movimenti, oppure impiegando tecniche dolci come l'agopuntura e la maxibustione, che non garantiscono il rivolgimento, ma lo favoriscono. L'efficacia di tale pratica di medicina non convenzionale è supportata da un'ampia letteratura.

La moxibustione o l'ago/moxa

Se il piccolo è podalico, nell'Azienda, si effettua un tentativo di rivolgimento tramite l'uso della moxa e/o dell'ago riscaldato. Si tratta di un antico metodo usato nella medicina tradizionale cinese e consiste nello stimolare un punto preciso del piede, sul quinto dito (punto BL 67 chiyin), tramite un sigaro incandescente composto di artemisia essiccata o con l'inserimento dell'ago poi riscaldato con cono di moxa.

Questa tecnica viene insegnata anche alla mamma (o al suo partner) che può così praticarla a casa propria.

Contemporaneamente, suggeriamo alla mamma di assumere a casa alcune posizioni che possono aiutare il bambino a girarsi.

Si consiglia di effettuarla a partire dalle 32^a settimana, una o più volte la settimana, a seconda della scelta (ago/moxa o moxa), non oltre la 37^a settimana.

Non ci sono effetti collaterali.

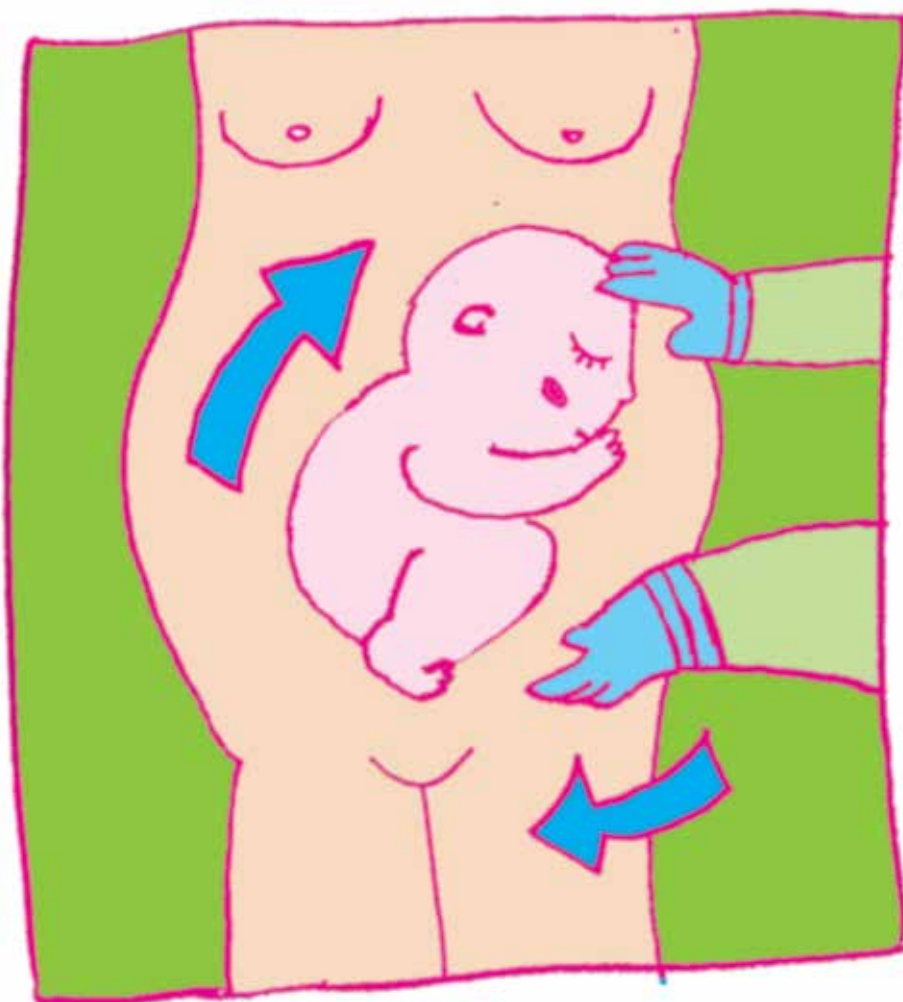
Se vuoi saperne di più rivolgiti alle Ostetriche del Consultorio.

Zona 1: Follonica 0566 641/525
Massa Marittima 0566 909 246/270

Zona 2: Colline D'Albegna 0564 869216

Zona 3: Amiata - Castel del Piano, tel. 0564 9 | 45 39/ 33/ 40

Zona 4: Grosseto, tel. 0564 485 736/733
Referente progetto di Medicina Complementare tel. 0564 483753



Ufficio relazioni con il pubblico

Le indicazioni sulle modalità per effettuare reclami, segnalazioni ed encomi (elogi) sono date dall'Azienda tramite l'Ufficio Relazioni con il pubblico; tali manifestazioni devono essere presentate dall'utente in forma scritta, utilizzando l'apposito modulo disponibile presso il punto URP del Presidio Ospedaliero (piano terra , lato portineria) oppure presso l'URP Aziendale - Viale Cimabue 109 (Tel. 0564 485955-880).

Il modello è reso disponibile anche nel sito web aziendale all'indirizzo www.usl9.Grosseto - URP e Tutela; nel sito dal 10 giugno 2014 è attiva anche la scheda on-line per comunicare in maniera semplice e veloce con l'URP dell'Azienda - territorio di Grosseto.

Per la segnalazione degli eventi avversi da parte degli operatori, sono utilizzati gli audit tramite il rischio clinico aziendale.



NOTE



AUTOMISURAZIONE PESO E PRESSIONE

Peso pre-gravidico

DATA	PESO in Kg	Pressione arteriosa



DOMANDA DI ASTENSIONE ANTICIPATA

La sottoscritta

Nata a il/...../.....

codice fiscale/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

domiciliata a

In via Telefono

e-mail

Lavoratrice autonoma

Libero professionista

Dipendente della Ditta

Sede legale in Via

Tel. Fax e-mail

Sede operativa Via

Rapporto di lavoro: tempo indeterminato

tempo determinato scadenza

CHIEDE

L'autorizzazione ad astenersi dal lavoro, ai sensi dell'art. 17 comma 2, lett. a) del D.L.vo n. 151/2001, per gravi complicanze della gestazione dal

A tal fine allega la seguente documentazione:

- **certificato medico ginecologico** in originale in cui devono essere riportate le generalità della lavoratrice, il mese di gestazione alla data della visita, la data presunta del parto, le gravi complicanze della gestazione o le preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza, la prognosi.

Nel caso di certificato redatto da un ginecologo privato sarà prenotata dalla AUSL una visita da un ginecologo pubblico entro sette giorni.

La sottoscritta dichiara di essere informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali, di cui alla presente istanza, sono richiesti obbligatoriamente ai fini del procedimento. Gli stessi, trattati anche con strumenti informatici, non saranno diffusi ma potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza.

Data

(F I R M A)

AUSL

PROTOCOLLO IN ARRIVO N. DEL



CONSENSO INFORMATO E TRATTAMENTO DATI SENSIBILI SUL PERCORSO NASCITA

Io sottoscritta _____

nata a _____ il _____

residente a _____

informata sulle tappe del Percorso Nascita, sugli **accertamenti previsti**, sui **contatti fra il Servizio e me stessa** e sul **trattamento dei dati ai sensi della legge 196/2003** (dati idonei a rilevare lo stato di salute ed utilizzati solo allo scopo di prevenzione, cura e tutela della mia salute) **dichiaro** di aver ricevuto ampia informazione sull'intero percorso, di aver compreso le informazioni ricevute, di aver avuto modo e tempo di fare domande e accetto di essere contattata dal personale sanitario per i controlli della gravidanza e per la partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita, e per tutte le evenienze legate alla mia gravidanza.

Firma dell'operatore _____

Data _____ Firma pazienti _____

- Test di gravidanza o simile
- Documento d'identità
- Tessera sanitaria/STP
- Consegna libretto con ricettario regionale
- Compilazione del libretto con UM e DPP
- Invio al MMG per timbro ricettario e compilazione richieste per “prelievo test combinato” e “consulenza prenatale”
- Registrazione su Caribel
- Presentazione della “Guida al Percorso Nascita”
 - Acquisizione e archiviazione Privacy
 - Compilazione della scheda Individuazione rischio ostetrico
 - Mamma segreta
 - Patoanalgesia
 - Donazione cordonale
 - Corsi accompagnamento alla nascita
 - Tutela gravidanza - lavoro
 - Alimentazione e stile di vita
 - Illustrare test combinato e compilare consenso
- Prenotazione counselling + prelievo
- Prenotazione visita individuazione rischio + ecografia
- Prenotazione C.A.N.



SCHEDA INDIVIDUAZIONE RISCHIO OSTETRICO

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Indirizzo _____ Telefono _____

Gravidanza seguita: Percorso nascita USL _____ Percorso privato _____

ANAMNESI FAMILIARE

Madre che ha avuto gestosi/ preeclampsia nelle proprie gravidanze si no non so

Altro _____

ANAMNESI GENERALE

Peso Kg _____ Altezza cm _____ BMI _____

Razza: Caucasica Afro-Caraibica SudAsia EstAsia Mista

Diabete mellito Ipertensione cronica Fumo (al concepimento) Emoglobinopatie

LES S.AntiFL Altro _____

ANAMNESI OSTETRICA

Nati vivi anno..... sett. Pesogr Complicanze
 anno..... sett. Pesogr Complicanze
 anno..... sett. Pesogr Complicanze

Morti perinatali anno..... sett. Pesogr Complicanze
 anno..... sett. Pesogr Complicanze

Aborti spontanei anno..... sett. Pesogr Complicanze
 anno..... sett. Pesogr Complicanze

IVG Gravidanze extra

Gravidanze precedenti con: PE IUGR Aberrazioni cromosomiche

Parti precedenti: tra 16-30 tra 31-30 >37

GRAVIDANZA ATTUALE

Concepimento:

Spontaneo Stimolazione IUI IUI eterologa IVF/ICSI Ovodonazione età

Rischio Diabete Gestazionale:

Glicemia ≥ 100 -125 BMI pregravidico ≥ 30 Diabete Gestaz. gravidanza precedente

Età ≥ 35 BMI pregravidico ≥ 25 Familiarità diab. Macrosomia preced. Razza*

*Asia Meridionale (India, Pakistan, Bangladesh) Caraibi, Medio Oriente (Arabia ed Emirati, Iraq, Giordania, Siria, Libano, Egitto).

Data _____ Firma _____

CHECK LIST PROMEMORIA INDIVIDUAZIONE DEL RISCHIO

- Raccolta Consenso Test Combinato e archiviazione
- Ritirare impegnative n°2 “ecografia 1° trimestre” ricettario gravidanza
- Ritirare impegnativa “consulenza prenatale”
- Visione e compilazione libretto gravidanza per anamnesi
- Valutazione e trascrizione esami ricetta n° 1
- Visione e compilazione scheda individuazione del rischio ostetrico
- Se non eseguito entro i tre anni precedenti: Esecuzione Pap Test oppure trascrizione nel libretto regionale dell’anno di esecuzione e risultato
- Illustrazione del percorso e consenso all’immunoprofilassi per la donna
RH NEGATIVO
- Misurazione pressione arteriosa
- Peso
- Riportare visita nel libretto regionale
- Consegna risposta ecografia e/o test combinato
- In caso di Test positivo richiesta consulenza genetica anche al partner
- Richiesta curva da carico a 16/18 sett. di gestazione nei casi riportati nella scheda individuazione rischio
- Barrare con x o depennare, se necessario: curva da carico 75 a 24/26 sett. di gestazione, toxotest, rubeo test, test di Coomb indiretto
- Archiviazione consensi e scheda individuazione del rischio
- Riportare nel libretto regionale se la donna prosegue percorso fisiologico
- Inserimento dati Caribel
- Retrosportello CUP
- Firmare attestato di gravidanza



DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TEST COMBINATO

PA
REV.: 2
Data 12/04/2014

Gentile Signora
durante la consegna del libretto della gravidanza avvenuta il
le sono state fornite informazioni a proposito del **Test Combinato**, procedura
diagnostica che ha scelto di effettuare per **l'individuazione del rischio delle
malattie cromosomiche nel primo trimestre di gravidanza.**

Durante il counselling, avvenuto in data odierna, Le sono state prospettate: le finalit , le modalit  di esecuzione, i benefici attesi, gli eventuali rischi e le prevedibili conseguenze, le alternative diagnostiche e terapeutiche attualmente esistenti.

Firma dell'Operatore Sanitario

lo sottoscritto/a

In qualit  di esercente la potest  sul minore

In qualit  di tutore di

dichiaro di essere stato/a ampiamente informato/a circa la procedura scelta, le finalit  e le modalit  di esecuzione, i benefici attesi, gli eventuali rischi e le prevedibili conseguenze, le alternative diagnostiche e terapeutiche attualmente esistenti.

La mia firma su questo documento significa che:

- ho compreso le spiegazioni fornitemi
- ho avuto la possibilit  di formulare domande di chiarimento
- ho avuto il tempo sufficiente per una personale riflessione prima di firmare il presente modulo.

Premesso questo, dichiaro di

acconsentire ad essere sottoposta a Test combinato

NON acconsentire ad essere sottoposta a Test combinato

Data

Firma del paziente / Esercente la patria potest  / Tutore

.....



**Consenso all'esecuzione dell'amniocentesi/villocentes
e all'indagine citogenetica/molecolare
Diagn. Molecolare e della Riproduzione
Centro Medicina della Riproduzione e Percorso Nascita**

PA
REV.: 03
Data 9/01/2016
Pag. 1 di 1

La Signora

Nata a il.....

residente in.....prov.

via n tel.

cellulare altro tel.*

si è presentata in data dal sottoscritto/a Dr.....

per una consulenza genetica. Durante il colloquio Le ho fornito informazioni dettagliate a proposito dell'amniocentesi/villocentes, procedura diagnostica che ha scelto di effettuare per la diagnosi delle malattie cromosomiche fetali per la quale Le ho prospettato: le finalità e le modalità di esecuzione, i benefici attesi, gli eventuali rischi e le prevedibili conseguenze, le alternative diagnostiche e terapeutiche attualmente esistenti. Per ogni eventualità potrà contattarci al 0564/485311 dal lunedì al sabato dalle 12.00 alle 13.30

N.B. una copia di questo consenso informato e relativo foglio informativo viene consegnato alla paziente

Firma e timbro del medico.....

lo sottoscritto/a

o in alternativa:

a) in qualità di esercente la potestà sul minore

b) in qualità di tutore di

dichiaro di essere stato/a ampiamente informato/a circa il trattamento propostomi, le finalità e le modalità di esecuzione, i benefici attesi, gli eventuali rischi e le prevedibili conseguenze, le alternative diagnostiche e terapeutiche attualmente esistenti.

La mia firma su questo documento significa che:

- ho compreso le spiegazioni fornitemi
- ho avuto la possibilità di formulare domande di chiarimento
- ho avuto il tempo sufficiente per una personale riflessione prima di firmare il presente modulo.

Premesso questo, dichiaro che:

accetto

non accetto... di essere sottoposto al prelievo di liquido amniotico/villi coriali

accetto

non accetto... l'esecuzione dell'analisi citogenetica su liquido amniotico/villi coriali

accetto

non accetto... ulteriori indagini di approfondimento diagnostico

accetto

non accetto... di essere contattato dal nostro personale sanitario per informazioni sull'esito della gravidanza

*Il trattamento dei dati personali è conforme alle disposizioni contenute nel D.Lgs. 30 Giugno 2003, n.196 Cod. in materia di protez. dati personali e nel Provvedimento dell'Autorità Garante del 24-06-2011 Autorizzazione del trattamento dei dati genetici.

Data

Firma del paziente / Esercente la potestà genitoriale / Tutore

.....



**MODULO DI INFORMAZIONE
E CONSENSO AL TRATTAMENTO
CON EMODERIVATI PER IMMUNOPROFILASSI ANTI-RH(D)**

Io sottoscritta.....

Nata a il

In qualità di esercente la patria potestà sul minore

Firma padrefirma madre

In qualità di tutore di

Dichiaro di essere stata/o informato/a dettagliatamente, in modo chiaro e a me comprensibile, dal Dr. in data che per le mie condizioni cliniche devo essere sottoposto ad un trattamento terapeutico con emoderivati, che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi, (inclusa la trasmissione del virus dell'immunodeficienza, dell'epatite, ecc.).

Ho ben compreso quando mi è stato detto dal Dr. in ordine alle condizioni cliniche, ai rischi connessi alla terapia e a quelli che potrebbero derivare non sottoponendomi al trattamento.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

ad essere sottoposta al trattamento terapeutico con **emoderivati per immunoprofilassi ant-Rh**

Data

Firma dell'interessato, tutore o esercente la patria potestà

.....

Firma del Medico

CHECK LIST II TRIMESTRE

- Ritiro ricetta ecografia n° 5 libretto gravidanza
- Visione esami e rivalutazione rischio
- Visione e trascrizione visita libretto gravidanza
- Consegna ricetta per ritiro in farmacia interna dell'ospedale per immunoglobuline anti RH
- Mettere nome del medico e data nel immunoprofilassi donne RH NEGATIVO
- Misurazione pressione arteriosa
- Peso
- Individuazione rischi
- Ricordare alla donna CAN che si svolgono nel territorio
- Consegnare risposta ecografia
- Riportare nel libretto regionale se la donna prosegue percorso fisiologico
- Inserimento dati Caribel
- Retrosportello CUP



RICHIESTA TAGLIO CESAREO

SI RICHIEDE TAGLIO CESAREO PER:

La Sig.ra

Nata a il

Residente a

Via n°

Telefono.....

U.M. (confermata dalla prima ecografia o corretta sulla base della stessa)

.....

D.P.P.

Indicazioni all'intervento

.....

Sono già richiesti E.C.G. e visita anestesologica

Precedenti anamnestici o clinici di rilievo:

.....

.....

Decorso dell'attuale gravidanza

.....

.....

Data Indicativa proposta

Data

FIRMA MEDICO/OSTETRICA

Ambulatorio Libero Professionale

Ambulatorio Istituzionale

CHECK LIST III TRIMESTRE

- Ritiro ricetta ecografia n° 8 libretto gravidanza
- Visione esami e rivalutazione rischio
- Riportare visita libretto gravidanza
- Misurazione pressione arteriosa
- Peso
- Riportare nel libretto regionale se la donna prosegue percorso fisiologico
- Compilazione e consegna richiesta ECG per partoanalgesia
- Compilazione e consegna richiesta visita anestesiologicala per partoanalgesia
- Ricordare l'informativa e l'eventuale consenso per le medicine complementari contenuti nella carta dei servizi (donne che all'ecografia viene rilevato un feto in presentazione podalica)
- Consegnare risposta ecografia
- Inserimento dati Caribel
- Retrosportello CUP



**PERCORSO NASCITA
GROSSETO**

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome Nome

Indirizzo

- Visita anestesiologicala per il parto

Data Firma dell'operatore



**PERCORSO NASCITA
GROSSETO**

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome Nome

Indirizzo

- ECG per il parto

Data Firma dell'operatore



La **Gravidanza** rappresenta un momento importante della vita di ogni donna, durante il quale avverranno grandi cambiamenti sia personali che all'interno del nucleo familiare. Questo periodo sarà caratterizzato da scelte e grandi decisioni che necessiteranno di informazioni utili ad accompagnare la donna e la coppia in tutto il percorso della maternità.

A tale scopo, l'Azienda di Grosseto ha ideato la Guida al Percorso Nascita, un opuscolo semplice e di facile consultazione che fornisce tutte le informazioni necessarie agli utenti del Percorso Nascita.

