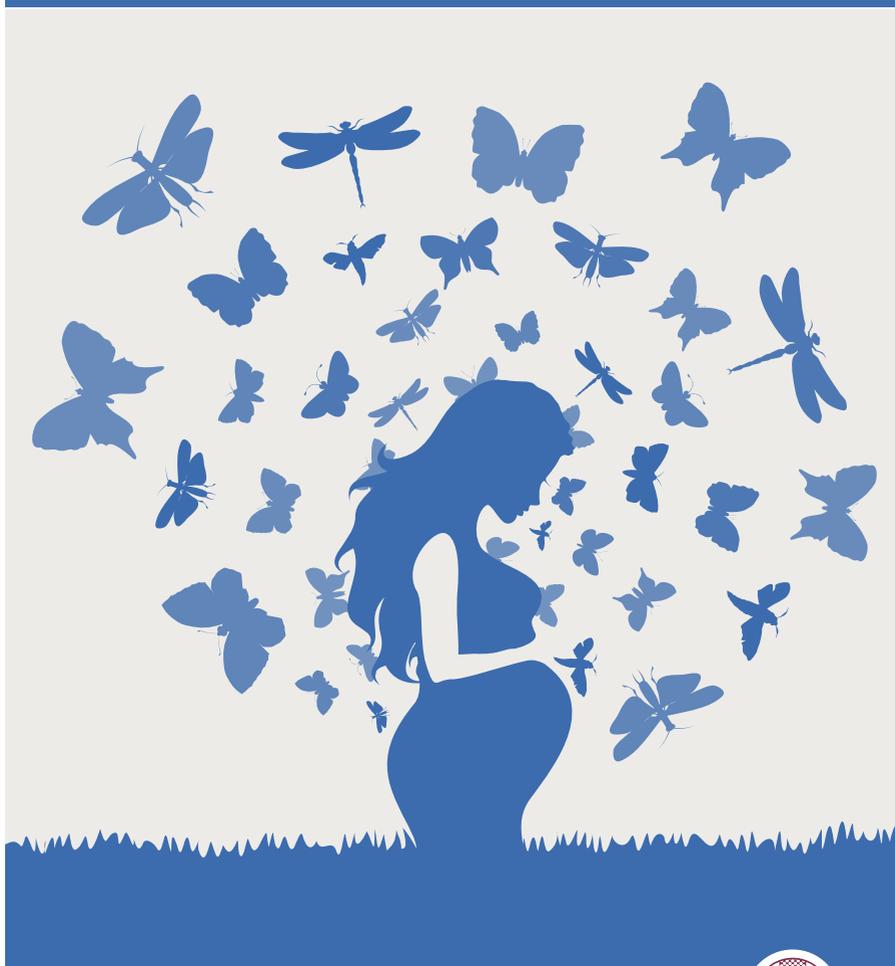


Allegati alla guida alla maternità



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



*Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari*
Provincia Autonoma di Trento



NOME E COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

DATA CONSEGNA _____

FIRMA OPERATORE _____

LA GRAVIDANZA: INFORMAZIONI GENERALI	6
ALIMENTAZIONE E GRAVIDANZA	7
INFORMATIVA OBESITÀ IN GRAVIDANZA	9
CONTROLLI IN GRAVIDANZA	10
INFORMAZIONI SCREENING IPOTIROIDISMO IN GRAVIDANZA	14
INFORMAZIONI SCREENING INFEZIONE DA CITOMEGALOVIRUS IN GRAVIDANZA	14
INFORMAZIONI VARICELLA IN GRAVIDANZA	15
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE IN GRAVIDANZA	17
INFEZIONE DA TOXOPLASMOSI IN GRAVIDANZA	17
INFORMAZIONI SCREENING E DIAGNOSI DEL DIABETE GESTAZIONALE	18
INFORMAZIONI SCREENING INFEZIONE DA STREPTOCOCCO BETA EMOLITICO A TERMINE DI GRAVIDANZA	20
INFORMAZIONI PARTO PREMATURO	20
INFORMAZIONI SU IMMUNOPROFILASSI IN GRAVIDANZA IN DONNE RH NEGATIVE	22
CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI IMMUNOGLOBULINE ANTI-D	23
INFORMAZIONI SULL'ECOGRAFIA OSTETRICA	24
INFORMATIVA E CONSENSO AL TEST COMBINATO	28
SCHEDA INFORMATIVA SCREENING PRENATALE NON INVASIVO - NIPT	31
SCHEDA INFORMATIVA ECOCARDIOGRAFIA FETALE	34
SCHEDA INFORMATIVA E CONSENSO ALLA VILLOCENTESI	39
ESPRESSIONE DI RICHIESTA/CONSENSO ALLA PROCEDURA DELLA VILLOCENTESI	42
SCHEDA INFORMATIVA E CONSENSO ALLA AMNIOCENTESI	43
ESPRESSIONE DI RICHIESTA/CONSENSO ALLA PROCEDURA DELL'AMNIOCENTESI	46
SCHEDA INFORMATIVA E CONSENSO AL RIVOLGIMENTO DEL FETO PER MANOVRE ESTERNE	47
MONITORAGGIO DELLA GRAVIDANZA A TERMINE	50
MONITORAGGIO DELLA GRAVIDANZA IN PREGRESSO TAGLIO CESAREO	51
SCHEDA INFORMATIVA INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO	53
SCHEDA INFORMATIVA PARTO DOPO TAGLIO CESAREO	57
SCHEDA INFORMATIVA TAGLIO CESAREO	61
INFORMATIVA SUL DANNO PERINEALE DA PARTO	65
SCHEDA INFORMATIVA STERILIZZAZIONE IN CORSO DI TAGLIO CESAREO	66
ASSISTENZA OSTETRICA	68
INFORMAZIONI SUL PARTO IN ACQUA	69
CRITERI DI INCLUSIONE AL TRAVAGLIO E PARTO IN ACQUA	70
INFORMAZIONI SUI TEMPI DEL TAGLIO DEL CORDONE OMBELICALE ALLA NASCITA	72
INFORMAZIONI SULLA DEGENZA NELL'UNITÀ OPERATIVA DI OSTETRICA E GINECOLOGIA	73
CONTROLLO POST DIMISSIONE	75
SERVIZI OFFERTI DALL'UNITÀ OPERATIVA DELL'OSPEDALE SANTA CHIARA	76
MAPPA SINTETICA PERCORSO NASCITA	77
CHECKLIST PRENATALE	79
STANDARD CURE AMICHE DELLA MADRE	83
INFORMAZIONI DONAZIONE SANGUE CORDONALE AL SANTA CHIARA	85

La gravidanza: informazioni generali

Gravidanza, parto e puerperio costituiscono eventi naturali, oggi come una volta, assistiti con modalità diverse, talvolta profondamente radicate in alcune culture. I rischi legati a questi eventi possono essere determinati da fattori potenziali, attualmente maggiormente noti.

Le conoscenze maturate in questi anni circa i potenziali fattori di rischio ci permettono di offrire un'assistenza mirata che ne ha sensibilmente migliorato la qualità. I miglioramenti sono stati così evidenti in termini di mortalità e morbilità sia materna che neonatale nell'ultimo secolo da determinare, in taluni ignari o entusiasti, una percezione di assenza di rischio legato a questi eventi. Purtroppo non è così e nonostante tutta la sorveglianza che può essere ragionevolmente e scientificamente effettuata, a questi momenti restano ancora legati rischi non completamente prevedibili e controllabili.

La gravidanza e la nascita sono nella maggior parte dei casi eventi fisiologici nei quali la donna necessita di accompagnamento e di un'assistenza di intensità differente in relazione alla presenza di fattori di rischio. Elemento fondamentale dell'assistenza è la prevenzione e la tempestiva individuazione di deviazioni dalla fisiologia in modo tale da mettere in atto i provvedimenti diagnostico-terapeutici adeguati al caso.

Alimentazione e gravidanza

Alimentazione e gravidanza

Si raccomanda che le donne che programmano una gravidanza, o che non ne escludono attivamente la possibilità, assumano regolarmente almeno 0,4 mg al giorno di acido folico per ridurre il rischio di difetti congeniti. Per essere efficace l'assunzione di acido folico deve iniziare almeno un mese prima del concepimento e continuare per tutto il primo trimestre di gravidanza.

Si consiglia un'alimentazione varia.

In gravidanza è opportuno evitare:

- fegato e prodotti derivati
- latte crudo non pastorizzato
- formaggi a pasta molle derivati da latte crudo o muffe (es: camembert, brie, gorgonzola...)
- paté (inclusi quelli di verdure) carne, frutti di mare e uova crudi o poco cotti
- pesce che può contenere un'alta concentrazione di metilmercurio, come ad esempio il tonno, pesce spada o squalo (il consumo dovrebbe essere limitato a non più di due scatolette di media grandezza o una bistecca di tonno a settimana).
- il consumo di caffeina (presente nel caffè, nel tè, nella cola e nel cioccolato) dovrebbe essere limitato a non più di 300 mg/die (una tazzina di caffè generalmente non contiene più di 80 mg di caffeina).

Norme igienico-comportamentali per evitare la toxoplasmosi:

- lavare accuratamente e/o sbucciare frutta e verdura (incluse le insalate già preparate) prima della manipolazione e del consumo
- lavare le mani prima e dopo la preparazione degli alimenti
- cuocere bene la carne e anche le pietanze surgelate già pronte
- evitare le carni crude conservate, come prosciutto e insaccati
- evitare il consumo di frutti di mare, latte non pastorizzato
- lavare le mani prima di mangiare
- lavare con acqua e sapone le superfici della cucina, utensili, stoviglie venute a contatto con carni crude, pesce, frutta e verdure non lavate
- evitare il contatto con terriccio, potenzialmente contaminato da feci di gatto (eventualmente indossare i guanti e successivamente lavare bene le mani)

- evitare il contatto con le feci dei gatti (eventualmente indossare i guanti nel cambiare la lettiera e successivamente lavare bene le mani)
- proteggere i cibi da mosche e altri insetti
- evitare i viaggi al di fuori dell'Europa e degli Stati Uniti (non per toxoplasmosi).

Fumo

Il fumo sia attivo che passivo è sempre altamente dannoso. È pertanto opportuno che la donna abolisca il fumo durante la gravidanza.

Alcool

L'abuso di alcool in gravidanza può comportare gravi conseguenze per il feto in termini di danni strutturali e cognitivo-comportamentali. Non è noto se esiste un valore soglia al di sotto del quale il consumo di alcool possa essere sicuro per la madre e il bambino, quindi si raccomanda di non assumere alcool in gravidanza.

Farmaci

I farmaci possono avere effetti dannosi sul feto in qualsiasi periodo della gestazione: possono causare malformazioni congenite nel primo trimestre, nel corso del secondo-terzo trimestre possono alterare la crescita e lo sviluppo funzionale del feto o avere effetti tossici sui tessuti fetali. È importante che l'assunzione dei farmaci in gravidanza sia limitata ai casi di effettiva necessità dopo attenta valutazione rischio/beneficio e comunque che la loro assunzione avvenga sempre sotto controllo medico. Il ginecologo può fornire informazioni in merito all'utilizzo dei farmaci in gravidanza. Esistono comunque sul territorio nazionale servizi ai quali è possibile rivolgersi direttamente:

- Centro antiveleni degli Ospedali riuniti di Bergamo: tel. 800883300 attivo 24 ore
- Telefono rosso del Policlinico universitario A. Gemelli di Roma: tel. 06 3050077 attivo il lunedì, mercoledì e venerdì ore 9-13, il martedì e giovedì ore 14.30-18.30
- Tossicologia perinatale dell'Azienda ospedaliera Careggi di Firenze: tel. 055 7946731 attivo il lunedì ore 14-18, dal martedì al venerdì ore 10-14
- Servizio di informazione teratologica CePIG (Centro per l'informazione genetica) dell'Università degli studi - Azienda ospedaliera di Padova: tel. 049 8213513 attivo da lunedì a venerdì ore 11-13.

Informativa obesità in gravidanza

L'obesità in gravidanza è definita come un indice di massa corporea prima della gravidanza ≥ 30 kg (peso)/cm² (Altezza²).

Le gravidanze di donne obese sono caratterizzate da un aumentato rischio di complicanze sia durante la gravidanza (diabete gestazionale, tromboembolismo, ipertensione, malformazioni fetali, crescita fetale eccessiva), sia al momento del parto (rallentamento della dilatazione, maggior numero di induzioni, tagli cesarei, emorragia del post-partum, morte fetale dopo le 40 settimane, ricovero in terapia intensiva neonatale).

Nel caso di procedure chirurgiche vi è una maggiore percentuale di complicanze e di infezione in particolare della ferita.

Il controllo del peso, auspicabilmente precedente l'inizio della gravidanza, migliora gli esiti per mamma e bambino e può essere ottenuto con il controllo dell'introito alimentare e l'attività fisica.

L'aumento ponderale consigliato per questa categoria di donne è di 5-6 kg complessivo. Utile è la registrazione del peso a domicilio 1 volta alla settimana. L'attività fisica consigliata è almeno 4 volte alla settimana con carico aerobico se non controindicazioni o che comunque sia modesta ma costante, almeno di 30 minuti.

La presa in carico da parte del Percorso Nascita sarà mirata alla prevenzione delle complicanze e al trattamento individualizzato fino al momento del parto e poi della dimissione. Verranno consigliati esami e visite aggiuntive essendo una gravidanza ad alto rischio.

Controlli in gravidanza

Per la prenotazione è possibile rivolgersi al Centro Unico Prenotazioni (848816816) richiedendo appuntamento per “primo colloquio in gravidanza” a cui seguirà la pianificazione degli appuntamenti successivi.

Le donne senza fattori di rischio possono essere incluse nel modello di assistenza alla gravidanza fisiologica e assistite dall'ostetrica, con una presa in carico che verrà integrata tra ostetrica, ginecologo e altri professionisti, quando necessario, in relazione alla presenza/insorgenza di fattori di rischio.

In gravidanza sono consigliati circa 8 appuntamenti (il primo colloquio, le successive visite ed ecografie) durante i quali, oltre alla raccolta dell'anamnesi e dell'esame obiettivo vengono prescritti gli esami e vengono fornite le informazioni necessarie.

L'Organizzazione dell'assistenza nella la nostra U.O. prevede una differenziazione dei percorsi clinico assistenziali, in base alla situazione clinica della paziente e alle evidenze scientifiche disponibili.

L'Unità operativa di ostetricia propone, **ogni 4° martedì** del mese **alle ore 18** nell'**auditorium dell'Ospedale Santa Chiara**, un incontro informativo con le ostetriche.

La partecipazione è aperta a tutte le coppie che desiderano conoscere il nostro Ospedale e i protocolli assistenziali adottati. È inoltre un momento in cui poter dialogare e porre domande al personale ostetrico dell'Unità operativa.

Viene inoltre organizzato presso i Punti Nascita un incontro mensile con gli anestesisti e con i neonatologi.



Vuoi nascere al Santa Chiara?

Incontro di presentazione

dell'Unità operativa di Ostetricia e
Ginecologia dell'ospedale Santa Chiara
con le ostetriche e gli operatori sanitari
del reparto ogni quarto martedì del mese
dalle 18.00 alle 20.00 presso
l'auditorium dell'ospedale
(a destra dell'ingresso principale)

NEONATO PROTAGONISTA

i primi giorni di vita

Il personale dell'unità operativa di Neonatologia
invita i futuri genitori il primo martedì di ogni mese
dalle ore 18 alle 20
nell'auditorium dell'Ospedale Santa Chiara

Parleremo
di benessere
e salute del neonato,
dei suoi bisogni
e competenze,
della sua cura
e alimentazione

*ciao a tutti,
ci sono anch'io!*


Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

Ospedale Santa Chiara
largo Medaglie d'Oro, 9
38123 Trento
Tel. 0461 904111
email: apas@pec.apas.it

Nascere al Santa Chiara

Auditorium dell'ospedale (a destra dell'ingresso principale)
Ogni terzo martedì non festivo del mese, dalle ore 18 alle ore 20



INCONTRO DI PRESENTAZIONE

dell'unità operativa di Anestesia e Terapia Intensiva 1
tra gli anestesisti e i futuri genitori su

ANALGESIA PERIDURALE IN TRAVAGLIO DI PARTO



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



*Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento*

Informazioni screening ipotiroidismo in gravidanza

Le organizzazioni internazionali non ne raccomandano l'esecuzione di routine ma solo nelle donne sintomatiche o con anamnesi familiare positiva per malattia tiroidea o che risiedono in aree geografiche iodo carenti. Per questo motivo in Trentino si suggerisce lo screening per tutte le donne gravide e per tutte le donne che pianificano una gravidanza; uno stato di ipotiroidismo in gravidanza si associa a abortività, preeclampsia, ritardo di accrescimento fetale intrauterino, distacco di placenta, morbidità neonatale e alterazione dello sviluppo neurocomportamentale.

Ciò avviene perché gli ormoni tiroidei, necessari per lo sviluppo normale di tutti i tessuti fetali, sono essenziali anche per il normale sviluppo del cervello; la tiroide fetale inizia a produrre ormoni tiroidei dalla 10-12^{ma} settimana per cui il feto, nel corso del primo trimestre, è completamente dipendente dagli ormoni tiroidei materni.

Per questo motivo si raccomanda l'esecuzione del dosaggio TSH reflex nel primo trimestre.

Informazioni screening infezione da citomegalovirus in gravidanza

Il citomegalovirus è la principale causa di infezione congenita nei paesi sviluppati, in Italia si registra una incidenza dello 0.57 - 1% di tutti i nati vivi; è la prima causa infettiva di mortalità, morbidità e sequele tardive nei neonati (ritardo mentale, psicomotorio, deficit della vista e dell'udito).

In genere l'infezione è asintomatica nella gravida, talvolta comunque è associata sintomi aspecifici: febbre, astenia, cefalea, mialgie. Gli esami di laboratorio possono evidenziare linfocitosi atipica e modesto rialzo delle transaminasi. Non sono attualmente disponibili farmaci di provata efficacia e sicurezza per la prevenzione o il trattamento dell'infezione in gravidanza.

Le linee guida della gravidanza fisiologica del Ministero della Salute (nov 2010,

revisionate settembre 2011) non prevedono lo screening in gravidanza per il CMV, tranne per le donne a rischio: malattia similinfluenzale in gravidanza, lavoratrici sieronegative che lavorano con bambini, donne che hanno un figlio all'asilo nido o dopo il rilevamento di segni ecografici compatibili con CMV.

Si raccomanda di adottare le misure profilattiche sotto elencate al fine di contenere il rischio di contrarre l'infezione:

- Non condividere con il bimbo stoviglie (es tazze, piatti, bicchieri, posate), cibo (es. non assaggiare la sua pappa con lo stesso cucchiaino), biancheria (es. asciugamani, tovaglioli), strumenti per l'igiene (es. spazzolini da denti)
- Non portare alla bocca succhiotti o ciò che il bimbo possa aver messo in bocca
- Non baciare il bambino sulla bocca o sulle guance
- Lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone dopo aver pulito il naso e la bocca al bambino, cambiato il pannolino, maneggiato biancheria sporca o giocattoli, dato la pappa o fatto il bagnetto
- Lavare frequentemente giocattoli e superfici varie (es seggiolone, box, passeggino) con acqua e sapone.

Informazioni varicella in gravidanza

La varicella contratta in gravidanza è gravata da un maggior rischio di complicanze per la madre, soprattutto nel terzo trimestre di gestazione. La complicanza più comune è la polmonite.

Per questo motivo tutte le gravide che si ammalano di varicella dovrebbero essere trattate con antivirale. Il farmaco è sicuro sia per la madre che per il bambino.

La gravida va ospedalizzata in reparto di malattie infettive se è oltre le 36 settimane o se presenta sintomi di possibile complicazione (sintomi polmonari, febbre persistente da più di 6 giorni con nuove vescicole, un numero elevatissimo di vescicole, sanguinamento, rash emorragico, sintomi neurologici).

Il passaggio transplacentare dell'Herpes Zooster è possibile durante tutta la gravidanza, il periodo di rischio maggiore per il feto (morte fetale, sindrome da varicella congenita) è fra le 13 e le 20 settimane (con un'incidenza di sequele da varicella del 2%). La terapia antivirale non sembra ridurre il rischio di malattia fetale.

In caso di infezione da herpes Zooster in gravidanza non è prevista alcuna diagnosi prenatale invasiva, si consiglia però un monitoraggio ecografico di secondo livello ogni mese fino al parto.

Pericolosa per il neonato è l'infezione perinatale; il rischio è maggiore quando l'eruzione materna si manifesta tra i 5 giorni prima e i 2 giorni dopo il parto. Il neonato in questo caso, infatti, non ha ricevuto dalla madre una carica anticorpale sufficiente, quindi si comporta come un soggetto immunodepresso e può presentare una forma di varicella molto grave. **La prevenzione più efficace è la vaccinazione delle donne sieronegative prima della gravidanza.**

Il contagio nei sieronegativi può avvenire tramite soggetto affetto da varicella (da 1-2 giorni prima dell'eruzione fino alla caduta delle crosticine), o da herpes zooster (solo da contatto diretto con le lesioni erpetiche). Esiste un significativo rischio di contagio quando il malato di varicella è un convivente, quando si è rimasti nella stessa stanza per più di 15 minuti o faccia a faccia per più di 5 minuti. Se la gravida esposta al virus ha un'anamnesi negativa per varicella, può essere presa in considerazione, anche in base all'epoca gestazionale, l'opportunità di eseguire l'immunoprofilassi mediante la somministrazione di immunoglobuline antivariella, previo esame sierologico rapido che certifichi che la signora non l'ha mai contratta. Qualora si decida di eseguire l'immunoprofilassi bisogna considerare che la somministrazione deve avvenire entro 7 giorni dal possibile contagio.

Per una consulenza nell'ipotesi di una successiva profilassi, si potrà contattare l'Ambulatorio di Malattie Infettive in Gravidanza dell'ospedale Santa Chiara, tramite il medico di Pronto Soccorso dell'Unità Operativa di ostetricia e Ginecologia.

La somministrazione di Immunoglobuline antivariella avviene per via endovenosa e deve essere eseguita in ospedale previa acquisizione dalla paziente, del consenso alla somministrazione di emoderivati.

Vaccinazione antinfluenzale in gravidanza

Le linee di indirizzo AGENAS 2017 consigliano la vaccinazione anti influenzale a tutte le donne in gravidanza dopo il primo trimestre.

Infezione da toxoplasmosi in gravidanza

La prima infezione in gravidanza, in una percentuale variabile di casi, può essere trasmessa al feto e causare conseguenze fetali quali: corioretinite, cecità, idrocefalo, danni neurologici e ritardo mentale.

È quindi raccomandato lo screening prenatale per la toxoplasmosi, che consiste in una sierologia al primo controllo prenatale, ripetuta ogni 4-6 settimane fino al parto in caso di recettività assente.

In caso di donna non immune per toxoplasmosi, quale misura di prevenzione dal contagio si raccomandano le norme igienico alimentari riportate sulla guida alla maternità. In caso di sieroconversione in gravidanza esiste la possibilità di trattamento farmacologico.

È attivo da parte dell'Unità operativa dell'Ospedale Santa Chiara un ambulatorio specifico dedicato alle malattie infettive in gravidanza, che esegue la valutazione clinico ecografica, il counselling e controlli successivi.

Informazioni screening e diagnosi del diabete gestazionale

In caso di presenza di fattori di rischio è raccomandato lo screening per il diabete gestazionale mediante l'esecuzione di una curva da carico con 75 g di glucosio (OGTT 75 g).

Criteria per la diagnosi di GDM con OGTT 75 g

glicemia plasmatica	mg/dl	mmol/l
digiuno	≥92	≥5,1
dopo 1 ora	≥180	≥10,0
dopo 2 ore	≥153	≥8,5

L'OGTT va proposto nelle seguenti condizioni:

A 16-18 settimane di età gestazionale, alle donne con almeno una delle seguenti condizioni:

- diabete gestazionale in una gravidanza precedente
- indice di massa corporea (IMC) pregravidico ≥ 30
- riscontro, precedentemente o all'inizio della gravidanza, di valori di glicemia plasmatica compresi fra 100 e 125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l)

deve essere offerta una curva da carico con 75 g di glucosio (OGTT 75 g) e un ulteriore OGTT 75 g a 28 settimane di età gestazionale, se la prima determinazione è risultata normale.

A 24-28 settimane di età gestazionale, alle donne con almeno una delle seguenti condizioni:

- età ≥ 35 anni
- indice di massa corporea (IMC) pregravidico ≥ 25 kg/m²
- macrosomia fetale in una gravidanza precedente ($\geq 4,5$ kg)
- diabete gestazionale in una gravidanza precedente (anche se con determinazione normale a 16-18 settimane)
- anamnesi familiare di diabete (parente di primo grado con diabete tipo 2)

- famiglia originaria di aree ad alta prevalenza di diabete: Asia meridionale (in particolare India, Pakistan, Bangladesh), Caraibi (per la popolazione di origine africana), Medio Oriente (in particolare Arabia Saudita, Emirati Arabi Uniti, Iraq, Giordania, Siria, Oman, Qatar, Kuwait, Libano, Egitto)

deve essere offerto un OGTT 75 g.

Per lo screening del diabete gestazionale non devono essere utilizzati la glicemia plasmatica a digiuno, glicemie *random*, *glucose challenge test* (GCT) o minicurva, glicosuria, OGTT 100 g.

I professionisti devono informare le donne in gravidanza che:

- nella maggioranza delle donne il diabete gestazionale viene controllato da modifiche della dieta e dall'attività fisica;
- se dieta e attività fisica non sono sufficienti per controllare il diabete gestazionale, è necessaria una terapia: questa condizione si verifica in una percentuale compresa fra il 10% e il 20% delle donne;
- il diabete gestazionale non controllato aumenta il rischio di frequenza di complicazioni della gravidanza e del parto, come preeclampsia e distocia di spalla;
- la diagnosi di diabete gestazionale è associata a un potenziale incremento negli interventi di monitoraggio e assistenziali in gravidanza e durante il parto;
- le donne con diabete gestazionale hanno un rischio aumentato, difficile da quantificare, di sviluppare un diabete tipo 2, in particolare nei primi 5 anni dopo il parto. Alle donne cui è stato diagnosticato un diabete gestazionale deve essere offerto un OGTT 75 g non prima che siano trascorse 6 settimane dal parto.

Tabella 1: fattori di rischio

Fattori di rischio che indicano necessità di fare OGTT con 75 gr glucosio alla 16-18 w	Fattori di rischio che indicano necessità di fare OGTT alla 24-28 w
<ul style="list-style-type: none"> - Diabete gestazionale in gravidanza precedente - BMI pregravidico ≥ 30 - Glicemia fra 100 e 125 all'inizio della gravidanza 	<ul style="list-style-type: none"> - Età ≥ 35 anni - BMI pregravidico ≥ 25 - Macrosomia fetale pregressa $\geq 4,5$ kg - Diabete gestazionale in gravidanza precedente (anche se con determinazione normale a 16-18w) - Anamnesi familiare di diabete (parente di 1° grado con diabete tipo 2) - Famiglia originaria di aree ad alta prevalenza di diabete (Asia meridionale, Caraibi, Medio Oriente)

Informazioni screening infezione da streptococco beta emolitico a termine di gravidanza

L'esecuzione dello screening dell'infezione da streptococco beta-emolitico gruppo B con tampone vaginale e rettale e terreno di coltura selettivo è raccomandata **per tutte le donne a 36-37 settimane**.

Le donne in gravidanza con infezione da streptococco di gruppo B devono ricevere un trattamento antibiotico intraparto. Il trattamento antibiotico intraparto ha lo scopo di evitare l'infezione neonatale da SGB a esordio precoce (early onset GBS infection).

Informazioni parto prematuro

Sono considerati fattori di rischio per parto pretermine:

Anamnesi ostetrica:

- precedente: parto prematuro/aborto tardivo/PPROM

Gravidanza attuale:

- metrorragia 2° trimestre
- cervicometria <25 mm
- gravidanza multipla

Fattori materni:

- malformazioni uterine/miomi voluminosi

In presenza di fattori di rischio sopradescritti in caso di paziente asintomatica è consigliato:

a) prima delle 16 SG lo studio microbiologico (eseguire anche in caso di perdite ematiche) che comprende:

- tampone vaginale
- tampone endocervicale per chlamydia
- urinocoltura
- tampone endocervicale per ureaplasma SE lattobacilli scarsi

b) tra le 19 e le 24 SG l'esecuzione della cervicometria.

Informazioni su immunoprofilassi in gravidanza in donne RH negative

Una revisione sistematica della letteratura scientifica ha dimostrato che la profilassi prenatale di routine nelle gravide Rh(D) negative conduce a una riduzione assoluta del rischio di immunizzazione dello 0,6-0,8%.

Per questo motivo in molti Paesi è stata introdotta la profilassi prenatale di routine per le gravide Rh(D) negative, da effettuarsi in dose unica da 1.500 UI (300 µg) di immunoglobuline a 28 settimane circa di gestazione.

La somministrazione di anticorpi anti D di routine non deve essere condizionata da una eventuale profilassi in epoca più precoce per eventi sensibilizzanti (manovre invasive, traumi addominali, ecc.).

Il medico deve fornire una adeguata informazione alla donna sul razionale della proposta di immunoprofilassi, che comprenda anche il rischio di una possibile trasmissione di agenti virali, non escludibile in assoluto con l'uso di emoderivati e raccogliere il consenso informato che allega al piano terapeutico.

Dal punto di vista pratico, il ginecologo:

- compila la prescrizione sul ricettario del Servizio sanitario nazionale (SSN) (es. Immuno-Rho 300 µg)
- compila il piano terapeutico (vedi allegato) di cui una copia va inviata al Servizio farmaceutico dell'APSS e una copia va conservata
- chiede il consenso informato (utilizzando il modulo di pagina seguente).

La gestante si procura il farmaco in farmacia; la somministrazione deve essere fatta i.m. a cura dell'ostetrico stesso o di altro operatore; la procedura viene quindi registrata sulla guida ostetrica.

Il servizio che somministra il farmaco affigge la fustella con il numero del lotto al piano terapeutico.

OSPEDALE SANTA CHIARA DI TRENTO
UNITÀ OPERATIVA OSTETRICIA E GINECOLOGIA
Direttore: dott. Saverio Tateo
SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA E
TRASFUSIONE
Direttore: dott. Attilio Fabio Cristallo

Immunoprofilassi anti-D per la prevenzione della MEN da Rh (Legge 21 ottobre 2005, N. 219 Art. 5)

Cognome Nome

Data di nascita Gruppo sanguigno settimana gest.

Ospedale Amb. esterno

Consenso informato alla somministrazione di immunoglobuline anti-D

Io sottoscritta nata il
sono stata informata dal Dott.

- di essere Rh(D) negativa
- di avere partorito un neonato Rh(D) positivo
- di aver subito durante la gravidanza un evento in grado di favorire il passaggio di globuli rossi fetali alla madre: aborto minaccia di aborto gravidanza ectopica morte fetale
- prelievo di villi coriali funicolocentesi amniocentesi perdite di sangue traumi addominali manovre ostetriche
- di essere alla 28^{ma} settimana di gravidanza
- di avere quindi necessità di essere sottoposta a immunoprofilassi anti-D, ossia che mi devono essere iniettate per via intramuscolare delle immunoglobuline anti-D di origine umana, al fine di prevenire il rischio che io stessa produca degli anticorpi anti-D immuni che potrebbero arrecare grave danno al feto in caso di futura gravidanza (o durante la gravidanza in corso). Senza immunoprofilassi il rischio di immunizzarmi è del 13%; con l'immunoprofilassi il rischio diminuisce di oltre 10 volte.

Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal Medico, sia riguardo le mie condizioni cliniche, sia riguardo ai rischi connessi all'immunoprofilassi (rischio remoto di trasmissione virale o di reazioni allergiche), sia riguardo ai rischi che corro non sottoponendomi all'immunoprofilassi (immunizzazione).

- Acconto ad essere sottoposta ad immunoprofilassi anti-D
- Rifiuto di essere sottoposta ad immunoprofilassi anti-D

Data Firma della paziente

Attestazione di immunoprofilassi anti-D

Si attesta che la paziente è stata sottoposta in data odierna ad immunoprofilassi passiva con IgG anti-D della ditta alla dose lotto scadenza per i seguenti motivi:

- minaccia d'aborto/aborto/gravidanza ectopica
- villocentesi/amniocentesi/funicolocentesi
- 28^{ma} settimana gestazionale
- altro

non è stata sottoposta ad immunoprofilassi anti-D per i seguenti motivi

Data Firma del medico

Informazioni sull'ecografia ostetrica

a cura della SIEOG, Società Italia di Ecografia Ostetrico-Ginecologica

Queste sono brevi note informative sull' ecografia ostetrica. Vi preghiamo di leggerle e, in caso di dubbi, di chiedere ulteriori spiegazioni al medico che effettuerà l' ecografia.

Cos'è l'ecografia?

L'ecografia consente di vedere gli organi del nostro corpo con l' utilizzo di onde sonore non udibili dall'orecchio umano (ultrasuoni). Quando le onde sonore arrivano al feto vengono riflesse e tali echi sono trasformati in immagini sul monitor dell' ecografo.

Gli ultrasuoni sono utilizzati in ostetricia da oltre trent' anni e mai sono stati riportati effetti anche a lungo termine sul feto, pertanto ad oggi l' uso diagnostico dell' ecografia è ritenuto non rischioso.

Nel corso di una gravidanza fisiologica si effettuano di norma due ecografie, tranne in casi particolari; l'esecuzione di ulteriori esami ecografici non comporta nessun vantaggio.

1^a Ecografia – Ecografia del primo trimestre

Si esegue entro la 13^a settimana + 6 giorni. L' esame può essere eseguito con una sonda che viene posta sull' addome materno (ecografia transaddominale) o introducendo una piccola sonda a forma di cilindro in vagina (ecografia transvaginale). Quest' ultima tecnica non è dolorosa e consente soprattutto nelle prime settimane di gravidanza di visualizzare meglio l' embrione senza arrecare nessun danno.

A cosa serve?

- a vedere il battito cardiaco fetale (BCF)
- ad identificare e valutare la presenza e il numero dei feti/embrioni
- ad identificare anomalie di sede della gravidanza (gravidanza extrauterina)
- a misurare la lunghezza del feto/embrione (CRL) per valutare l'epoca di gravidanza

Nei primi 5 mesi di gravidanza (20 settimane) con la misurazione dell'embrione/feto è possibile valutare se lo sviluppo corrisponde all'epoca di gravidanza calcolata in base alla data dell'ultima mestruazione. Talvolta questa data non è ricordata esattamente oppure le mestruazioni non sono regolari. Pertanto l'ecografia eseguita in questo periodo consente di datare con precisione l'epoca della gravidanza e di conseguenza l'epoca presunta del parto.

Per lo screening della Trisomia 21 (Sindrome di Down) è possibile eseguire il Test Combinato dalla 11^{ma} alla 13^{ma} settimana +6 giorni, che consiste nel ricalcolare il rischio per Trisomia 21 oltre che sulla base dell'età materna, utilizzando la misurazione ecografica della traslucenza nucale e il prelievo di sangue materno per il dosaggio di due ormoni placentari (PAPP-A e free-betaHCG).

Se i risultati ottenuti saranno indicativi di una gravidanza a rischio aumentato per patologia cromosomica, saranno consigliati/discussi accertamenti di screening con più elevate sensibilità (ricerca del DNA fetale su sangue materno, sensibilità al 99% per Trisomia 21) o accertamenti diagnostici invasivi, quali villocentesi o amniocentesi.

2^a Ecografia – Ecografia di screening del secondo trimestre (19–21 settimane)

È questa l'epoca migliore per lo studio dell'anatomia fetale e viene effettuata appoggiando la sonda sull'addome materno.

A cosa serve?

- a valutare la presenza del battito cardiaco fetale (BCF) e dei movimenti del feto (MAF), la quantità di liquido amniotico e la posizione della placenta
- a valutare la crescita fetale attraverso le misurazioni di alcune sezioni e parti del feto (che non è più visualizzabile nella sua interezza) quali la circonferenza cranica (CC), il diametro biparietale (DBP), la circonferenza addominale (CA) e la lunghezza del femore (LF).
- a valutare l'anatomia del feto

La più importante finalità dell'ecografia del secondo trimestre è lo studio dell'anatomia fetale e l'esclusione di malformazioni. Colpiscono 1 neonato su 40. Le anomalie cardiache sono in assoluto le più frequenti e spesso le più difficili da diagnosticare, seguite da quelle dell'apparato urinario, muscolo-scheletrico e del sistema nervoso centrale.

L'accuratezza dell' esame non è assoluta. L'esperienza finora acquisita suggerisce che un esame ecografico routinario, non mirato, consente di identificare dal 30 al 70% delle malformazioni.

Una mancata diagnosi può essere la conseguenza di un limite della tecnologia attuale (difetti di piccole dimensioni, come ad esempio i difetti settali cardiaci, così come i difetti inaccessibili agli ultrasuoni ad esempio il difetto isolato del palato) oppure della storia naturale dell' anomalia. Alcuni difetti, come le anomalie delle circonvoluzioni cerebrali, alcune displasie dello scheletro, le ostruzioni intestinali, alcune disfunzioni delle vie urinarie, possono svilupparsi o comunque manifestarsi chiaramente soltanto in fasi avanzate della gravidanza o dopo la nascita.

L' accuratezza dell' esame può anche essere ridotta in condizioni di visualizzazione poco ottimale del feto. Il feto è di piccole dimensioni e spesso in movimento. Anche certe condizioni materne (obesità, scarsità di liquido amniotico, posizione sfavorevole del feto, gemelli, fibromi uterini, cicatrici sull' addome etc..) possono ostacolare l' esame ecografico, allungarne i tempi di esecuzione o richiedere la ripetizione dell' esame.

L' ecografia morfologica non è in grado di diagnosticare le anomalie cromosomiche, a meno che non si esprimano attraverso delle malformazioni degli organi del feto.

3^a Ecografia – Ecografia del terzo trimestre

Nella gravidanza con decorso fisiologico non è indicato eseguire questa ecografia, come riportato da numerosi studi e Linee Guida nazionali ed internazionali (Linee Guida SIEOG 2015-Livello di Evidenza III, Livello di raccomandazione B; Routine ultrasound in late pregnancy – Cochrane Library 2015; Linee Guida Gravidanza Fisiologica 2011- ISS).

Viene effettuata tra la 32^{ma} e la 34^{ma} settimana di gravidanza nei casi indicati in cui è presente un rischio anamnestico o un sospetto rallentamento della crescita del feto nella gravidanza in corso (vedi tabella: Indicazioni ecografia ostetrica nel terzo trimestre).

Eco ostetrica nel terzo trimestre

Gravidanze con nessun fattore di rischio **NO**

NO

Linee Guida SIEOG 2015; Routine ultrasound in late pregnancy. Cochrane Library 2015; Linee Guida Gravidanza Fisiologica 2011; ACOG 2013; French College of Obstetrician and Gynecologist 2013; SOGC (Canada) 2013; RCOG 2013.

Indicazioni eco ostetrica nel terzo trimestre

Alto rischio

- Patologia renale
- Diabete mellito insulino-dipendente
- Patologia autoimmune (LES, AR, etc.)
- Sindrome da anticorpi antifosfolipidi
- Patologia tumorale maligna
- Presenza di massa pelvica
- Preeclampsia, HELLP, eclampsia in anamnesi
- Pregressa chirurgia apparato riproduttivo (miomectomia, resezione setto uterino)
- Malformazione fetale già nota
- Gravidanza singola da PMA (prelievo chirurgico spermatozoi - TESE)
- Isoimmunizzazione Rh (o altri significativi anticorpi in precedente o attuale gravidanza)
- Gravidanza multipla mono- o bicornale
- Ipertensione o patologia cardiaca materna
- Altra patologia materna epatica/ neurologica/ polmonare/ematologica
- Abuso di sostanze (stupefacenti, alcol)
- Patologia infettiva
- Pregressa MEF
- Due o più precedenti episodi di emorragia antepartum
- BMI ≥ 35
- PAPP-A $\leq 0,4$ MoM

Ecografia III trimestre di II livello

Medio rischio

con presenza anche di un solo fattore di rischio tra:

- Età materna ≥ 40 anni
- Età materna ≤ 18 anni
- Fumo di sigaretta ≥ 11 /die
- Paternal o Maternal SGA
- Precedente nato SGA
- Diabete gestazionale
- Tireopatie
- Pazienti dove la misura sinfisi-fondo non è attendibile
- Sospette anomalie inserzione placentare
- Gravidanza singola da PMA

Ecografia III trimestre

Medio rischio

con presenza di almeno 3 fattori di rischio tra:

- Età materna ≥ 35 e < 40 anni
- Nulliparità
- BMI < 20 oppure BMI 25-34.9
- Fumo di sigaretta 1-10 /die
- Intervallo tra gravidanze < 6 mesi o ≥ 60 mesi

Ecografia III trimestre

Gentile Signora,

ogni donna ha una probabilità specifica di avere un bambino affetto dalla sindrome di Down, che aumenta con l'aumentare dell'età materna, in particolar modo dopo i 35 anni; tuttavia, come mostrato nella tabella sottostante, tutte le donne, indipendentemente dall'età, hanno un rischio di avere un figlio affetto dalla sindrome di Down.

Età materna	Probabilità di avere un figlio affetto da sindrome di Down	
	A 12 settimane di amenorrea	Alla nascita
20	1:1070	1:1530
25	1:950	1:1350
30	1:630	1:900
32	1:460	1:660
34	1:310	1:450
35	1:250	1:360
36	1:200	1:280
38	1:120	1:170
40	1:70	1:100
42	1:40	1:55
44	1:20	1:30

L'unico modo per sapere se il feto è affetto dalla sindrome di Down o da altre cromosomopatie è un test diagnostico invasivo (villocentesi o amniocentesi).

Gli esami invasivi hanno, però, un rischio di aborto dello 0,5-1%.

Attualmente è possibile eseguire un test di screening nel I trimestre di gravidanza delle più comuni cromosomopatie (Trisomia 21, 18 e 13), noto come **TEST COMBINATO**, non invasivo (quindi non comporta rischi per la mamma e/o per il feto).

Il Test Combinato non conferma né esclude completamente le patologie cromosomiche, ma indica se il feto è ad alto o basso rischio di essere affetto dalla sindrome di Down (Trisomia 21), da Trisomia 13 o 18.

Il modo più accurato per calcolare il rischio di avere un figlio affetto da Trisomia 21 o 18 o 13 si ottiene considerando:

- l'età materna;
- la misurazione ecografica della translucenza nucale, ossia dell'accumulo di fluido fisiologicamente presente nella parte posteriore del collo del feto, tra l'11^{ma} e 13^{ma} settimana di gravidanza;
- la misurazione del livello di due ormoni nel sangue materno (PAPP-A e free -HCG) alla 9-10^{ma} settimana di gravidanza.

L'elaborazione combinata del dato biochimico ed ecografico permette di ottenere una stima del rischio individuale per Trisomia 21 o 18 o 13 del feto.

Il test Combinato **non è un esame diagnostico** e pertanto fornisce unicamente una **stima delle probabilità** che il feto possa essere affetto da Trisomia 21 o 18 o 13.

La sensibilità di questo esame è di circa il 90% (su 100 feti affetti da Trisomia 21 ne identifica circa 90), questo comporta un 10% dei casi circa in cui la malformazione potrebbe non essere riconosciuta (**falsi negativi**). Tuttavia, non essendo un test diagnostico di certezza, è sempre previsto anche un numero di cosiddetti **falsi positivi**, cioè pazienti classificate come ad alto rischio, sottoposte ad un esame invasivo ma con un risultato di normalità riguardo ai cromosomi del feto. La percentuale di tali casi si aggira intorno al 5%.

Quindi, **in caso di basso rischio** non è possibile escludere con certezza la presenza di una eventuale Trisomia 21 o 18 o 13.

In caso di alto rischio (il valore soglia di questo test è di 1:300) è possibile sottoporsi gratuitamente ad un test diagnostico invasivo (villocentesi o amniocentesi), che evidenzierà eventuali anomalie cromosomiche.

L'ecografia eseguita per il test combinato valuterà oltre alla misurazione della translucenza nucale anche l'anatomia fetale, esaminabile a quest'epoca gestazionale.

Diversi studi della letteratura inoltre hanno evidenziato che una misurazione della translucenza nucale superiore al valore di normalità (anche se il test combinato risulta negativo), può associarsi ad un incremento del rischio di anomalia strutturale fetale, in particolare a carico del cuore. In tal caso è consigliabile un'ecografia di 2^{ma} livello da eseguirsi a 16 e/o 19/20 settimane di gestazione con particolare riferimento allo studio del cuore fetale.

Un valore di PAPP-A (uno dei due ormoni dosati con il bi-test) ≤ 0.4 MoM risulta inoltre associato ad incremento di possibili complicanze della gestazione, relative alla funzione placentare e alla crescita fetale. In questo caso è consigliabile un'ecografia che comprenda il doppler utero-placentare alla 24^{ma} settimana.

NOME **COGNOME** **data di nascita**

Sono consapevole che la decisione di sottopormi ad un test di screening è una mia scelta e non costituisce un obbligo. Sono stata informata riguardo la possibilità ed i limiti dei test di screening e delle tecniche di diagnosi prenatale per la sindrome di Down (conosciuta anche come trisomia 21).

Ho discusso con il Medico/Ostetrica
in merito alla capacità dei test di screening di individuare correttamente i feti realmente affetti, la possibilità di risultati falsi positivi e falsi negativi.

Generalità del Sanitario Firma del Sanitario

Ritengo queste informazioni sufficienti e complete e dichiaro di avere avuto la possibilità di rivolgere le domande ritenute opportune al Sanitario, di averne ricevuto risposte esaurienti e dichiaro di averle comprese.

Avendo chiaro quanto sopra esposto decido di:

Richiedere il test di screening

(Firma della persona assistita)

Non richiedere il test di screening

(Firma della persona assistita)

Luogo data

Per le future mamme, che vorranno avere più notizie riguardo al test Combinato, è possibile consultare una lezione gratuita, in italiano, della durata di circa un'ora sul sito: <https://courses.fetalmedicine.com/fmf/patient>, creato dalla Fetal Medicine Foundation, Centro presso il quale il nostro servizio di ecografia ha ottenuto l'accreditamento per l'esecuzione del Test Combinato.

Informativa per screening non invasivo su DNA fetale circolante nel sangue materno per l'indagine delle trisomie 21, 18 e 13

Gentile signora,

desideriamo darle qualche informazione sul test di screening non invasivo mediante ricerca del DNA fetale su sangue materno.

Si tratta di un test di screening che valuta il DNA fetale libero presente nel sangue materno al fine di stimare la probabilità del feto di avere un'aneuploidia (un'alterazione nel numero dei cromosomi). Nello specifico il test valuta il rischio per Trisomia 21 (Sindrome di Down), 13 (Sindrome di Patau) e 18 (Sindrome di Edwards).

È possibile inserire anche la ricerca dei cromosomi sessuali. È stato dimostrato che, a partire dal primo trimestre di gravidanza, è presente nel circolo ematico materno DNA libero di origine fetale (cell free fetal DNA – cffDNA), originato dalla lisi delle cellule placentari, che può essere recuperato in maniera non invasiva, mediante un semplice prelievo di sangue alla madre.

Il DNA libero fetale nel sangue materno può essere utilizzato a partire dalla 10° settimana di gestazione, in quanto raggiunge una quantità sufficiente per poter essere usato correttamente. Nel sangue materno la percentuale di DNA fetale varia dal 4 al 40%, ed è definita frazione fetale (FF).

Perché il test sia attendibile è necessaria una frazione fetale uguale o superiore al 4% e deve essere riportata nel referto.

Il test è molto sensibile, ma non è un esame diagnostico

È un test di screening, come il test combinato, e indica pertanto la probabilità che le anomalie cromosomiche più comuni (Trisomia 21, 18 e 13) possano essere presenti, senza però fornire una diagnosi certa.

L'analisi completa del cariotipo fetale è possibile solo utilizzando una tecnica invasiva (villocentesi o amniocentesi).

Il test inoltre non è in grado di fornire informazioni sull'eventuale presenza di malformazioni fetali.

La sensibilità (capacità di identificare l'anomalia cromosomica) del NIPT è più alta del test combinato, la cui sensibilità è pari al 90%. Il vantaggio del test combinato è che oltre al calcolo del rischio permette attraverso lo studio ecografico del feto di diagnosticare anomalie morfologiche fetali già presenti in epoca precoce. Il NIPT può essere eseguito anche in gravidanze ottenute con fecondazione assistita.

Una recente metanalisi (Gil et al, 2015), relativa a 37 studi, ha riportato, per le tre principali anomalie cromosomiche, nelle **gravidanze singole**, le seguenti percentuali di sensibilità (capacità di identificare l'anomalia cromosomica) e di specificità (risultati falsi positivi) del NIPT:

- T21 - sensibilità 99,2%; falsi positivi 0,09%;
- T18 - sensibilità 96,3%; falsi positivi 0,13%;
- T13 -sensibilità 91,0%; falsi positivi 0,13%.

La sensibilità più elevata si ha per lo screening della trisomia 21, mentre si abbassa per le altre due, che tuttavia sono meno frequenti e più facilmente diagnosticabili. Quasi sempre i feti affetti da trisomia 13 e 18 presentano malformazioni multiple, visibili ecograficamente, già in epoca precoce (11+0 – 13+6 settimane).

Il test può essere eseguito anche nelle **gravidanze gemellari** (non più di due gemelli). La sensibilità del NIPT nelle gravidanze gemellari è leggermente più bassa rispetto ad una gravidanza singola.

La metanalisi dei più importanti studi a riguardo (Gil et al, 2014; Huang et al, 2014; Bevilacqua et al, 2015) ha riportato:

- T21- una sensibilità del 95%;
- T18 - una sensibilità dell'86%;
- T13 - del 100%.

(i dati numerici della T13 e della T18 nelle gravidanze gemellari sono comunque troppo limitati, per raggiungere un valore verosimile di sensibilità).

Il test come tale non indica comunque, in presenza di un risultato positivo, quale dei due feti sia affetto .

Per quanto riguarda l'accuratezza nell'identificare il sesso fetale ed eventuali anomalie ad esso connesse, la sensibilità del NIPT si attesta intorno al 90-93% con una specificità del 0,14-0,23% (dati validi per quanto riguarda le gravidanze singole).

Nel caso in cui il NIPT dia come esito un alto rischio per trisomie, il risultato dovrà essere confermato mediante l'uso delle tecniche invasive: villocentesi e amniocentesi. Eventuali mosaicismi, condizioni rare (1-2% dei casi) nelle quali cellule fetali normali sono associate a cellule trisomiche, non vengono individuati dal NIPT.

Allo stato attuale delle conoscenze l'unica metodica per la determinazione certa del cariotipo fetale è rappresentata unicamente da tecniche invasive, quali la villocentesi o l'amniocentesi.

In caso di un risultato di alto rischio si raccomanda colloquio con il medico e la conferma del risultato attraverso l'analisi del cariotipo fetale, preferenzialmente su liquido amniotico (Grati et al, Prenatal Diagnosis 2015; Società Italiana di Genetica Umana (SIGU) Documento di indirizzo su NIPT, Luglio 2016; Linee Guida Consiglio Superiore di Sanità, Giugno 2015);

Raccomandazioni alla NON esecuzione del NIPT:

- la presenza di un gemello riassorbito/evanescente;
- trasfusioni o trapianti materni;
- neoplasie materne note;
- mosaici cromosomici materni e rarissime condizioni genetiche materne che al momento del test non sono note.

Nel 2-3% circa dei test il risultato per le trisomie 13,18,21 non è conclusivo per frazione fetale <4% e pertanto verrà richiesto un secondo prelievo ; comunque nello 0.5-0.7% dei casi il test per le trisomie non fornisce alcun risultato anche dopo secondo prelievo.

Siti: www.fetalmedicine.com, www.salute.gov.it
(Linee guida Screening prenatale non invasivo basato sul DNA).

L'**Ecocardiografia fetale** è un esame ecografico che ha come finalità lo studio dell'anatomia cardiaca allo scopo di evidenziare o escludere la presenza di una cardiopatia congenita nei feti a rischio.

Un feto viene considerato a rischio specifico di cardiopatie congenite in presenza di uno o più dei fattori sotto esposti che si possono riassumere in due gruppi:

- **INDICAZIONI MATERNE E/O FAMILIARI** (presenza di un soggetto malato in famiglia, infezioni materne, malattie materne, assunzione di farmaci, PMA in particolare la ICSI effettuata dopo raccolta dello sperma testicolare o epididimale (TPT)).
- **INDICAZIONI FETALI** (patologie fetali non cardiache, sospetto all'ecografia "morfologica", translucenza nucale aumentata a 11-13 settimane, iposviluppo fetale precoce, gravidanza gemellare monooriale).

Indicazioni materne e/o familiari

- **Malattie Ereditarie** (RR=25-50%). Presenza su base familiare di sindromi genetiche caratterizzate dalla presenza di difetti cardiaci congeniti. In questi casi è opportuno effettuare una consulenza genetica e quindi valutare sia il rischio di avere un figlio malato (rischio di ricorrenza) sia le eventuali possibilità di diagnosi prenatale mediante studi sul DNA (CGH,array, FISH).
- **Familiarità per Cardiopatie Congenite** (RR=1-4%). Il rischio di ricorrenza varia in funzione del tipo di malformazione e del grado di parentela. In caso di un solo figlio precedente affetto è dell'1-4% ed aumenta fino a 3-4 volte in caso di due figli precedenti con cardiopatie congenite. Quando è affetto uno dei genitori il rischio di ricorrenza è maggiore se ad essere affetta è la madre. Le anomalie a più alto rischio di recidiva sono la stenosi aortica, i difetti di settazione (difetto interatriale, difetto interventricolare) e le anomalie del situs.
- **Infezioni materne.** La **rosolia** rappresenta l'unica infezione materna per la quale è indicata, quando contratta nel primo trimestre, l'esecuzione dell'ecocardiografia fetale. L'esposizione o la sierconversione in gravidanza ad altri agenti virali non è associata a malformazioni cardiache.

Una menzione a parte merita la sierconversione da **parvovirus**, che non deter-

mina un difetto malformativo del cuore, ma può causare anemia fetale. Pertanto in questi casi specifici è necessaria un monitoraggio seriato della velocità di picco della arteria cerebrale media per evidenziare una possibile anemia fetale e uno studio del cuore fetale per diagnosticare eventuali segni di scompenso cardiaco.

■ **Malattie materne:**

- **Diabete insulino-dipendente (IDDM)**, specie se non compensato, comporta in gravidanza un aumento di 5 volte (3-5%) del rischio di cardiopatia congenita rispetto alla popolazione generale. (Evidenza 1. Livello di raccomandazione A). Il diabete gestazionale non appare associato ad incremento del rischio di cardiopatia congenita del feto, pertanto non vi è indicazione ad eseguire l'ecocardiografia fetale. (Evidenza III. Livello di raccomandazione B).

In caso di scarso controllo glicemico (HbA1c > 6%) nelle pazienti affette da IDDM o diabete gestazionale in terapia insulinica può essere indicato un controllo nel III trimestre allo scopo di evidenziare quadri di cardiomiopatia ed evidente ipertrofia del setto interventricolare.

- **Fenilchetonuria.** È associata ad un incremento del rischio di cardiopatie congenite dell'ordine di 10-15 volte per esposizione del feto durante l'organogenesi a valori di fenilalanina materna >15 mg/dL (Evidenza I. Livello di raccomandazione A).

- **Malattie Autoimmuni e positività autoanticorpi.** Il feto può essere affetto da blocco atrioventricolare solo in caso di positività della madre degli autoanticorpi antinucleari di tipo IgG (anti-Ro/SSA o antiLa/SSb), indipendentemente dai sintomi clinici. La sorveglianza ecocardiografica fetale deve iniziare a partire dalla 16^{ma} settimana ad intervalli settimanali fino alla 26^{ma}-28^{ma} settimana.

■ **Assunzione di farmaci teratogeni.** Nonostante non si possa escludere la possibilità che molte sostanze o farmaci possano interferire con l'organogenesi cardiaca, solo in pochi casi si sono evidenziate associazioni significative, non sempre peraltro confermate.

I farmaci per cui è indicato attualmente l'ecocardiografia fetale sono:

- **ACE-inibitori:** assunti nel primo trimestre

- **Acido retinoico**

- **FANS:** assunti nel terzo trimestre possono causare la chiusura precoce del dotto di Botallo, pertanto è indicata l'esecuzione dell'ecocardiografia fetale (Evidenza I. Livello di raccomandazione A)

- **Paroxetina e fluoxetina**

- **Litio**

- Non costituiscono invece indicazione all'ecocardiografia fetale:
 - **Anticonvulsivanti** usati in gravidanza (**carbamazepina, difenilidantoina e acido valproico**): l'utilità dell'ecocardio nelle pazienti trattate con questi farmaci non è stata stabilita e quindi non vi è indicazione attuale ad eseguire l'ecocardiografia fetale.
 - La teratogenicità degli **antagonisti della vitamina K (warfarin)** è nota, ma studi recenti hanno dimostrato che non esiste un aumento del rischio di CC. L'assunzione in gravidanza di antagonisti della vitamina K non rappresenta indicazione all'ecocardiografia fetale, sebbene debba essere effettuato un accurato studio dell'anatomia fetale per il rischio aumentato di altre anomalie congenite. (Evidenza III. Livello di Raccomandazione B).

È importante sottolineare che l'indicazione all'ecocardiografia fetale è valida per farmaci di comprovata teratogenicità e NON per tutti i farmaci comunque assunti nel primo trimestre.

- **Gravidanze insorte mediante procreazione medicalmente assistita (PMA).** È segnalata un'associazione specifica tra la tecnica utilizzata per la PMA ed il rischio di cardiopatie congenite, in particolare la ICSI effettuata dopo raccolta dello sperma testicolare o epididimale (TPT), risulta la tecnica maggiormente associata alle cardiopatie con un rischio aumentato fino al 3,6% rispetto ai casi di ICSI eseguite con sperma spontaneamente prodotto (rischio pari a 1.4%); pertanto nei casi di gravidanza insorta mediante TPT è indicata l'esecuzione di una ecocardiografia fetale.

Indicazioni fetali

- **Aberrazioni cromosomiche del feto diagnosticate con l'amniocentesi o il prelievo dei villi coriali.** In caso di alterazioni cromosomiche associate a quadri sindromici (trisomia 21) il rischio di cardiopatia congenita può variare dal 50 al 90%. In caso di alterazioni cromosomiche associate a quadri fenotipici variabili o non definiti in maniera assoluta (Sindrome di Turner, alterazioni dei cromosomi sessuali, alterazioni cromosomiche di raro riscontro) il rischio di cardiopatia congenita può variare dal 15 al 20%. In caso di alterazioni cromosomiche non associabili a precise alterazioni del fenotipo (mosaicismi, cromosomi "marker", alterazioni strutturali de novo apparentemente bilanciate) il rischio di cardiopatia congenita è inferiore al 2%.

- **Sospetto di Cardiopatia Congenita al test di screening.** Sospetto di anomalia strutturale sorto nel corso di ecografia di routine in pazienti a basso rischio, con conseguente positività al test di screening. Va inoltre tenuto presente che alcune cardiopatie congenite hanno carattere evolutivo; possono cioè manifestarsi o slantentizzarsi solo nella seconda parte della gravidanza. Si sottolinea che la presenza di “golf ball” all’interno delle camere cardiache NON rappresenta un’indicazione all’ecocardiografia fetale.
- **Aritmia Fetale.** Nei casi di aritmia fetale, l’esame ecocardiografico è in grado di valutare il tipo di aritmia ed eventuali anomalie cardiache associate. Si segnala, tuttavia, che gran parte delle pazienti inviate all’esame di II livello per presunta aritmia, non hanno alcun tipo di aritmia patologica. Una transitoria fase di bradicardia, che può anche arrivare all’asistolia momentanea, è un reperto molto frequente durante l’ecografia di routine. Tale aritmia NON riveste assolutamente carattere patologico essendo dovuta ad un riflesso vagale stimolato dalla pressione del trasduttore sull’utero e talvolta sulle strutture fetali. Pertanto, il riscontro di tale fisiologica aritmia NON rappresenta di per sé indicazione all’esecuzione dell’ecocardiografia fetale. Analogamente, NON rappresentano indicazione all’ecocardiografia fetale le extrasistoli saltuarie. Uniche indicazioni reali all’ecocardiografia fetale sono quindi: bradicardia persistente, tachicardia ed altre alterazioni del ritmo persistenti.
- **Test della “Traslucenza Nucale” (NT) positivo.** I feti con NT > 95° centile e corredo cromosomico normale hanno un rischio di difetti cardiaci maggiori che aumenta in maniera esponenziale con l’aumentare dello spessore della NT. L’ecocardiografia fetale è indicata in tutti i feti con una NT maggiore o uguale a 3,5 mm ed è ragionevole eseguirla in caso di NT compresa tra 3 e 3,5 mm. Non è indicata nei feti con test combinato positivo, ma NT < 3,0 mm.
- **Flusso retrogrado nel dotto venoso o rigurgito tricuspideale.** Nei feti con inversione del flusso a livello del dotto venoso o rigurgito tricuspideale, associati o meno a NT aumentata, evidenziati durante l’ecografia delle 11+0 – 13+6 settimane, è indicata l’esecuzione dell’ecocardiografia fetale (Evidenza I. Livello di raccomandazione A).

- **Iposviluppo fetale precoce (a comparsa nel II trimestre).** In questi casi, anomalie cardiache congenite sono più frequentemente associate ad aneuploidie oppure a sindromi complesse. L'ipoviluppo classico, a comparsa nel III trimestre (28 settimane e oltre) NON rappresenta indicazione ad ecocardiografia fetale.
- **Malformazioni extra-cardiache.** La frequenza di associazione nei nati varia dal 25 al 45%.
- **Idrope fetale non immunologica.** Anomalie cardiovascolari sono presenti nel 20-30% dei casi di idrope fetale non immunologica. L'idrope può essere espressione di scompenso cardiaco cardiogeno (in caso di cardiopatie congenite), oppure un segno ecografico associato ad eziologia cromosomica o sindromica.
- **Gemellarità monocoriale.** Il rischio di cardiopatie congenite è leggermente aumentato solo nella gemellarità monocoriale. Nella gravidanza bicoriale, il rischio è il doppio del rischio normale, per la presenza di due feti, ma NON vi è alcun incremento aggiuntivo di rischio.

Gentile Signora

vista la richiesta/proposta di sottoporsi a Villocentesi, il prelievo di VILLI CORIALI riteniamo importante che vi siano dei momenti in cui confrontarsi e ricevere tutte le informazioni necessarie affinché la sua scelta sia consapevole.

1. Motivazioni cliniche per cui si propone la procedura

Dopo la 11^{ma} settimana di gestazione è possibile effettuare un prelievo di villi coriali (villocentesi).

La finalità di questo prelievo è quella di ottenere cellule placentari, che avendo un patrimonio genetico

sovrapponibile al patrimonio genetico fetale, saranno utilizzate per:

- analizzare il numero e la struttura dei cromosomi fetali (cariotipo)
- eseguire analisi del DNA nelle coppie a rischio noto, accertato con una consulenza genetica
- eseguire indagini non genetiche (es. infettivologiche)

Nel Suo caso la villocentesi viene proposta/richiesta per verificare una probabilità che il feto sia affetto da una anomalia cromosomica.

Con l'attuazione dei nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza – Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri GU n. 65 del 18/03/2017) la villocentesi viene considerata un esame di secondo livello ed eseguibile in ambito pubblico senza partecipazione alla spesa nei seguenti casi:

- dopo aver eseguito un test di screening per le anomalie cromosomiche (per esempio il test combinato) con esito di rischio superiore a 1:300
- qualora vi sia una indicazione specifica stabilita dal genetista/ginecologo.

L'età materna, come unico fattore di rischio, non è più una indicazione ad eseguire un esame invasivo, sia per la sua bassa sensibilità (50%), rispetto ad altri test di screening (test combinato 90%, NIPT 99%) che per il rischio pur minimo di abortività. (Khalifeh A, Fetal Diagn Ther 2016).

Se la villocentesi rilevasse la presenza nel feto di un'anomalia cromosomica o di altra natura, le verrà proposto un colloquio con lo specialista (genetista) per approfondire il significato clinico e prognostico dell'anomalia riscontrata, per concordare eventuali indagini diagnostiche ulteriori o scelte relative al proseguimento o interruzione della gravidanza sulla base della normativa vigente*.

*Per la legge italiana (art.6 Legge 194/78) si può praticare l'interruzione di gravidanza anche dopo i 90 giorni "quando sono accertati processi patologici, fra quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinano un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna".

2. Informazioni riguardo alla procedura

La villocentesi è una procedura diagnostica, NON terapeutica e si esegue preferibilmente tra la 11^{ma} e la 13^{ma} settimana di gestazione. L'esame, eseguito in regime ambulatoriale, consiste nel prelievo o aspirazione di una quantità predefinita (15 – 30 mg) di tessuto placentare (villi coriali). Prima del prelievo viene eseguita un'ecografia per valutare la vitalità, le dimensioni (biometria), la morfologia del feto, per quanto valutabile a quell'epoca gestazionale, l'inserzione placentare e l'assenza di controindicazioni al prelievo come per esempio aree di distacco della placenta o delle membrane, perdite di sangue nei giorni precedenti. Identificata l'area in cui fare il prelievo, si disinfetta la cute e si introduce attraverso la parete addominale un ago sottile, secondo la tecnica "ecoguidata".

Il prelievo dei villi coriali avviene 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 alcuni minuti e la maggior parte delle pazienti descrive la villocentesi come poco dolorosa. Al termine dell'accertamento non verrà sottoposta ad esami di controllo o osservazione clinica: potrà quindi ritornare al Suo domicilio.

Il campione contenente i frammenti di placenta verrà inviato al laboratorio dove le cellule verranno isolate e messe in coltura in modo da poter essere esaminate al microscopio per valutare il numero e la struttura dei cromosomi oppure verranno preparate per l'estrazione del DNA nel caso di esami molecolari. I villi prelevati verranno esaminati in parte con la metodica diretta, in parte con la metodica colturale.

La risposta dell'esame diretto, che non è definitiva, viene data telefonicamente dopo 5 – 7 giorni, la risposta dell'esame colturale dopo circa 20 giorni dal prelievo; la risposta definitiva viene inviata a mezzo lettera a circa 30 giorni dal prelievo.

3. Benefici attesi

La villocentesi consente di diagnosticare precocemente la presenza di anomalie cromosomiche o del DNA per loro natura non correggibili, e fornisce informazioni utili per prendere una decisione rispetto al proseguimento o all'interruzione della Sua gravidanza in base alla normativa vigente.

4. Probabilità di successo e insuccesso riguardo l'accertamento

Nell'1% dei casi non si riesce a prelevare una quantità sufficiente di villi al primo prelievo. In questi casi è necessario effettuare un secondo prelievo. Se anche questo tentativo dovesse fallire, può venire proposta un'amniocentesi circa 4 settimane dopo.

5. Rischi connessi con l'accertamento

Il rischio di aborto correlato alla procedura del prelievo di villi coriali è molto più basso di quanto comunemente descritto (1%). Recenti studi controllati hanno evidenziato che il rischio di perdita fetale è pari allo 0.22% (Akolekar R. UOG 2015). La perdita della gravidanza è dovuta ad una rottura delle membrane o all'infezione determinate dall'inserimento dell'ago nell'utero. La probabilità di aborto legata alla procedura, non include la probabilità di abortività spontanea che, nella fase di gravidanza in cui si esegue la villocentesi, è di circa il 1-2%.

6. Possibili conseguenze

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 a dolori addominali importanti o febbre > 38. In questi casi è necessario recarsi in Pronto Soccorso di una struttura ospedaliera.

7. Possibili alternative a quanto proposto.

L'acquisizione del cariotipo fetale può essere ottenuta in alternativa solo con metodiche invasive che sono il prelievo di liquido amniotico (amniocentesi) o sangue fetale. Rispetto alla villocentesi, l'amniocentesi si associa a rischi lievemente minori di perdita della gravidanza, pari a 0.11%. Il prelievo di sangue fetale non viene considerato una reale alternativa, essendo una procedura invasiva più complessa che comporta un rischio di aborto del 2-3%, e viene proposto su stretta indicazione dello specialista, in caso di necessità di acquisire il cariotipo fetale in tempi rapidi e per valutare condizioni fetali particolari indagabili solo sul sangue.

Espressione di richiesta/consenso

Io sottoscritta/o dichiaro di essere stata informata dal dr sulle indicazioni, contro indicazioni, possibili complicanze e limiti della procedura di prelievo dei villi coriali in modo chiaro, con linguaggio semplice, di aver ottenuto risposta ad ogni domanda e conseguentemente di esprimere una libera decisione.

Alla luce di quanto sopra esposto

- Acconsento all'esecuzione della villocentesi
 Non acconsento all'esecuzione della villocentesi

Dichiaro di aver ricevuto informazioni che mi hanno permesso di comprendere le mie condizioni cliniche, il rischio per l'accertamento proposto anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti.

Data Firma della paziente

Firma del medico

Firma dell'eventuale mediatrice culturale

Gentile Signora

in vista della scelta riguardo il prelievo di LIQUIDO AMNIOTICO (amniocentesi) è importante che vi siano dei momenti in cui confrontarsi e ricevere tutte le informazioni necessarie al fine di una scelta consapevole.

1. Motivazioni cliniche per cui si propone/si richiede la procedura

Dopo la 15^{ma} settimana di gestazione è possibile effettuare un prelievo di liquido amniotico (amniocentesi). La finalità di questo prelievo è quella di ottenere cellule fetali e liquido amniotico per:

- analizzare il numero e la struttura dei cromosomi fetali (cariotipo)
- eseguire analisi del DNA nelle coppie a rischio noto, accertato con una consulenza genetica
- eseguire indagini non genetiche (es. infettivologiche)
- eseguire il dosaggio dell'alfa-fetoproteina.

Nel suo caso la amniocentesi viene proposta/richiesta per verificare una probabilità che il feto sia affetto da una anomalia cromosomica/genetica.

Con l'attuazione dei nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza – Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri GU n. 65 del 18/03/2017) la amniocentesi viene considerata un esame di secondo livello ed eseguibile in ambito pubblico senza partecipazione alla spesa nei seguenti casi:

- dopo aver eseguito un test di screening per le anomalie cromosomiche (per esempio il test combinato) con esito di rischio superiore a 1:300
- qualora vi sia una indicazione specifica stabilita dal genetista/ginecologo.

L'età materna, come unico fattore di rischio, non è più una indicazione ad eseguire un esame invasivo, sia per la sua bassa sensibilità (50%), rispetto ad altri test di screening (test combinato 90%, NIPT 99%) che per il rischio pur minimo di abortività. (Khalifeh A, Fetal Diagn Ther 2016).

Se la amniocentesi rilevasse la presenza nel feto di un'anomalia cromosomica o di altra natura le verrà proposto un colloquio con lo specialista (genetista) per approfondire il significato clinico e prognostico dell'anomalia riscontrata, per concordare eventuali indagini diagnostiche ulteriori o scelte relative al proseguimento o interruzione della gravidanza sulla base della normativa vigente.*

*Per la legge italiana (art.6 Legge 194/78) si può praticare l'interruzione di gravidanza anche dopo i 90 giorni "quando sono accertati processi patologici, fra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinano un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna".

2. Informazioni riguardo alla procedura

La amniocentesi è una procedura diagnostica, NON terapeutica e si esegue a partire dalla 15^{ma} settimana di gestazione. L'esame, eseguito in regime ambulatoriale, consiste nel prelevare sotto controllo ecografico una quantità di liquido amniotico pari circa al 10% del volume totale dal sacco gestazionale che contiene il feto.

Nel liquido prelevato sono contenute cellule che originano dalla pelle, dai polmoni, dalla vescica e da altri tessuti del feto. Prima del prelievo viene eseguita un'ecografia per verificare la vitalità, le dimensioni (biometria), l'anatomia del feto, per quanto valutabile a quell'epoca gestazionale.

Viene valutata anche la posizione della placenta, la quantità di liquido amniotico e l'assenza di controindicazioni al prelievo quali aree di distacco della placenta o delle membrane, perdite di sangue nei giorni precedenti.

Identificata l'area in cui fare il prelievo si disinfetta la cute e si introduce attraverso la parete addominale un ago sottile, secondo la tecnica "a mano libera eco guidata". Verrà quindi prelevata la quantità predeterminata di liquido amniotico che varia in base all'epoca gestazionale.

Il prelievo può dare una sensazione di dolore, solitamente di breve durata, quando l'ago attraversa la parete dell'utero.

Dall'inserimento dell'ago, il prelievo dura in media un minuto e la maggior parte delle pazienti descrive la amniocentesi come poco dolorosa. Al termine dell'accertamento non verrà sottoposta ad esami di controllo o osservazione clinica: potrà quindi ritornare al Suo domicilio. Il campione di liquido verrà inviato al laboratorio per l'esecuzione delle analisi.

Il risultato dell'amniocentesi sarà disponibile entro 21 giorni dal prelievo. Nei casi in cui

il dosaggio dell'alfa-feto risultasse elevato sarà proposta un'ecografia più approfondita per valutare l'eventuale presenza di una delle malformazioni che possono essere correlate con la spina bifida, il labbro leporino, l'ostruzione dell'esofago (atresia esofagea).

3. Benefici attesi

La amniocentesi consente di diagnosticare la presenza di anomalie cromosomiche o del DNA per loro natura non correggibili, e fornisce informazioni utili per prendere una decisione rispetto al proseguimento o all'interruzione della Sua gravidanza in base alla normativa vigente.

In caso di infezione fetale materna in alcuni casi è possibile una terapia per il feto.

4. Probabilità di successo e insuccesso riguardo l'accertamento

È importante che lei sappia che:

in 1 caso su 100 circa vi è la possibilità che alla prima inserzione dell'ago non si riesca a prelevare liquido amniotico. In questa situazione si può ripetere il prelievo una seconda volta.

Nei casi sporadici di ulteriore insuccesso di solito il prelievo viene programmato per la settimana successiva.

Per le informazioni relative all'analisi e al raggiungimento della diagnosi citogenetica si ricorda:

- In alcuni rari casi non possono essere stabilite con certezza le conseguenze cliniche associate ad una anomalia cromosomica. In altri termini, non è possibile fornire previsioni circa gli effetti che tali anomalie avranno sullo stato di salute del nascituro.
- Eventuali malformazioni isolate non possono essere diagnosticate mediante l'analisi citogenetica prenatale.

5. Rischi connessi con il prelievo

Il rischio di aborto correlato alla procedura del prelievo di liquido amniotico è più basso di quanto comunemente descritto (0.7-1%). Recenti studi controllati hanno evidenziato che il rischio di perdita fetale è pari allo 0.11% (Akolekar R. UOG 2015). La perdita della gravidanza è dovuta ad una rottura delle membrane o all'infezione determinate dall'inserimento dell'ago nell'utero. La probabilità di aborto legata alla procedura, non include la probabilità di abortività spontanea che, nella fase di gravidanza in cui si esegue la amniocentesi, è di circa l'1%.

6. Possibili conseguenze

Nei giorni successivi alla amniocentesi, in circa il 2% dei casi, vengono riferiti alcuni disturbi come dolori addominali, piccole perdite ematiche o di liquido dalla vagina: in tali casi è sufficiente osservare un periodo di riposo di qualche giorno. Più raramente possono comparire febbre, dolori più intensi e brividi, perdite abbondanti di sangue o di liquido amniotico: in questi casi è necessario recarsi in un Pronto Soccorso di una struttura ospedaliera.

7. Possibili alternative a quanto proposto

L'analisi del cariotipo fetale può essere ottenuta in alternativa solo con una metodica invasiva: il prelievo dei villi coriali (villocentesi). Anche la villocentesi è associata ad un rischio basso di perdita della gravidanza (0.22%). Il prelievo di villi coriali viene eseguito nel primo trimestre.

Espressione di richiesta/consenso

Io sottoscritta/o dichiaro di essere stata informata dal dr sulle indicazioni, contro indicazioni, possibili complicanze e limiti della procedura di prelievo di liquido amniotico in modo chiaro, con linguaggio semplice, di aver ottenuto risposta ad ogni domanda e conseguentemente di esprimere una libera decisione.

Alla luce di quanto sopra esposto

- Chiedo di essere sottoposta amniocentesi
- Acconsento all'esecuzione di amniocentesi
- Non acconsento all'esecuzione di amniocentesi

Dichiaro di aver ricevuto informazioni che mi hanno permesso di comprendere le mie condizioni cliniche, il rischio per l'accertamento proposto anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti.

Data Firma della paziente

Firma del medico

Firma dell'eventuale mediatrice culturale

Gentile Signora

la seguente informativa per illustrarle modalità di esecuzione, benefici, effetti collaterali e rischi nonché le valide alternative al trattamento sanitario che Le è stato proposto. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo tra medico e paziente.

Quando il feto si trova in presentazione podalica a termine di gravidanza, è più sicuro per il neonato che il parto avvenga con taglio cesareo programmato.

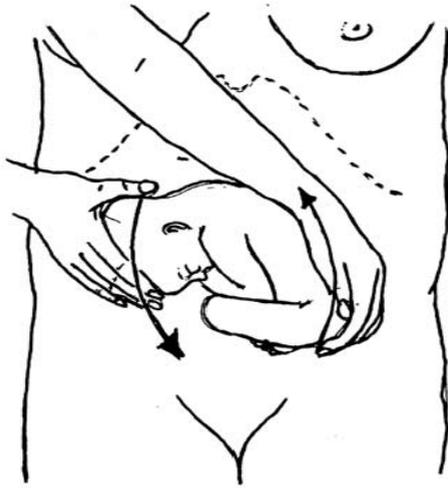
Tuttavia il taglio cesareo comporta rischi specifici per mamma e bambino, oltre ad influire negativamente sulla futura vita riproduttiva.

Per questo motivo molte Società Scientifiche Internazionali raccomandano di offrire la versione cefalica esterna (ECV) a tutte le donne con una gravidanza singola non complicata con feto in presentazione podalica oltre le 36 settimane, quando non controindicato, in modo da poter affrontare il travaglio di parto con il feto in presentazione cefalica (cioè a testa in giù).

Il taglio cesareo sarà poi programmato in caso di fallimento della manovra ECV o in presenza di controindicazioni alla stessa.

La versione cefalica esterna è una manovra in cui l'operatore esegue una pressione sull'addome materno a livello della testa e del podice del feto con entrambe le mani, al fine di fargli compiere una capriola in avanti o all'indietro e quindi di favorire il suo posizionamento con la testa in basso.

Abitualmente la procedura non è dolorosa. In caso di discomfort viene comunque immediatamente interrotta.



Se la manovra avrà successo, (circa nel 50% dei tentativi) potrà affrontare il travaglio e lei e il neonato eviterete sia i rischi connessi al parto podalico che quelli legati al taglio cesareo.

Gli studi scientifici sull'argomento hanno analizzato controindicazioni e rischi connessi alla procedura di rivolgimento per manovre esterne, che di seguito le illustriamo:

- la manovra è controindicata in caso di precedente cicatrice chirurgica uterina, anomalie dell'utero, anomalie della placenta, gravidanza gemellare, sanguinamenti vaginali, rottura delle membrane, a travaglio di parto già iniziato, patologie del feto, specifiche patologie materne o della gravidanza.
- i rischi possibili riguardano l'insorgenza di alterazioni transitorie del battito cardiaco del feto (5,7%). Raramente sono state riportate alterazioni persistenti del battito cardiaco del fetale (0,37%) e sanguinamento vaginale (0,47%) e ancora più raramente distacco di placenta (0,12%). Tali situazioni possono rendere necessario l'espletamento del parto con taglio cesareo di emergenza nello 0,43% di tutte le versioni ed è stata registrata una mortalità perinatale di 0,16%.

Verrà eseguita una valutazione clinica ed ecografica prima della procedura, che ha la finalità di valutare nel suo caso specifico l'eventuale presenza di controindicazioni e la possibilità che la procedura abbia buon esito (quantità di liquido amniotico,

posizione della placenta, cordone ombelicale, eventuale impegno del podice nel bacino materno, dimensioni e posizione del feto).

Se il suo gruppo sanguigno è del tipo RH negativo, a seguito della procedura le sarà offerta la profilassi della Malattia Emolitica Neonatale con Immunoglobuline specifiche.

Tale procedura viene eseguita in regime di ricovero in Day Hospital.

La manovra si esegue in posizione semisdraiata e sotto guida ecografica in sala travaglio. Prima dell'inizio della procedura le verrà somministrato un farmaco che ha la funzione di rilassare la muscolatura dell'utero. Prima e dopo la manovra si esegue un monitoraggio cardiotocografico. Alla dimissione viene eseguito un controllo ecografico e le verranno prescritte specifiche raccomandazioni e controlli ambulatoriali.

Per la prenotazione è possibile inviare un'email a
ambulatoriostetriciatrento@apss.tn.it

Il medico è sempre disponibile a fornire qualsiasi altra informazione che Lei richiedesse.

Io sottoscritta
dichiaro di avere preso visione della nota informativa e di essere stata a colloquio con il dott./la dott.ssa
che mi ha fornito le informazioni e delucidazioni richieste.

Dichiaro quindi di autorizzare ad effettuare su di me le manovre atte al rivolgimento in presentazione cefalica del mio feto attualmente in presentazione podalica.

Data

Firma della paziente

Firma e timbro del medico

Firma dell'interprete

Monitoraggio della gravidanza a termine

1° CONTROLLO: 40 settimane

- Compilazione della cartella clinica verificando i precedenti anamnestici, la datazione della gravidanza, il decorso della gravidanza, i risultati dei test diagnostici (sierologia completa e tampone vaginale rettale per GBS) e lo sviluppo clinico del feto
- controllo della PA (se $\geq 140/90$ si esegue stick urine per escludere la presenza di proteinuria)
- valutazione del fondo uterino.

2° CONTROLLO: 41 settimane

- Si ripetono le procedure sopracitate e si esegue NST (controllo e registrazione del battito cardiaco fetale per almeno 20 minuti) e controllo liquido amniotico.

3° CONTROLLO: 41 settimane + 3 giorni

- Si ripetono le procedure sopracitate
- Si esegue una visita vaginale con eventuale scollamento del polo inferiore delle membrane.

Ad ogni controllo in base all'esito verrà decisa la pianificazione dei controlli successivi.

► A 41 settimane + 5 giorni: ricovero per induzione del travaglio

TELEFONARE ALCUNI GIORNI PRIMA DELLA SCADENZA DELLA DATA PRESUNTA DEL PARTO PER PRENOTARE IL CONTROLLO ALLO 0461 903367 DAL LUNEDÌ AL SABATO DALLE 8 ALLE 14.

Monitoraggio della gravidanza in pregresso taglio cesareo

La politica della nostra Unità operativa prevede che le gravide con pregresso TC, se lo desiderano e se non vi sono controindicazioni, possano accedere al travaglio di prova. Anche le pazienti con 2 pregressi tagli cesarei possono essere ammesse a travaglio dopo valutazione medica.

A tutte le pazienti sottoposte ad un primo taglio cesareo, al momento della dimissione, viene dato un foglio informativo (allegato anche alla presente guida) sul parto dopo taglio cesareo.

Tale informativa va consegnata e discussa a tutte le pazienti gravide pre-cesarizzate che si rivolgono ai nostri ambulatori e che desiderano un parto per via vaginale. Le pazienti che telefonano per prendere contatto con la struttura possono essere inviate dalla 37^{ma} settimana gestazionale, o anche prima se c'è la necessità, a visita medica per valutare se ammissibile a travaglio. In seguito verranno seguite a partire dalla 40^{ma} settimana gestazionale in ambulatori "gravidanza a termine".

Controllo a 40 settimane

Non differisce da quello della gravidanza fisiologica.

- Viene compilata la cartella clinica verificando i precedenti anamnestici, il decorso della gravidanza, i risultati dei test diagnostici (sierologia, tampone vagino-rettale per GBS) e lo sviluppo clinico del feto.
- Si esegue il controllo della PA (se $\geq 140/90$: eseguire stick urine per escludere la presenza di proteinuria).
- Si effettua la valutazione quantitativa del liquido amniotico.

Controllo a 41 settimane

- Ripetere le procedure sopraccitate ed eseguire NST
- Rivalutare la situazione generale e ridiscutere la motivazione ad attendere inizio travaglio.

Controllo a 41 settimane + 3 giorni

- Ripetere le procedure sopraccitate
- Visita vaginale con eventuale scollamento del polo inferiore delle membrane

► **A 41 settimane + 5 giorni:** ricovero per eventuale induzione del travaglio (se Bishop favorevole che permetta amnioressi) o per reintervento di taglio cesareo.

**TELEFONARE ALCUNI GIORNI PRIMA DELLA SCADENZA DELLA DATA
PRESUNTA DEL PARTO PER PRENOTARE IL CONTROLLO AL NUMERO
0461 903610
DAL LUNEDÌ AL SABATO DALLE 8.00 ALLE 14.00.**

Informativa e consenso all'induzione del travaglio di parto

Premessa

Il travaglio di parto è un processo naturale che di solito inizia spontaneamente.

Durante la gravidanza possono insorgere alcune condizioni nelle quali la prosecuzione della gravidanza stessa può determinare un rischio per la salute sia materna che fetale.

Tra queste ricordiamo patologie materne quali ipertensione gestazionale, diabete con una crescita eccessiva del feto, colestasi o patologie fetali come ritardo di crescita in utero, isoimmunizzazione Rh, riduzione della quantità del liquido amniotico. Inoltre, in altre condizioni quali la rottura del sacco amniotico pre-travaglio di parto, se le contrazioni non si avviano spontaneamente entro le 24 ore e nella gravidanza oltre il termine (superata la 41^{ma} settimana+ 5 giorni), la prosecuzione della gravidanza presenta un aumento di rischio anche in assenza di condizioni patologiche. In queste situazioni si può rendere necessario avviare "artificialmente" il processo del travaglio; in questo caso si parla di "induzione del travaglio".

Come avviene l'induzione

L'induzione del travaglio può essere eseguita con metodica farmacologica, usando sostanze che agiscono come gli ormoni naturali che fanno iniziare il travaglio: possono essere somministrati farmaci per via vaginale, ovvero le prostaglandine, oppure per via endovenosa, ovvero l'ossitocina. In altri casi si procede senza l'utilizzo di farmaci, cioè con l'amnioressi (rottura strumentale delle membrane amniotiche); a volte si rende necessario l'uso sequenziale o variamente combinato di tutte queste metodiche.

Prima dell'induzione: verrà sottoposta ad un monitoraggio cardiotocografico per controllare il battito cardiaco del feto e l'eventuale attività contrattile uterina, poi il medico valuterà, oltre al quadro clinico complessivo, le condizioni del collo dell'utero con la visita ginecologica; conseguentemente verrà individuata la modalità più appropriata di induzione.

Induzione con prostaglandine

Dopo aver fatto una visita interna le verranno applicate in vagina le prostaglandine vaginali; questo farmaco esiste in forma di gel o di dispositivo vaginale a rilascio lento. A seconda della situazione, può essere deciso di applicare il dispositivo a rilascio lento (una specie di fettuccia medicata), oppure il gel attraverso un applicatore in plastica. Nel caso le venga applicato il gel vaginale, poi dovrà restare sdraiata per 15 minuti per evitare che il gel possa fuoriuscire.

Per circa un'ora dall'applicazione verrà controllato il battito cardiaco del suo bambino e l'eventuale attività contrattile uterina attraverso il monitoraggio cardiocografico.

Nel caso sia stato applicato il dispositivo a rilascio lento, questo verrà rimosso quando insorge il travaglio; se non insorge travaglio, verrà comunque rimosso dopo 24 ore e si deciderà la condotta successiva.

Se è stato applicato il gel, ogni 6/8 ore verrà ripetuta una visita vaginale per decidere come procedere con l'induzione (altra dose di gel, rottura del sacco amniotico o ossitocina) a seconda delle condizioni del collo dell'utero.

È possibile che siano necessarie fino a tre dosi di gel per preparare il collo dell'utero. L'induzione del travaglio è un processo graduale, il tempo di risposta è individuale e quindi il travaglio può avviarsi il giorno stesso ma anche il giorno successivo.

Durante questo lasso di tempo rimarrà in reparto degenza, potrà alimentarsi e muoversi liberamente.

Verranno eseguiti controlli cardiocografici del benessere fetale e dell'attività contrattile uterina.

È importante che durante l'induzione del travaglio lei provveda ad informare tempestivamente l'ostetrica dell'eventuale insorgenza di contrazioni uterine, perdite vaginali o altri disturbi.

Verrà trasferita in sala parto quando si sarà avviato il travaglio attivo.

Assistenza al travaglio

L'assistenza al travaglio non si discosta sostanzialmente da quella offerta a tutte le donne che partoriscono da noi ad eccezione dell'impiego di routine del monitoraggio elettronico continuo per rilevare il battito cardiaco fetale.

Induzione con amnioressi (rottura artificiale delle membrane)

La rottura delle membrane viene praticata con un apposito strumento inserito attraverso il collo dell'utero già dilatato. La procedura non è dolorosa. Può essere sufficiente ad attivare da sola il travaglio di parto, altre volte può rendersi necessario far seguire la somministrazione di ossitocina.

Induzione con ossitocina

È indicata nei casi in cui le membrane siano già rotte, con collo dell'utero preparato, oppure dopo la amnioressi.

La somministrazione di ossitocina avviene per via endovenosa, secondo uno schema di dosaggio con incremento graduale secondo protocolli prestabiliti, con un controllo cardiotocografico continuo.

Possibili complicanze dell'induzione

L'induzione può essere associata a complicanze quali contrazioni uterine eccessivamente frequenti o troppo prolungate, con possibili alterazioni transitorie del battito cardiaco fetale.

Tali condizioni possono essere risolte con l'utilizzo di farmaci che riducono l'attività contrattile uterina.

In caso di fallimento delle procedure di induzione del travaglio, il medico responsabile della Sala Parto valuterà per ogni singolo caso l'opportunità di procedere all'espletamento del parto con un taglio cesareo.

Gentile signora
nel suo caso è stata valutata l'opportunità di indurre il travaglio di parto per

.....
La modalità concordata per l'inizio dell'induzione nel suo caso è la seguente

.....
.....

Io sottoscritta
dichiaro di avere preso visione della nota informativa e di essere stata a colloquio con
il dott./la dott.ssa
che mi ha fornito le informazioni e delucidazioni richieste. In seguito a tale colloquio,
acconsento di sottopormi al trattamento propostomi.

Data

Firma del medico che ha fornito le informazioni

Firma della gestante

Informativa e consenso al travaglio di prova dopo taglio cesareo

Gentile signora
lei è stata sottoposta in precedenza a taglio cesareo. Questa è una nota informativa per la nascita del suo prossimo bambino.

L'essere stata sottoposta ad un taglio cesareo condiziona la modalità del parto nelle gravidanze successive, ma non impedisce in assoluto di partorire per via vaginale. La scelta sulla modalità del parto non deve essere fatta all'inizio della gravidanza, ma al termine della stessa o durante la gravidanza se necessario.

La possibilità di assistere in sicurezza il travaglio e il parto nella gestante con precedente TC dipende dall'organizzazione, dall'esperienza e dalla valutazione critica dei propri risultati: l'ospedale Santa Chiara è dotato delle caratteristiche necessarie a fornire l'assistenza adeguata a queste situazioni.

Condizioni in cui è opportuno ripetere un taglio cesareo

- Quando sono presenti delle condizioni ostetriche che comportano di per sé la necessità di effettuare un taglio cesareo (ad esempio se il feto si presenta podalico, se la placenta è previa, se il feto presenta segni importanti di alterazioni del suo benessere...).
- Quando il taglio cesareo pregresso è stato eseguito con un'incisione verticale sull'utero (è utile fornire al curante la fotocopia della cartella clinica dell'intervento).
- Quando l'intervallo tra una gravidanza e l'altra è inferiore a 6 mesi.

Controindicazione assoluta al parto di prova vi è dopo più di due tagli cesarei, oppure se c'è stata una precedente rottura d'utero.

Se si decide per un re-intervento di taglio cesareo elettivo, questo viene generalmente programmato intorno alle 39 settimane.

Probabilità di poter partorire per via vaginale

Mediamente 8 donne su 10 che vengono ammesse alla prova di travaglio partoriscono per le vie naturali; sono diversi i fattori che condizionano la probabilità per la singola donna di partorire spontaneamente dopo un taglio cesareo ed è utile discuterne con il curante. Ad esempio alcune condizioni sono associate ad un aumento di probabilità di partorire per via vaginale: se si è avuto già anche un altro parto spontaneo in precedenza, se l'indicazione del taglio cesareo pregresso era la presentazione podalica del feto, se non si è nettamente sovrappeso.

Nella nostra esperienza (dati del 2012) ha partorito il 77% delle donne con precedente taglio cesareo che hanno affrontato il travaglio per via vaginale.

Controlli a termine di gravidanza in pazienti con pregresso taglio cesareo

Le pazienti che desiderano partorire presso la nostra struttura possono essere inserite dalla 37^{ma} SG (o anche prima se c'è la necessità) in ambulatorio "gravidanza a termine" gestito dal medico per la valutazione della modalità del parto se non già concordato con il medico di fiducia.

Le pazienti che sono già state valutate dal loro medico di fiducia e che sono già orientate a parto vaginale possono essere inserite in ambulatorio gravidanza a termine dalla 40^{ma} settimana: verranno valutate da un nostro medico e dovranno ricevere il nostro foglio di informativa, che andrà discusso e consegnato.

Il controllo a 40 settimane non differisce da quello della gravidanza fisiologica.

La gravidanza oltre il termine viene monitorata secondo il protocollo in uso; nel caso la gravidanza raggiunga le 41+5 SG verrà valutata l'opportunità di programmare un reintervento di taglio cesareo; nel nostro ospedale non viene eseguita l'induzione medica del travaglio nella donna con precedente taglio cesareo, dal momento che l'induzione con prostaglandine può aumentare l'incidenza delle complicanze.

L'assistenza in travaglio

L'assistenza in travaglio non si discosta sostanzialmente da quella offerta a tutte le donne nel nostro ospedale ad eccezione dell'impiego di routine del monitoraggio elettronico continuo per rilevare il battito cardiaco fetale; l'utilizzo della flebo con ossitocina viene riservato solo a situazioni particolari.

Le complicanze possibili

L'essere stata sottoposta ad un precedente taglio cesareo comporta un aumentato rischio di complicanze materne e fetali indipendente dalla modalità del parto.

Può verificarsi la necessità di eseguire un taglio cesareo emergente durante il travaglio e questo avviene in circa una su quattro pazienti: il motivo più frequente è il rallentamento nella progressione del travaglio o una situazione non rassicurante sul benessere del feto così come in qualsiasi travaglio.

Durante la gravidanza ed il travaglio di parto la cicatrice dell'utero può assottigliarsi e può verificarsi una deiscenza (apertura completa o incompleta della cicatrice) o una rottura dell'utero. Per ridurre la possibilità di questa complicanza si consiglia un adeguato intervallo fra il taglio cesareo e l'inizio della gravidanza successiva; da alcuni studi emerge un maggior rischio di rottura della cicatrice per donne con un intervallo breve (inferiore a 18-24 mesi) tra il cesareo e il successivo parto.

La deiscenza e la rottura dell'utero sono indicazioni al taglio cesareo in emergenza e si manifestano nello 0,5% dei casi, 5 casi su 1.000, in corso di travaglio di prova, ma può anche manifestarsi nel corso della gravidanza in attesa dell'eventuale taglio cesareo programmato, evenienza che si manifesta in circa 1 caso su 1.000.

È importante sottolineare, a questo proposito, che l'organizzazione del nostro ospedale permette di far fronte rapidamente a questa emergenza 24 ore su 24, qualora essa si dovesse verificare.

I rischi emorragici per un travaglio di prova, così come per il taglio cesareo, possono richiedere trasfusione di sangue e pertanto vi saranno a disposizione delle sacche di sangue; la donna che affronta un travaglio di prova ha un rischio di dover essere sottoposta a trasfusioni di sangue di circa l'1%, a causa di perdite ematiche che possono essere talvolta maggiori rispetto a un reintervento di taglio cesareo.

I rischi di complicanze per il bambino sono ridotti e non sono più alti di quelli che vengono corsi al primo parto: per quanto riguarda il rischio di morte o di danno cerebrale del neonato sono nell'ordine dello 0,2%.

Secondo alcune casistiche i rischi fetali e neonatali sono solo leggermente superiori nel travaglio di prova rispetto a quelli di un taglio cesareo ripetuto elettivo. Naturalmente tali rischi vanno bilanciati con quelli maggiori materni legati al taglio cesareo ripetuto.

Un taglio cesareo ripetuto ha spesso una durata maggiore a causa della presenza di tessuto cicatriziale; l'intervento può essere anche più difficoltoso e complicarsi con lesioni di organi adiacenti, come intestino e vescica.

Il tessuto cicatriziale nella parete uterina è ogni volta maggiore e questo aumenta la possibilità che la placenta si localizzi e si approfondisca all'interno della cicatrice rendendo difficile la sua asportazione durante il cesareo (si parla in questi casi di placenta accreta o percreta). In queste situazioni c'è un grave rischio di emorragie e si può rendere necessaria l'asportazione dell'utero. A questi devono essere aggiunti i maggiori rischi trombo-embolici legati all'intervento chirurgico così come i rischi anestesiológicos.

A conclusione di questa informativa desideriamo sottolineare l'importanza di una adeguata valutazione e di un colloquio individualizzato con il medico ostetrico del centro di riferimento in cui andrà a partorire che la aiuterà a scegliere il percorso più adatto alla sua situazione clinica, discutendo con lei vantaggi e svantaggi delle due scelte, nel suo caso specifico.

La firma apposta in calce a questa nota informativa attesta che la paziente ha compreso il significato del percorso clinico proposto, che ha potuto discutere opzioni alternative, che ha compreso la possibilità di complicazioni e che la stessa chiede pertanto di poter accedere a "parto di prova".

La firma apposta dal medico conferma che tali informazioni sono state date in maniera adeguata e comprensibile per la paziente, soddisfacendo ogni sua domanda.

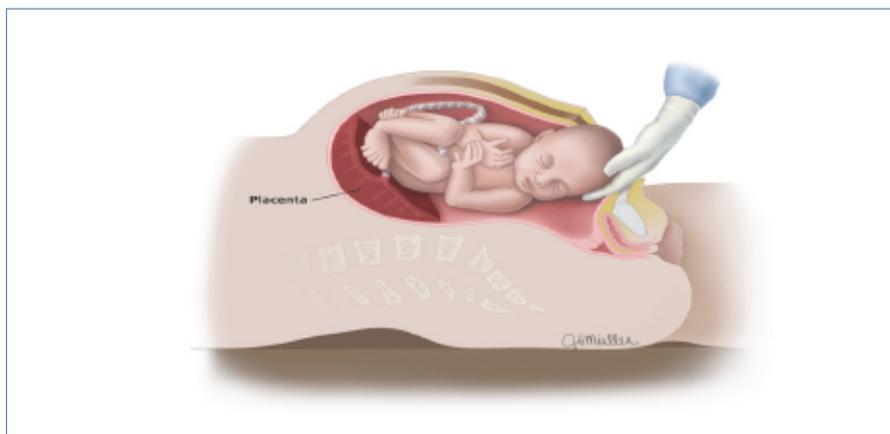
Firma del medico che ha fornito le informazioni

Firma della gestante

Data

Foglio informativo sul taglio cesareo

Il **taglio cesareo** è un intervento chirurgico con il quale si fa nascere il bambino per via addominale. Il taglio cesareo viene eseguito in anestesia (di solito loco-regionale, con una puntura sulla schiena; in rari casi l'anestesia è generale); dopo l'anestesia, il medico ostetrico pratica un'incisione sull'addome materno e sull'utero per estrarre il neonato.



Motivazioni per cui può essere indicato il taglio cesareo

Una parte dei tagli cesarei viene decisa in anticipo per situazioni cliniche particolari come: presentazione podalica del feto; gravidanza gemellare moncoriale o con presentazione anomala di un feto; particolari complicazioni della gravidanza come placenta previa, malattie materne o fetali che sconsigliano il parto per via vaginale, più di 2 precedenti tagli cesarei.

Se viene programmato un taglio cesareo elettivo, nella maggior parte dei casi l'intervento viene effettuato in prossimità del termine (circa a 39 settimane compiute) per ridurre i rischi per la salute del neonato; se è necessario programmarlo prima di quest'epoca, si esegue una profilassi per ridurre i rischi di complicanze respiratorie neonatali attraverso la somministrazione di due dosi di cortisone alla madre.

In altre situazioni può essere necessario ricorrere a un taglio cesareo urgente o emergente in un travaglio già avviato. La ragione più frequente è che il travaglio non procede come dovrebbe, ad esempio perché il collo dell'utero non si dilata completamente nonostante contrazioni uterine valide o perché il feto non riesce a percorrere il canale del parto nonostante le spinte materne (ad esempio se esiste una sproporzione fra le dimensioni del feto e quelle del bacino della madre, oppure la testa del feto non si confronta in modo ottimale con il canale del parto). Altre ragioni che richiedono un taglio cesareo possono essere situazioni in cui esista un rischio di compromissione del benessere fetale, oppure si verifichi un pericolo per la madre, ad esempio una grave emorragia.

Preparazione per un taglio cesareo elettivo

- Prima dell'intervento: 6 ore di digiuno, può essere consigliato di assumere la sera prima un pasto a base di carboidrati (no proteine, fibre e lipidi).
- Prima del ricovero, a domicilio, è raccomandata una doccia.
- Prima dell'intervento, generalmente in sala operatoria, viene posizionato il catetere vescicale e viene somministrato un antibiotico per la profilassi delle infezioni.

Come viene eseguito un taglio cesareo

Questi sono i passaggi principali:

- L'anestesista procede con l'anestesia per togliere il dolore durante l'intervento. Ci sono 2 tipi di anestesia: con l'anestesia loco-regionale la donna rimane sveglia, con l'anestesia generale viene addormentata.
- Dopo l'anestesia il medico ostetrico pratica un'incisione nella parte bassa dell'addome; nella quasi totalità dei casi, l'incisione è trasversale, un paio di centimetri sopra il pube; in rarissimi casi potrebbe essere necessario praticare un'incisione longitudinale.
- Dopo aver aperto la parete addominale, viene praticata un'incisione sull'utero, per estrarre il bambino. Nella quasi totalità dei casi l'incisione viene praticata trasversalmente sul segmento uterino inferiore. In alcune situazioni cliniche può rendersi necessaria un'incisione longitudinale sul corpo uterino o un ampliamento della breccia uterina in senso longitudinale con incisione a T rovesciata per favorire l'estrazione del feto. Nel taglio cesareo pretermine l'incidenza di incisione longitudinale per facilitare l'estrazione fetale è del 30%.
- Dopo l'estrazione del neonato viene tagliato il cordone ombelicale ed estratta la placenta.

- Durante l'intervento si procede alla somministrazione di un antibiotico per via endovenosa (se non eseguibile prima) per ridurre il rischio di infezioni e di farmaci uterotonici per ridurre le perdite ematiche dopo l'estrazione del neonato.
- Quindi si eseguono delle suture per chiudere l'utero e i vari strati della parete addominale. Sulla cute, a seconda della situazione clinica, possono venire applicati dei punti metallici, che vanno rimossi dopo circa 1 settimana, o può essere eseguita una sutura intradermica con un filo riassorbibile, che non necessita di rimozione.

Le **complicanze** più frequenti di un taglio cesareo sono: infezioni, emorragie, trombosi venose ed embolia polmonare.

Le infezioni possono interessare la ferita cutanea, le vie urinarie, la vagina, gli organi endoaddominali; raramente possono formarsi degli ascessi pelvici; per prevenirle le verrà somministrato un antibiotico per via endovenosa in sala operatoria ed in alcuni casi anche nel postoperatorio. Le emorragie possono richiedere trasfusioni di sangue intraoperatorie o postoperatorie.

La trombosi e l' embolia polmonare vengono prevenute con la mobilitazione precoce postintervento e, nei casi a maggior rischio, con la profilassi antitrombotica che consiste nel somministrare eparina a basso peso molecolare attraverso una puntura sottocutanea. In casi selezionati verranno inoltre fatte indossare alla paziente delle calze elastocompressive.

Raramente possono realizzarsi lesioni vescicali, intestinali o vascolari che possono rendere necessarie ulteriori procedure chirurgiche. Altrettanto raramente durante l'intervento si possono verificare delle lesioni fetali. Talvolta in caso di estrazione difficoltosa della testa fetale può essere necessario applicare una ventosa ostetrica. Tutte le complicanze sopra citate sono più frequenti nei casi di tagli cesarei ripetuti e nelle pazienti obese. Il taglio cesareo aumenta il rischio di placentazione anomala per eventuali future gravidanze.

NOTE AGGIUNTIVE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Il decorso post-operatorio

Entro poche ore la paziente riprende la capacità di muovere le gambe (in caso di anestesia loco-regionale) , può assumere liquidi e gradualmente piccole quantità di solidi. Vengono somministrati farmaci per il controllo del dolore. Il catetere vescicale viene rimosso generalmente alcune ore dopo l'intervento.

Nella maggior parte dei casi la dimissione avviene dopo 3 giorni. Nelle prime settimane dopo l'intervento è frequente avere leggeri crampi al basso addome, perdite di sangue dalla vagina, dolore nella sede dell'incisione. Può persistere per alcuni mesi una ridotta sensibilità a livello della parete addominale , tra cicatrice e ombelico, che si risolve spontaneamente.

Se viene praticato un taglio cesareo, in una successiva gravidanza si dovrà necessariamente ripetere il taglio cesareo?

Non necessariamente; attualmente molte donne possono avere un parto vaginale dopo un precedente taglio cesareo. In una futura gravidanza verrà proposto un taglio cesareo ripetuto solo se dovessero presentarsi condizioni ostetriche che lo rendano indicato oppure quando il taglio cesareo pregresso è stato eseguito con un'incisione verticale sull'utero o con un'incisione a T rovesciata o qualora l'intervento sia stato complicato da infezione postchirurgica.

La sottoscritta.....
dichiara di avere preso visione della nota informativa e di essere stata a colloquio con il Dr/Dr.ssa
che mi ha fornito le informazioni e delucidazioni richieste. In seguito a tale colloquio, acconsento di sottopormi al trattamento propostomi.

Firma del medico che ha fornito le informazioni

Firma della gestante

Data

Informativa sul danno perineale da parto

In circa il 70% dei parti vaginali si verifica un danno perineale che può richiedere una sutura; tale danno può determinarsi spontaneamente al passaggio del feto (lacerazione) o essere praticato chirurgicamente (episiotomia).

La possibilità di lacerazione può essere ridotta mediante il massaggio perineale durante la gravidanza a partire dalla 34^{ma} settimana o se vengono applicati, se graditi, degli impacchi caldi durante l'ultima fase del periodo espulsivo del travaglio.

Molto frequentemente il danno perineale è del tutto assente, di entità tale da non necessitare sutura o di entità comunque inferiore rispetto a quello che si verrebbe a determinare con l'episiotomia. In casi eccezionali (in circa lo 0.5-3.5% dei casi) può coinvolgere il muscolo sfintere dell'ano o il retto (a prescindere che venga o meno eseguita l'episiotomia).

Per tali motivi l'utilizzo dell'episiotomia non è raccomandato in modo routinario, ma essa viene effettuata solo in caso di necessità (alterazioni del battito fetale, mancata progressione della testa fetale per rigidità dei tessuti, necessità di manovre ostetriche per favorire la nascita). Si stima che il tasso ideale sia inferiore al 15%; nella nostra Unità Operativa il tasso di episiotomia sui parti vaginali è circa del 7%. In caso di necessità di sutura perineale questa viene eseguita in Sala Parto con anestesia locale o loco-regionale, solo raramente richiede l'esecuzione di sedazione in Sala Operatoria e/o il posizionamento di drenaggi o medicazioni per qualche ora dopo il parto.

Durante il ricovero Le verranno fornite tutte le informazioni per minimizzare i disturbi legati alla presenza dei punti (che sono riassorbibili e non necessitano di rimozione), per la gestione della ferita in ospedale e a domicilio e su quali siano i sintomi di possibile insorgenza di complicanze (riapertura, infezione) che richiedano controlli o trattamenti.

In caso di necessità di riabilitazione perineale è possibile rivolgersi presso il Consultorio Familiare del suo Distretto o contattare direttamente l'Unità Operativa di Trento all'indirizzo mail: ambulatoriostetriciatrento@apss.tn.it.

Informativa su sterilizzazione tubarica in corso di taglio cesareo

Gentile signora

Le informazioni contenute in questa scheda mirano ad illustrare modalità di esecuzione, benefici, effetti collaterali e rischi nonché le valide alternative al trattamento sanitario che Le è stato proposto. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo tra medico e paziente.

Potrà sempre trovare, pertanto, un medico specialista disponibile per rispondere ad ogni ulteriore richiesta di chiarimento che Lei vorrà rivolgere e per aiutarLa a fronteggiare eventuali incertezze o paure. In ogni momento, prima dell'intervento, Lei può anche ritirare un consenso dato in precedenza.

Procedura proposta

Indicazione

La **sterilizzazione tubarica** in corso di taglio cesareo rappresenta un metodo di contraccezione permanente.

Nella sterilizzazione tubarica vengono interrotte o asportate le tube di Falloppio, che sono la sede in cui l'ovulo prodotto dall'ovaio incontra lo spermatozoo maschile; in questo modo si impedisce ad ovulo e spermatozoo di incontrarsi e quindi si previene il concepimento.

Come avviene la procedura

Una volta espletate le procedure del parto per via addominale, si evidenziano le tube. La pervietà tubarica viene interrotta mediante legatura in due punti della tuba, taglio o diatermocoagulazione e successiva rimozione del frammento tubarico interessato, o mediante rimozione completa delle tube (metodi permanenti irreversibili) oppure legatura e sezione (metodo permanente potenzialmente reversibile).

La procedura di sterilizzazione non è esente da rischi, che si sommano a quelli già legati alla procedura di taglio cesareo.

Complicanze

Le possibili complicanze più frequenti sono: infezioni, emorragie e trombosi.

Le misure preventive di tali complicanze vengono già messe in atto nelle procedure di assistenza del taglio cesareo.

Nel caso specifico va precisato anche che la sterilizzazione tubarica, anche se eseguita con tecnica corretta, può presentare, anche se raramente, dei fallimenti.

In letteratura non vi sono dati che si riferiscano specificamente alla percentuale di gravidanze che si possono verificare dopo sterilizzazione eseguita in corso di taglio cesareo; vi sono però dati cumulativi sugli esiti di tutte le procedure di sterilizzazione, con intervento laparotomico e laparoscopico (quindi indipendentemente dal taglio cesareo) e vengono riportate percentuali variabili di insuccessi, da 0,5-1,8% dei casi (0,5 gravidanze per 100 donne sottoposte a sterilizzazione chirurgica in dati OMS 2004; 1,8 gravidanze su 100 donne sottoposte a sterilizzazione chirurgica in studio canadese del 2003).

Si specifica inoltre che, anche se la sterilizzazione viene eseguita con metodo potenzialmente reversibile, l'eventuale successivo tentativo di ricanalizzazione chirurgica non assicura esiti favorevoli in termini di gravidanza.

Io sottoscritta
dichiaro di avere preso visione della nota informativa e di essere stata a colloquio con il dott./ la dott.ssa
che mi ha fornito le informazioni e delucidazioni richieste. In seguito a tale colloquio, acconsento di sottopormi al trattamento propostomi.

Firma del medico che ha fornito le informazioni

Firma della gestante

Data

Assistenza ostetrica

Per la gravidanza fisiologica la figura di riferimento è l'ostetrica che, in autonomia seguirà la donna per tutto il travaglio/parto/puerperio richiedendo l'intervento del medico, che è sempre presente in ospedale, per tutte le situazioni che deviano dalla fisiologia.

Nel caso di presenza di fattori di rischio, o di situazioni cliniche complesse il medico ginecologo è la figura preposta all'assistenza coadiuvato dall'ostetrica.

L'ostetrica con la sua professionalità e competenza saprà accompagnarti, verificare il benessere tuo e del tuo bambino e il corretto andamento del tuo travaglio e del tuo parto; ti guiderà e rinforzerà nel tuo sapere e ti sosterrà in tutte le situazioni.

Sarà per te un importante punto di riferimento e una presenza costante

All'ospedale Santa Chiara a tutte le donne viene garantita la presenza di un'ostetrica accanto per tutto il travaglio e possibilmente sempre la stessa (assistenza one to one) e degli standard previsti per le "cure amiche della madre" secondo il progetto Baby Friendly Hospital.



Informazioni sul parto in acqua



Le motivazioni che sostengono l'introduzione del parto in acqua sono molteplici e comprendono benefici sia per la madre che per il bambino ormai confermati da numerosi studi. In particolare vale la pena sottolineare come l'utilizzo dell'acqua possa rappresentare un valido strumento per favorire il contenimento del dolore in travaglio di parto.

Tra i vantaggi materno-fetali dell'immersione in acqua si rileva in particolare:

- raggiungimento di una sensazione di rilassamento e benessere
- maggior libertà di movimento, il corpo è sostenuto in modo equilibrato evitando contratture e rigidità (consentendo di risparmiare energia per la fase finale)
- riduzione della percezione dolorosa da parte della donna, con conseguente minor richiesta di analgesia
- la spinta idrostatica permette una miglior ossigenazione delle fibre muscolari uterine, con conseguenti miglior perfusione placentare (riduzione dello stress fetale) e contrazioni più valide

- riduzione dei livelli di catecolamine nel sangue e rilascio nel sangue materno di ossitocina e vasopressina con conseguente andamento del travaglio più veloce grazie al contenimento dei fattori di stress
- minore durata della prima e seconda fase del travaglio nelle primipare
- riduzione della pressione addominale sulla vena cava e sull'aorta
- maggiore elasticità del perineo
- nessuna differenza nella frequenza di parti operativi rispetto al parto normale
- approccio più graduale del bimbo all'ambiente extrauterino
- nessuna differenza nel numero di ricoveri in Terapia intensiva neonatale o di infezioni neonatali rispetto al parto normale.

I criteri di inclusione ed esclusione per il travaglio e parto in acqua sono definiti da procedure dell'Unità operativa di ostetricia e ginecologia sulla base delle evidenze scientifiche a disposizione e delle necessità organizzative dell'Unità operativa.

Criteri di inclusione al travaglio e parto in acqua

I criteri di ammissione al travaglio e al parto in acqua sono:

- **gravidenza fisiologica** con feto singolo in situazione longitudinale, presentazione cefalica
- settimane di gestazione ≥ 37 < 42 settimane
- peso fetale presunto ≥ 2.500 g e ≤ 4.000 g
- travaglio insorto spontaneamente
- BCF rassicurante con registrazione per almeno 20 minuti prima dell'immersione nell'acqua
- donna apiretica o con temp $\leq 37,5$ senza segni di flogosi e normotesa
- assenza di patologia materna rilevante che possa rappresentare un aumento dei fattori di rischio in travaglio/parto

- assenza di patologia fetale
- placenta normoinserita
- disponibilità di equipe numericamente adeguata per assicurare lo spostamento della donna dalla vasca al letto in qualsiasi momento, o la presa in carico del neonato in caso di necessità assistenziali per la madre.

NB: Il tampone vagino rettale positivo per GBS non è un motivo di esclusione al travaglio e parto in acqua.

La madre deve essere consapevole che può scegliere di lasciare la vasca in qualunque momento lo desidera e che può esserle richiesto di lasciare la vasca in caso di deviazione dai criteri sopra descritti.

La donna che desidera l'utilizzo della vasca lo richiederà all'ostetrica o al medico al momento dell'entrata in sala parto.

Informazioni sui tempi del taglio del cordone ombelicale alla nascita

Gentile signora,

presso la nostra unità operativa, viene eseguita di routine la determinazione del pH sul sangue cordonale al momento della nascita.

Tale procedura permette di avere dati integrativi per la valutazione complessiva del benessere del neonato.

La determinazione del pH viene fatta sul sangue prelevato dal cordone ombelicale e per realizzarla è consigliato procedere al taglio del cordone ombelicale entro i primi 60 secondi dalla nascita; per questo motivo non si attende la cessazione delle pulsazioni del cordone prima di reciderlo.

È possibile in casi selezionati, su specifica richiesta della madre, procedere al taglio ritardato del cordone, solo nelle situazioni in cui il medico o l'ostetrica ritengano non indispensabile avere tale determinazione per valutare complessivamente il benessere del neonato alla nascita.

Qualora sia necessario provvedere alla determinazione del pH cordonale, nonostante la sua richiesta, sarà comunque informata anticipatamente.

Io sottoscritta
chiedo che il cordone ombelicale venga reciso solo quando termina di pulsare. Sono stata informata dell'impossibilità in tal caso di eseguire la determinazione del pH sul sangue cordonale. Autorizzo i sanitari qualora ritengano indispensabile avere tale determinazione per valutare complessivamente il benessere del neonato alla nascita a procedere comunque in tale pratica.

Trento

Firma

Informazioni sulla degenza nell'unità operativa di ostetricia e ginecologia

L'Unità operativa di ostetricia e ginecologia si dedica al mantenimento della salute (prevenzione) ed al trattamento delle patologie femminili nel corso della gravidanza e del puerperio.

Pur essendo il Centro provinciale di riferimento per le situazioni di maggior complessità clinica viene assicurata un'attenzione alla fisiologia nella gravidanza, parto e puerperio a basso rischio.

I percorsi assistenziali sono differenziati per intensità di cura, i travagli/parti e puerperi a basso rischio vengono seguiti in autonomia dall'ostetrica, che prende in carico la mamma dal travaglio/parto alla dimissione.

Il medico è invece la figura di riferimento per la patologia e viene attivato ogni qualvolta ci si discosti dalla fisiologia; è il responsabile della patologia della gravidanza e del puerperio.

I medici dell'Unità operativa valutano giornalmente le singole patologie, pianificando e personalizzando il piano di cura dal momento del ricovero alla dimissione, rendendosi disponibili per colloqui individualizzati da concordare con l'ostetrica che coadiuva l'assistenza.

La coordinatrice ostetrica è a disposizione per colloqui individuali ed eventuali segnalazioni.

Nel 2014 il nostro ospedale ha raggiunto l'accreditamento "Baby Friendly Hospital" (primo ospedale di secondo livello accreditato in Italia) che garantisce una particolare attenzione alle "cure amiche della madre" ed al rispetto della fisiologia dell'alimentazione del neonato e dell'adattamento di madre e bambino, Certificazione che è stata confermata nel 2018.

Le stanze di degenza sono state di recente ristrutturate, accolgono un massimo di 4 degenti e sono tutte dotate di bagno.

La degenza media in puerperio è di 2 giorni nel caso di parto spontaneo e 3 giorni nel caso di taglio cesareo.

L'assistenza ostetrica in puerperio ha l'obiettivo di sostenere le neo mamme favorendo l'autonomia materna nella cura del neonato.

Al momento della dimissione viene inoltre riservato un tempo dedicato al fine di fornire tutte le informazioni necessarie per un sereno rientro al domicilio, offrendo i riferimenti necessari in caso di necessità.

Per favorire il normale svolgimento delle attività cliniche e per garantire la possibilità di riposo e di conoscenza reciproca con il suo bambino, ricordiamo che l'orario di visita è limitato dalle ore 19 alle ore 20 dal lunedì alla domenica. La limitazione oraria non vale per i papà, per i fratellini e i nonni, che sono i benvenuti, concordando l'orario di visita con l'ostetrica per non creare sovraffollamento nelle stanze.

Pavimento pelvico

Una particolare attenzione viene posta alla salute del pavimento pelvico: una fascia di muscoli che si estendono dal coccige all'osso pubico. I muscoli del pavimento pelvico sostengono l'utero, la vescica e l'intestino.

Un pavimento pelvico tonico mantiene la stabilità della colonna vertebrale ed ha degli effetti positivi sull'intera postura del corpo.

I sintomi dell'indebolimento del pavimento pelvico sono:

- perdita di urina nel tossire, nello starnutire, nel salire le scale e nel sollevare pesi
- bisogno urgente di urinare, anche se la vescica è vuota
- una forte sensazione di peso verso il basso
- prollasso dei tessuti vaginali o dell'utero
- involontario rilascio d'aria e defecazione involontaria.

Presso la nostra unità operativa esiste un ambulatorio dedicato alla riabilitazione; sarà cura dell'ostetrica valutare il benessere del pavimento pelvico al fine di indirizzare la puerpera all'ambulatorio dedicato in caso di necessità.

Controllo post dimissione

Gentile signora,

vorremmo lasciarle alcune indicazioni per aiutarla a rivolgersi a noi se necessario.

L'ostetrica sarà lieta di rispondere telefonicamente a domande riguardanti il suo stato di benessere e l'allattamento al seno in un orario dedicato dalle ore 18.00 alle 20.00 al numero 0461 903750.

Nel caso si presentassero:

- perdite ematiche abbondanti
- tachicardia o debolezza
- febbre, brivido
- dolore addominale
- perdite maleodoranti
- cefalea con disturbi visivi o nausea
- dolore, arrossamento o rigonfiamento al polpaccio

La invitiamo a rivolgersi a noi per un controllo in qualunque momento.



Servizi offerti dall'unità operativa dell'ospedale Santa Chiara

- ambulatorio malattie infettive in gravidanza
 - ambulatorio gravidanza a rischio
 - ambulatorio gravidanza gemellare
 - ambulatorio rivolgimento presentazione podalica
 - ambulatorio diagnosi prenatale (amniocentesi, villocentesi, test combinato)
 - ambulatorio ecografia ostetrica di secondo livello
 - ambulatorio di reumatologia in gravidanza
 - ambulatorio gravidanza a termine
 - ambulatorio puerperio gravidanza a rischio
 - ambulatorio rieducazione pelvi perineale
-
- ambulatorio ginecologico oncologico
 - ambulatorio endometriosi
 - ambulatorio policistosi ovarica
 - ambulatorio ecografia ginecologica di secondo livello
 - ambulatorio divisionale ginecologico
 - ambulatorio post dimissione
 - ambulatorio ginecologico infanzia ed adolescenza
 - ambulatorio ginecologico per il trattamento del prolasso genitale e dell'incontinenza urinaria

PER INFORMAZIONI E PRENOTAZIONI SI RIMANDA ALLE SPECIFICHE SCHEDE INFORMATIVE O AL SITO DELL'AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI WWW.APSS.TN.IT

Mappa sintetica percorso nascita

	Appena possibile	Entro 15 settimane	Tra 16 e 18 settimane	da 22 a 26 settimane	da 27 a 30 settimane	da 30 a 34 settimane	da 35 a 38 settimane
Consegnata Guida ostetrica	Orange	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue
Eseguita Raccolta anamnesi	Orange	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue
Consegnata Mappa percorso nascita	Orange	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue
Consegnato Materiale BFHC	Orange	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue
Consegnata Check list prenatale	Orange	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue
Consegnati Calendari incontri monotematici	Orange	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue
Consegnata sitografia	Orange	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue
Verificata iscrizione Incontri accompagnamento alla nascita	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Orange	Orange	Light Blue	Light Blue
Chiusura check list prenatale (tutti gli argomenti sono chiari)	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Orange A 34 ^{ma} set.	Light Blue

Sitografia

Ministero della Salute	www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=78&area=Vivi_sano
Unicef	www.unicef.it/unicefitalia/home.htm
Istituto Superiore di Sanità	www.epicentro.iss.it/argomenti/allattamento/allattamento.asp
AICPAM (associazione italiana consulenti professionali in allattamento)	www.aicpam.org/
Ibfan	www.ibfanitalia.org/
SaperiDoc	www.saperidoc.it
Genitori Più	www.genitoripiu.it
Movimento Allattamento Materno Italiano	http://mami.org/
Baby Friendly	www.babyfrindly.org.uk (specificare link per genitori)
IBLCE (international board of lactation consultant examiners)	https://iblce.org/
ILCA (international lactation consultant association)	www.ilca.org
Llil (La Leche League International)	www.llli.org/

Checklist prenatale

Questa pagina è da leggere e compilare in base alle informazioni ricevute durante la gravidanza: l'ostetrica e il ginecologo mi supporteranno affinché io possa fare **scelte consapevoli sull'assistenza al momento della nascita e sull'allattamento e l'alimentazione del mio bambino.**

Esperienze allattamenti precedenti

**È importante che io riceva queste informazioni entro la 34 S.G
che per me cade**

Per ricevere le informazioni che mi saranno utili ho partecipato a:

- IAN
- Incontri presso gli Ospedali:
 - Nascere al Santa Chiara
 - Neonato Protagonista
 - Nascere a Rovereto
 - Nascere a Cles
 - Altro
- Incontri pubblici sugli argomenti della checklist prenatale
- Percorso Nascita con ostetrica dedicata
- Colloquio individuale mirato
- Ho letto il materiale BFHC (politica e pieghevoli)
- Ho guardato i siti consigliati

Cure amiche

Sono stati discussi assieme a me i seguenti punti riguardanti il mio travaglio/parto, essendo io la protagonista dell'evento nascita. So quindi:

Autocompilazione:

Di poter avere vicino a me una persona di fiducia	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO
Di poter assumere cibi, bevande e posizioni libere durante il mio travaglio/ parto	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO
Di poter essere sostenuta nella scelta di metodi di analgesia non farmacologici (massaggio –posizioni – respirazione.)	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO
Che saranno evitate pratiche cliniche routinarie sulla cui utilità non esiste evidenza scientifica	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO
Di essere informata sulle procedure mediche che si riterranno necessarie durante il mio travaglio/parto	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO

Un buon Inizio

Sono stati discussi assieme a me i seguenti punti riguardanti l'avvio della relazione con il mio bambino?

Quindi conosco:

Autocompilazione:

Il significato e i benefici del contatto pelle a pelle	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO
La possibilità di recuperare appena possibile il contatto pelle a pelle in caso di impossibilità ad eseguirlo alla nascita	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO
Che tenere il bambino vicino a me giorno e notte favorisce la nostra conoscenza, mi aiuta a riconoscere i segnali precoci di fame, ad allattare a richiesta e comprendere le competenze del mio bambino	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO
Come posso mettermi in posizione comoda per allattare e come posso sostenere il mio bambino perché anche lui sia comodo	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO
Come posizionare il bambino per un attacco efficace	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO
Quali sono i segni di suzione efficace che garantiscono il trasferimento di latte	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO
Come capire se il mio bambino assume un adeguata quantità di latte	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO
Come eseguire la spremitura manuale e ho compreso perché è importante	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO

Importanza allattamento materno esclusivo

Sono stati discussi assieme a me i seguenti punti riguardanti i benefici dell'allattamento materno esclusivo?

Quindi conosco:

Autocompilazione:

Quali sono i benefici dell'allattamento esclusivo per mamma e bambini	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO
La durata dell'allattamento consigliata dall'OMS: esclusivo fino a 6 mesi e complementare per due anni ed oltre quando il bambino è pronto per i cibi solidi	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO
I rischi dell'alimentazione artificiale	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO
Perché durante il primo mese di vita (calibrazione del latte) è sconsigliato usare ciucci,tettarelle	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO
Di poter trovare negli operatori dell'ospedale e del consultorio il sostegno necessario per favorire un buon avvio e proseguire con successo l'allattamento, <i>per la relazione con il bambino e la sua cura.</i>	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO

Problematiche frequenti

Sono stati discussi assieme a me i seguenti punti riguardanti le problematiche più frequenti:

So quindi:

Autocompilazione:

Che durante l'allattamento possono insorgere alcune complicanze quali: ragadi, ingorgo, mastite; queste possono essere prevenuti/limitati con un'adeguata conoscenza dei segni di buona posizione ed attacco e con il supporto precoce degli operatori di ospedale e consultorio	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO
Come allattare anche in caso di separazione dal bambino (come il rientro al lavoro)	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO
Quali sono i rischi e benefici della condivisione del letto con il bambino e gli accorgimenti per rispondere ai bisogni del bambino durante le ore notturne	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO
Mi sono state date informazioni sull'utilizzo dei farmaci in allattamento	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO

Protezione dalla pubblicità

Sono stati discussi assieme a me i seguenti punti riguardanti la protezione dalla pubblicità:

Quindi:

Autocompilazione:

Durante la mia gravidanza non mi sono stati dati e non ho visto in esposizione informazioni o pubblicità sulle ditte che producono alimenti per l'infanzia	Data	SI	Data	ABBASTANZA	Data	NO
--	------	----	------	------------	------	----

Spazio libero per le mie considerazioni personali da compilare entro la 34^{ma} settimana di gravidanza

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Compilazione da parte dell'operatore che segue la gravidanza

Data del colloquio/visita e nome operatore:

Interventi suggeriti:

Data del colloquio/visita e nome operatore:

Interventi suggeriti:

Data del colloquio/visita e nome operatore:

Interventi suggeriti:

Data del colloquio/visita e nome operatore:

Interventi suggeriti:

Data del colloquio/visita e nome operatore:

Interventi suggeriti:

Data del colloquio/visita e nome operatore:

Interventi suggeriti:

Standard cure amiche della madre

Nel percorso per diventare “Ospedale amico del bambino – Baby Friendly Hospital” l’Ospedale Santa Chiara di Trento intende raggiungere anche gli Standard delle cure amiche della madre.

Sebbene l’iniziativa del BFH con i suoi 10 Passi è ad oggi il progetto che più di tutti risulta efficace nella promozione dell’allattamento materno, si è consolidata, negli ultimi anni, la convinzione di dover affiancare ad esso “le cure amiche della madre”. Le pratiche che accompagnano la nascita sono importanti sia per la salute fisica e psicologica delle donne stesse, sia perché la ricerca scientifica dimostra che influenzano l’inizio della vita dei neonati e l’allattamento.

Le pratiche adottate inoltre influenzano la competenza materna, rendendo la madre in grado di far fronte a ciò che succede e di sentirsi sostenuta preparandola ad interagire in maniera pronta ed efficace con il bambino.

Le pratiche ospedaliere di assistenza a travaglio e parto possono fortemente influenzare, con un effetto a cascata, la capacità della madre di allattare il proprio bambino. La promozione di un modello di cura della maternità che riconosca l’importanza di proteggere la madre da interferenze inutili e dannose durante ed immediatamente dopo la nascita sembra ormai fondamentale.

In considerazione dell’importanza di questo modello di cura, la struttura sanitaria deve:

- Incoraggiare le donne che lo desiderano a farsi accompagnare al momento del travaglio e del parto da una persona di loro fiducia per fornire un sostegno fisico e/o emotivo
- Permettere alle donne di mangiare e bere cibi leggeri durante il travaglio
- Incoraggiare le donne a camminare e muoversi, assumendo le posizioni che preferiscono durante il travaglio e il parto
- Consigliare alle donne l’utilizzo di metodi non farmacologici per alleviare il dolore durante il travaglio

- Utilizzare protocolli e procedure operative sul parto basate su evidenze scientifiche e non ricorrere a procedure invasive di routine, ma discuterne la loro necessità con le donne stesse
- Possedere protocolli operativi conosciuti e applicati dagli operatori riguardanti le cure amiche della madre
- Garantire che tutti gli operatori siano orientati o formati e aggiornati periodicamente sulle pratiche del travaglio e del parto amiche delle madri coerentemente con il proprio ruolo professionale (informati, coinvolti e dedicati)
- Informare le donne che accedono ai servizi prenatali e quelle che partoriscono nella struttura dell'esistenza e applicazione delle "cure amiche della madre".



Informazioni donazione sangue cordonale al Santa Chiara

Grazie al contributo dell'Associazione Italiana contro le Leucemie - Linfomi e Mieloma (AIL), anche presso il nostro centro nascita si può effettuare la raccolta di sangue cordonale.

L'AIL ha finanziato una borsa di studio grazie alla quale abbiamo un'ostetrica dedicata che seguirà il counselling, la raccolta anamnestica alle coppie interessate e l'invio al mattino delle sacche alla Banca di Milano.

In pratica:

- le coppie interessate possono accedere, intorno alla 32-33ma settimana, ad un **incontro informativo di gruppo**: per avere indicazioni sulle date e l'orario degli incontri, scrivere una mail all'indirizzo sotto riportato
- le coppie che risultano ancora interessate/probabilmente idonee, accedono ad un **colloquio privato** per la raccolta anamnestica alla 35ma settimana
- al momento del parto, la paziente riferirà al personale della sua volontà di donare il sangue cordonale e, se ha fatto il suddetto percorso, l'anamnesi raccolta sarà già disponibile. Nel caso non avesse la procedura avviata è comunque possibile provvedere alla raccolta (condizioni del personale/anamnestiche permettendo).

Per informazioni e appuntamenti è possibile inviare un'email con i propri recapiti telefonici all'indirizzo **sanguecordonale@apss.tn.it** o telefonare al **335 8238713**

È inoltre possibile visionare un video informativo accedendo al sito **www.aitrentino.it**

NEL CASO LA DONNA DESIDERI EFFETTUARE LA RACCOLTA DI SANGUE CORDONALE AD USO AUTOLOGO, DEVE PREVENTIVAMENTE AVERE L'AUTORIZZAZIONE DALLA DIREZIONE MEDICA TELEFONANDO AL NUMERO 0461 90243 PER FISSARE UN APPUNTAMENTO ENTRO LA 36^{ma} SETTIMANA.

Azienda provinciale per i servizi sanitari
Via Degasperi, 79 - 38123 Trento
Testi a cura dell'Unità Operativa di ostetricia e ginecologia
dell'ospedale Santa Chiara

Impaginazione: OnLine Group - Roma

www.apss.tn.it

Coordinamento editoriale: Ufficio Comunicazione
Finito di stampare nel mese di luglio 2018