



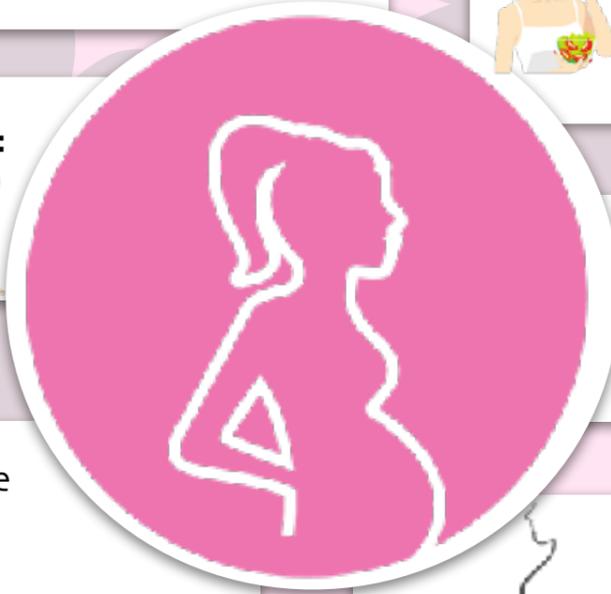
GRAVIDANZA TEAM
Uniti si vince !



A TAVOLA:
soddisfa il gusto,
alimenta il corpo,
cresci il bimbo.



MENS SANA IN CORPORE SANO:
se ti formi
non ti fermi!



IN FAMIGLIA
più siamo
più ci divertiamo!



Non ti dimenticare
del **seno!**



Due **cuori**
e una capanna !





EST MODUS IN REBUS STRATEGIE PER UNA FORMAZIONE INTERDISCIPLINARE PER LA DONNA IN GRAVIDANZA

La sempre maggiore specializzazione del sapere è senza dubbio uno dei fattori alla base del progresso dell'uomo. La parcellizzazione educativa che ne deriva però non sempre produce gli effetti sperati in termini di miglioramento della vita e del benessere, poiché l'istruzione rischia di divenire appannaggio di pochi esperti. La formazione della donna in gravidanza, una tipologia di discente particolare ed eterogenea, non dovrebbe prescindere da una visione complessiva che derivi dall'integrazione sinergica dell'apporto di più campi del sapere, per risolvere problemi concreti, per garantire lo sviluppo di conoscenze e abilità che possano poi permettere di "agire in situazione" in modo corretto e consapevole. La mediazione didattica da attivare non può quindi ridursi a strategia divulgativo-comunicativa, ma dovrebbe accompagnare le discenti in un vero e proprio percorso di apprendimento trasformativo (Mezirow) che, a partire da una analisi dei possibili problemi e dilemmi, talvolta "disorientanti", che la donna in gravidanza si trova ad affrontare, le consenta di acquisire non solo le informazioni necessarie, ma anche e soprattutto una nuova consapevolezza per modificare le proprie prospettive nell'interpretare nuove esperienze.

Gabriella Agrusti

POLLICE VERDE IN GRAVIDANZA

Le città sono la tipologia di insediamento umano che più caratterizza il presente periodo storico, e si inquadrano come centri nevralgici di attività antropiche e di alterazione degli equilibri ambientali. Attualmente, il 54% della popolazione globale (World Health Organization, 2018) e circa il 75% in Europa, vive in aree urbane, e tale percentuale è destinata a crescere in futuro. L'urbanizzazione, principalmente attraverso il cambiamento di uso del suolo conduce a processi di frammentazione del paesaggio con perdita di biodiversità. Gli abitanti delle aree urbane sono esposti a rischi per la salute derivanti dall'inquinamento atmosferico e dall'effetto isola di calore urbana (Urban Heat Island). Due inquinanti considerati tra i più pericolosi per la salute umana in Europa sono il materiale particolato (PM₁₀) e l'ozono (O₃). Vari studi hanno mostrato una correlazione positiva tra la concentrazione di PM₁₀ (particolato con un diametro aerodinamico uguale o inferiore a 10 µm) e mortalità prematura e ospedalizzazioni per malattie cardiovascolari e respiratorie. È stato inoltre osservato che l'esposizione prenatale a PM_{2.5} è associata ad una ridotta crescita fetale e ad un aumento del rischio di sviluppare l'asma nella prima infanzia. In Europa, per il periodo compreso tra il 2013 e il 2015, si stima che fino al 20% della popolazione sia stata esposta a livelli di PM₁₀ al di sopra delle normative EU vigenti per la tutela della salute umana, e se si considerano le più stringenti linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (20 µg·m⁻³), tale percentuale sale al 62%. Numerosi studi attestano l'importante ruolo svolto dalle Infrastrutture Verdi urbane e periurbanenel migliorare la salute psico-fisica e il benessere dei cittadini, in quanto forniscono Servizi Ecosistemici di regolazione migliorando la qualità dell'aria e regolando il clima a livello locale, in accordo con la cultura sullo sviluppo sostenibile promossa dai 17 Obiettivi (SDGs) dell'Agenda ONU 2030

Fausto Manes - Mauro Serafini - Elisa Anna Fano

SICUREZZA IN SALA PARTO

In gravidanza noi medici abbiamo a che fare con persone sostanzialmente non-malate, la cui aspettativa non è la guarigione da una malattia ma piuttosto quella di mantenere uno stato di buona salute in questa particolare condizione e una buona qualità di vita. Un secolo fa la gravidanza e il parto rappresentavano la terza causa di morte per una donna in età riproduttiva e la mortalità perinatale era elevatissima: un bambino su dieci non sopravviveva alla nascita. Oggi per fortuna le cose sono cambiate, e l'evento nascita è associato all'immagine di un momento lieto e dall'esito sicuramente positivo. Ciononostante, il rischio esiste sempre e si può presentare in modo improvviso e non prevedibile. Tutti sono a conoscenza di casi ostetrici che si sono conclusi tragicamente, ma tutti rimuovono il concetto che anche in ostetricia possono verificarsi eventi drammatici. Per tali motivi e più che in altre discipline, consapevolezza dei rischi e attenzione alla sicurezza durante il parto diventano requisiti indispensabili per raggiungere quel giusto equilibrio che oggi la società ci chiede di realizzare, tra il rispetto della naturalità dell'evento parto e la sua sicurezza

Carlo Piscicelli

LA SCIENZA AGRARIA IN DIFESA DELLA DONNA IN GRAVIDANZA

Madri nutrite correttamente hanno maggiori probabilità di partorire bambini sani. Lo sanno bene le donne in attesa, che infatti sono molto attente alla loro alimentazione. Gli alimenti devono essere sicuri da un punto di vista igienico-sanitario, esenti cioè da contaminazioni chimiche, di microrganismi e dei loro metaboliti (tossine) che sono una minaccia per la salute. La dieta deve essere bilanciata, sostanziosa e varia, in modo da assicurare un adeguato apporto di energia e di micronutrienti (ferro, vitamine, sali minerali). I Dottori in Scienze Agrarie e Forestali ed i Dottori Agronomi e Forestali, attivi nella ricerca nel settore agricolo, nella assistenza tecnica agli agricoltori, nel controllo di qualità delle derrate alimentari e nella amministrazione pubblica, sono attori essenziali dei sistemi agroalimentari che garantiscono la disponibilità di cibo sano, nutriente, gustoso ed accessibile al giusto prezzo.

Andrea Sonnino - Sabrina Diamanti - Alessandra Gentile

EMATOLOGIA IN GRAVIDANZA

Le più importanti complicanze dell'Emostasi in gravidanza comprendono la riduzione del numero delle piastrine (Plts < 130.000/mmc) e l'aumento del rischio trombotico. È possibile avere una piastrinopenia lieve- moderata, pauci-asintomatica e benigna che insorge soprattutto nel secondo e terzo trimestre di gravidanza con risoluzione spontanea dopo il parto che non necessita di alcuna terapia, ma solo di monitoraggio dell'emocromo; una piastrinopenia autoimmune, che può svilupparsi in qualunque momento della gravidanza, dovuta alla comparsa di autoanticorpi e che può richiedere una terapia specifica in caso di importante riduzione del numero delle piastrine e/o comparsa di sintomatologia emorragica. In questi casi può essere utile una terapia immunosoppressiva con cortisone ed una terapia antiemorragica con acido tranexamico. In prossimità del parto o per prevenire una complicanza emorragica si possono utilizzare anche le Immunoglobuline per via endovenosa. Il cut off piastrinico è pari a 50.000/mmc per un parto naturale e a 80.000/mmc per un parto cesareo.

Il rischio trombotico in gravidanza può aumentare in donne con anamnesi familiare o personale per trombosi o in caso di accertata trombofilia congenita o acquisita. In tali situazioni cliniche, è necessario che la donna venga sottoposta a profilassi antitrombotica con Eparina a Basso Peso Molecolare durante tutta la gravidanza e fino a 6 settimane dopo il parto.

Altra problematica ematologica può essere l'insorgenza di neoplasie durante la gravidanza, problematiche che andranno gestite con il ginecologo e che richiederanno interventi diversi a seconda dell'epoca gestazionale.

Mariateresa Petrucci

I FIGLI: SPERANZA E FUTURO DI UN POPOLO

Il crollo della natalità ha ormai assunto nel nostro Paese dimensioni drammatiche; poco più di 440.000 nascite nel 2018, e il 1976 è stato l'ultimo anno in cui il tasso di fertilità è rimasto sopra i 2,1 figli per donna, livello che consentirebbe il ricambio e l'equilibrio generazionale tra minori, adulti ed anziani. Nel 2018 è arrivato a 1,34, ma la corsa verso il basso non sembra arrestarsi. Così cresce la percentuale di anziani, e le nuove generazioni, sempre meno numerose, si troveranno sulle spalle un crescente carico assistenziale, di cura e previdenziale.

Purtroppo "questo non è un Paese per bambini"; i giovani vivono la precarietà lavorativa e l'incertezza dei progetti di vita, le politiche sociali e fiscali non sostengono la natalità, il mondo del lavoro vive con fastidio una lavoratrice che diventa madre. Così il Paese diventa sterile: si fanno meno figli, si fanno più tardi, e chi diventa genitore si trova spesso in precario equilibrio. Ma soprattutto è venuta meno la consapevolezza che le nuove generazioni sono la speranza e il futuro di un popolo, sono il capitale più prezioso che una nazione possa avere. Anche per questo dobbiamo custodire con cura il pianeta: perché vogliamo - e dobbiamo - riconsegnarlo nelle mani dei nostri figli.

Don Antonio Rizzolo - Francesco Belletti

CARDIOLOGIA IN GRAVIDANZA

L'alimentazione acquista un aspetto di fondamentale importanza nella gravidanza. Basti pensare che l'incidenza di sovrappeso ed ipertensione arteriosa è ancora molto alta potendo favorire un quadro di eclampsia nel 4% delle gravidanze singole ed, addirittura, nel 15% delle gravidanze gemellari. È pertanto sicuramente importante favorire dei percorsi multidisciplinari mirati per la donna in gravidanza sia per la tutela della stessa donna che per quella dei nascituri. Bisogna infatti aumentare l'attenzione nei confronti delle cardiopatie congenite. Queste vengono sospettate in circa il 30% dei neonati venendo poi confermate in circa il 5% dei casi. Abbiamo, tuttavia, una percentuale ancora troppo elevata di cardiopatie congenite misconosciute alla nascita, che impone una miglior cultura al riguardo

Francesco Vetta - Giovanni Ruvolo - Teymour Nejat

DIABETE GESTAZIONALE

Il Diabete Gestazionale (GDM) è una condizione di iperglicemia che si manifesta per la prima volta durante la gravidanza a seguito delle modificazioni dello status ormonale in soggetti predisposti; la sua prevalenza è del 6-7%: fattori di rischio sono l'età superiore ai 35 anni, l'appartenenza ad etnie a rischio, la familiarità, l'obesità e la Sindrome dell'Ovaio Policistico. Se non trattato il GDM può accompagnarsi a complicanze materno-fetali quali pre-eclampsia e macrosomia fetale. Anche se le alterazioni metaboliche di regola regrediscono dopo il parto è necessaria una sorveglianza periodica delle mamme, dal momento che negli anni successivi aumenta il rischio di diabete tipo 2. La gestione del GDM si basa su dieta ed attività fisica, a cui si può associare la terapia farmacologica (insulina in primo luogo): la necessità di ottimizzare le abitudini di vita attraverso l'Educazione Terapeutica Strutturata richiede l'intervento di un team di cura multiprofessionale coordinato dal medico e composto da infermiere e dietista dedicati, e supportato per certi casi dallo psicologo.

Claudio Tubili

EPIGENETICA E GRAVIDANZA

Il nostro organismo e l'espressione della nostra eredità genetica sono condizionati dall'ambiente. Le prove scientifiche supportano che anche la salute neonatale e materna dipende dalle interazioni tra l'ambiente e il DNA. Anche se la sequenza del DNA rimane la stessa nel corso degli anni, alcuni tratti genetici degli esseri umani possono essere influenzati dal silenziamento o dall'attivazione di alcune sequenze nucleotidiche.

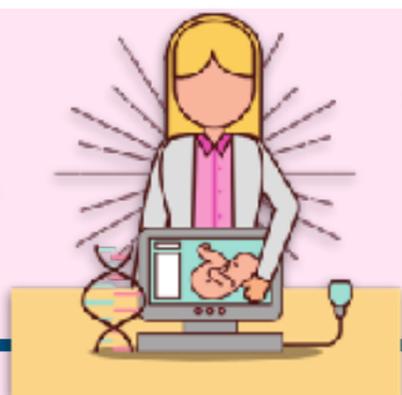
Le modifiche epigenetiche possono anche essere trasmesse alle generazioni future. In caso di stress materno o problemi dietetici, la sottoalimentazione o l'eccesso di cibo, porteranno a modifiche epigenetiche del tessuto somatico, incluso quello del cervello. Il meccanismo che conduce a questo effetto è quello dell'imprinting. L'imprinting è un fenomeno fisiologico che si svolge durante lo sviluppo del complesso ormone-recettore, esso è necessario per le normali funzioni del nostro organismo. Tuttavia, nel periodo critico dello sviluppo dell'imprinting, non solo gli ormoni e le sostanze fisiologiche ma molecole correlate (ad esempio, a causa della somministrazione di analoghi ormonali, relativi ormoni, farmaci e contaminanti ambientali, come interferenti endocrini o inquinanti) possono legarsi ai recettori, causando un'impronta difettosa per tutta la vita, provocando il processo chiamato DOHaD (origine evolutiva di salute e malattia) che conduce, per esempio, allo sviluppo di obesità e cardiopatie nell'età adulta. L'imprinting difettoso può essere ereditato da membri di una linea cellulare e divenire trans generazionale, indirizzandosi verso la progenie dell'individuo. Il meccanismo dell'imprinting è delicato e molto flessibile e può essere continuamente modificato per tutta la vita. Quando i cambiamenti nel rapporto con il mondo esterno sono patologici l'imprinting sarà patologico. Abbiamo una grande occasione! La cultura e l'educazione degli operatori, nonché il comportamento delle madri delle ostetriche e dei medici durante la gravidanza e il parto, quando sono virtuosi, possono cambiare la salute a lungo termine dei bambini e dei futuri adulti.

Antonio Ragusa

FIGLI COME RICCHEZZA SOCIALE

Il declino demografico in Italia è di una gravità inaudita, con forti ripercussioni negative sull'economia reale e sul sistema di Welfare. Le cause sono certamente di ordine culturale, ma la loro ricaduta sul versante economico è ormai insostenibile. Secondo i recenti dati ISTAT, le famiglie con tre o più figli minori hanno una probabilità di entrare nella fascia di povertà relativa quasi tre volte superiore alla media nazionale (33,1% contro 11,8%). In sostanza, avere un figlio in più è diventato un lusso. Questo significa che non esistono in Italia politiche familiari strutturalmente adeguate, capaci di favorire le coppie che intendono investire in un progetto familiare forte. In un'ottica di lungo periodo, lo Stato dovrebbe agire su due fronti: riformare il sistema fiscale e quello dei servizi in modo che la tassazione e i costi tengano conto realmente dei carichi familiari (Costit. Art. 53); Andrebbero quindi accresciute le risorse a favore delle famiglie con figli, attualmente pari al 2,8% del PIL, per portarle almeno ai livelli della Francia (4,4%), il Paese europeo col più alto tasso di natalità. Questo comporterebbe maggiori risorse per circa 26mld. di euro l'anno, ma con benefici - nel tempo - ampiamente superiori ai costi: aumento del PIL e crescita dell'occupazione.

Mario Sberna - Giuseppe Butturini - Carlo Dionedi





IL VALORE DELLA MATERNITÀ PER UNO SVILUPPO SOSTENIBILE

Attivare politiche di sostegno alla maternità è strategico per un paese come l'Italia con un tasso di fecondità tra i più bassi in Europa, 1,29 il dato registrato nel 2019 e in costante calo, e una crescita economica stagnante. Le ultime rilevazioni Istat mostrano come il tasso di occupazione delle donne madri di età compresa fra i 25 e i 54 anni sia pari al 57%, a fronte di quello delle donne senza figli pari al 72,1%. L'Italia è il Paese europeo con le percentuali più elevate di donne che non hanno mai lavorato o che hanno interrotto per alcuni periodi la propria carriera lavorativa per via della cura dei figli. La disuguaglianza di genere è uno dei maggiori ostacoli allo sviluppo sostenibile, alla crescita economica e alla riduzione della povertà e la maternità è un fattore oggi che aggrava la già difficile condizione della donna nel mondo del lavoro. È necessario dunque vedere la maternità come una opportunità di crescita e di sviluppo sostenibile per il sistema paese e per l'impresa. Concepire la maternità come un investimento e non un costo è il presupposto per definire innovative e più efficaci politiche di sostegno.

Giovanni Ferri - Filippo Giordano - Riccardo Mussari

LA MAMMELLA IN GRAVIDANZA

Il carcinoma della mammella è il tumore più frequentemente diagnosticato in gravidanza; 1 gravidanza su 3.000 può associarsi ad una neoplasia del seno. Il sospetto diagnostico può nascere da una visita senologica e/o da un'ecografia mammaria e deve essere confermato con un'agobiopsia per esame istologico; la mammografia può essere effettuata se necessaria con una schermatura dell'addome. Le pazienti dovrebbero essere trattate da un team multidisciplinare in Centri specializzati. I trattamenti vanno personalizzati in relazione all'età gestazionale ed alle caratteristiche biologiche del tumore. La chirurgia può essere utilizzata con sicurezza in ogni fase della gravidanza mentre la chemioterapia può essere effettuata solo a partire dal 2° trimestre; la radioterapia e la terapia endocrina devono essere posticipate dopo il parto a causa del rischio di malformazioni fetali. L'interruzione di gravidanza non si associa ad un miglioramento della prognosi.

Gianluca Franceschini - Alba Di Leone - Riccardo Masetti

OCCHIO ALLA GRAVIDANZA

"L'occhio durante la gravidanza va incontro ad una serie di cambiamenti secondari a quelli ormonali che possono essere fisiologici comunemente transitori come: il cloasma o melasma o maschera gravidica, la ptosi, sindrome dell'occhio secco, riduzione della sensibilità della cornea, shift miopico temporaneo, variazione della pressione intraoculare, condizioni che si risolvono generalmente in maniera spontanea dopo il parto o dopo l'allattamento. Occasionalmente i cambiamenti possono essere permanenti o patologici. Quest'ultimi comprendono alcune malattie oculari già presenti prima della gravidanza "glaucoma" che si modificano, e patologie oculari di malattie sistemiche proprie della gravidanza che si complicano quali retinopatia diabetica, la malattia di Graves, Uveiti con rischio di esacerbazione post-parto ed ancora esiste la preeclampsia, o gestosi che può insorgere dopo la ventesima settimana di gravidanza caratterizzata da disturbi visivi, tra cui scotoma, diplopia, abbassamento della vista e fotopsia riportati nel 25% delle donne con grave preeclampsia e nel 50% delle donne con eclampsia complicanza della preeclampsia, caratterizzata da convulsioni, confusione mentale, mal di testa, nausea e vomito, e può anche causare gravi sofferenze al feto. Inoltre la presenza di gravi condizioni retiniche può condizionare la scelta del parto se naturale o cesareo".

Elena Pacella - Stanislao Rizzo - Guido Lesnoni

VACCINAZIONI IN GRAVIDANZA

Il periodo della gravidanza è un momento critico nella vita di una donna. Ansia, preoccupazione nei confronti di farmaci che potrebbero nuocere al feto. La prevenzione vaccinale è un'arma importante per evitare malattie come pertosse ed influenza che possono nuocere alla salute della gestante e del feto. La vaccinazione antipertosse tra la 27° e la 36° settimana protegge il feto da una malattia potenzialmente mortale. Il vaccino antinfluenzale, praticabile in ogni momento gestazionale, previene l'insorgenza della malattia e delle sue temibili complicanze. Entrambe queste vaccinazioni sono sicure e raccomandate, durante la gravidanza, da tutte le linee guida mondiali. Il percorso per una procreazione sicura e consapevole inizia già in età fertile. Se la donna è suscettibile sono raccomandate anche le vaccinazioni contro il morbillo, la parotite, la rosolia e la varicella: malattie che, se contratte durante la gestazione, possono arrecare gravi danni al feto.

Aurora Santagata

GRAVIDANZA TRA EPIGENETICA E NUTRIGENOMICA

Nel DNA c'è la potenzialità genetica ereditata dai nostri genitori, ma poi su questo agiscono le informazioni che arrivano dall'esterno, fin dai primi stadi della vita individuale. Fin dalle prime cellule, dallo zigote, poi nell'embrione, quindi nel feto. Tutte informazioni che arrivano dapprima attraverso la madre sull'embrione e sul feto, poi nei primi anni di vita. Tutte queste informazioni ambientali non agiscono direttamente sul DNA, sul genoma, ma sull'epigenoma: quello che alcuni ricercatori hanno definito il 'software' del DNA. Per analogia, immaginiamo che il DNA sia la struttura di un computer e l'epigenoma il "programma" che lo fa funzionare. Occorre prestare attenzione a tutto ciò che ci influenza dall'esterno, in particolare nel periodo più importante della vita biologica, che si viene a costituire soprattutto fra concepimento, nascita e primi anni. In questo contesto la nutrigenomica, cioè la possibilità di condizionare l'espressione dei geni attraverso mirate scelte alimentari è fondamentale durante la gravidanza: non si introducono sterili calorie, ma preziose molecole, in grado di interagire con il DNA e di "comunicargli" quali geni attivare e quali silenziare. Il tutto sotto la direttrice dell'orchestra, che è l'epigenetica, legata alla più globale interazione con l'ambiente, che agisce direttamente sull'epigenoma e di conseguenza sul genoma.

Vittorio Calabrese - Damiano Galimberti - Mauro Miceli

GRAVIDANZA TEAM: IL GINECOLOGO

L'evento-gravidanza rappresenta un momento fondamentale nella vita di una coppia. Purtroppo, oggi esso rischia di essere un evento "unico", se non addirittura "miracoloso". Oggi, infatti, la media di figli per donna è di 1,29 (fonte: istat.it, data di pubblicazione Novembre 2019), dato tra i peggiori al Mondo, ed in costante diminuzione ogni anno. L'età media della donna al primo parto, in costante ascesa, ha superato nel 2019 per la prima volta in Italia i 32 anni (fonte: istat.it). Con 6,9 nati ogni mille abitanti, l'Italia è fanalino di coda in Europa (fonte: openpolis.it). A questa problematica di invecchiamento della maternità occorre aggiungere una percentuale di coppie, pari al 15%, che non riesce ad ottenere una gravidanza. La causa principale di sterilità in Italia è dunque oggi da individuare nel fattore "età". Questo scenario è davvero allarmante. Il "Gravidanza Team" ritiene necessario individuare e combattere i fattori che ritardano la decisione riproduttiva di una coppia, e che ne mettono quindi a rischio la fertilità. Prima ancora di individuare le cause responsabili della sterilità, e la loro successiva cura, l'interesse della Scienza e della Politica dovrebbe mirare a misure di supporto alle famiglie e alla facilitazione del lavoro femminile per renderlo compatibile con una genitorialità più precoce. Politiche di sostegno di questo genere hanno portato Paesi con tassi di natalità in passato non molto diversi dai nostri a valori costantemente superiori a 1,9, valori vicini al tasso di sostituzione demografica, pari a 2,1.

Ludovico Muzii - Roberto Brunelli - Francesco Pecorini

PREVENZIONE ONCOLOGICA IN GRAVIDANZA

La prevenzione oncologica può davvero rappresentare lo strumento più efficace per la difesa della salute mediante l'adozione di misure capaci di ridurre il rischio di malattia che devono diventare un'abitudine quotidiana (prevenzione primaria). Tutto ciò diventa particolarmente importante quando deve essere affrontata una gravidanza, momento di grande responsabilità per la salute della donna e del nascituro. E' necessario considerare tutti i possibili fattori di rischio del cancro, rimuovere le possibili cause attraverso una corretta alimentazione, l'esercizio fisico, il buon sonno, l'abolizione di alcool e fumo. La salute del feto è rappresentata da un codice genetico per tutta la sua vita. L'alimentazione è il primo strumento di prevenzione oncologica mediante una dieta bilanciata, moderata, ricca di frutta, verdura e fibre. In gravidanza è necessario limitare sale, zuccheri e grassi e preferire alimenti freschi ad alto contenuto di vitamine e minerali, inoltre è bene controllare sempre la provenienza degli alimenti. Quale misura preventiva dei tumori della pelle è importante la visita dermatologica con mappatura dei nei, che indica eventuali nei sospetti o nei atipici. In gravidanza i nei subiscono delle modifiche (per il diverso metabolismo ormonale), con un aumento delle dimensioni e della pigmentazione.

Marcella Ribuffo

IN "BOCCA" AL LUPO ALLA MAMMA

In gravidanza i diversi cambiamenti fisiologici influenzano la salute della bocca e dei denti. Inoltre reciprocamente la prevenzione odontoiatrica previene le patologie della gravidanza. Il momento migliore per le terapie odontoiatriche è tra la 14° e 20° settimana, quando il rischio di aborto è diminuito e l'organogenesi del feto è a un buon punto. Esiste un'associazione tra malattie gengivali e il parto pretermine o il basso peso alla nascita. Inoltre l'iperemesi gravidica predispone alle carie e a danni estetici dentali. Quindi la prevenzione odontoiatrica in gravidanza è centrale per la salute della mamma e del nascituro.

Nicola Illuzzi

LA CONDIZIONE GIURIDICA DELLA DONNA IN GRAVIDANZA E LA TUTELA APPRESTATA DALL'ORDINAMENTO COSTITUZIONALE

La nostra Costituzione all'art 31 stabilisce che "La Repubblica agevola con misure economiche e altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei compiti relativi, con particolare riguardo alle famiglie numerose. Protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù favorendo gli istituti necessari a tale scopo". Si tratta di una norma volta a rafforzare la tutela della famiglia (vd anche art. 30) in quanto, attraverso di essa la persona ha modo di crescere e sviluppare liberamente la propria personalità (art. 2: "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità").

La maternità dunque merita una particolare attenzione proprio per la sua stretta relazione con la dimensione della famiglia. L'ordinamento giuridico ha conosciuto una notevole evoluzione, a partire dalla normativa dettata a tutela della lavoratrice affinché non trovi impedimenti o ostacoli di varia natura alla scelta di procreare. Malgrado la legislazione vigente, la donna in gravidanza incontra ancora oggi forme surrettizie di discriminazione nel mondo del lavoro che violano di fatto il principio di uguaglianza e di pari opportunità sancito dall'art. 3 della nostra Costituzione. Strettamente connessi con la condizione della donna in gravidanza, a livello di legge ordinaria, vi sono altri due profili: l'aborto, introdotto dalla l. 22 maggio 1978, n. 194, e la procreazione medicalmente assistita, dalla l. 19 febbraio 2004, n. 40. Si tratta di temi tutt'ora dibattuti e che hanno registrato posizioni contrapposte nella società civile. Le due leggi sono peraltro espressione di visioni profondamente diverse.

Angelo Rinella

ALIMENTAZIONE IN GRAVIDANZA

Fin dalla pianificazione di una gravidanza, l'alimentazione gioca un ruolo importante in quanto influisce sulla fertilità e sulle prime fasi della gestazione. Nel corso della gravidanza l'alimentazione diventa uno strumento essenziale per garantire al feto tutti i nutrienti di cui necessita e per soddisfare le richieste energetiche materne. Molta attenzione deve essere posta nella scelta del cibo, anche per avere un giusto aumento di peso nei nove mesi. Un peso eccessivo può infatti favorire l'insorgenza di ipertensione arteriosa e diabete che rappresentano fattori di rischio per gravi complicanze materne e fetali nonché macrosomia fetale con complicanze per il parto e parto prematuro. Anche in gravidanza vale la raccomandazione generale di seguire un regime alimentare equilibrato e variato, in grado di garantire l'apporto di tutti i nutrienti: carboidrati, proteine, grassi, vitamine, sali minerali, fibre e acqua.

M.G. Carbonelli

OSTEOPATIA E GRAVIDANZA

Durante i mesi della gravidanza il corpo materno va incontro a diversi cambiamenti strutturali, che hanno lo scopo di adattare il corpo al feto in crescita, in modo da fornirgli un ambiente il più possibile funzionale ed accogliente, tale modifiche portano ad un cambiamento degli schemi posturali esistenti, accentuando la curvatura lombare e modificando per compensazione adattativa la curva dorsale. Per tale motivo Durante la gravidanza possono insorgere diversi disturbi funzionali come: (*mal di schiena, lombalgia, sciatalgia, difficoltà nella respirazione, difficoltà nel transito intestinale e costipazione, dolori alle gambe, problemi circolatori agli arti inferiori, dolori alla cervicale*). L'Osteopatia costituisce uno strumento valido, efficace e sicuro, per accompagnare tutto il periodo di gestazione. Compito di tale approccio è quello di alleviare le problematiche che si possono presentare durante il periodo gestazionale ed anche post-parto, donando alla futura mamma un benessere ed un equilibrio che le consentano di vivere questo periodo in maniera serena, ed accompagnarla insieme con equipe medico sanitaria ad un parto il più possibile naturale e privo di complicazioni.

Alessia Rabini - Bruno Morabito - Dario Silvestri

UROLOGIA E GRAVIDANZA

La gravidanza è un evento fisiologico. Esistono delle alterazioni dell'apparato urinario che rientrano nella norma e vanno conosciute. Per l'aumentato afflusso di sangue renale, i valori di funzionalità renale (creatinina) si abbassano e dunque valori ai limiti alti della norma in gravidanza possono indicare una insufficienza renale. Dopo il secondo trimestre di gravidanza un certo grado di dilatazione (idronefrosi) di entrambi i reni è da considerarsi normale. In genere è maggiore sul lato destro rispetto al sinistro e non richiede alcun trattamento. E' dovuta all'ingrandimento dell'utero che comprime gli ureteri. Nel 2-7% delle donne in gravidanza è presente una infezione urinaria asintomatica, ma che, se non trattata, può portare ad infezione renale (pielonefrite) nel 25% dei casi. Tutte le donne in gravidanza dovrebbero pertanto sottoporsi a periodica urinocoltura. Gli antibiotici che possono essere usati in gravidanza con basso rischio sono le cefalosporine, la fosfomicina ed i beta-lattamici. La gravidanza è possibile dopo un trapianto renale, anche se aumenta il rischio di parto prematuro, infezione urinaria e pre-eclampsia.

Paolo Emiliozzi





L'OSTETRICA E LA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

Parlare di gravidanza che ingloba in sé il miracolo della vita è più che mai opportuno in considerazione del grave e grande fenomeno di denatalità che interessa il nostro paese. Occorre un'accurata riflessione rispetto a visioni semplicistiche che riducono tutta la complessità della gravidanza e della nascita, senza farsi cullare dalle false rassicurazioni dettate solamente da una visione medicalizzata del parto, dove sovente l'overtreatment non è la risposta migliore. La gravidanza ed il parto sono eventi complessi e centrali nella vita di una donna, a carattere biologico, sociale e culturale. Così come nella medicina personalizzata si attua l'approccio più idoneo per mettere in atto strategie preventive e curative, allo stesso modo viene esaltata la centralità della donna che diviene protagonista delle scelte. Fin dall'epoca pre-concezionale l'ostetrica prende in carico e conduce la donna attraverso la gravidanza fino all'evento nascita. Il documento (BRO-Basso Rischio Ostetrico) del Ministero della Salute individua l'ostetrica come la figura professionale più esperta ed idonea a monitorare la gravidanza fisiologica in tutte le sue fasi, in autonomia, mediante una costante rivalutazione della potenziale oscillazione della gravidanza tra il basso e l'alto rischio clinico. Le gravidanze a basso rischio seguite dalle ostetriche comportano un minor rischio di ricovero in epoca prenatale, di interventi ostetrici durante il parto, e della necessità di un taglio cesareo.

Maria Vicario - Iolanda Rinaldi - Angela Paterno

IL CANCRO OGGI NON FERMA LA GRAVIDANZA

I progressi in oncologia hanno permesso di sconfiggere sempre più spesso la malattia neoplastica consentendo ai pazienti di desiderare una vita normale. Il desiderio di un figlio nei pazienti più giovani fa parte di questa normalità. La possibilità di avere una gravidanza e/o di portarla avanti è un'opportunità che oggi può essere proposta a molte donne alle quali viene diagnosticato un tumore maligno in età fertile. Oggi tutte le donne in età preadolescenziale e in età fertile alle quali viene diagnosticato un tumore, dovrebbero ricevere informazioni sulla possibilità di preservare la fertilità attraverso tecniche di congelamento di ovociti e/o di tessuto ovarico o tecniche chirurgiche fertility-sparing. Quando la diagnosi di tumore maligno avviene in corso di gravidanza, è possibile sottoporre le pazienti ad interventi chirurgici in assoluta sicurezza per il feto. Inoltre, dopo il primo trimestre di gravidanza è possibile sottoporre le pazienti a chemioterapia utilizzando farmaci non teratogeni. Trattando quindi le pazienti con terapie antitumorali durante la gravidanza possiamo curare la neoplasia, effettuare il parto al raggiungimento della maturità fetale, e posticipare l'intervento chirurgico a dopo il parto. E' indispensabile che la paziente giovane venga inviata in centri di riferimento in grado di garantire un counseling multidisciplinare in cui lo specialista di riproduzione e l'ostetrico siano presenti insieme agli altri specialisti (oncologi, chirurghi, radioterapisti, psicologi etc)

Maria Giovanna Salerno

PERCORSI NASCITA MULTICULTURALI (PNM) MIGLIORAMENTO DELL'ATTESA ALLE DONNE CON FRAGILITÀ PSICO-AMBIENTALE

Negli ultimi anni in Italia, il numero di immigrati è aumentato significativamente. Sicuramente la presa in carico delle pazienti ostetriche provenienti da queste popolazioni è molto complicata a causa della difficile comunicazione e delle differenti culture. Inoltre una quota importante di gestanti, arriva, per motivi socio-culturali con difficoltà ad usufruire dei servizi sanitari. Si tratta pertanto di pazienti ostetriche "fragili". Infatti diversi studi hanno dimostrato che l'immigrazione è associata significativamente ad un peggiore outcome materno-fetale. L'iniziativa proposta per le pazienti ostetriche straniere è la creazione di percorsi assistenziali preferenziali multidisciplinari dedicati esclusivamente alle pazienti "fragili" integrando nel percorso anche un mediatore culturale, uno psicologo e la condivisione di una cartella telematica che faciliti l'accesso ai dati clinici e strumentali riducendo le urgenze/emergenze ostetriche.

Pierluigi Palazzetti - Elisabetta Cortis

GRAVIDANZA:

FINESTRA DI OPPORTUNITÀ PER IL NEUROSVILUPPO

Attualmente 1 bambino su 5 presenta disturbi del neurosviluppo. Tra questi è emblematico l'autismo, condizione *lifelong* in rapido aumento negli ultimi decenni (1 bambino su 59 in USA, 1 su 77 in Italia), con importante incremento della richiesta di risorse in risposta ad un'ampia gamma di bisogni di salute. Si tratta di un disturbo neurobiologico, per la gran parte risultato di una perturbazione del dialogo tra genoma e ambiente - nella sua accezione più ampia - nel periodo preconcezionale, embriofetale e postnatale. Pertanto, dalla prevenzione primaria in gravidanza sono attese le ricadute più favorevoli per il neurosviluppo, con vantaggi per il singolo e per la collettività.

Fanos Vassilios - Chiara Alberto - Panisi Cristina

NUTRIRSI PER NUTRIRE

In gravidanza si deve mangiare per 2? No, ma 2 volte meglio. Diversi studi hanno riconosciuto l'alimentazione materna come il fattore ambientale di maggiore influenza sullo sviluppo embrionale e fetale, al pari dello stato di salute della madre. Nei nove mesi è necessario seguire un'alimentazione adeguata che risponda agli aumentanti fabbisogni di Acido Folico fondamentale per la prevenzione della spina bifida, di Proteine (in particolare nel III trimestre), di Calcio, di Iodio, essenziale per lo sviluppo neurologico del feto e di Ferro, costituente dell'emoglobina, contenuto negli alimenti di origine sia animale (carne, pesce, uova) che vegetale come legumi, rucola, radicchio verde, carciofi e pistacchi. Importante inoltre è la prevenzione di infezioni come toxoplasmosi e listeriosi che possono causare gravi conseguenze per il feto, ponendo maggiore attenzione all'igiene di mani, superfici e alimenti evitando carni, pesci e affettati crudi e latte non pastorizzato.

Francesca Musaio - Roberto Cipolla

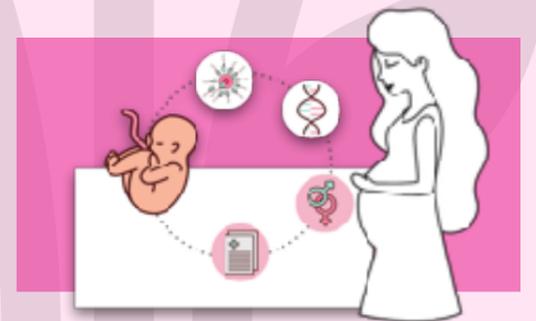
STRATEGIE NUTRIZIONALI IN GRAVIDANZA

I primi 1000 giorni della vita di un bambino sono quelli in cui si plasma la vita futura dell'adulto, questo periodo include la gravidanza. Per questo motivo si deve dedicare particolare attenzione alle abitudini di vita della madre. Tra queste l'alimentazione riveste un ruolo fondamentale. L'alimentazione in gravidanza si basa su alcuni principi il cui rispetto migliora il decorso della gestazione, riduce la comparsa di complicanze materne e fetali, favorisce la nascita di un neonato sano, e plasma lo sviluppo neurologico e comportamentale del nuovo nato e prevenire la comparsa di malattie non trasmissibili quali l'obesità, l'ipertensione, e il diabete. In questo periodo la madre deve assumere un giusto mix di macronutrienti (glucid, proteine e lipidi) per assicurare una regolare crescita del feto, e di micronutrienti quali folati, zinco, iodio, ferro, vitamine A, D, B6 e B12, e acidi grassi poliinsaturi. I principi basilari sono:

- 1) Evitare l'assunzione di alcool. Non è stato ancora possibile stabilire quale è il valore soglia al di sotto del quale non si verifica alcun danno al cervello fetale
- 2) Assumere l'acido folico a partire da 30-40 giorni precedenti il periodo del concepimento. Il raggiungimento di adeguati livelli di folati determina una riduzione significativa della frequenza di malformazioni del tubo neurale del feto.
- 3) La dieta deve essere equilibrata e contenere un giusto equilibrio di macronutrienti: carboidrati 45%-60%, grassi 20%-30%, proteine 15%-20%, con l'attenzione di introdurre con l'alimentazione una quota di acidi grassi poliinsaturi. Le proteine inoltre hanno un ruolo determinante per il neurosviluppo fetale.
- 4) Il fabbisogno calorico della donna normopeso in gravidanza è di 2500 calorie/die nel I trimestre, 2650 nel II, e 2850 nel III.
- 5) Correggere la carenza di ferro per mantenere adeguati livelli di emoglobina.
- 6) Fornire un adeguato apporto di micronutrienti.

L'ottimale nutrizione in gravidanza, con il corretto apporto di macro e micro nutrienti pone le basi per un ottimale sviluppo neurologico dell'individuo.

Francesco Maneschi



Gravidanza libera e consapevole

Nell'ottica della tutela della maternità e della donna come madre, l'ordinamento consente alla madre di affidare il figlio alle cure dell'ospedale in cui è nato, affinché sia assicurata la sua assistenza e la sua tutela giuridica; e, soprattutto, il diritto della madre a non essere nominata nella dichiarazione di nascita, affinché il suo nome rimanga per segreto (art. 30, co. 1, del dPR 3 novembre 2000, n. 396); nell'atto di nascita del bambino viene apposta l'annotazione "nato da donna che non consente di essere nominata".

A tal fine, l'art. 93 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003, recentemente adeguato al regolamento UE n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016), stabilisce che, ai fini della dichiarazione di nascita, il certificato di assistenza al parto è sempre sostituito da una semplice attestazione contenente i soli dati richiesti nei registri di nascita; il certificato di assistenza al parto o la cartella clinica, ove comprensivi dei dati personali che rendono identificabile la madre che abbia dichiarato di non voler essere nominata avvalendosi della facoltà di cui all'articolo 30, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396, possono essere rilasciati in copia integrale a chi vi abbia interesse, in conformità alla legge, decorsi cento anni dalla formazione del documento; durante tale periodo, la richiesta di accesso al certificato o alla cartella può essere accolta relativamente ai dati relativi alla madre che abbia dichiarato di non voler essere nominata, osservando le opportune cautele per evitare che quest'ultima sia identificabile.

In generale, fatte salve specifiche situazioni, la disciplina in tema di privacy (d.lgs. n. 196/2003) va coordinata con la normativa dettata in tema di accesso agli atti amministrativi (L.n. 241/1990); il contrasto tra accesso e riservatezza, infatti, pone delicate questioni che il legislatore ha tentato di contemperare ponendo precisi limiti al diritto di accesso nel caso in cui l'ordinamento giuridico tuteli la riservatezza (cfr. in generale, art. 24 L.n. 241/1990).

Se la madre vuole restare nell'anonimato, la dichiarazione di nascita è fatta dal medico o dall'ostetrica e il diritto a rimanere una mamma 'segreta' prevale su ogni altra considerazione o richiesta. Ciò deve costituire un ulteriore elemento di sicurezza per quante dovessero decidere, aiutate da un servizio competente ed attento, di partorire nell'anonimato.

La gravidanza e la successiva nascita di un bambino sono eventi talmente straordinari, dirompenti e profondamente incidenti nella vita concreta, emotiva e relazionale di una donna, che non sempre ella riesce ad affrontarli. Le istituzioni devono, quindi, da una parte, rimuovere gli ostacoli di carattere economico, sociale, psicologico e di qualunque altro genere, che limitano il diritto della donna di divenire madre; e, dall'altro, riconoscere e tutelare il diritto di abortire (a determinare condizioni, art. 4 L.n. 194/78), anche alle donne minorenni, o di portare alla luce un 'nuovo uomo', senza stigmi di alcun genere, informando la donna, sostenendola ed aiutandola in maniera qualificata, per assicurare una scelta libera e consapevolmente responsabile.

Al momento del parto, pertanto, va garantita la massima riservatezza, senza giudizi colpevolizzanti ma con interventi adeguati ed efficaci, per assicurare - anche dopo la dimissione della mamma dalla struttura sanitaria - che il parto resti in anonimato. La tutela dell'anonimato è totale ed insuperabile; infatti se per un verso il legislatore si è adeguato alle convenzioni internazionali che riconoscono il diritto del bimbo adottato di conoscere non soltanto la sua condizione giudica, ma anche e a certe condizioni di conoscere l'identità dei suoi geni biologici (art. 28 della Legge 4 maggio 1983, n. 184), per altro verso ha posto il limite invalicabile all'accesso dei dati, se l'adottato non è stato riconosciuto alla nascita dalla madre naturale - "L'accesso alle informazioni non è consentito se l'adottato non sia stato riconosciuto alla nascita dalla madre naturale e qualora anche uno solo dei genitori biologici abbia dichiarato di non voler essere nominato, o abbia manifestato il consenso all'adozione a condizione di rimanere anonimo". Tale forma di tutela della madre non pregiudica i diritti del nuovo nato, al quale sono garantiti in via primaria i diritti all'identificazione, al nome, alla cittadinanza, alla certezza di uno status di filiazione, alla educazione ed alla crescita in famiglia.

Cons. Dr. Ferdinando Lignola (Corte di Cassazione) - Cons. Dr. Roberto Proietti (Consiglio di Stato) - Avv. Mariangela Rinaldi

COORDINATORI

Prof Vito D'Andrea
Dr Alessandro Braccioni
Claudio Cau

COMITATO SCIENTIFICO

Dr Gabriella Nasi
Dr Giuseppe Guaglianone
Prof Giovanni Scapagnini
Dr Pietro Forlano
Dr Vincenzo Aloisantonio
Prof Licia Manzoni
Dr Ottavia Poli
Dr Marco Vignetti
Dr Nancy Galan
Dr Antonio Attianese

GINECOLOGICAL BOARD

Prof Ludovico Muzii
Dr Carlo Piscicelli
Prof Francesco Maneschi
Dr Antonio Ragusa
Dr Pierluigi Palazzetti
Dr Maria Giovanna Salerno

HONORARY PRESIDENT

Dr. Antonio Magi
Presidente Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Roma

HONORARY PARTNERS

Dr Emilio Croce - Presidente Ordine dei farmacisti di Roma

On. Vice Sindaco Teresa Maria Zotta

Dott.ssa Marta Branca, Direttore Generale INMI Lazzaro Spallanzani

Dott.ssa Maria Vicario, Presidente FNOPO

Dott.ssa Sabrina Diamanti, Presidente Conaf

Dr Brunello Pollifrone, Presidente Cao Roma

