

# Interreg



UNIONE EUROPEA  
EVROPSKA UNIJA

## ITALIA-SLOVENIJA



### SALUTE-ZDRAVSTVO

Progetto ITI co-finanziato dal Fondo europeo di sviluppo regionale  
Projekt CTN sofinancira Evropski sklad za regionalni razvoj

# VADEMECUM LINGUISTICO

## GRAVIDANZA FISIOLOGICA





# VADEMECUM LINGUISTICO GRAVIDANZA FISIOLÓGICA

## 1. GRAVIDANZA

Una gravidanza normale dura 40 settimane. Durante questo periodo, il feto si sviluppa e matura nell'utero. Parliamo di gravidanza quando un bambino nasce tra la 37a e la 42a settimana di gravidanza. Un bambino prematuro nasce prima della 37a settimana di gravidanza completa. La durata della gravidanza è determinata dall'età gestazionale del feto, calcolata dal primo giorno dell'ultimo periodo mestruale ed espressa in settimane e giorni. A causa delle diverse esigenze della donna incinta e della cura del feto, la gravidanza è divisa in tre periodi: nel primo trimestre nel feto si sviluppano tutti i sistemi degli organi, nel secondo il feto cresce e nel terzo, continuando a crescere, matura abbastanza da essere pronto per la vita fuori dall'utero.

## 2. CURA DELLE GESTANTI

In Slovenia l'assistenza alle donne in gravidanza è determinata dalla legge. Ogni donna ha il diritto di scegliere un ginecologo personale. Una donna in buona salute ha diritto a 10 visite preventive durante la gravidanza, dove viene curata da un ginecologo e da un'ostetrica.

In Italia l'assistenza alle donne in gravidanza è determinata dalle linee guida ministeriali. Ogni donna ha diritto di essere assistita durante la gravidanza nell'ambito del percorso nascita pubblico, che prevede un modello assistenziale in cui la gravidanza a basso rischio è gestita in autonomia da personale ostetrico, che ne monitora l'andamento e si avvale dello specialista ginecologo nel caso il decorso si discosti dalla fisiologia (gravidanza a medio/alto rischio). Le prestazioni erogate, utili a tutela

della salute della donna e di quella del suo bambino, sono gratuite, ossia senza pagamento del ticket sanitario, e definite dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Lo scopo dell'assistenza nel periodo prenatale è garantire che una madre sana dia alla luce un bambino sano.

### 3. IL RUOLO DELL'OSTETRICA

L'ostetrica è una figura professionale qualificata in possesso di un titolo universitario, specializzata nel fornire assistenza infermieristica alle donne durante la gravidanza, durante il parto e nel periodo post-natale.

In Slovenia il suo compito principale è guidare il parto. Conduce le nascite fisiologiche in modo indipendente, determina l'eventuale anomalia nel decorso del parto e agisce tempestivamente. Assiste il medico a gestire nascite complicate ed è la prima ad aiutare la partoriente o il neonato in caso di emergenza. L'ostetrica offre il suo aiuto professionale alla partoriente durante il parto.

In Italia l'Ostetrica in Italia (decreto ministeriale 740/94) è una professionista qualificata ed una figura di riferimento per la donna, il bambino, la coppia e la famiglia. Il titolo abilitante è conseguito tramite la Laurea in Ostetricia e la successiva iscrizione all'Albo Professionale; ricopre un ruolo importante, rispondendo ai bisogni biopsicosociali relativi ai fenomeni naturali del ciclo sessuale della donna: periodo fertile, gravidanza, parto, puerperio e menopausa. Il modello di assistenza ostetrico mira alla realizzazione di interventi di consulenza e prevenzione volti a far acquisire uno stile di vita adeguato ai fini del mantenimento dello stato di salute della donna; offre un'assistenza basata sull'ascolto permettendo alla donna di avere maggiore potere decisionale e di operare scelte informate e consapevoli. Nell'ambito del percorso nascita le informazioni e i consigli che l'ostetrica fornisce alla mamma in attesa riguardano diversi argomenti, dall'igiene alimentare, all'attività fisica, all'abbigliamento e alla cura del corpo, dall'attività sessuale alle tecniche di rilassamento. Conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato. Inol-

tre, si occupa di:

- controllo e assistenza alla gravidanza;
- sostegno e accompagnamento alla donna/coppia nel processo genitoriale;
- educazione alla salute;
- stesura del piano di assistenza e cura delle patologie in equipe;
- conduzione dei percorsi di educazione alla nascita;
- sorveglianza dello stato di salute materno e fetale;
- sostegno, assistenza e cura della mamma e del bambino;
- sostegno nell'allattamento al seno;
- educazione globale alla salute sanitaria e sessuale;
- sostegno alla famiglia;
- conduzione di corsi post-parto.

L'ostetrica, nel rispetto dell'etica professionale, gestisce, come membro dell'equipe sanitaria, l'intervento assistenziale di propria competenza; è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza.

#### 4. CARTELLA DELLA GRAVIDANZA

In Italia la cartella della gravidanza accompagna la donna durante tutte le fasi del percorso nascita. È pensata per facilitare: la conoscenza del percorso assistenziale (i controlli, gli esami e le indagini consigliati a seconda dell'epoca gestazionale); la raccolta della documentazione clinica; l'acquisizione da parte degli operatori sanitari che vengono in contatto con la donna di informazioni utili a conoscere, in ogni momento, la storia clinica e l'evoluzione della gravidanza. La cartella della gravidanza viene consegnata alla donna in occasione della prima visita, a seguito dell'accertamento della gravidanza stessa, e la donna viene invitata a portarla con sé ad ogni successivo accesso.

## 5. CAMBIAMENTI NEL CORPO DURANTE LA GRAVIDANZA

Il corpo della gestante cambia sotto l'influenza degli ormoni per sostenere la crescita e lo sviluppo del feto e prepararsi al parto. L'utero aumenta di volume con l'avanzare dell'epoca gestazionale fino a raggiungere il processo xifoideo a termine di gravidanza.

La gravidanza comporta una serie di modificazioni a carico dell'organismo della donna che interessano:

- Il peso corporeo
- Il sistema circolatorio
- Il sistema emocoagulativo
- L'apparato respiratorio
- L'apparato genitourinario
- L'apparato gastrointestinale
- Il sistema endocrino.

L'utero che aumenta di volume (e quindi la comparsa del famoso "pancione") determina uno spostamento del baricentro corporeo, con conseguente alterazione della postura. Possono comparire delle macchie sulla pelle, correlate al potenziamento della pigmentazione melanica in alcune aree del corpo (sul viso e lungo la linea che attraversa longitudinalmente l'addome), a sua volta associato al diverso assetto ormonale. Sotto l'effetto dello sviluppo delle ghiandole mammarie, i seni diventano più grossi, tesi e dolenti e le areole (le zone circolari circostanti al capezzolo) più scure ed estese. La cute addominale viene tesa dall'utero che aumenta di volume con conseguente possibile comparsa di smagliature. Anche la muscolatura liscia risente dell'azione ormonale: da ciò dipendono problemi di costipazione, emorroidi e vene varicose a carico degli arti inferiori e dei genitali esterni.

Il nuovo assetto ormonale è il principale responsabile di questo adattamento indispensabile alla madre per nutrire il suo bambino e preparare il proprio corpo al travaglio, al parto e al successivo allattamento.

È proprio a queste modificazioni fisiologiche dell'assetto ormonale e, di conseguenza, dell'organismo materno che si devono i più comuni disturbi della gravidanza:

- Nausea e vomito. La nausea si verifica nell'80-85% delle gravidanze nel corso del primo trimestre e, in una per-

centuale ridotta, si associa a vomito. La severità dei sintomi è variabile da donna a donna, così come è variabile l'epoca gestazionale di inizio e di termine. Generalmente non determinano eventi avversi in gravidanza e si risolvono spontaneamente entro la 16-20a settimana.

- **Pirosi gastrica.** Si tratta di un disturbo descritto come bruciore e disagio percepiti nella zona retrosternale e/o nell'esofago, che può essere associato a reflusso esofageo e che tende a peggiorare con il prosieguo della gravidanza. A eziologia non chiara, è una probabile conseguenza di alterazioni ormonali che interferiscono con la motilità gastrica. Nel suo trattamento si includono raccomandazioni sulle modificazioni nell'alimentazione (riduzione di cibi ad alto contenuto di grassi e gastro irritanti come la caffeina, consumo di piccoli pasti frequenti, eliminazione di cibi piccanti dalla dieta) e nella postura (posizione eretta specie dopo i pasti, leggermente sollevata durante il sonno).
- **Stipsi.** È legata a un rallentamento della motilità intestinale dovuto agli elevati livelli di progesterone. Condizione comune in gravidanza, può essere controllata con la supplementazione di fibre alimentari.
- **Perdite vaginali.** La qualità delle perdite vaginali cambia durante la gravidanza e la quantità spesso aumenta. Possono essere riconducibili a condizioni fisiologiche, ma anche a condizioni patologiche, soprattutto se accompagnate da odore forte e sgradevole, prurito e dolore nella minzione.
- **Mal di schiena.** Le donne cominciano a soffrirne maggiormente tra il quinto e il settimo mese di gravidanza e la sera è la parte della giornata in cui i sintomi peggiorano. La causa è attribuibile a una postura alterata assunta dalla gestante, riconducibile all'aumento del peso del bacino e al concomitante rilassamento della muscolatura di supporto per azione dell'ormone relaxina. Esercizi in acqua, massaggi, l'utilizzo di un cuscino cuneiforme e corsi di back care possono essere d'aiuto nell'alleviare il mal di schiena.

## 6. SCREENING DURANTE LA GRAVIDANZA

I test di screening sono procedure ed esami volti a identificare in modo attivo le persone a rischio di determinate patologie all'interno di una popolazione apparentemente sana.

Nel caso delle gestanti vengono eseguiti test di screening su sangue allo scopo di identificare la possibile presenza di malattie infettive (fra cui toxoplasmosi, epatiti, sifilide, ecc.). Si controllano, inoltre, anche il gruppo sanguigno e il fattore Rh.

I test di screening su urine hanno, invece, lo scopo di identificare possibili segni di infezione del tratto urinario che necessitano di trattamento. È particolarmente importante eseguire questo esame nel terzo trimestre, in quanto permette di evidenziare eventuali segni riconducibili a patologie sistemiche legate allo stato gravidico (ad es. preeclampsia).

Per valutare il benessere del feto e studiarne lo sviluppo, durante la gravidanza vengono proposti alla donna tre test di screening ecografici (distribuiti nei tre trimestri di gravidanza) – vedi sezione "Ecografia".

Oltre a questi ultimi (non invasivi), esistono esami ecografici invasivi che offrono la possibilità di conoscere il cariotipo fetale in caso di aumentato rischio di alterazione dello stesso: si tratta di amniocentesi, villocentesi e funicolocentesi.

## 7. LE VACCINAZIONI IN GRAVIDANZA

Visti i comprovati benefici per ogni donna incinta, si raccomanda la vaccinazione contro l'influenza stagionale, relativa soprattutto al periodo autunno-inverno.

Intorno alla 24a settimana di gravidanza, si raccomanda alle donne di essere vaccinate contro la pertosse per proteggere il neonato dalle infezioni prima che venga vaccinato e sviluppi la propria resistenza.

In caso di ferite cutanee aperte o lesioni delle mucose, alle donne in gravidanza viene anche offerta la vaccinazione contro il tetano con una seconda dose in linea con le raccomandazioni.

Alle donne che intendono rimanere incinte e non hanno an-

cora avuto la varicella, si raccomanda la vaccinazione contro l'infezione da virus varicella-zoster prima della gravidanza.

## 8. ATTIVITÀ FISICA

Un'attività fisica regolare durante la gravidanza aiuta a mantenere un aumento ponderale entro i limiti consigliati, migliora la postura, riduce l'affaticamento e influisce sul benessere generale. Particolare attenzione dovrebbe essere prestata agli esercizi per rafforzare il pavimento pelvico e i muscoli della schiena, che sono soggetti a carichi particolari durante la gravidanza. Per mantenere una buona condizione fisica si raccomandano attività aerobiche leggere come camminare e nuotare. Nel progetto Salute-Zdravstvo, sottoprogetto Gravidanza fisiologica, si è prestata particolare attenzione all'attività fisica durante la gravidanza. Gli esercizi guidati per le donne in gravidanza con una fisioterapista si svolgono su base settimanale.

## 9. DIETA SANA

Alle donne in gravidanza si raccomanda di seguire una dieta sana ed equilibrata. Il menu dovrebbe includere una varietà di frutta e verdura, cereali integrali e prodotti a base di cereali, carne magra, pesce e latticini. Si consiglia di bere acqua, tè non zuccherati, succhi naturali e moderare la quantità di caffè. Evitare alcol, bevande zuccherate gassate, snack salati, carne cruda, uova crude e pesce crudo. Si consiglia l'assunzione di integratori di acido folico con vitamine ancora prima del concepimento.

## 10. ACIDO FOLICO

L'acido folico, se assunto regolarmente prima della gravidanza e nel primo trimestre di gravidanza, riducono l'insorgenza di difetti congeniti del tubo neurale durante la formazione dell'embrione, quando si sviluppano e si differenziano i primi abbozzi degli organi. La dose giornaliera raccomandata

è di 400 µg, la forma attiva di acido folico (metafolato) è più facile e meglio assorbita dall'organismo rispetto a quella inattiva. Nell'età gestazionale più avanzata, specialmente in caso di anemia, l'assunzione di acido folico è raccomandata assieme all'integrazione con ferro, poiché la combinazione migliora l'efficacia della terapia.

## 11. AUMENTO PONDERALE

L'aumento del peso corporeo in gravidanza è dovuto sostanzialmente allo sviluppo del feto e degli annessi embrio-fetali, all'aumento di volume dell'utero, all'aumento dei depositi adiposi, alla ritenzione idrica per aumento dell'idrofilia della componente mucopolisaccarida della sostanza fondamentale per azione degli estrogeni.

Le raccomandazioni sull'aumento di peso ottimale in gravidanza sono distinte in base all'indice di massa corporea (IMC, calcolato dividendo il peso – espresso in kg – per il quadrato dell'altezza – espressa in metri) pregravidico e specificano l'intervallo entro il quale non è stata dimostrata un'associazione con esiti avversi della gravidanza. Per questa ragione il peso materno e l'altezza devono essere misurati al primo appuntamento insieme al calcolo dell'IMC. L'eccessivo aumento ponderale in gravidanza rispetto all'aumento di peso entro gli intervalli raccomandati comporta maggiore probabilità di effetti avversi per la salute di madre e bambino in fase pre-, peri- e post-natale (ipertensione gestazionale, diabete gestazionale, distocia di spalla, taglio cesareo, ipoglicemia neonatale, macrosomia fetale, ecc.).

## 12. MISURAZIONE SINFISI FONDO (MONITORAGGIO DELLA CRESCITA DEL FETO)

Le alterazioni della crescita fetale rappresentano una delle più comuni complicanze della gravidanza. Le indagini prenatali di cui disponiamo al fine di monitorare la crescita fetale e, di conseguenza, evidenziare eventuali alterazioni della stessa sono l'ecografia e la misurazione sinfisi-fondo.

Quest'ultima si rileva con un nastro centimetrato, calcolando la distanza lungo l'asse longitudinale dell'utero tra il margine superiore della sinfisi pubica ed il fondo uterino. Il dato viene registrato a partire dalla ventiquattresima settimana gestazionale e confrontato con le curve di crescita fetale. Il livello raggiunto dal fondo uterino è, quindi, il primo e più semplice strumento in grado di rilevare la corretta crescita del feto. Deve essere misurato ad ogni incontro e, se possibile, dallo stesso professionista sanitario. Se le misurazioni si discostano dalla normale curva di crescita fetale, viene eseguito un esame ecografico di approfondimento.

### 13. ECOGRAFIA

L'ecografia è un metodo analitico sicuro e indolore che misura lo sviluppo del feto durante la gravidanza, la sua crescita, monitora lo sviluppo e la posizione della placenta, la quantità del liquido amniotico, valuta la lunghezza della cervice e la funzione delle arterie uterine e dei vasi ombelicali. L'esame ecografico, se necessario, può essere ripetuto varie volte per permettere un confronto dei risultati a beneficio della futura mamma e il feto.

### 14. MOVIMENTI ATTIVI FETALI

I movimenti a carico degli arti fetali iniziano già a 8 settimane gestazionali, per farsi poi più coordinati attorno alla 14a settimana. Questi sono tuttavia avvertiti dalla madre a partire dalle 17-20 settimane gestazionali (più precocemente dalle pluripare rispetto alle nullipare). La sensazione è quella di un leggero tocco o di uno sfarfallio al di sotto dell'ombelico; con il proseguire della gravidanza la percezione diventa più forte e meglio definita, soprattutto quando la madre assume certe posizioni. Inoltre, è più facile percepire i movimenti fetali dopo i pasti, quando la madre è a riposo e durante la notte, mentre se fosse molto impegnata in altre attività potrebbe non farci troppo caso. I movimenti attivi fetali (MAF) sono il principale indice di benessere fetale. Allo stesso ogni feto presenta un proprio pattern, perciò ogni madre impara

a riconoscere le abitudini del proprio figlio, legate alle stimolazioni esterne e al naturale ritmo sonno-veglia. Talvolta il movimento fetale può associarsi a tensione addominale e dolore (che poi scompare comunque rapidamente) e può essere confuso con la contrazione (in cui invece a indurirsi è l'intero addome, non solo una sua parte).

## **15. INCONTRI GRUPPI DI SUPPORTO**

Gli incontri di gruppi di supporto guidati da un'ostetrica sono una delle attività svolte nell'ambito del progetto Salute-Zdravstvo, implementato da GECT GO, più in dettaglio il sotto progetto Gravidanza fisiologica. Gruppi di gestanti si incontrano sotto la guida dell'ostetrica per conoscersi, confrontarsi e ricevere informazioni valide sui vari argomenti relativi alla gravidanza e al parto. In tal modo le gestanti conoscono le ostetriche e con il loro aiuto si preparano al parto e al periodo postnatale.

## **16. EMPOWERMENT**

In pedagogia e psicologia sociale, con questo termine si intende il processo di riconquista della consapevolezza di sé, delle proprie potenzialità e del proprio agire. Questo concetto ben si presta come cardine portante del modello di assistenza ostetrica: lo strumento principale per mantenere ed eventualmente ristabilire la salute nella donna è, infatti, l'attivazione delle risorse di quest'ultima. Ciò comporta un percorso assistenziale al cui centro è posta la donna, non più l'operatore: detentore del sapere è quindi la donna, non più l'operatore. La donna possiede tutte le competenze necessarie e compito dell'operatore è quello di sostenerla affinché ne prenda consapevolezza e le possa attivare ai fini della salvaguardia della sua salute.

## **17. POSIZIONE E PRESENTAZIONE DEL FETO**

A termine di gravidanza la maggior parte dei feti si posizio-

na in senso longitudinale, ossia con l'asse longitudinale del corpo fetale parallelo a quello materno, e con presentazione cefalica, ossia con la testa rivolta verso il basso, in prossimità dell'ingresso pelvico della madre. La testa si presenta flessa in avanti sul torace così come le braccia, le gambe a loro volta flesse in alto sull'addome. In questo modo il feto adotta la posizione più conforme alla forma dell'utero e al passaggio attraverso il canale del parto e pertanto ottimale ai fini di un parto eutocico. Può capitare tuttavia che a rapportarsi con l'ingresso pelvico materno siano le natiche o i piedini o una variante combinata di queste parti fetali. Si parla allora di presentazione podalica, in cui il parto per via vaginale è possibile ma si associa a maggior rischio di complicanze e per questo motivo viene preferito il parto tramite taglio cesareo. Il parto per via vaginale non è possibile quando, sebbene più raramente, il feto assume una posizione trasversa, cioè con l'asse longitudinale del corpo perpendicolare rispetto a quello materno.

## 18. LE CONTRAZIONI

L'utero è un muscolo a forma di sacco in cui il feto cresce e si sviluppa. Le contrazioni sono spasmi ritmici dei muscoli uterini che si verificano all'inizio del travaglio. Le contrazioni, propagandosi attraverso il corpo dell'utero dall'alto verso il basso, agiscono sul collo dell'utero, determinandone dapprima lo spostamento anteriore, il rammollimento e il raccorciamento, poi la dilatazione della bocca uterina ed infine la progressione del feto attraverso il canale del parto fino alla sua espulsione attraverso la vagina materna. In concomitanza della contrazione la partoriente avverte una sensazione di indurimento doloroso a livello addominale; il dolore può coinvolgere la parte bassa della schiena, la radice delle cosce, la sinfisi pubica. Durante il parto, parallelamente all'attività contrattile uterina, viene monitorato il battito cardiaco fetale attraverso la cardiocotografia (CTG): ciò è possibile posizionando due trasduttori sull'addome materno collegati ad un monitor. La cardiocotografia ci permette perciò di valutare il benessere fetale durante il travaglio di parto. Nella fase attiva del travaglio le contrazioni compa-

iono ogni 3-5 minuti circa per una durata di 1 minuto circa ed è possibile riconoscere un'attività contrattile già durante la gravidanza: questa si distingue dalle contrazioni legate all'evento nascita in quanto non dolorosa.

Le contrazioni uterine si contraddistinguono per essere:

- Involontarie. Come per tutti gli organi provvisti di muscolatura liscia, l'utero nel contrarsi non è soggetto alla volontà della gestante;
- Dolorose. La componente dolorosa è variabile, in quanto risultato dell'interazione di molteplici meccanismi biochimici, fisiologici e psicologici; l'intensità del dolore è generalmente proporzionale all'intensità della contrazione uterine. Nella sua complessità, il dolore è avvertito dalla donna a livello del basso addome, della sinfisi pubica, della zona sacrale alta e della radice delle cosce;
- Intermittenti. Ciò garantisce un intervallo tra una contrazione e l'altra; questa caratteristica è importante non solo per il recupero funzionale delle fibrocellule muscolari, ma anche per consentire gli scambi placentari.

Le contrazioni sono uno dei fattori determinanti l'evento nascita: da irregolari per durata, intensità e frequenza durante i prodromi di travaglio, diventano regolari durante il travaglio attivo ed infine si coordinano alle spinte materne per consentire l'espulsione del feto.

## 19. DILATAZIONE DELLA BOCCA UTERINA

La dilatazione della bocca uterina ha inizio in seguito al processo di appianamento o, come succede nelle pluripare, in contemporanea con questo. Durante l'appianamento si assiste ad una diminuzione progressiva della lunghezza della cervice: il collo, in origine lungo 3-4 cm, si riduce alla fine a dei bordi sottili che circoscrivono l'orifizio uterino esterno. Durante la fase dilatante l'orifizio uterino esterno (o bocca uterina) si amplia fino a raggiungere una dilatazione di circa 10 cm, cioè una dilatazione completa. La dilatazione avviene mediante un processo di stiramento considerevole delle fibre muscolari che compongono il collo dell'utero. La velocità di dilatazione è condizionata da diversi fattori: attività contrattile valida e regolare, cedevolezza tissutale e la discesa

della parte presentata.

Non bisogna perciò tenere conto della dilatazione come un fenomeno isolato, ma la risultante di altri eventi che accadono prima e durante la dilatazione e che interessano, non solo il collo dell'utero, ma anche regioni anatomiche che la circondano.

## **20. ROTTURA DELLE MEMBRANE AMNIOCORIALI**

La rottura delle membrane amniocoriali, ossia dell'involucro della cavità amniotica ospitante il feto, avviene fisiologicamente in corrispondenza della dilatazione completa della bocca uterina. Più spesso si verifica durante il travaglio di parto, prima che la dilatazione sia completa. Talvolta anticipa l'inizio del travaglio di parto, a termine di gravidanza. Le membrane amniocoriali generalmente si rompono nella porzione anteriore del sacco, in quanto è proprio qui che durante le contrazioni viene trasmessa la massima pressione endouterina, ma può capitare che la rottura avvenga lateralmente o più o meno in alto rispetto alla parte presentata. La donna ne prende coscienza per lo scolo, più o meno abbondante, di liquido amniotico dalla vagina.

## **21. AUSCULTAZIONE INTERMITTENTE**

Per auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale si intende la rilevazione della frequenza cardiaca fetale per un minuto dopo la contrazione ogni 15 minuti durante il travaglio attivo e ogni 5 minuti durante il periodo espulsivo. Tale metodica di monitoraggio del benessere fetale intra-partum è raccomandata come livello minimo assistenziale compatibile con la sicurezza materno-fetale in quelle gravidanze identificate ad inizio travaglio come aventi un basso rischio di ipossiemia/acidemia fetale. In tali casi non è raccomandata l'auscultazione continua del battito cardiaco fetale, poiché associata al rischio di incorrere in un incremento dei falsi positivi. L'auscultazione intermittente viene eseguita con un apparecchio Doppler a ultrasuoni, posto in corrispondenza sull'addome materno in corrispondenza del dorso fetale.

## 22. ALLEVIAMENTO DEL DOLORE NEL PARTO

Il dolore durante il parto è causato dalle contrazioni uterine, dalle modificazioni della cervice uterina e dalla pressione che la parte presentata fetale esercita impegnandosi nel canale del parto. Il dolore del parto può essere controllato attraverso varie tecniche di respirazione, il massaggio nella parte bassa della schiena, la libertà di movimento e cambio posizione, alcune tecniche tattili, nonché attraverso metodi complementari come l'aromaterapia, l'ascolto attivo di musica e l'uso dell'acqua calda nella vasca da parto. Questi metodi analgesici naturali favoriscono il rilassamento, a sua volta fondamentale ai fini dell'evoluzione del processo della nascita. Anche la presenza del padre del bambino al parto e un ambiente familiare in sala parto si rivelano di grande aiuto.

Il dolore può essere alleviato non solo attraverso metodi naturali, ma anche attraverso metodi farmacologici, compatibili con la sicurezza della partoriente e del feto. Uno di questi è l'analgesia epidurale, una procedura medica che prevede la somministrazione di farmaci analgesici nello spazio epidurale del midollo spinale tramite un apposito catetere.

## 23. LA PRESENZA DEL PARTNER

La presenza del padre alla nascita si è dimostrata associata a un migliore outcome dell'esperienza del parto per la donna: il padre, infatti, supportando la futura madre nelle varie fasi del parto, partecipa attivamente all'evento nascita aumentando il grado di soddisfazione materna e rafforzando il legame della nuova triade madre-padre-bambino. In sala parto gli può venire proposto di tagliare il cordone ombelicale, segnando così il passaggio alla vita extra-uterina del suo bimbo.

## 24. LA PLACENTA, IL CORDONE OMBELICALE E IL LIQUIDO AMNIOTICO

La placenta è costituita dalla parte fetale e da quella materna. La placenta secerne ormoni importanti per la gravidanza e consente lo scambio di ossigeno e dei nutrienti dalla madre al feto attraverso il sangue. Di forma variabile, più frequentemente circolare, il suo peso corrisponde a circa 1/6 di quello fetale. Il cordone ombelicale, lungo circa 50 cm e di consistenza gelatinosa, contiene tre vasi sanguigni, due arterie e una vena e collega il feto alla placenta. Il liquido amniotico è la sostanza in cui è sospeso il feto. Alla fine della gravidanza, il sacco amniotico nell'utero contiene da 800 a 1000 ml di liquido amniotico. Di solito il liquido è chiaro, limpido o di colore lattiginoso e inodore.

## 25. CONTATTO PELLE A PELLE

Fino a pochi minuti prima di nascere il bambino si trova completamente avvolto dal liquido, in totale assenza di gravità, massaggiato in continuazione dalle pareti morbide, lisce e pulsanti dell'utero, accompagnato da suoni continui (interni ed esterni al corpo materno), in perenne e ritmico dondolio. Per la madre il bambino invisibile della pancia deve mantenersi in continuità con il bambino tenuto in braccio. Il momento immediatamente successivo alla nascita, pertanto, è inevitabilmente incomprensibile e minaccioso per il neonato, di grande intensità per la madre. Il modo migliore per permettere al dialogo biologico e psicologico, avviato tra madre e bambino in utero, di continuare e riconvertirsi al di fuori dell'utero è attraverso il contatto pelle a pelle. L'obiettivo deve essere quello di fare in modo che, almeno per le prime due ore dopo la nascita, madre e figlio siano messi nelle condizioni di stare insieme in uno stretto contatto e disturbati il meno possibile.

I benefici del contatto pelle a pelle per il neonato sono:

- Riduce il periodo di pianto;
- Favorisce la stabilizzazione cardiorespiratoria e metabolica;
- Facilita la termoregolazione;

- Induce la colonizzazione batterica e l'immunomodulazione;
  - Interviene nell'organizzazione posturomotoria;
  - Agevola l'avvio precoce dell'allattamento al seno;
  - Aiuta i processi di attaccamento genitori-figlio.
- I benefici del contatto pelle a pelle per la madre sono:
- Maggiore soddisfazione e gradimento dell'esperienza;
  - Facilitazione del bonding;
  - Migliore prevenzione contro le emorragie post-partum nei casi a basso rischio, per aumento della secrezione ossitocica;
  - Aumento dell'istinto materno a seguito dell'incremento di produzione endogena di ossitocina, l' "ormone dell'amore";
  - Precoce stimolazione del seno ed eiezione del colostro;
  - Miglioramento della relazione e dell'attaccamento materno.

## 26. ALLATTAMENTO

Il primo attacco al seno viene promosso quanto prima dopo la nascita. La prima escrezione, di colore giallo dorato, è il colostro. Si tratta del primo "vaccino" del neonato, poiché contiene molte sostanze protettive. Il colostro si trasforma in latte di transizione e quest'ultimo in latte maturo. Il latte materno è economico e sempre disponibile, è soprattutto il miglior nutrimento per il neonato.

## 27. IL PUERPERIO

Il periodo che interessa le prime 6 settimane dopo il parto viene chiamato puerperio: in questo periodo alla donna ci si riferisce, quindi, con il termine puerpera. Si tratta di un periodo di considerevoli cambiamenti fisici, emotivi e sociali. Perdite di sangue dopo il parto, le cosiddette "lochiazioni", possono durare fino a 6 settimane. I primi giorni il sangue si presenta rosso vivo e più abbondante, con la possibilità che si accumuli in vagina per poi provocare la fuoriuscita di piccoli coaguli; il colore col tempo va modificandosi, dal rosso,

al marrone, al giallo, fino al biancastro alla fine del periodo puerperale. Si raccomanda alle puerpere di prestare attenzione alla quantità e all'odore delle perdite.

## 28. IL NEONATO

I bimbi sono considerati neonati dalla nascita fino al 28° giorno di età; da questo momento fino al 12° mese di vita sono invece chiamati lattanti. In Slovenia il neonato è seguito a domicilio da un'infermiera della comunità dal momento della nascita in poi. In Italia la puerpera viene assistita dall'ostetrica territoriale, a domicilio o presso il Consultorio Familiare. Ogni bambino, sia in Slovenia sia in Italia, ha un pediatra personale di fiducia, il quale monitora il suo sviluppo, esegue eventuali esami di accertamento e consiglia le dovute vaccinazioni.