

NASCERE SANO, SICURO E NATURALE

IN EMILIA ROMAGNA



GUIDA COMPLETA

Tutti i punti nascita, le associazioni di ostetriche
e la casa della maternità

GENITORI
E FIGLI
CONSAPEVOLI

CON TANTI CONSIGLI
E INFORMAZIONI UTILI
SU COME VIVERE AL MEGLIO
LA TUA GRAVIDANZA

30
ANNI



Gentile Lettrice, Gentile Lettore,

i testi che ti proponiamo coinvolgono molte persone - traduttori, redattori di testi informativi e promozionali, correttori bozze, attività amministrative e burocratiche...

Sono tutte persone appassionate e competenti che sono impegnate in questi lavori e ne ricavano le risorse economiche per vivere. Se i libri (cartacei o in forma di ebook) e Dvd che diffondiamo, invece di essere acquistati, vengono duplicati, riducendo le nostre entrate, per noi può risultare difficile compiere gli investimenti necessari alla produzione di nuovi materiali.

Per questo, Gentile Lettrice e Lettore contiamo sulla tua solidarietà per appoggiare e favorire la diffusione dell'editoria indipendente.

Restiamo a tua disposizione per ogni ulteriore chiarimento, puoi scriverci alla seguente email: ebook@gruppomacro.com

...e Buona Lettura!!!

Lo staff del Gruppo Editoriale Macro

NASCERE SANO, SICURO E NATURALE IN EMILIA ROMAGNA



Il CISE, Centro per l'Innovazione e lo Sviluppo Economico,
ha attribuito al Gruppo Macro il marchio di Impresa Etica

Avvertenza

Macro Edizioni non dispone di notizie o dati diversi da quelli qui pubblicati. Le informazioni scientifiche, sanitarie, psicologiche, dietetiche e alimentari fornite nei nostri libri non comportano alcuna responsabilità da parte dell'editore circa la loro efficacia e sicurezza in caso di utilizzo da parte dei lettori.

Ognuno è tenuto a valutare con buon senso e saggezza il percorso psicologico, curativo e nutrizionale più appropriato. Ognuno è tenuto ad assumere tutte le informazioni necessarie, confrontando rischi e benefici delle diverse terapie e regimi dietetici disponibili.

Avviso di Copyright ©

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questo libro digitale può essere riprodotta o trasmessa in alcuna forma tramite alcun mezzo elettronico, digitale, meccanico, fotocopie, registrazioni o altro, senza il preventivo permesso scritto dell'editore.

Il file acquistato è siglato digitalmente, risulta quindi rintracciabile per ogni utilizzo illegittimo.

Il file trasmesso è imm modificabile, ogni alterazione dei contenuti è illegale.

**Per maggiori informazioni su questo autore e sulla stessa collana
visitate il nostro sito: www.gruppomacro.com**

Curatela
Revisione
Copertina e progetto grafico
Editing
Illustrazioni
I edizione eBook
Collana
Isbn

Giovanna Lasagna
Melania Tizzi
Roberto Monti
Danila Ganzerla,
wikihow.com
dicembre 2016
Genitori e Figli Consapevoli
9788893193726

© 2016 **Macro Edizioni**

un marchio del Gruppo Editoriale Macro

Via Giardino, 30

47522 Cesena (FC)

www.gruppomacro.com

ebook@gruppomacro.com

NASCERE SANO, SICURO E NATURALE IN EMILIA ROMAGNA

GUIDA COMPLETA

Tutti i punti nascita, le associazioni di ostetriche
e la casa della maternità

**CON TANTI CONSIGLI
E INFORMAZIONI UTILI
SU COME VIVERE AL MEGLIO
LA TUA GRAVIDANZA**



www.gruppomacro.com



Ospedale con reparto di ostetricia



Ostetriche per parto a domicilio



Casa della Maternità

Per l'indice dei punti nascita vai a p. 174
"Partorire in ospedale e non solo"



Prefazione

Tra le proposte di legge che in questi mesi attendono di essere discusse in Parlamento, ve ne sono ben cinque che contengono norme per la promozione del parto naturale e la difesa della salute e del benessere della donna e del neonato. Ciò testimonia come vada affermandosi anche in Italia un movimento socioculturale a difesa della naturalità della nascita, dopo anni caratterizzati da un eccesso di medicalizzazione della gravidanza e del parto. Questo breve ma completo manuale, che potremmo anche definire un *vademecum* per gestanti e coppie, si rivela alla lettrice come un utile strumento che pone al primo posto la corretta informazione. Si avverte, però, tra le righe, che il motivo ispiratore non è solo la corretta comunicazione di dati e consigli, ma anche l'orientamento verso scelte che garantiscano il rispetto della nascita con un forte richiamo all'autonomia della donna. In particolare si sottolinea l'importanza dell'accompagnamento e dell'ascolto verso le gestanti quale prima ricetta per un'efficace cura di mamma e neonato. Da qui l'enfasi sul ruolo dei consultori, della figura dell'ostetrica nella gestione della gravidanza a basso rischio (termine assai in voga, che purtroppo stigmatizza il benessere come assenza di malattia) e nel sostegno della donna lungo tutto l'arco del periodo gestazionale e in puerperio. Quest'ultimo finalmente riscoperto e valorizzato indicando le figure e le strutture deputate alla sua cura e alla doverosa, spesso negletta, difesa dell'allattamento. Per la prima volta la larga messe di dati che la Regione annualmente mette a disposizione degli operatori del materno infantile con il registro CeDAP viene offerta, dopo adeguata interpretazione, alle madri e alle coppie. Ogni lettrice potrà così conoscere i dati epidemiologici che le consentiranno di compren-

dere il livello di assistenza alla nascita offerto dalla Regione. L'editore sembra poi aver raccolto la sollecitazione con cui il professor Nicolini, un grande clinico italiano scomparso nel 2008, spesso si rivolgeva agli ostetrici italiani invitandoli a essere più prodighi nell'offrire opzioni di scelta assistenziale alle donne. Infatti, nell'ultimo ventennio, l'ostetricia italiana si è strutturata più su posizioni dettate dalla convenienza e dalla sicurezza degli operatori che su specifiche attese delle donne. Così, scorrendo il libro, ogni mamma potrà trovare una precisa indicazione che risponda alle sue aspettative: indirizzi delle sedi e numeri telefonici di consultori, ospedali, associazioni e operatori che si occupano di gravidanza e di nascita in tutte le province della Regione. Viene dato anche spazio all'assistenza extraospedaliera alla nascita da parte delle Case Maternità e delle ostetriche che assistono a domicilio, ricordando che il Percorso Nascita Regionale lo prevede. Il libro si conclude con le schede di ogni Punto Nascita dell'Emilia Romagna che presentano una sintesi dei servizi offerti, dai quali si evince la loro filosofia assistenziale. Finalmente viene proposta alla futura mamma una lettura che non sia solo rappresentata da un'anonima e generica facciata del Punto Nascita identificato con il solo numero di nati per anno, ma da una sorta di *pedigree* che descriva l'approccio assistenziale impiegato da parte di chi vi opera a ribadire che solo un'adeguata conoscenza facilita le scelte.

GIUSEPPE BATTAGLIARIN
*Direttore dell'Unione Operativa di Rimini
dal 2009 al 2016 e attuale Coordinatore
della Commissione Percorso Nascita Regionale*

Introduzione

COSA SIGNIFICA NASCERE?

Il dizionario definisce la parola “nascita” come l’atto della venuta al mondo di un essere vivente, riferendosi sia all’evento del parto sia all’inizio dell’esistenza stessa di un essere umano.

Il linguaggio e i termini che da secoli utilizziamo per identificare questo particolare processo, il cui fine ultimo è quello di generare una nuova vita, sono la prova della straordinarietà di questo iter condotto e, in gran parte dei casi, portato a termine dalla Natura. Chissà quante e quali suggestioni termini come “concepire”, “procreare”, “nascere”, “dare alla luce”, “venire al mondo” dovevano suscitare già nei nostri progenitori. Sicuramente l’incanto e la fascinazione erano considerevoli, tant’è che la nascita veniva celebrata come un avvenimento sacro, attraverso precisi rituali e una vasta simbologia.

GLI INGREDIENTI DI UNA BUONA NASCITA

Il momento del parto è un evento completamente naturale in una gravidanza fisiologica, ma non è a sé stante: ha un prima, un durante e un dopo, e ognuno di questi momenti influenza significativamente gli altri. Se hai vissuto la tua gravidanza in maniera consapevole e ti sei preparata in modo completo al parto, hai ottime probabilità di vivere quest’ultimo serenamente e senza complicazioni, nonché di sviluppare un forte legame con il tuo bambino.

L’ESPERIENZA DELLA GRAVIDANZA

La durata media di una gravidanza può oscillare tra i 266 e i 280 giorni (38-40 settimane), periodo variabile da donna a donna.

In seguito alla fecondazione dell’ovulo da parte di uno spermatozoo, queste due cellule si uniscono generandone una nuova denominata *zigote*, che nel giro di una settimana si evolve in *blastocisti* e va a posizionarsi nell’endometrio (cioè nella mucosa interna dell’utero) oppure vicino al fondo dell’utero, nella parete posteriore o anteriore, iniziando da lì il proprio sviluppo.

L’esserino che cresce nella pancia della mamma prende il nome di *feto* solo a partire dal terzo mese di gestazione, ma già dalla sesta settimana inizia ad assumere le prime fattezze umane riconoscibili.

Dal momento in cui la gravidanza viene accertata, e il pericolo di un aborto spontaneo precoce scongiurato (intorno alla dodicesima settimana), il corpo della mamma si prepara a entrare nel vivo della gestazione: un percorso unico e perfetto, che ancora oggi va al di là della nostra comprensione.

LE SENSAZIONI DEL FETO

Cosa sente il feto nella pancia della mamma? Quando e in che modo si sviluppano gli organi di senso durante i nove mesi? Queste sono tra le domande più frequenti che una donna in attesa di un bambino si pone. I bambini, già nella pancia della mamma, iniziano a sviluppare i propri organi di senso. A mano a mano che il loro cervello cresce, anche gli organi sensoriali si sviluppano: la formazione di occhi, naso e orecchie permette al bimbo di reagire a stimoli come, per esempio, il contatto. Al termine della gravidanza i sensi del neonato sono completamente sviluppati, per cui è in grado di percepire suoni, odori e sapori. L’udito è uno dei sensi più stimolati durante la vita intrauterina: moltissimi sono i rumori che arrivano al bimbo dall’interno del corpo della mamma, come il battito del suo cuo-

re, il respiro nei polmoni, i movimenti di stomaco e intestino. Anche i rumori esterni giungono al bimbo, seppur filtrati e ovattati dai tessuti materni: in particolare familiarizza con le voci della mamma e del papà, che riuscirà nuovamente a riconoscere appena poche ore dopo la nascita.

LA NASCITA PER LA MADRE

Quante volte ti avranno raccontato di travagli e parti drammatici oppure di altri assolutamente semplici?

Le variabili che possono condizionare l'esperienza del parto di ciascuna donna sono davvero tante e, spesso, molto soggettive: la soglia del dolore, le esperienze vissute o apprese, il contesto sociale, l'ambiente e l'atmosfera presenti nel luogo dove si partorisce o i condizionamenti culturali. Un obiettivo importante nel preparare le donne a un parto naturale è quello di offrire loro molti strumenti di contenimento del dolore, affinché si riduca veramente al suo minimo fisiologico e non sia invece amplificato dalla paura e dalla tensione. È necessario riscoprire che fare figli riguarda soprattutto la sfera culturale e biologica della donna e solo in minima parte quella medica. Ogni parto è a sé e ogni donna dev'essere libera di poter scegliere.

Ma la scelta implica la conoscenza o, meglio ancora, la consapevolezza. Essere consapevole significa avere di fronte, chiare e vivide, tutte le possibilità a disposizione ed essere in grado di poter scegliere la migliore a seconda della situazione.

LA NASCITA PER IL BAMBINO

Il bambino è parte attiva del travaglio e collabora con le spinte delle contrazioni per rendere il parto più agevole: nelle fasi centrali del travaglio, se il bimbo è posizionato a testa in giù e non è podalico, spinge con i piedini nella parte alta della pancia per immettersi nel canale del parto, posizionandovi la testa e le spalle. Ciò che il tuo bambino percepisce e sente venendo alla luce può rendere veramente facile il suo passaggio dal comodo nido

dell'utero al mondo esterno: cerca quindi di dimostrargli tutto l'amore e l'affetto possibile scegliendo una modalità di parto dolce e rilassata, in un ambiente familiare e circondato da persone che ti trasmettano energia positiva. È opinione sempre più diffusa che diversi modi di nascere corrispondano a diverse modalità di approccio alla vita.

LA NASCITA PER IL PAPÀ

Se anche tu, papà, deciderai di essere presente al fatidico giorno per supportare la tua compagna, dovrà essere perché te la senti veramente.

Se sei un po' ansioso o preoccupato all'idea di assistere alla nascita e a quello che accadrà, valuta l'ipotesi di frequentare corsi di preparazione al parto insieme alla tua compagna o praticate insieme qualche esercizio di rilassamento. Le informazioni acquisite durante i corsi, o presso la vostra ostetrica, ti forniranno senz'altro un valido strumento per capire meglio il funzionamento di questo straordinario processo e di conseguenza essere in grado di supportare la tua compagna durante il parto.

Considera sempre che il travaglio e il parto sono esperienze molto soggettive: potresti vedere la tua compagna fare smorfie di dolore o magari stritolarti la mano; in questo caso asseconda ogni sua eventuale richiesta e stalle accanto. Oppure potresti vederla rilassata, concentrata e attenta ai segnali del suo corpo. Prendi esempio e limita la tua ansia, lascia che sia la tua compagna a tenere il timone!

EMOTIVITÀ, SALUTE E AMBIENTE NELLA GESTAZIONE NATURALE

Nella ricerca del benessere della mamma e del bambino è necessario ricordare che, seppur eccessivamente medicalizzata, la gravidanza non è una malattia, bensì una competenza arcaica della donna e del nascituro. Attraverso questa guida potrai conoscerne le fasi fisiche, ormonali ed emotive per poter scegliere in serenità e sicurezza come sarà la

tua esperienza. Il parto naturale relaziona la coppia, l'emotività e l'ambiente all'ecosistema mamma-bambino.

PERCHÉ QUESTA GUIDA?

Lo scopo di quest'opera è quello di migliorare la conoscenza e la consapevolezza sulla gravidanza e sul parto in Emilia Romagna per farne una regione modello di benessere e di salute diffusa. In questa ricerca sono state evidenziate e descritte tutte le possibilità di scelta della madre sul come e dove partorire in modo sano, sicuro e soprattutto naturale nel nostro territorio.

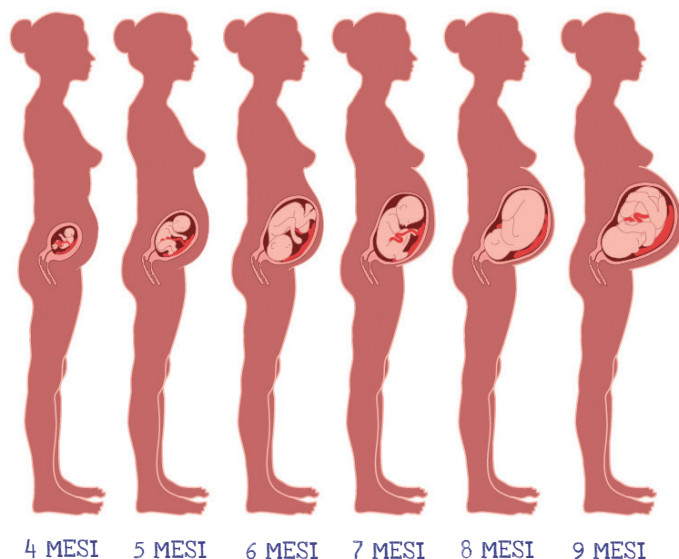
A CHI SI RIVOLGE

Alle **neo-mamme** e ai **neo-papà**, a **ostetriche**, **medici** e **operatori sanitari**, e a tutte le **famiglie** e le **comunità locali** affinché siano dedicate la massima attenzione e cura a questa fondamentale fase della vita.

COSA TROVATE NEL LIBRO

- Tanti consigli sulle tematiche che più interessano la neo-mamma: dal movimento alle alternative alla nascita medicalizzata, fino alla fase di quiete protetta successiva al parto;
- le statistiche sanitarie regionali sulla nascita in Emilia Romagna;
- la nuova legge regionale e le modalità di accesso al parto naturale, anche a domicilio;
- informazioni e consigli sui servizi per la mamma in dolce attesa prima e per il suo neonato poi;
- indirizzi di associazioni di ostetriche, consultori, Case Maternità e associazioni di mamme e papà suddivisi per provincia;
- tutte le aziende ospedaliere con reparto di ostetricia;
- indirizzi web di blog gestiti da mamme e innumerevoli siti;

LE FASI DELLA GRAVIDANZA



GENITORI E FIGLI CONSAPEVOLI

Questo libro fa parte di una serie di manuali e guide realizzati per accompagnare i genitori con informazioni e conoscenze fondamentali per la salute e il benessere dei piccoli e di tutta la famiglia, in ogni fase della vita, dal concepimento all'età adulta. Vogliamo rendere più consapevoli mamme, papà e tutti coloro che si occupano dello sviluppo di bambini e ragazzi su temi molto importanti: esami e accertamenti medici (spesso eccessivi, invasivi o inutili) prescritti alle gestanti, opportunità e obbligatorietà dei vaccini, grande importanza del periodo pre-natale e di quello dopo il parto, aspetto spirituale dell'educazione e del rapporto con i figli, necessità del movimento fin da piccoli, danni di un eccesso di televisione, computer, videogiochi, telefoni cellulari, soprattutto nei primi anni di vita, e molto altro ancora.



A p. 168 troverete un breve glossario dei termini e delle sigle proprie del linguaggio ostetrico seguito da siti internet, blog, associazioni e libri utili per approfondire e ottenere ulteriori informazioni.

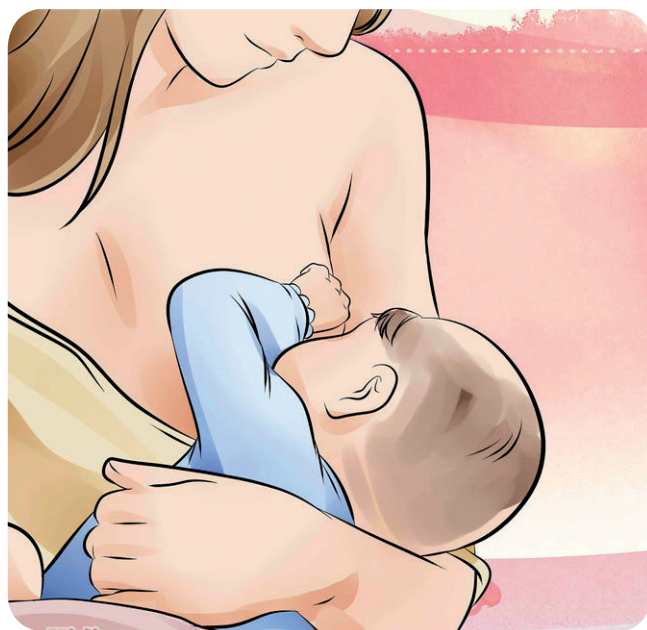
Vi auguriamo che il vostro cammino nel diventare genitori sia un percorso il più naturale possibile, senza mai rinunciare alla garanzia della massima sicurezza per voi e per il vostro bambino.

COME CONSULTARE LA GUIDA

Nella prima parte di questa guida troverete consigli, articoli e informazioni utili su tematiche legate alla gravidanza, al parto naturale e all'assistenza durante il puerperio.

Nella seconda parte del libro, a partire da p. 83, sono presenti diverse sezioni dedicate alle provincie emiliano-romagnole da Nord a Sud e ai servizi che ognuna di esse offre relativamente all'assistenza a gravidanza, parto, allattamento e molto altro.

Sono inoltre presenti schede dettagliate che illustrano le possibilità offerte dagli ospedali di ogni provincia in merito al parto naturale, all'impiego di tecniche di ipoalgesia (diminuizione della sensibilità al dolore senza l'impiego di farmaci) e all'assistenza prima, durante e dopo il parto. Per ciascuna provincia abbiamo selezionato gli indirizzi di associazioni ostetriche, gruppi di sostegno alla maternità e consultori.



L'esperienza del parto e l'importanza fisiologica del dolore

IL PARTO NELLA STORIA

Per molti secoli tutto ciò che riguardava il parto, il corpo e la sessualità femminile ha rappresentato un settore di competenza esclusiva delle donne, che si tramandavano le loro pratiche l'una con l'altra. Il parto avveniva in casa, sotto l'occhio attento di una donna più anziana o di una levatrice, o addirittura in solitudine. Durante il Medioevo le conoscenze del corpo umano e del suo funzionamento erano ancora rudimentali e in molti casi filtrate da credenze religiose. Per questo motivo le levatrici, che da secoli basavano la loro esperienza sull'osservazione diretta, non godevano di una buona reputazione e non era raro che venissero perseguitate e condannate al rogo con l'accusa di stregoneria.

L'ostetricia come disciplina medica si è affermata all'inizio del 1600 in Francia, passando nelle mani di chirurghi ostetrici maschi. L'uomo è entrato dunque nella pratica professionale provvedendo a inventare e collaudare strumenti chirurgici come il forcipe, per aiutare le donne nei parti difficili, sottraendo di fatto il parto all'universo femminile. Storicamente, sempre nel XVI secolo, ha avuto origine l'intolleranza verso il dolore del parto, così come la pratica del taglio precoce del cordone ombelicale, per scaricare più in fretta possibile la tensione di chi assisteva la partoriente e il neonato.

Solo negli ultimi 60-70 anni circa, la nascita è passata da evento naturale e fisiologico, a evento ospedalizzato, patologico e oggetto di studi medici¹.

La tendenza degli ultimi anni, però, fa ben sperare: si tende nuovamente a preferire il parto "naturale", come accadeva nell'antichità e come ancora avviene in moltissime culture non occidentali.

I DOLORI DEL PARTO: FACCIAMO CHIAREZZA

È bene chiarire innanzitutto alcuni equivoci che riguardano il dolore durante travaglio e parto.

Il dolore durante il travaglio stimola la secrezione delle endorfine, che svolgono una potente azione anestetica e aiutano, a loro volta, la secrezione di un altro ormone, la prolattina, che indurrà poi la produzione del latte.

Abbandonarsi al ritmo alterno di contrazioni e pause comporta la presenza di endorfine anche nel liquido amniotico. Ciò significa che il dolore della madre ha la funzione di proteggere, a sua volta, il bambino dal dolore. Le contrazioni dell'utero preparano il nascituro al ritmo respiratorio e producono l'adrenalina fetale, un ormone che stimola il piccolo rendendolo combattivo e vivace ed evitandogli l'asfissia da parto.

Cedere alla paura e opporsi al dolore significa rimanere sempre in tensione: il bambino potrebbe soffrirne. La paura è nemica del parto e, come in un circolo vizioso, l'attesa del dolore provoca paura, l'adrenalina aumenta, i muscoli e la cervice si irrigidiscono, dunque le contrazioni risulteranno essere molto dolorose.

Nel processo di controllo del dolore nella partoriente e dei modi per alleviarlo, si è passati dai metodi proposti da antiche superstizioni e tradizioni prescientifiche, ai vari approcci farmacologici o naturali

1. <https://prezi.com/rejf9wvqt7gu/storia-della-medicina-6-per-ostetricia/>.

come l'ipnosi, le tecniche di respirazione, la medicina analgesica e la recente riscoperta delle tecniche di analgesia dolce e naturale (o *ipoalgesia*).

LA PAURA DEL DOLORE PRODUCE IL DOLORE DEL PARTO

Frédéric Leboyer, ostetrico e ginecologo francese promotore del parto dolce e del massaggio neonatale, fu tra i primi, già negli anni Settanta, a considerare **le contrazioni dolorose durante il travaglio come sintomi di un disagio causato dalla paura del dolore stesso.**

Altre autorità in materia di parto naturale, come la biologa Casilda Rodríguez Bustos e l'ostetrico Michel Odent, nei loro scritti hanno sottolineato la somiglianza dei processi biologici che regolano l'accoppiamento e il parto, mettendo in luce l'importanza di recuperare la naturale flessibilità di un utero represso sessualmente fin dall'infanzia, talmente irrigidito da vivere in maniera dolorosa persino un processo naturale come le mestruazioni.

Il dottor Grantly Dick-Read scoprì, infatti, che **le contrazioni diventavano dolorose durante il travaglio solo se la madre era spaventata o tesa, con un conseguente rilascio di ormoni dello stress.** La paura attiva la reazione "combatti o fuggi" e il sangue viene sottratto all'utero e mandato, invece, al cuore, alle braccia e alle gambe. In mancanza di sangue a sufficienza un muscolo contratto fa male: è esattamente ciò che accade all'utero durante le contrazioni.

IL PARTO ORGASMICO

Il pluripremiato documentario *Orgasmic Birth* di Debra Pascali-Bonaro (www.orgasmicbirth.com) raccoglie invece le testimonianze di sette madri che hanno avuto la fortuna di vivere dei parti orgasmici, portando alla luce una tematica piuttosto silenziosa dai media, quasi fosse un tabù. **Per parto orgasmico si intende un parto dove la donna entra in uno stato estatico di forte connessione con il**

bambino, amore profondo e piacere fisico. I fattori determinanti ricordano quelli di un incontro amoroso: intimità, senso di sicurezza e protezione, fiducia e intesa con il proprio corpo.

Anche i consigli e gli esercizi proposti da Tina Taylor nel libro *Il parto senza dolore* (Macro Edizioni) suggeriscono che **partorire in maniera indolore e senza l'ausilio di farmaci è possibile.** L'Autrice, ostetrica e studiosa delle antiche tradizioni legate alla nascita, nonché ipnoterapista clinica, spiega come, imparando a cambiare i propri pensieri, sia possibile cambiare anche i propri stati d'animo, liberarsi dalle ansie e dalle vecchie convinzioni limitanti creando nuove convinzioni potenzianti che permetteranno a ognuna di raggiungere i propri obiettivi. Si tratta di esercitarsi sotto la guida dell'Autrice per ottenere un livello di rilassamento tale da non sentire più i dolori del parto, o quasi.

COSA ACCADE DURANTE IL TRAVAGLIO

La durata del travaglio è molto variabile e dipende da donna a donna: se sei alla tua prima gravidanza potrebbe durare tra le 12 e le 14 ore², se invece hai già partorito la durata può essere inferiore.

Definire in modo univoco le fasi che lo caratterizzano non è semplice, in quanto non tutte le fonti scientifiche condividono la stessa suddivisione. I passaggi riportati qui di seguito fanno riferimento alle informazioni contenute nel rapporto *Tu donna partorirai con dolore: parliamone* della Fondazione Istud³.

Analizziamone quindi le varie fasi nei dettagli.

Il pretravaglio. Normalmente il parto avviene tra la trentasettesima e la quarantaduesima settimana di gestazione e le prime contrazioni compaiono durante le ultime settimane della gravidanza: aumenta-

2. <http://www.msdc-italia.it/altre/manuale/sez18/2492173.html/>.

3. Fondazione Istud, *Tu donna partorirai con dolore: parliamone*. Stresa, 2010. http://www.istud.it/up_media/pw_scientziati/parto.pdf/.

no gradualmente di intensità, diventando frequenti e fastidiose, ma non particolarmente dolorose.

La fase prodromica. È la fase di preparazione al travaglio vero e proprio, ha una durata variabile e progredisce molto lentamente. Le contrazioni sono ritmiche e dolorose, ma sopportabili e gestibili abbastanza tranquillamente. Durano 2-3 ore e si manifestano generalmente la sera o nelle ore notturne. In questa fase può verificarsi l'espulsione del "tappo mucoso", ovvero un ammasso gelatinoso striato di sangue. La durata di questa fase è molto variabile: in genere può durare circa 5-6 ore se si tratta della prima gravidanza e meno alle successive.

Il travaglio e la fase dilatante. Le contrazioni diventano regolari (una ogni 3-4 minuti) e in genere aumentano di durata (30-40 secondi) e di intensità. Grazie ad esse, il bambino inizia la sua discesa nel canale uterino e vaginale. La cervice è già dilatata di circa 3 cm e progredisce fino al raggiungimento della dilatazione completa (10 cm). Il sacco amniotico che racchiude e protegge il bambino può rompersi durante questa fase, ma non è raro che ciò accada anche prima dell'inizio delle contrazioni, durante la fase prodromica o addirittura durante la nascita (i cosiddetti "nati con la camicia"). La rottura del sacco amniotico, o "rottura delle acque", può manifestarsi come uno zampillo oppure come una lenta e costante perdita di liquido trasparente.

Questa fase può durare in media circa 4-5 ore per le donne alla prima gravidanza e solo 2 nelle gravidanze successive.

La fase espulsiva è quella delle spinte, attraverso le quali la mamma guida il bimbo nell'ultimo tratto del suo viaggio verso l'esterno. Ha inizio quando la cervice raggiunge la massima dilatazione e il bambino, premendo sui muscoli del perineo della mamma, provoca in lei il desiderio irrefrenabile di spingere.

La maggior parte delle donne sente una nuova ondata di forze in questa fase. Le contrazioni normalmente rallentano, dando la possibilità di avere un attimo di tempo per prendere fiato e concentrarsi. La durata di questa fase dipende dalla posizione del bambino, dalle sue dimensioni e dal fatto che sia o meno la prima gravidanza. In genere la durata media è di un'ora per le primipare e 20-30 minuti nei parti successivi.

Il secondamento avviene pochi minuti dopo il parto e consiste nell'espulsione della placenta e delle membrane annesse. Dura circa 20 minuti ed è seguito da un periodo di due ore chiamato *post partum*, parentesi nella quale il personale che ha assistito la donna durante il parto ne controlla lo stato di salute generale e la progressione della retrazione dell'utero, per scongiurare l'eventualità di perdite di sangue eccessive o emorragie.

Se è vero che mantenere il controllo del respiro e delle paure inconse può aiutare le donne a non farsi sopraffare dalla sofferenza, è altrettanto vero che i condizionamenti culturali ci portano a legare indissolubilmente la parola parto al dolore, rafforzati dal terrorismo psicologico delle scene da film e dei racconti di chi ha appena partorito. Non si potrebbe ogni tanto mostrare una donna che, invece, affronta la cosa con un po' di preparazione? Sarebbe forse meno spettacolare, ma di grande incoraggiamento e anche molto più realistico.

Ipnosi e tecniche di rilascio dolce del dolore

IN COSA CONSISTE L'IPNOSI NEL PARTO

L'uso dell'ipnosi nel parto e nella chirurgia in generale non è cosa nuova: già oltre centocinquant'anni fa il mesmerismo (o ipnosi) era una delle tecniche più utilizzate per alleviare il dolore. Solo con la scoperta dell'anestesia chimica a metà dell'Ottocento, la classe medica ne ha abbandonato l'uso. Al giorno d'oggi la pratica dell'ipnosi nel parto è ancora circondata da un'aura di mistero e di soprannaturale e nel nostro Paese è poco conosciuta, nonostante la sua efficacia in termini di riduzione dell'impiego di sedativi sia stata più volte comprovata¹.

Nel Regno Unito la terapia dell'ipnosi nel parto è così popolare da essere autorizzata in alcuni ospedali, dove ostetriche ipnoterapeute insegnano alle donne come vivere l'esperienza più emozionante della loro vita in maniera indolore. Elementi indispensabili per intraprendere un parto con l'aiuto dell'ipnosi sono senza dubbio l'apertura di spirito e una buona motivazione. L'ipnosi è uno stato di consapevolezza interiore raggiungibile attraverso la meditazione, la preghiera, l'immaginazione o il rilassamento. La persona "ipnotizzata" non si trova in balia di uno psicoterapeuta e non può essere manipolata a suo piacimento, com'è abitudine credere. In questo stato tutto quello che avviene intorno a voi perde importanza, tende a scomparire, favorendo il contatto con il vostro inconscio.

In ambito ostetrico l'ipnosi può essere d'aiuto non solo nella riduzione della percezione del dolore, ma anche nel tenere sotto controllo ansie e paure. Contrariamente alle tecniche analgesiche farmacologiche, l'ipnosi non presenta controindicazioni o effetti col-

lateral. Il suo impiego è modellato di volta in volta sulle necessità della futura mamma, la quale acquisisce consapevolezza del proprio corpo e vive la propria gravidanza serenamente tenendo sotto controllo ansie e paure. Vengono insegnati esercizi specifici per affrontare le diverse fasi del travaglio e dell'espulsione che possono apparire complesse e che richiamano fantasie molte volte negative e deformate. Questo tipo di ipnosi non ha nulla a che vedere con pratiche esoteriche, amuleti o formule magiche: la donna rimane sveglia, capace di intendere e di volere e ha il pieno controllo di ciò che accade. Lo stato di rilassamento che ne consegue favorisce la produzione degli ormoni della nascita, ossitocina ed endorfina, che mantengono bassi i livelli di adrenalina (prodotta, invece, in situazioni di stress) nel sangue.

CHE COS'È L'IPNOSI NELLA NASCITA

L'ipnosi è un altro metodo attivo per il controllo del dolore. Al contrario dell'anestesia farmacologica (ovvero anestesia epidurale o generale), che annulla totalmente la percezione del dolore, lo scopo dell'ipnosi è quello di rendere sopportabile il dolore mobilitando grandi risorse ormonali presenti naturalmente nel corpo di ogni donna. Tra le varie tecniche che possono essere impiegate troviamo l'aromaterapia, la musicoterapia, l'uso di acqua calda o fredda, l'agopuntura, la già menzionata ipnosi, lo yoga, la bioenergetica, la PNL, il canto e la comunicazione prenatale. Alcuni metodi scelti per il rilassamento, se proposti nelle pause fra le contrazioni, facilitano la produzione di endorfine (unico anestetico naturale senza controindicazioni) mentre, se messi in atto durante le contrazioni, lavorano sullo scioglimento attivo delle tensioni.

1. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00029157.2007.10401608?journalCode=ujhy20/>.

Per una nascita dolce e Senza violenza: Frédéric Leboyer e Lorenzo Braibanti

Ogni nascita è a sé, ci ricorda il ginecologo e ostetrico francese **Frédéric Leboyer**. È un viaggio attraverso un ignoto da attraversare con consapevolezza, pienezza di sensazioni e rispetto per la sacralità del momento. Leboyer, primo medico che all'interno di un reparto ospedaliero ha analizzato lucidamente i traumi del parto medicalizzato, ha sempre sostenuto che la donna dev'essere messa in grado di vivere e sentire profondamente la nascita del proprio bambino, nel pieno rispetto dei ritmi e delle dinamiche del corpo e della psiche. Nemmeno la paura, soprattutto quella del dolore, secondo Leboyer, va cancellata a forza. La paura aiuta ad avere rispetto del parto, ad affrontarlo come il mistero quale esso è.

I DIRITTI DEL BAMBINO DURANTE IL PARTO

Cultore della filosofia della nascita senza violenza, questo medico francese è stato anche il primo a sancire l'esistenza dei diritti del bambino durante il parto: diritto al benessere e all'attenzione anche per i suoi tempi. Ed è sempre lui a paragonare il taglio cesareo alla lettura di un libro in cui si omette il capitolo cruciale della storia. Alle donne spiega che per troppo tempo le ostetriche hanno promesso di rendere la nascita più sicura, più facile, più veloce e meno dolorosa. «È un'illusione», come ha detto in un'intervista al giornale inglese «The Guardian»

nel 2011¹. «Non possono. Così come io non posso respirare per te, mangiare per te o dormire per te, così non posso partorire per te. Solo tu puoi farlo». **È la donna, dunque, nella visione di Leboyer, che deve rimanere il capitano della nave, libera di scegliere cosa sente sia meglio per il proprio bambino, sostenuta e aiutata da un ambiente accogliente e tranquillo.** Quindi, sì a stanze dove i rumori sono attenuati, le luci soffuse, dove c'è musica di sottofondo; sì al contatto pelle a pelle tra bambino e mamma appena dopo la nascita, sì ad attaccare subito il bambino al seno, no agli interventi invasivi dall'esterno che sconvolgono il processo del parto.

In Italia, pioniere della nascita senza violenza è stato senza dubbio **Lorenzo Braibanti**, (1921-1989) quasi coetaneo di Leboyer, per anni primario all'ospedale di Monticelli d'Ongina, in provincia di Piacenza, dove ha dato vita a un'esperienza che è stata definita straordinaria. Braibanti ha sempre agito per sottrarre il parto al dominio della medicina e per restituirlo ai veri protagonisti: la madre, il bambino, la famiglia. A caratterizzare la figura di questo medico, scomparso nel 1989, sono stati senza dubbio la profonda umanità e il senso di solidarietà che lo hanno legato indissolubilmente a chi lo ha conosciuto.

Pagina Facebook: www.facebook.com/birthwithoutviolence

1. <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2011/jun/25/obstetrician-frederick-leboyer-childbirth/>.

I benefici e la bellezza del parto naturale

Film e telefilm propongono in continuazione scene di parto in cui urla strazianti e stress evocano un evento pericoloso e un dolore insopportabile. Questo vero e proprio bombardamento mediatico ha fatto perdere a molte donne la fiducia nelle proprie capacità fisiologiche e tutto ciò, unito a un eccesso di esami, controlli e interventi durante la gravidanza e il parto, non può fare altro che aumentare l'ansia e la relativa produzione continua di ormoni dello stress, che nella fase finale della gestazione ostacolano il processo naturale del travaglio.

Pur analizzando scrupolosamente le condizioni della puerpera, i parti assolutamente spontanei e senza complicazioni, superano tranquillamente il 50%. Bastano però piccole intromissioni nell'iter naturale della nascita per trasformare un parto fisiologico spontaneo in un vero e proprio intervento medicalizzato, innescando varie complicazioni. Tra le pratiche più diffuse nelle sale parto di tutto il Paese troviamo l'induzione del travaglio con la somministrazione di ormoni (come l'ossitocina), l'epiotomia (ovvero l'incisione del perineo per facilitare il parto), il taglio cesareo o l'anestesia epidurale.

Fortunatamente, grazie alla recente propensione verso la demedicalizzazione del parto, si tende nuovamente a riscoprire una fisiologica naturalità, alla ricerca di un legame intenso come prosecuzione di quello vissuto durante la gravidanza. Una delle prassi derivate da questa tendenza è, ad esempio, quella del "rooming in", che consiste nel lasciare il bimbo appena nato con la mamma giorno e notte, anziché separarli subito dopo la nascita.

IL PARTO NATURALE

«Il miglior ostetrico è colui che è capace a starsene con le mani in tasca».

(FRÉDÉRIC LEBOYER, ideatore del *parto dolce*)

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il "parto veramente naturale" inizia spontaneamente (senza induzioni) e si mantiene tale durante tutte le tre fasi del travaglio, fino all'espulsione della placenta. Il parto avviene per via vaginale tra la trentasettesima e la quarantesima settimana compiuta di gravidanza e, dopo la nascita, mamma e bimbo sono in ottime condizioni fisiche.

L'OMS fornisce anche indicazioni utili sulla posizione da adottare durante il travaglio e il parto:

«Non è raccomandabile che la donna gravida sia posta nella posizione sdraiata sulla schiena durante travaglio e parto. Il camminare durante il travaglio dovrebbe essere incoraggiato ed ogni donna deve decidere liberamente la posizione da adottare durante il parto»¹.

Per farti un'idea di quali siano le posizioni più naturali occorre osservare quelle donne che, con l'avvicinarsi della nascita del proprio bambino, agiscono guidate dal proprio istinto e non dal tipico pudore indotto dai condizionamenti della cultura occidentale.

Ancora oggi le donne appartenenti alle società tradizionali di tutto il mondo, e quindi libere da

1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457/>.

obblighi e imposizioni culturali, partoriscono in posizione verticale o accovacciata.

Il parto naturale, infatti, non avviene in posizione distesa (detta anche “posizione litotomica”), bensì in posizione verticale, accovacciata o seduta, come svariate prove hanno dimostrato e come tra l'altro si è riscontrato nelle raffigurazioni di scene di parto già in epoca egizia.

Le posizioni più comuni e spontanee per il travaglio sono quindi:

- **in piedi;**
- **a sedere;**
- **in ginocchio o in posizione accovacciata;**
- **a quattro zampe.**

Talvolta per mantenere queste posizioni può essere necessario l'aiuto di un'ostetrica, l'abbraccio del proprio compagno o l'utilizzo di un qualsiasi supporto a cui appoggiarsi.

I vantaggi derivanti dal parto in posizione verticale sono innumerevoli:

- la forza di gravità favorisce le contrazioni uterine e le spinte della partoriente;
- le contrazioni uterine sono più frequenti e regolari;
- la dilatazione della cervice è maggiore, grazie alla possibilità di muovere il bacino liberamente;
- nell'intervallo tra le contrazioni la donna si rilassa meglio;
- la pressione nella fase di riposo e tra le contrazioni è maggiore;
- il primo e il secondo stadio del travaglio possono risultare più brevi;
- queste posizioni risultano meno dolorose;



- si riscontrano minori anomalie nei tracciati cardiografici e l'assenza di compressione dei grossi vasi sanguigni (aorta e vena cava) da parte dell'utero.

Il cammino compiuto dalle donne per riappropriarsi del momento del parto è un percorso fisico perché riguarda il corpo, psichico perché invita a tornare ad ascoltare le proprie emozioni, e spirituale, che riconosce la trascendenza e l'energia nella nascita. Naturalmente, perché ogni donna abbia la possibilità di intraprendere questo percorso, è necessario che il cambiamento coinvolga anche chi assiste la partoriente: si tratterebbe quindi di destrutturare un sistema medico focalizzato sulla stimolazione e la forzatura di un processo del tutto naturale e di costituire una nuova professionalità medica in grado di accompagnare, accudire e sostenere la madre.

Questo percorso ha avuto inizio negli anni Ottanta, con le esperienze e gli studi di alcuni medici e ostetriche, tra i quali ricordiamo **Frédéric Leboyer**, **Sheila Kitzinger** e **Michel Odent** che, in più parti del mondo, hanno dato eco all'importanza di nascere “naturalmente”. In Olanda si sono formate anche ostetriche italiane che, come **Marta Campiotti**,

promuoveranno il parto nell'intimità della propria casa piuttosto che in corsia d'ospedale. Inoltre, si è iniziata a recuperare la presenza importante del papà, che torna a rendersi veramente conto di cosa voglia dire mettere al mondo un figlio.

Nel 1985 l'educatrice perinatale Piera Maghella fonda a Modena il MIPA (Movimento Internazionale Parto Attivo), associazione che riconosce la centralità della donna, del bambino, della coppia con le proprie competenze e bisogni, nonché il diritto di avere un parto umanizzato sia a casa che in ospedale.

Negli anni Novanta cresce l'interesse della stampa, delle associazioni di donne, dei politici intorno alle tematiche legate all'assistenza a domicilio: molte ostetriche sono invitate a convegni, incontri nazionali e internazionali, e in Parlamento per discutere una proposta di legge sulla nascita.

LE LINEE GUIDA PER LA NASCITA NATURALE

Nel 1996 l'OMS arriva quindi alla stesura delle prime **Linee Guida² internazionali sulla nascita naturale** e in Italia nascono le prime Case Maternità.

In Italia esistono già ben trentadue gruppi di ostetriche domiciliari e nello stesso anno **Verena Schmid fonda a Firenze, insieme ad alcune ostetriche, la Scuola Elementale di Arte Ostetrica.**

Negli anni 2000 il parto in casa è solo una possibilità e non tutte le donne lo desiderano. Affinché ogni donna torni a riappropriarsi del momento del parto è fondamentale diffondere il concetto secondo cui ognuna di loro ha diritto all'informazione, all'ascolto e alla libertà di scelta. A questo scopo, sul territorio emiliano-romagnolo sono disponibili ostetriche che si occupano di parto naturale e fisiologico come libere professioniste, e che lavorano secondo il principio della "continuità dell'assistenza"

occupandosi della salute di mamma e bambino dai primi mesi di gravidanza fino al primo anno di vita del bambino.

L'11 maggio 2015 anche *Medicina 33*, tradizionalissima trasmissione di medicina di «Rai 2», ha ritenuto importante fare un bel servizio sul parto in casa, raccontando l'esperienza di una coppia e delle ostetriche dell'Associazione "La Mia Ostetrica" di Firenze che ne avrebbero seguito il parto.

IL PARTO VAGINALE MEDICALIZZATO

Si può definire medicalizzato un parto che avviene con l'aiuto di stimolazioni esterne, sia farmacologiche che fisiche, o interventi chirurgici invasivi.

Tra le stimolazioni farmacologiche più impiegate troviamo l'anestesia epidurale (un intervento di tipo analgesico che allevia il dolore nella parte inferiore del corpo) e la somministrazione di ossitocina, un ormone che accelera le contrazioni dell'utero necessarie a dare il via al travaglio. In alcuni casi, per facilitare la fuoriuscita del feto, viene impiegata la *manovra di Kristeller*, che consiste nell'appoggiare l'avambraccio sulla parte più alta dell'utero, esercitando una forte pressione verso il basso in occasione di ogni contrazione, dalla dilatazione completa della cervice fino all'espulsione della testa del bimbo³. Questa pratica, vietata in molti Paesi, può causare però diversi effetti collaterali, tra i quali vaste lacerazioni alla vagina, danni alla vescica urinaria, contusioni alle pareti addominali e uterine, danni ai legamenti uterini e prolasso uterino.

IL PARTO DA SDRAIATA

Un parto medicalizzato avviene prevalentemente in posizione distesa sul dorso.

Pare che questa posizione sia nata come una moda delle classi ricche del tardo Medioevo, che

2. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/.

3. <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/487/>.

non volevano più partorire in piedi come la plebe. Tuttavia, il primo esempio riscontrabile di donna in travaglio in posizione supina risale al 1663 e riguarda un'amante di Luigi XIV di Francia. La scelta di partorire in posizione sdraiata non fu della donna ma del re, che desiderava assistere alla nascita.

Al secolo XVI invece risale l'invenzione del forcipe, che ha poi contribuito al dilagare della posizione orizzontale durante il parto. Tornando al XVII secolo, nel 1668 per la precisione, fu pubblicato un trattato di ostetricia che raccomandava la posizione sdraiata sulla schiena (litotomica) durante il travaglio. Questa posizione non fu scelta per il bene della madre e del neonato, ma per la comodità di medici e ostetrici che prediligevano l'uso del forcipe e potevano così esercitare un maggiore controllo sul nascituro. Di conseguenza possiamo affermare che la posizione da sdraiata si è diffusa come pratica comune durante il parto da quando l'ostetricia è stata medicalizzata (da circa quattro secoli). Tuttavia è proprio questa posizione orizzontale che, costringendo l'osso sacro a contatto con il rigido lettino, riduce sensibilmente la sua mobilità la quale, invece, in questa situazione necessita della più grande libertà possibile.

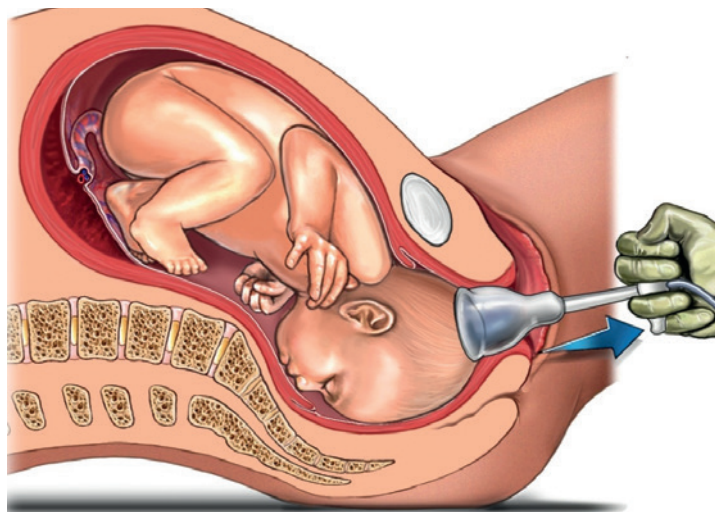
CONSEGUENZE E PERICOLI DELL'ANESTESIA EPIDURALE

Quanto all'utilizzo di farmaci durante il parto, come quelli iniettati tramite epidurale, in una conferenza del 1984 Lorenzo Braibanti riporta questa esperienza personale avuta con l'anestesista italo-americano J.J. Bonica, che ha introdotto per primo l'anestesia epidurale nel travaglio:

«Nel 1976 venne in Italia a propagandare l'anestesia epidurale e mi ricordo bene quando lui disse: "Mi strapperei i capelli pensando che ci sono ancora delle donne italiane che partoriscono con dolore, mentre da me le donne partoriscono completamente senza dolore grazie all'epidurale". A di-

stanza di circa due anni Bonica ritornò in Europa e fece il giro di tutte le città in cui era passato, raccomandando di non usare più il metodo "indolore" da lui indicato per il travaglio del parto, anzitutto perché **era aumentato in maniera non accettabile il bisogno di forcipi e ventose e del taglio cesareo, e poi perché si erano constatati dei danni cerebrali nei bambini**»⁴.

Anche il taglio cesareo rientra a pieno titolo tra gli interventi invasivi e prevede il ricorso alla chirurgia: il parto, infatti, non avviene per via vaginale ma tramite un'incisione praticata qualche centimetro sopra il pube, dalla quale il feto viene estratto direttamente dalla pancia della mamma. L'anestesia parziale è il metodo più diffuso per il cesareo programmato, ma in casi urgenti può essere anche fatto sotto anestesia generale (o totale).



4. Tratto da un'intervista a Lorenzo Braibanti, pioniere italiano della nascita senza violenza. Fonte: Istituto di Orgonomia Federico Navarro.

Farmaci in gravidanza

«Il primo dovere del medico è quello di educare le persone a non prendere medicine».

SIR WILLIAM OSLER (1849-1919), medico canadese, definito il padre della medicina moderna

Molte donne incinte assumono farmaci prescritti o da banco. Le tipologie di medicinali assunte più di frequente sono quelle contro nausea e vomito, allergie, acidità di stomaco, infezioni batteriche, così come antidolorifici, ipnotici, tranquillanti e diuretici.

L'uso di farmaci durante la gravidanza, però, dovrebbe essere per quanto possibile limitato poiché i farmaci e i loro principi attivi passano dalla madre al feto seguendo la stessa strada che assicura a quest'ultimo le sostanze nutritive, ovvero attraverso la placenta.



I farmaci somministrati in gravidanza possono nuocere al feto:

- producendo un effetto letale o tossico o, talvolta, causando l'insorgenza di malformazioni;
- restringendo i vasi placentari e influenzando così lo scambio di gas e di elementi nutritivi tra il feto e la madre;
- causando gravi e premature contrazioni dell'utero (*ipertono uterino*) che possono provocare danni al feto per mancanza di ossigeno o, indirettamente, alterando l'equilibrio biochimico della madre.

L'effetto di un farmaco sul feto è determinato in gran parte da tre fattori: l'età del feto, la potenza e

il dosaggio del farmaco. Le sostanze somministrate entro 20 giorni dal concepimento possono causare conseguenze tragiche, come provocare la morte dell'embrione, o non danneggiarlo affatto. Durante questa fase è improbabile che l'effetto del farmaco favorisca lo sviluppo di malformazioni, mentre tra la 3^a e l'8^a settimana, ovvero nel periodo in cui si sviluppano gli organi interni, il rischio è maggiore. I farmaci somministrati dopo questa fase (cioè nel secondo e terzo trimestre) difficilmente hanno questo effetto, ma possono alterare lo sviluppo e le funzioni degli organi e dei tessuti fetali normalmente formati.

L'USO DI ANESTETICI DURANTE IL TRAVAGLIO E IL PARTO

Oltre agli accorgimenti da tenere in considerazione durante la gravidanza, è importante che **anche durante il travaglio, eventuali farmaci** (come gli anestetici o gli antidolorifici) **vengano somministrati con grande cautela: le sostanze che nell'ora che precede il parto passano attraverso la placenta possono ancora avere effetti tossici sul neonato**, perché in seguito al taglio del cordone ombelicale, il neonato (i cui processi metabolici ed escretori sono ancora immaturi) elimina i farmaci trasferiti molto più lentamente, attraverso il metabolismo del fegato o espellendoli con l'urina. Farmaci impiegati comunemente in corso di travaglio e di parto possono causare, nel feto, danni al sistema nervoso centrale e bradicardia. L'impiego di ossitocina per indurre il travaglio è sicuro, ma la somministrazione non controllata può causare contrazioni uterine, che possono mettere in pericolo il feto. I sedativi, i barbiturici e gli analgesici sono in grado di attraversare la placenta.

I FARMACI E I LORO EFFETTI SULLA SALUTE DEL NEONATO

Qui di seguito vengono presentati e descritti i principali effetti collaterali che diverse tipologie di farmaci possono causare al feto nelle varie fasi del suo sviluppo.

ANTITUMORALI: poiché i tessuti embrionali sono caratterizzati da una crescita rapida e da un'elevata riparazione del DNA, essi somigliano ai tessuti tumorali e sono, quindi, molto vulnerabili a questo genere di farmaci. L'*aminopterin*a è stato il primo farmaco di cui sia stata dimostrata la capacità di determinare anomalie e malformazioni nel corso dello sviluppo embrionale nell'uomo. Molti antimetaboliti e agenti alchilanti possono provocare anomalie fetali come ritardi nell'accrescimento intrauterino, deformità craniche e mandibolari e

difetti a carico dell'orecchio. La *colchicina* aumenta invece il numero dei cromosomi anomali sollevando il sospetto che possa accrescere il rischio che il feto sviluppi la sindrome di Down.

I farmaci che favoriscono **L'ABBASSAMENTO DELL'INDICE GLICEMICO** nelle persone affette da diabete, non sempre riescono a controllare adeguatamente il disturbo nelle donne gravide e possono causare una grave ipoglicemia anche nei neonati. Poiché l'insulina non può attraversare la placenta e permette un controllo più prevedibile del diabete, è il farmaco di scelta per il trattamento del diabete mellito durante la gravidanza.

SEDATIVI E ANTIDOLORIFICI: sono in grado di attraversare la placenta e raggiungere livelli significativi nel feto. L'aspirina in dosi massicce può ritardare l'inizio del travaglio e causare la chiusura prematura del dotto arterioso fetale, l'insorgenza di emorragie nella madre o nel neonato durante o dopo il parto.

ORMONI SESSUALI: i progestinici sintetici (ormoni che favoriscono il concepimento e il mantenimento della gravidanza), somministrati durante le prime 12 settimane di gestazione, possono provocare la mascolinizzazione dei genitali esterni nei feti di sesso femminile.

ANTIBATTERICI E ANTIBIOTICI: antibatterici come le *tetracicline* (impiegate ad esempio contro le infezioni da *Escherichia coli*) si depositano nelle ossa e nei denti del feto, causandone rispettivamente la crescita ritardata e una minore resistenza alla carie. Poiché sono disponibili farmaci alternativi più sicuri, queste andrebbero evitate in gravidanza.

Fonte e link all'articolo completo:

<http://www.msd-italia.it/altre/manuale/sez18/2492168.html>

L'“epidemia” di parti cesarei: risvolti psicologici e rischi

La storia del cesareo risale a tempi antichissimi, a quando la mortalità femminile da parto era ancora molto elevata. Il taglio cesareo non è nato come pratica di emergenza, da mettere in atto nel caso in cui la vita della mamma e del bambino fossero in pericolo, bensì come procedura *post mortem* nei casi in cui la madre moriva prima di portare a termine la gravidanza. Secondo la *lex caesarea*, emanata tra il 715 e il 672 a.C. sotto l'imperatore Numa Pompilio, non era infatti permesso seppellire il corpo della donna morta senza prima aver estratto il bambino, perché ciò equivaleva ad annullare le speranze di vita di quest'ultimo. Il primo cesareo documentato su donna vivente, ma che morì dopo alcuni giorni, risale al 1610; è solo nel 1794, in Virginia, che per la prima volta una donna sopravvive all'intervento. Nel 1865 la mortalità materna in Gran Bretagna è pari all'85% degli interventi.

Oggi il taglio cesareo costituisce probabilmente uno degli interventi più diffusi al mondo (65% di parti cesarei nelle strutture private e 33% in quelle pubbliche).



In alcune città italiane la percentuale di parti che avvengono con questa modalità raggiunge addirittura il 60%¹, oltre quattro volte rispetto alle raccomandazioni dell'OMS, per la quale si dovrebbe ricorrere al bisturi solo nel 10-15% dei casi. In gravidanze considerate normali e prive di rischi, il taglio cesareo non comporta alcun beneficio per madre e neonato.

In casi di emergenza, il taglio cesareo è un intervento di importanza vitale per la madre e per il nascituro: aiuta a risolvere situazioni complicate per la madre o per gli operatori sanitari coinvolti, allevia lo stress fetale e riduce gli eventuali rischi derivanti da una situazione patologica. Purtroppo però, negli ultimi tempi, il cesareo viene praticato senza giustificate motivazioni mediche.

In molti hanno definito questo trend una vera e propria “epidemia”. I valori più bassi si registrano in Olanda, Svezia, Finlandia e Norvegia, con il 16% di parti cesari come indicato nell'European Perinatal Health Report (Rapporto europeo sulla salute prenatale) del 2010².

Nel 1981 la percentuale dei cesarei in Italia era dell'11%, mentre oggi è vicina al 40%: cos'è successo? A determinare questo incremento contribuiscono i vantaggi economici che ne derivano alle aziende sanitarie, le tecniche di inseminazione artificiale e le modalità farmacologiche e artificiali di induzione del parto.

1. <http://www.epicentro.iss.it/temi/materno/LineeGuideCesareo2012.asp/>.

2. http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf/.

LA TECNICA

Dopo aver disinfettato l'addome e rasato la zona da operare, il chirurgo pratica un'incisione orizzontale lunga circa 8 cm nella parte superiore del pube. Quindi incide lo strato sottocutaneo e separa con le mani le due fasce muscolari che percorrono l'addome. Successivamente incide il peritoneo (una membrana che avvolge gli organi interni) e infine l'utero. Il bimbo viene estratto e le incisioni suture con attenzione. La durata media dell'intervento oscilla solitamente tra i 17 e i 45 minuti a seconda della tecnica utilizzata e delle eventuali difficoltà operatorie che l'addome della madre può presentare.

CESAREO D'URGENZA, ELETTIVO E ITERATIVO

Un taglio cesareo può essere necessario nel caso in cui si verifichino situazioni di emergenza per la madre, per il bambino o per entrambi.

Il **cesareo d'urgenza** viene effettuato in seguito al sopraggiungere di complicazioni durante il travaglio, come anomalie della dilatazione del collo uterino, difficoltà nella discesa della testa del bambino oppure quando il feto non sopporta più lo stress del parto. Si tratta di un intervento salvavita per la madre e/o per il neonato.

Se l'intervento viene pianificato prima che il travaglio abbia inizio, si parla allora di **cesareo elettivo** o **programmato**. La data dell'intervento viene fissata circa sette giorni prima della scadenza del termine della gravidanza.

Un cesareo di tipo elettivo può essere previsto quando si conoscono in anticipo condizioni particolari della madre o del bambino che renderebbero impossibile o pericoloso un parto vaginale, come ad esempio: anomalie della posizione del feto, gravidanze plurime (non in tutti i casi), la presenza o il distacco di una placenta previa, la fuoriuscita del cordone ombelicale, malformazioni uterine conge-

nite o acquisite, sproporzione tra le dimensioni del feto e quelle del bacino osseo materno, anomalie del bacino materno, gravi malattie materne (anche riguardanti la sfera psichica) oppure quando è preferibile che il neonato non entri in contatto con le secrezioni vaginali (nel caso in cui la madre sia affetta da Herpes genitale).

Quando il cesareo viene ripetuto dopo un precedente intervento analogo, si parla di **cesareo iterativo** o **ripetuto**.

La scelta della donna, però, può essere influenzata dall'atteggiamento del medico: in Emilia Romagna i consultori prevedono due percorsi separati e distinti a seconda che la gravidanza sia a rischio o fisiologica. Nel secondo caso si cerca, sempre nella massima sicurezza, di accompagnare la donna a un parto dolce, attivo e naturale: lo scopo è permettere alla madre di restare la protagonista della nascita del suo bambino, senza subirne passivamente la medicalizzazione.

QUALI SONO I RISCHI?

Il taglio cesareo è un intervento che è stato continuamente aggiornato nella tecnica, ma certamente non privo di rischi, in particolare per la madre. Tali rischi possono essere riconducibili all'anestesia, a emorragie, a lesioni di uretere e vescica, a problemi respiratori e circolatori.

La mortalità materna per ogni milione di nascite è di 82,3 casi nei cesarei elettivi e di 16,9 casi nei parti che avvengono per via vaginale³. Per quanto riguarda future gravidanze, il cesareo aumenta dell'1-4% il rischio di un malposizionamento della placenta e del 25% l'insorgere di altre anomalie placentari che complicano la gestazione⁴. Le società di ginecologia statunitensi e inglesi, seppure indi-

3. Tavola degli effetti associati a parto cesareo elettivo. <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/200/>.

4. https://www.alessandragraziottin.it/pdf/articoli.php?ART_TYPE=AQUOT&EW_FATHER=5581/.

chino di assecondare la richiesta della donna se le motivazioni sono accettabili, consigliano un atteggiamento più restrittivo se la paziente pensa di avere altre gravidanze in futuro. Per il neonato c'è il rischio di problemi respiratori, perché il passaggio dal canale del parto aiuta la funzionalità dei polmoni, tanto che il cesareo elettivo oggi non viene eseguito se non prima della trentanovesima settimana, quando il feto ha raggiunto la maturità polmonare. In uno studio americano, su 5 milioni di bimbi nati con cesareo su richiesta della madre, il tasso di mortalità a un mese di vita è stato circa il doppio rispetto a quello dei nati con parto naturale⁵. In Italia, secondo i dati dell'Istat, la Sicilia è la regione con il tasso di mortalità neonatale superiore alla media nazionale, seguita da Campania e Lazio.

In condizioni ottimali, quindi, il cesareo non dà particolari benefici alla salute di mamma e bambino e anche l'idea che la ripresa dopo il parto sia più rapida è errata. Se la madre è al secondo o al terzo cesareo, i tempi di recupero sono molto più lunghi rispetto a quelli di un secondo o terzo parto naturale. Anche sul fronte della sessualità non è detto che sia tutto rose e fiori: l'idea che aver salvaguardato i genitali da un parto per via vaginale possa consentire di ricominciare a fare l'amore più rapidamente e con meno problemi non è sempre vera. Alcune delle complicanze più tipiche del taglio cesareo, come quelle relative alla cicatrizzazione, alle aderenze o alle infezioni, possono causare dolore anche a distanza e incidere sui rapporti sessuali.

L'allattamento non subisce alcuna conseguenza, a patto che il bambino non venga separato dalla madre per troppo tempo subito dopo la nascita (il contatto pelle a pelle subito dopo l'estrazione è di grandissimo valore per il legame e per il recupero) e che il dolore post operatorio venga trattato in modo adeguato.

QUANTO COSTA?

Se i medici delle strutture pubbliche ritengono che la madre debba rientrare nella casistica che richiede un cesareo programmato, l'intervento è a costo zero per la donna, in quanto sarà la sanità pubblica a farsene carico. Se invece il personale medico non ritiene che vi siano i presupposti per ricorrere obbligatoriamente al cesareo, allora la richiesta della madre verrà declinata. In questo caso è comunque possibile partorire con questa modalità rivolgendosi a strutture private a pagamento o a liberi professionisti. In cliniche private non convenzionate con le ASL locali, il costo parte dai 2000 euro circa e aumenta in maniera considerevole a seconda della tipologia di sistemazione offerta dalla struttura.

CESAREO UNA VOLTA, VUOL DIRE SEMPRE CESAREO?

L'OMS sostiene che i parti vaginali dopo un cesareo dovrebbero essere, di norma, incoraggiati. È piuttosto raro, però, che la classe medica fornisca alle donne informazioni esaustive riguardo alle possibili alternative a un secondo cesareo. Omettendo le alternative, si omettono anche i rischi che un secondo intervento può comportare.

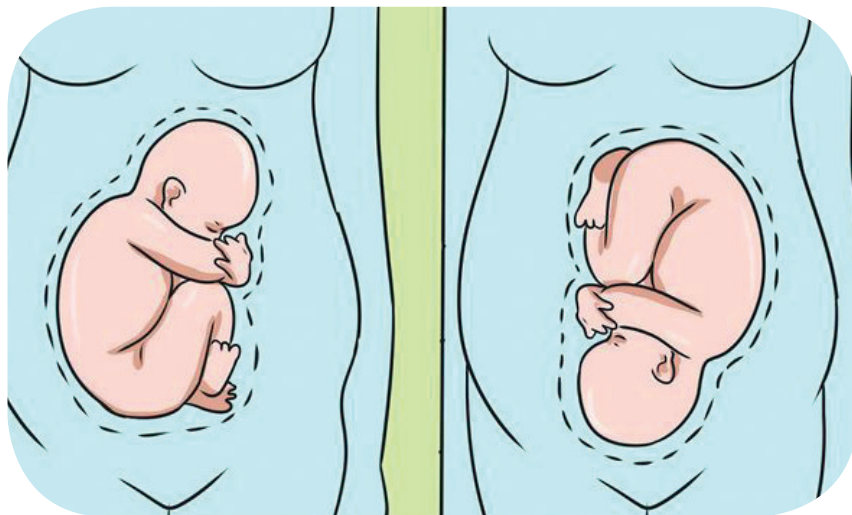
Il travaglio di prova dovrebbe essere incentivato e il parto vaginale dopo un cesareo (*Vaginal Birth After Cesarean*, VBAC) diventare la norma. Il travaglio di prova può essere consigliato a tutte le donne che non presentano controindicazioni al parto vaginale e nelle quali la pregressa incisione sull'utero sia stata trasversale bassa, come avviene quasi sempre. Tutto questo, però, a una condizione: il parto deve avvenire in un centro nascita organizzato per assistere un travaglio di prova e dove sia possibile, in caso di necessità, eseguire un cesareo d'emergenza e affrontare tempestivamente possibili complicazioni, riducendo al minimo il rischio di danni permanenti.

5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18307481/>.

Evitare un secondo cesareo comporta grandi vantaggi per la madre, sia a livello fisico che psicologico. Non solo la ripresa dopo il parto è più veloce e la degenza in ospedale più breve, ma si scongiurano anche il senso di incompletezza e il rimpianto che in molti casi accompagnano un parto con bisturi. Eppure, ancora oggi, in alcuni ospedali il travaglio di prova è visto con un certo sospetto. In particolare, l'idea più diffusa è che eventuali complicazioni siano sempre collegate al mancato impiego del cesareo.

Tutto ciò influisce negativamente sulla popolarità del parto vaginale dopo un cesareo, anche se la percentuale di donne che intraprende un travaglio di prova e riesce a partorire senza problemi oscilla tra il 50 e l'85%⁶ dei casi.

Ma come si svolge un travaglio di prova? Sono necessarie precauzioni particolari? A quanto pare no. La gestione di un travaglio dopo un cesareo può essere identica a quella di un normale travaglio. L'unico accorgimento importante che il personale di assistenza deve tenere presente è quello di mantenere sotto controllo il battito cardiaco del feto durante le contrazioni e nella fase espulsiva. Un'alterazione del battito è infatti il primo segnale che qualcosa non va a livello dell'utero. Per il resto sono valide le consuete linee guida, quindi puoi muoverti liberamente, scegliere la posizione che ti sembra più adeguata e assumere alimenti o bevande digeribili rapidamente. È anche possibile richiedere un'anestesia epidurale, se proprio ne senti la necessità. Da parte del personale medico è sconsigliato accelerare i tempi fisiologici del trava-



glio, soprattutto se il battito del feto si mantiene regolare, ed è assolutamente da evitare la *manovra di Kristeller*, ovvero la spinta sull'utero eseguita dal ginecologo. In conclusione, l'assistenza dev'essere caratterizzata da una vigilanza assidua, ma è da evitare una maggiore medicalizzazione della nascita. Nonostante il parto spontaneo rappresenti spesso la soluzione ottimale per la donna e per il suo bambino, ci sono casi in cui la nascita in sala operatoria è inevitabile. Un secondo cesareo è sempre necessario se le caratteristiche che hanno decretato il primo sussistono ancora, quindi in tutti i casi di malattie croniche della mamma (per esempio cardiopatie, malattie renali ecc.), interventi chirurgici pregressi all'utero, bacino stretto o malformato che non permette il passaggio del bambino.

RIDURRE I TAGLI CESAREI

In questi ultimi anni il crescente numero di tagli cesarei è stato più volte criticato. Alla base di queste critiche vi sono motivi economici (il cesareo costa), ma anche il desiderio di mettere un freno a quello che potrebbe, per assurdo, diventare un nuovo modello di parto.

Punti strategici importanti a tale scopo sono l'attuazione di linee guida nazionali per la gestione della

6. [http://www.unipd.it/esterni/wwwginec/Assistenza-Documenti/Unita'%20operative/Sala%20Parto/Procedure/20%20-%20PARTO_VAGINALE_DOPO_PARTO_CESAREO_\(VBAC\)-2.pdf/](http://www.unipd.it/esterni/wwwginec/Assistenza-Documenti/Unita'%20operative/Sala%20Parto/Procedure/20%20-%20PARTO_VAGINALE_DOPO_PARTO_CESAREO_(VBAC)-2.pdf/).

gravidanza e del parto fisiologico e patologico, l'aggiornamento professionale, la sicurezza assistenziale, la tutela medico-legale e assicurativa.

Osservando l'inefficacia delle sole linee guida, le raccomandazioni ai professionisti e le minacce alle cliniche convenzionate, due grandi Regioni, Lazio e Lombardia, si stanno muovendo in modo molto simile per colpire gli ospedali in una delle voci più sensibili in questi anni di crisi: il bilancio⁷. Altre, tanto, dalla Puglia alla Sicilia, agiscono sui manager delle ASL, mettendo la riduzione dei cesarei tra gli obiettivi in base ai quali viene valutato il loro lavoro e decisa la conferma dell'incarico⁸. Un altro processo in corso è l'individuazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi dei luoghi dedicati alla gravidanza e alla nascita e la redazione di protocolli regionali vincolanti per l'assistenza neonatale.

7. http://www.repubblica.it/salute/benessere-donna/gravidanza-e-parto/2016/01/24/news/_troppi_parti_cesarei_multe_agli_ospedali_che_sforano_il_tetto-131923474/.

8. <http://www.lagazzettadelmezzogiorno.it/news/puglia/460267/sanita-pugliese-troppi-parti-cesarei-stretta-della-regione.html/>.

I sostenitori del parto umanizzato chiedono anche meno interventi medici e che si lasci all'ostetrica l'assistenza della gravidanza fisiologica: è fondamentale garantire alla futura mamma condizioni di massima tranquillità e riservatezza durante il travaglio e il parto.

Alcuni studi effettuati dal professor Marshall H. Klaus hanno evidenziato che le madri assistite e sostenute nel travaglio da una donna (amica o parente) a cui era stata fornita una formazione basilare inerente, hanno riferito di aver vissuto esperienze di parto positive, di aver ricevuto un buon supporto e di essersi sentite valorizzate. Anche l'allattamento al seno ha tratto giovamento da questa esperienza⁹. Risultati analoghi sono stati ottenuti in due ulteriori studi effettuati in Guatemala e negli Stati Uniti¹⁰, dai quali si è riscontrato che l'**assistenza di una figura femminile adeguatamente formata favoriva travagli più brevi, meno dolorosi e una minore necessità di ricorso al cesareo.**

9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17718872/>.

10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2013951/>.

Sintesi dei pericoli del parto cesareo

I rischi e danni principali del parto cesareo sono dovuti a:

- conseguenze dell'anestesia
- emorragie
- lesioni di uretere e vescica
- problemi respiratori e circolatori

È importante sapere che nel caso di parto cesareo:

- il tasso di **mortalità materna** cresce di quasi 5 volte: è di 82,3 casi su un milione di nascite con parto cesareo elettivo rispetto a 16,9 con parto vaginale, solo in Italia;
- il tasso di **mortalità neonatale** a un mese di vita è il doppio rispetto a quello dei parti naturali;

- il parto cesareo aumenta dall'1 al 4% (ma arriva fino al 10%) il rischio di **malposizionamento** della placenta (placenta previa) e del 25% l'insorgenza di altre **anomalie placentari**.

Nel 2014 gli ospedali emiliano-romagnoli che vantano la percentuale più bassa di parti cesarei sono stati:

- l'Ospedale B. Ramazzini di Carpi, con il **15,4%**
- l'Ospedale Infermi di Rimini, con il **17,8%**

In Italia mediamente muoiono da 10 a 20 neo-mamme ogni anno a causa di questa pratica sanitaria che l'OMS ritiene ingiustificata quando supera oltre il 10% dei parti.

L'importanza dell'amore negli studi di Michel Odent

Michel Odent, medico chirurgo e ostetrico considerato un pioniere del parto attivo e naturale, è noto per aver introdotto in ambito ospedaliero la prima vasca per il rilassamento durante il parto e la cosiddetta *salle sauvage*, ovvero una sala parto simile a una stanza di casa, creando così una mediazione tra parto in casa e parto medicalizzato in clinica. Autorità riconosciuta in materia di parto e analgesia naturale, Odent sostiene che l'approccio medico verso la nascita, eccessivamente specialistico, abbia trascurato l'importanza dell'amore come potenziale e rivoluzionaria strategia per la sopravvivenza umana, sostenendo che il dominio sulla natura e sugli altri gruppi umani sia un concetto ormai superato e non più idoneo allo scopo.

NEONATI "ARTIFICIALI"

Inoltre, in netta contrapposizione al crescente e non strettamente necessario ricorso al taglio cesareo, si interroga sul futuro di una società in cui i bambini nascono in condizioni "artificiali", privi di quel cocktail di "ormoni dell'amore" rilasciati dalla madre quando il parto e l'allattamento avvengono in modo naturale. A esclusione delle gravidanze considerate "a rischio", egli ritiene quindi più appropriato adottare comportamenti che facilitino la produzione di endorfine, ovvero l'unico analgesico naturale sicuramente non dannoso per la donna e il bambino. A prescindere dalla tecnica analgesica che si preferisce, egli sottolinea in ogni caso l'importanza di un ambiente intimo e del rispetto dei tempi e dei modi della madre.

Perché tutte le culture interrompono con rituali il primo legame tra la madre e il figlio appena nato? Perché fino a ora si è riconosciuto un vantaggio evolutivo nello sviluppo di un potenziale umano aggressivo anziché nella capacità di amare?

Gli studi raccolti da Odent offrono conferme scientifiche del fatto che, andando a disturbare in modo continuativo e sistematico i bisogni fisiologici della madre e del neonato, si interferisce in modo grave sulla relazione mamma-bambino, e quindi sulla capacità di amare dell'essere umano, che si manifesterà solo dopo anni e in varie modalità (verso se stessi, verso gli altri o verso la natura).

IL PRIMO ANNO DI VITA INSIEME ALLA MAMMA

Piuttosto, se vogliamo che la vita continui a essere sostenibile sul pianeta, dobbiamo creare un uomo nuovo, capace di amare la natura e i suoi simili, e un passo necessario perché questo avvenga è riscoprire quali sono le esigenze fisiologiche della madre e del bambino durante il periodo "primale", che va dal momento del concepimento fino al primo anno di vita.

Infatti, le modalità del concepimento, della gravidanza, del parto, dei primi istanti di vita del neonato, della lattazione e dell'interazione del bimbo con la madre fino a circa il suo primo compleanno, hanno rilevanti effetti a lungo termine sull'equilibrio psicofisico del bambino e, più tardi, dell'adulto che diventerà.

Sito web curato da Michel Odent: www.wombecology.com

Pagina Facebook ufficiale: www.facebook.com/michelodent

Pagina Facebook in italiano: www.facebook.com/odentitalia

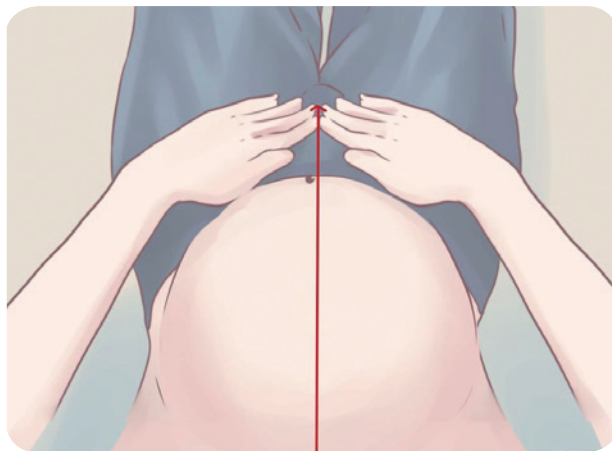
Un modo Sicuro per misurare la crescita del bambino

Al fine di standardizzare la valutazione della crescita del bambino nell'utero, si è scoperto uno specifico metodo di valutazione, che viene chiamato abitualmente *misurazione sinfisi/fondo*. Questo metodo semplice, efficace e non invasivo, serve a misurare progressivamente la crescita del bimbo e a stabilirne la regolarità. Nel caso in cui si sospetti un'anomalia di crescita o un rischio, l'ecografia rimane il mezzo migliore per fare una diagnosi.

Esistono però situazioni in cui l'attendibilità dell'ecografia non è sempre ottimale. Il tipico esempio è quello di persone affette da obesità, nelle quali l'eccesso di tessuto adiposo crea difficoltà nella visione degli organi interni. Anche il meteorismo intestinale può creare problemi, in quanto l'aria ostacola la corretta propagazione delle onde ultrasonore all'interno dell'organismo. Problemi di attendibilità possono sorgere anche a causa delle caratteristiche dell'operatore che esegue l'esame o delle condizioni dell'apparecchio: è necessario che l'operatore conosca alla perfezione la strumentazione, che sia dotato di un ottimo spirito di osservazione e che l'apparecchiatura utilizzata non sia obsoleta.

COME SI EFFETTUA LA MISURAZIONE SINFISI/FONDO

Attraverso questa valutazione, si misura la lunghezza (dal basso verso l'alto) della pancia della mamma. La dimensione di quest'ultima, infatti, è strettamente connessa con la dimensione del bambino al suo interno, per cui se la pancia aumenta, significa che il feto sta crescendo bene. Ecco come



avviene: dopo aver invitato la donna a svuotare la vescica, l'ostetrica identifica la sinfisi pubica, ovvero quell'ossicino che si trova sotto ai peli del pube, e da questo punto parte per fare la misurazione con un comune metro da sarto. La lunghezza viene presa dalla sinfisi (in basso) fino al fondo dell'utero, ovvero il punto più alto della pancia occupato dal bambino.

Ai tempi delle nostre nonne, l'ecografia non esisteva, né si usava fare alcun tipo di esame invasivo, eppure i bambini venivano al mondo ugualmente. È vero, avvenivano episodi spiacevoli e dolorosi che oggi non capitano più grazie alle nuove tecnologie, ma nella maggior parte dei casi la gravidanza e il parto evolvevano secondo quanto previsto dalla natura. La misurazione della lunghezza sinfisi/fondo è sempre stato uno strumento molto utile e chiaro per monitorare la crescita del bambino: con l'avanzare della gravidanza, la sinfisi pubica rimane sempre al suo posto, mentre il fondo dell'utero

sale, dal momento che il bambino aumenta le sue dimensioni.

Perché la lunghezza sinfisi/fondo abbia un valore reale, però, sono necessarie alcune condizioni:

- la misura dev'essere fatta a partire dalla ventiquattresima settimana (secondo la Linea Guida Italiana sulla Gestione della Gravidanza Fisiologica). Prima sembra non essere significativa, soprattutto perché la pancia non è facilmente misurabile.
- La misura dovrebbe essere fatta in modo continuativo, ovvero eseguita ad ogni incontro, e non svolta solamente una volta o due durante la gravidanza. In questo modo si valuta correttamente la progressione di crescita del bambino. Il valore riscontrato ad ogni misurazione viene espresso in centimetri e viene riportato su una tabella, definita *Tabella di Cardiff*, che rappresenta i valori di crescita medi dei bambini durante la gravidanza.
- Se possibile, la misurazione dovrebbe essere eseguita sempre dalla stessa ostetrica. Questo aiuta a mantenere costante il metodo di misurazione e riduce gli errori.



- Non dimenticare inoltre che gli strumenti più utili per valutare il benessere della mamma e del bambino durante la gravidanza sono le mani dell'ostetrica. Con le mani le levatrici di un tempo potevano capire molti aspetti, come fa la maggior parte delle ostetriche di oggi: dove è posizionata la testa del bimbo, se la schiena è a destra o a sinistra, oppure stabilire quanto la sua testa è incanalata nel bacino della mamma.

Nascere con la placenta: i benefici del Lotus Birth

La nascita *Lotus* o *Lotus Birth*, detta anche “parto integrale”, è un metodo che consiste nel mantenere il cordone ombelicale intatto al momento della nascita e nel lasciare il bambino collegato alla placenta fino al distacco spontaneo che avviene dopo circa 3-10 giorni dal parto. È una pratica molto antica, utilizzata già nell’antico Egitto e portata avanti da numerose culture indigene. Viene menzionata anche nei diari dei primi coloni europei in America, per poi essere abbandonata nel tempo probabilmente a causa dell’eccessiva “medicalizzazione” del parto.

Verso la fine degli anni Settanta è tornata in auge nel mondo occidentale grazie all’infermiera californiana Clair Lotus Day, che l’ha voluta per il proprio bambino.

Viene così riscoperta negli anni Ottanta da ostetriche e medici con una mentalità più aperta, decisi a esplorare le vie della nascita naturale.

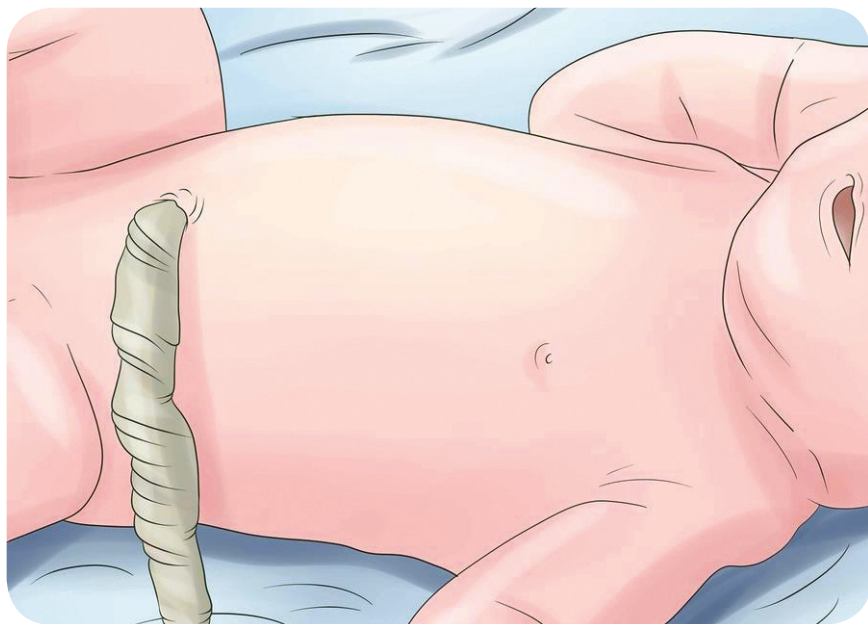
Il termine *Lotus Birth* è stato coniato in onore di Clair Lotus Day, ma è impossibile non pensare che faccia riferimento anche al fiore del loto, simbolo di benessere, rinascita e illuminazione nelle culture orientali.

In Oriente infatti sembra che questa pratica non sia mai stata abbandonata ed è tuttora fortemente sostenuta, come avviene ad esempio nell’isola di Bali gra-

zie al lavoro dell’ostetrica Ibu Robin Lim (autrice del libro *Il Chakra Dimenticato - Il Libro della Placenta - Come far nascere senza traumi e in salute il proprio bambino*, Macro Edizioni).

COME AVVIENE IL MANTENIMENTO DEL CORDONE E DELLA PLACENTA

La placenta è l’organo deputato agli scambi metabolici tra madre e figlio durante il periodo della gravidanza. È costituita da una parte materna e da una parte fetale connessa al cordone ombelicale. Il procedimento da seguire per mantenere cordone e placenta è estremamente semplice: si aspetta finché la placenta non è uscita spontaneamente, in seguito va sciacquata per rimuovere gli eventuali coagu-



li e asciugata delicatamente (la si può cospargere con sale grosso o aggiungere qualche goccia di olio essenziale di lavanda per evitare che emani cattivi odori), dopodiché la si ripone in una ciotola vicino a mamma e neonato o la si avvolge in un panno di stoffa. Servono solo alcuni accorgimenti quando si sposta il bambino: fate attenzione ad esempio a non tirare il cordone e utilizzate sempre abiti comodi e che non stringano.

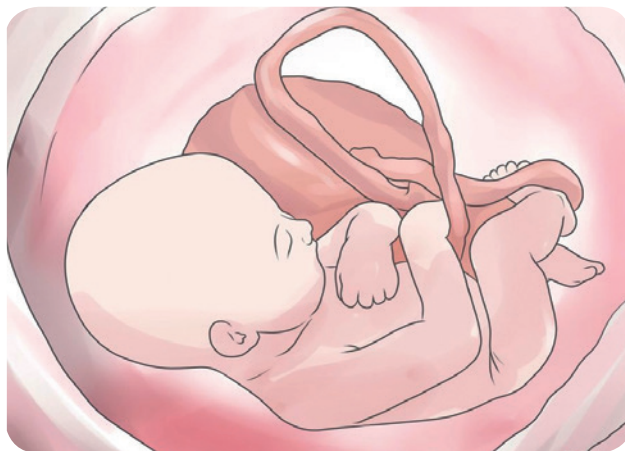
BENEFICI COLLEGATI AL MANTENIMENTO DELLA PLACENTA

Mantenere il cordone ombelicale collegato al bambino e alla sua placenta garantisce al neonato un maggiore apporto di sangue placentare, prezioso per la costituzione del sistema immunitario. Ma sono tanti i vantaggi che derivano da questa pratica:

- si evitano le infezioni al cordone e all'ombelico;
- si permette al bambino di stabilizzare il sistema respiratorio autonomo e gli altri organi;
- si migliora la funzionalità renale;
- diminuisce la necessità di trasfusione nei bambini prematuri;
- si verifica un maggior apporto di nutrienti, vitamine e minerali;
- si facilita l'attaccamento tra il bambino e i genitori dopo il parto (*bonding* familiare);
- si scongiura il tetano neonatale (ancora molto presente, specialmente nei Paesi del Terzo Mondo).

Anche la madre ne trae beneficio:

- si riduce il rischio di emorragia post parto;
- si riduce la possibilità di una depressione post parto;
- si verifica un maggiore apporto di anticorpi.



IL CLAMPAGGIO RITARDATO

Il clampaggio è quella procedura tramite la quale vengono applicate delle pinze per bloccare il flusso di sangue del cordone e consentirne il taglio. Queste modalità di legatura e taglio del cordone ombelicale sono cambiate nel tempo e dal cosiddetto “clampaggio immediato”, eseguito immediatamente dopo la nascita quando il cordone ancora pulsa, si è arrivati al “clampaggio ritardato”, in cui si attende invece che il cordone cessi di pulsare prima di procedere alla legatura e al taglio.

Questa attesa garantisce al neonato la possibilità di sfruttare il sangue ricco di ossigeno fornito dalla placenta, riducendo così lo sforzo respiratorio. È stata riscontrata anche una riduzione dell'incidenza di anemia sideropenica grazie al maggior apporto di ferro che migliora la crescita e lo sviluppo neurologico globale del bambino.

Attività fisiche e Sport in gravidanza

Negli ultimi trent'anni le raccomandazioni sul praticare attività fisica in gravidanza sono aumentate in modo consistente e continuano a farlo, considerando il numero crescente di prove scientifiche a supporto¹. In aggiunta a ciò, sempre più donne desiderano mantenere una buona forma fisica durante la gestazione.

Se sei in buona salute, fare attività fisica in gravidanza può apportare grandi benefici sia a te che al tuo bambino, oltre che aiutare a rilassarti. Da uno studio condotto da ricercatori canadesi è addirittura emerso che fare movimento può favorire un maggiore sviluppo cerebrale del nascituro².

Tra gli altri vantaggi che la pratica sportiva offre troviamo anche:

- minore rischio di diabete gestazionale³;
- maggiore rilascio di ormoni che infondono il buonumore, con conseguente riduzione dello stress, maggiore tolleranza al dolore rispetto alle donne non allenate⁴, maggiore reazione agli stimoli da parte del neonato⁵;
- minore necessità di ricorrere al taglio cesareo⁶.

Occorre però valutare con attenzione che l'attività che desideri intraprendere, o continuare a praticare in modo più leggero, non comporti il rischio di traumi o infortuni. Il sacco amniotico che protegge il bambino funge anche da ammortizzatore, ma un forte colpo al ventre potrebbe danneggiarlo. Occorre anche saper riconoscere i propri limiti e non esagerare negli sforzi: evita di stancarti troppo e di finire con il fiato corto, perché gli eccessi potrebbero essere pericolosi e causare il rischio di mancanza di ossigeno (o *ipossia*).

Gli obiettivi principali che puoi perseguire per prepararti al meglio durante la gravidanza possono includere i seguenti punti:

- la **tonificazione muscolare**: esercitare muscoli specifici come il perineo ti aiuta a preparare il tuo corpo al parto;
- la **respirazione e il rilassamento**: sono particolarmente importanti in un periodo ricco di cambiamenti emozionali come la gravidanza. Una respirazione più profonda e ampia ha molti effetti positivi sul benessere psicofisico ed è estremamente importante per migliorare la fiducia in se stesse;
- l'**allungamento**: si tratta di stretching specifico che ha come obiettivo principale l'allungamento degli adduttori, della muscolatura del piano perineale e della colonna vertebrale;
- la **socializzazione**: in un contesto così particolare, le mamme entrano più in confidenza tra loro e hanno meno inibizioni.

1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0060489/>.
2. http://www.corriere.it/salute/pediatria/13_novembre_15/sport-gravidanza-fare-movimento-fa-bene-mamma-bebe-2e39a310-4e0c-11e3-a50b-09fe1c737ba4.shtml/.
3. <http://www.lastampa.it/2015/06/10/scienza/benessere/in-gravidanza-lo-sport-fa-bene-contro-il-diabete-qZjZkSqS4CiV4tutVd2wGJ/pagina.html/>.
4. <http://www.lastampa.it/2015/04/10/societa/mamme/gravidanza-e-parto/lattivit-sportiva-in-gravidanza-Lxwff02VOgN6qpva8nML/pagina.html/>.
5. *Ibid.*
6. <http://www.informasalus.it/it/articoli/sport-gravidanza-cesareo.php/>.

Devi anche controllare il tuo ritmo cardiaco: per sapere quante pulsazioni hai al minuto, misurale per 15 secondi e moltiplica il risultato per quattro. È bene sapere che, all'inizio della gravidanza, ti stancherai rapidamente e le tue pulsazioni saranno più rapide. In linea di massima si può dire che non bisogna superare i 140-150 battiti al minuto⁷.

GLI SPORT CONSIGLIATI DURANTE LA GRAVIDANZA

La camminata: per tutte le future mamme, camminare è un buon modo per fare movimento. È anche una buona alternativa se interrompi un'attività incompatibile con la gravidanza o se non pratichi sport abitualmente. Il camminare favorisce il ritorno di sangue venoso al cuore evitando il rischio di disturbi quali le vene varicose e le emorroidi.

Il nuoto: il nuoto (o l'acquagym) è, insieme al camminare e allo yoga, lo sport migliore da praticare durante la gravidanza. Oltre alle sue virtù calmanti, migliora la respirazione, aiutandoti a prepararti per il parto e permette al perineo di lavorare rafforzandone i muscoli. Evita, tuttavia, d'immergerti in acqua troppo fredda. Praticare il nuoto aiuta inoltre a evitare i problemi circolatori, la sensazione di pesantezza agli arti inferiori e le vene varicose. L'acqua genera infatti un benefico effetto drenante, in grado di contrastare efficacemente il rallentamento della circolazione sanguigna e la conseguente ritenzione idrica che regolarmente si manifesta in tutte le gestanti. Con il procedere della gestazione, possono sopraggiungere dolori alla schiena e al basso ventre e, anche in questo caso, il nuoto può essere un ottimo alleato per risolvere il problema. In acqua, infatti, il peso del corpo è ridotto e i movimenti non vanno a sollecitare l'apparato muscolo-scheletrico in modo traumatico. L'acqua inoltre massaggia naturalmente



il corpo immerso, evidenziando cospicui benefici anche sul piano psicologico.

Lo yoga: è allo stesso tempo uno sport e un eccellente metodo di preparazione al parto. I vantaggi sono simili a quelli del nuoto e sono in costante aumento le donne che si iscrivono ai corsi di yoga per gestanti. La cosa non sorprende, dato che sono ben noti i benefici che questa pratica porta con sé. In particolare favorisce il rilassamento muscolare aiutando così la futura mamma a vivere meglio la gravidanza, soprattutto nell'ultimo periodo. Il benessere fisico si accompagna poi a quello emotivo: lo yoga libera la mente dal pensiero del dolore, sostituendolo con altri più positivi proiettati verso le gioie della maternità. Queste ultime fanno vedere i



7. http://www.lodispoto.it/articoli/art_testo_gravidanza.htm/.

dolori sotto una luce diversa, come qualcosa di naturale e necessario.

In questi corsi vengono poi insegnate particolari tecniche di respirazione, che aiutano a gestire la fase espulsiva.

Tutto questo, naturalmente, finisce per avere ripercussioni positive anche sul feto, e il piccolo, una volta venuto alla luce, si troverà fin da subito in un contesto familiare rilassato e sereno.

Il Pilates: prevede esercizi che si concentrano principalmente sui muscoli posturali, ovvero quelli che aiutano a tenere il corpo bilanciato e sono essenziali a fornire supporto alla colonna vertebrale. Il metodo è infatti indicato anche nel campo della rieducazione posturale. In particolare, gli esercizi di Pilates fanno acquisire consapevolezza del respiro e dell'allineamento della colonna vertebrale rinforzando i muscoli del piano profondo del tronco, molto importanti per aiutare ad alleviare e prevenire mal di schiena.

Altre ottime attività che è possibile aggiungere agli sport descritti sopra, possono essere gli esercizi con la palla, il tai chi, il golf, la danza del ventre, la cyclette e gli esercizi di Kegel.



GLI SPORT A RISCHIO

Alcuni sport sono da evitare, soprattutto se violenti o se ti espongono al pericolo di traumi di qualsiasi tipo. Anche se sei un'esperta, lo sci, l'equitazione o la scalata sono fortemente sconsigliati, perché queste discipline presentano un rischio di cadute troppo elevato. Anche l'atletica dev'essere sospesa. In genere, gli sport di gruppo o di combattimento, nei quali le scosse sono frequenti, non devono essere praticati. Sono sconsigliate anche le attività che prevedono corse o salti perché possono aumentare la contrattilità uterina.

Lo sport è da evitare assolutamente in caso di minaccia di aborto, presenza di una placenta previa, ipercontrattilità uterina, ritardo di crescita fetale.

L'ECCEZIONE

Si può fare surf in gravidanza? La trentaquattrenne australiana Kristi Olivares ha documentato l'attesa del suo bambino proprio mentre cavalcava le onde dell'oceano⁸.

Per mesi si è scattata foto sulla tavola da surf, con tramonti mozzafiato sullo sfondo: man mano che le immagini scorrono, il ventre, prima piatto come la sua tavola da surf, si gonfia e tende a sbilanciarla, tanto che Kristi spiega:

«Diventa sempre più difficile cavalcare le onde. Più il mio bambino cresce, più devo modificare la posizione perché il mio centro di gravità si sposta. E mi stanco anche molto più facilmente».

8. <http://www.today.com/parents/how-mom-be-surfed-her-way-through-9-months-pregnancy-2D11999980/>.

L'allattamento materno

L'allattamento al seno è la norma biologica per mamma e bambino, come ormai affermato e condiviso dalle più importanti società scientifiche internazionali, a partire dall'OMS.

«Ciò significa che l'allattamento e il latte materno sono modello di riferimento per l'alimentazione neonatale e su questo modello vanno tarati i parametri di crescita e di salute del bambino»

afferma Tiziana Catanzani, consulente IBCLC per l'allattamento (International Board Certified Lactation Consultant) e autrice del libro *Come allattare il tuo bambino* (Macro Edizioni 2016). L'allattamento, come spiega anche l'associazione La Leche League, va ridefinito come il proseguimento biologico della gravidanza e del parto ed è quindi, per la donna, il modo più naturale e armonico di effettuare gradualmente il ritorno alle condizioni biofisiche precedenti alla maternità. Purtroppo è ancora diffusa l'abitudine di fornire indicazioni fuorvianti che spesso generano ansia e sfiducia nella neo-mamma e innescano comportamenti inopportuni che ostacolano il procedere dell'allattamento materno. Oggi un bambino, quando nasce, non sempre viene attaccato subito al seno, cosa invece importantissima per stimolare la suzione del colostro e l'arrivo della montata lattea. A volte negli ospedali il piccolo resta nella nursery, dove può anche ricevere biberon integrativi (che confondono il suo istinto di suzione), e viene portato dalla mamma a orari che non hanno niente a che vedere con i suoi ritmi di fame. Inoltre, fin dalla nascita il bambino viene confrontato con altri al-

lattati al biberon, spiega sempre La Leche League. Gli orari, le tabelle, la doppia pesata, le quantità prestabilite per il bambino medio allattato artificialmente vengono imposti anche al bambino allattato al seno. E quando lo standard è allattare al biberon, la neo-mamma si misura con criteri che si riferiscono a una situazione non paragonabile alla sua, restando spesso con il dubbio che il latte sia insufficiente.

IL LATTE MATERNO: UN NUTRIMENTO A MISURA DI BAMBINO

La verità è che il latte materno e la formula artificiale non sono comparabili sotto alcun aspetto. Il primo si assimila molto più in fretta, quindi è normale che gli intervalli fra le poppate siano molto più brevi; per la formula artificiale è necessaria una quantità maggiore per ottenere un apporto nutritivo simile al latte materno. Quest'ultimo, infine, cambia la sua composizione anche nel corso della poppata, permettendo al bambino di esercitare una selezione, secondo che abbia più sete o più fame. Il bambino allattato con il biberon aumenta sempre la quantità di latte via via che cresce; invece quello allattato al seno tende a mantenere quantità praticamente costanti nel tempo e a volte anche a diminuirle perché la qualità del latte si adegua alla crescita del bambino.

«Dobbiamo riscoprire l'ovvio», sollecita La Leche League. Siamo mammiferi: allattare al seno è il modo semplice e naturale attraverso il quale la natura ha assicurato conforto, protezione e sopravvivenza ai piccoli e quindi all'intera specie.

La **doula**: una vera e propria assistente per la neo-mamma

Nell'antica Grecia, la *doula* era la “serva della donna”, che si prendeva cura della casa e assisteva la padrona. Oggi si presenta come una figura professionale non sanitaria che assiste le partorienti nel periodo pre e post parto e offre sostegno pratico ed emotivo alla famiglia fino al primo anno di vita del neonato. Un buon modo di definire l'attività della *doula* è dire che “fa da madre alla madre”.

La Federazione Nazionale Collegio Ostetriche (FNCO) non nasconde qualche timore nei confronti di questa categoria. La principale preoccupazione delle ostetriche è che figure professionali che dovrebbero fare semplice assistenza pratica e psicologica alle donne incinte si ritrovino a svolgere compiti più qualificati, non di loro competenza, che spettano invece alle ostetriche vere e proprie.

A chi sostiene che ai dubbi e ai bisogni delle donne debba rispondere il sistema sanitario nazionale, le associazioni che organizzano i corsi per questa attività (molto diffusa all'estero) rispondono: «Non vogliamo sostituirci alle professioniste, vogliamo affiancarle»¹.

La *doula* è infatti un'assistente che non svolge alcun tipo di attività che spetta al personale medico, ma si propone invece di cooperare con le professioni sanitarie per l'aiuto alla donna incinta.

C'è innegabilmente un vuoto assistenziale che le *doule* vorrebbero poter colmare nel rispetto delle regole. Una lacuna riconosciuta anche dalla FNCO che sottolinea «l'esigenza che le Regioni si

attivino per riorganizzare le cure primarie sul territorio». L'appello è rivolto al Ministero della Salute perché possa prendere una posizione chiara².

La *doula* è dunque una figura professionale che si occupa del sostegno emotivo e del benessere della donna e della famiglia e, forte della sua esperienza personale e della sua formazione, offre un sostegno su misura, intimo e confidenziale, nel pieno rispetto delle scelte delle persone che assiste. Offre ascolto, informazioni, orientamento e accudimento pratico. La presenza di una *doula* può essere altrettanto preziosa anche per il neo-papà: molti uomini vivono il parto della loro compagna con forte emotività, e anch'essi trovano difficile essere obiettivi e calmi. Anche per loro può essere un sollievo avere a fianco una figura di supporto, in modo che possano, a loro volta, sostenere amorevolmente la loro partner. La *doula* è di grande aiuto anche nei primi giorni a casa dopo il parto, che possono essere davvero impegnativi per i neo-genitori.

Il lavoro di una *doula* sarà diverso se ha di fronte una donna alla prima gravidanza che ha bisogno di conforto e rassicurazioni sulle sue capacità materne, rispetto a una donna che ha già altri figli e ha bisogno di un aiuto più centrato sull'organizzazione domestica.

In Italia si diventa *doula* dopo aver frequentato un corso di formazione di 9 weekend. Le prestazioni avvengono in ambito privato o assistenziale. Ancora le *doule* non sono riconosciute a livello professionale, ma stanno cercando di strutturarsi il più

1. <http://www.ilfattoquotidiano.it/2013/02/10/ostetriche-contro-figura-della-doula-professione-ai-limiti-dellabusivismo/494867/>.

2. *Ibid.*

possibile, nonostante le numerose lamentele ufficiali della FNCO.

Le *Community Doulas*, negli Stati Uniti, hanno invece un importante ruolo per le donne a rischio a causa di condizioni socioeconomiche svantaggiate e che hanno difficoltà ad accedere ai servizi sanitari. Queste *doule*, che sostengono le loro assistite anche per mezzo di donazioni, combinano il ruolo di appoggio al travaglio e il ruolo di sostegno nel *post partum*, al fine di garantire la continuità dell'assistenza alle gestanti che non possono usufruire di molti supporti sociali. In Italia svolge il medesimo ruolo il Centro di Aiuto alla Vita (CAV), di cui parleremo più avanti in questa pubblicazione.

PERCHÉ C'È BISOGNO DELLE DOULE?

Da quando la nascita si è spostata in ospedale, è venuto a mancare un elemento vitale di cura che si è perso nell'intero processo di accompagnamento alla nascita. Se da un lato il sapere medico negli anni ha continuamente perfezionato le tecniche di diagnosi e di intervento precoce in caso di patologie, dall'altro l'elemento umano di cura, accudimento, sostegno, ascolto empatico delle emozioni è sempre più raro. Le neo-mamme sono spesso lasciate sole ad affrontare una delle trasformazioni più coinvolgenti e impegnative della loro vita. Se la responsabilità, la fatica e le ansie dell'accudimento di un neonato un tempo venivano condivise all'interno delle grandi famiglie di una volta, da sorelle, madri, nonne, zie, oggi si è molto più sole e spesso neanche la propria madre è più disponibile a tempo pieno per ascoltare e confortare la figlia divenuta a sua volta madre.

In America le *doule* offrono il loro supporto nella fase prenatale, per il parto in casa o per l'accompagnamento in ospedale, per l'assistenza domiciliare dopo cesareo, per parti gemellari o per chi vuole godersi la giusta assistenza in un momento difficile

e impegnativo come il dopo parto. Forse è proprio in quest'ultima fase che la neo-famiglia sente più il bisogno di una figura a cui fare riferimento: è il momento in cui mamma e papà cominciano ad assumersi tutte le responsabilità della cura di un neonato. Grazie al supporto della *doula*, anche la neo-mamma potrà ricevere la sua meritata dose di riposo, coccole e piccole attenzioni che le facilitino l'ingresso in una nuova e importante fase della propria vita.

Un recente report negli Stati Uniti ha dimostrato che **con la presenza di una *doula*, le nascite con parto cesareo si dimezzavano, la durata del travaglio si riduceva del 25% e i rischi di un intervento con il forcipe si riducevano del 40%**³. Sostenere le emozioni positive attraverso una relazione empatica e affettiva, è uno dei compiti fondamentali della *doula* per assicurare parti più rapidi e rendere le sensazioni dolorose più accettabili.

CHE DIFFERENZA C'È CON UN'OSTETRICA?

La *doula* non compie interventi medici, non attua diagnosi, né fa parte di un team medico. Non è una figura sanitaria, ma può collaborare con le ostetriche onorando e rispettando il loro ruolo. La *doula* è una "facilitatrice" della migliore esperienza di parto possibile, indipendentemente dagli esiti sanitari. Può essere presente in un travaglio sia in ospedale che a domicilio, ma non mette in atto procedure ostetriche. Se la donna vuole partorire in casa, è necessaria la presenza di un'ostetrica. In ospedale la *doula* può essere presente in modo continuativo insieme alla madre.

Per maggiori informazioni:

<http://www.mondo-doula.it>

3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2013951/>.

La sacralità del periodo dopo il parto

Normalmente, il periodo che va dal parto fino alla ricomparsa del normale ciclo mestruale viene definito *puerperio*, ma con lo stesso termine si identifica anche il periodo di tempo necessario perché l'apparato genitale femminile recuperi le sue normali funzioni dopo il parto. A livello scientifico, il puerperio ha una durata media di 40 giorni, ma può variare da 4 fino a 8 settimane; i tempi di ripresa sono comunque differenti e variano in base all'evoluzione della gravidanza, al tipo di parto e allo stato di salute della donna.

Nell'antichità il periodo del puerperio era ritenuto sacro e le donne trascorrevano lunghi periodi di tempo in quarantena, senza poter eseguire alcuna mansione casalinga, né avere rapporti sessuali.

Oggi tutto questo può risultare eccessivo, dato che normalmente la mamma torna a vivere la propria esistenza quotidiana pochi giorni dopo il parto, se non si sono verificate complicazioni. Qualsiasi donna che ha vissuto questa esperienza concorderà nell'affermare che si tratta comunque di un periodo molto pesante, durante il quale ogni piccolo aiuto è oro.

La fatica degli ultimi mesi di gravidanza, i ritmi del sonno alterati da coliche del neonato e allattamento rendono indispensabile l'aiuto del papà, di una sorella, un'amica o della propria madre. Purché questo aiuto non si trasformi in critiche, che peggiorano invece la situazione!

La prima cosa da fare se sei una futura mamma e desideri ricevere assistenza durante il puerperio, è chiedere all'ostetrica del tuo ospedale di riferimento. Purtroppo un'assistenza di questo tipo non è garantita dal sistema sanitario nazionale, ci sono però alcuni

consultori che si sono organizzati per fornire questo servizio una volta che la neo-mamma e il suo bambino sono stati dimessi dall'ospedale. Ti verrà spiegato come allattare e ti verrà fornito supporto per le altre cose importanti che servono per favorire un perfetto rapporto con il nuovo nato fin da subito. Inoltre, negli ultimi anni, sono nate sul territorio anche diverse associazioni private, che forniscono un servizio simile.

BABY BLUES, DEPRESSIONE POST PARTUM E PSICOSI PUERPERALE

Nei giorni immediatamente successivi al parto circa il 50%¹ delle donne manifesta una reazione piuttosto comune, denominata *baby blues*, con riferimento allo stato di malinconia (*blues*) che contraddistingue il fenomeno. È caratterizzata da un'indefinibile sensazione di malinconia, tristezza, irritabilità e inquietudine, che raggiunge il picco 3-4 giorni dopo il parto e tende a svanire nel giro di pochi giorni, generalmente entro i primi 10-15 giorni dal parto².

Un fenomeno ben diverso è invece la "depressione *post partum*", una particolare forma di disturbo nervoso che colpisce dall'8 al 12% delle neo-mamme ed esordisce generalmente tra la sesta e la dodicesima settimana dopo la nascita del figlio. In qualche caso può manifestarsi come depressione vera e propria, accompagnata da forme di psicosi. Gravi e duraturi sono i sintomi che possono perdurare anche per un intero

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), *Postnatal depression and puerperal psychosis. A national clinical guideline*, Edimburgh 2002.
2. http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5jsp?id=154&area=Disturbi_psichici/.

anno e che comprendono: indolenza, affaticamento, esaurimento, disperazione, inappetenza, insonnia o sonno eccessivo, confusione, pianto inconsulto, disinteresse per il bambino, paura di far male al bambino o a se stessa, improvvisi cambiamenti di umore. Vi può essere riluttanza a “confessare” questi sintomi, per vergogna, senso di fallimento, o ancora per timore di essere giudicate inadeguate alla cura del proprio bambino. Altre volte le donne attribuiscono i propri cambiamenti d'umore e atteggiamento alla stanchezza e alle difficoltà di relazione, piuttosto che ammettere di essere depresse³. La scienza medica non ha fornito ancora spiegazioni definitive riguardo alle cause del fenomeno, anche se alcuni studi imputano l'apparizione della depressione *post partum* a cambiamenti nella regolazione dei cosiddetti neurotrasmettitori, quali la serotonina e la noradrenalina, sostanze chimiche che controllano il passaggio degli impulsi nervosi nel cervello. La diminuzione della noradrenalina porta a minore iniziativa (minore capacità, ad esempio, di lavarsi, di uscire ecc.), mentre la diminuzione della serotonina porta a un peggioramento del sonno, ad avere una cattiva interazione con gli altri e aumenta la tendenza a pensare ossessivamente alle stesse cose⁴. In realtà ci sono molti altri fattori che concorrono alla comparsa della “depressione *post partum*”, perlopiù di origine psicologica legata agli eventi immediatamente successivi al parto, come il cambiamento di ruolo della donna in ambito sociale, il timore per le sue imminenti responsabilità, il proprio aspetto fisico.

Il termine “depressione” non va utilizzato genericamente per intendere qualsiasi disturbo mentale conseguente al parto (attacchi di panico, disturbi acuti da stress e da stress post traumatico, disturbo ossessivo compulsivo ecc.) e non va confuso con il già descritto *baby blues*.

La psicosi puerperale è invece un disturbo meno frequente del precedente, ma più grave. L'incidenza è

di 1-2 donne su 1000 e i sintomi più frequenti sono stato confusionale, gravi cambiamenti dell'umore, comportamenti eccentrici, delirio e allucinazioni. La loro comparsa può essere drammatica e avvenire a distanza di pochi giorni dopo il parto. Tra i fattori di rischio troviamo la storia personale o familiare di schizofrenia o psicosi maniaco-depressiva, e il rischio che la psicosi si ripresenti in seguito a un primo episodio è molto elevato (25-57% delle donne)⁵.

IL BENESSERE DELLA COPPIA

Subito dopo il parto, ma anche durante la gravidanza, la relazione con il proprio partner subisce dei forti cambiamenti ed è importante trovare un nuovo equilibrio. Il rapporto a due diventa necessariamente un rapporto a tre e si è costretti a modificare i precedenti schemi relazionali. Questo non è sempre semplice ed è importante quindi che la coppia trovi una sua modalità per condividere l'esperienza e attivare la comunicazione, affrontando insieme gioie e paure.

Una buona intesa tra i partner aiuta a rafforzare il senso di intimità della coppia. È importante che ogni donna si regoli unicamente in base ai propri desideri e alle proprie sensazioni, ascoltandosi e mettendo al centro la sua intuizione. L'attività sessuale durante una gravidanza è considerata sicura, non reca danni al feto e può eventualmente influenzare positivamente il benessere dei futuri genitori e portare anche qualche beneficio al nascituro. Non è però l'unica maniera per darsi piacere reciproco e non ci si deve sentire obbligati se non se ne sente la necessità. Sono fisiologici i cali della libido, specialmente nel periodo post parto, e non ci si deve spaventare, né sentirsi inadeguati. I nove mesi di gravidanza e la fase del puerperio rappresentano infatti un periodo ricco di cambiamenti, sia fisici che psicologici, ai quali entrambi i partner devono adeguarsi, rispettandosi e rassicurandosi a vicenda. La comprensione di questo è fondamentale per il benessere della coppia e per la futura armonia familiare.

3. SIGN, *Postnatal depression and puerperal psychosis. A national clinical guideline*, cit.

4. http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=154&area=Disturbi_psichici/.

5. <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/75/>.

Prevenire l'aborto

A cura di Angela Fabbri

Da una gemma o da un bocciolo nascono una foglia o un fiore. Da un uovo fecondato nasce un piccolo della specie. Dalla fecondazione umana si forma un embrione, un bambino. Ogni volta che qualcuno o qualcosa intervengono interrompendone lo sviluppo iniziale, allora non raccoglieremo il fiore, non ascolteremo i “richiami” del cucciolo, non stringeremo fra le braccia il neonato. Se la parola prevenzione, nel linguaggio medico, sociologico e giuridico, significa azione diretta a impedire il verificarsi o il diffondersi di fatti indesiderati o dannosi, prevenire l'aborto vuol dire essere consapevoli di agire contro una procedura medica che impedirebbe al bambino di nascere.

Partendo dagli articoli della legge 194/78 che prevedono attenzione e azioni concrete volte a «rimuovere le cause che porterebbero la donna alla interruzione della gravidanza» e dalla conoscenza del diritto primario alla vita, passiamo ora allo scenario sociale in cui viviamo e poi analizziamo i percorsi fattibili e già sperimentati.

La prevenzione dell'aborto nella legislazione nazionale e nelle norme regionali si presenta marginale e quindi spesso è disattesa, salvo riuscire a influenzare, attraverso persone sensibili che già vi operano, i percorsi predisposti, soprattutto nei consultori. Partendo da momenti formativi comuni, continuando a programmare percorsi condivisi e attivando risorse umane ed economiche di diversa provenienza è infatti possibile darle maggiore diffusione. Una esperienza concreta che ha prodotto frutti è il “protocollo operativo” costruito, condiviso e messo in atto nel nostro territorio dall'AUSL,

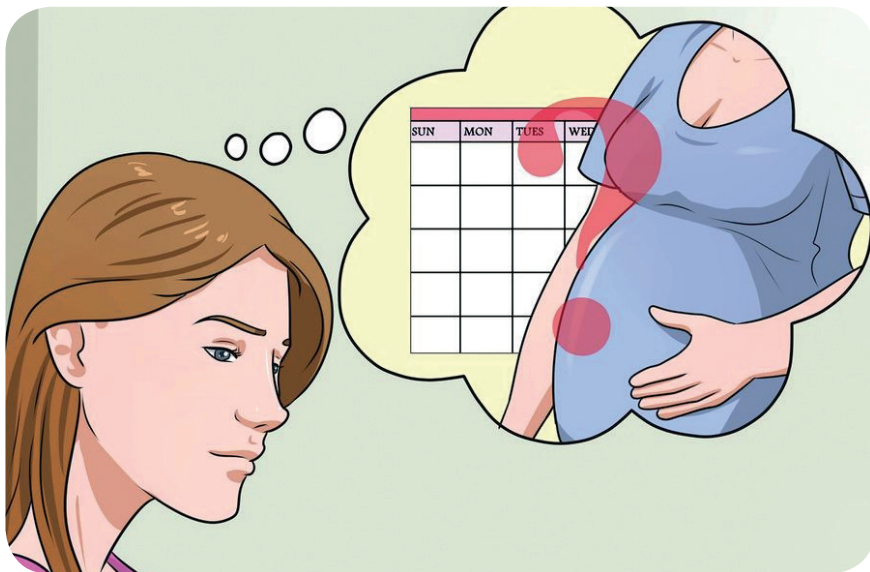
dal Comune e da organizzazioni private attinenti agli ambiti della famiglia e della solidarietà.

Per noi sostenitori della vita, questa cura verso fatti indesiderati parte da alcuni concetti impossibili da escludere dal nostro sguardo sulla vita umana, ovvero:

- nella società in cui viviamo, tutto, anche il nascituro, è affidato alla custodia dell'uomo;
- il prendersi cura del prossimo interessa tutte le nostre relazioni più profonde;
- lo sguardo di solidarietà non si ferma davanti alla provenienza, né al riferimento culturale o religioso;
- la distinzione, senza tentennamenti, rispetto al valore differente fra cose e persone, ci porta a provare una vera preoccupazione per la vita umana, in particolare di quella in procinto di nascere;
- la possibilità di conoscere in modo indiscutibile lo sviluppo del bambino durante tutte le fasi della vita intrauterina, che comporta quindi la consapevolezza che non c'è soluzione di continuità fra l'embrione, il feto e il bambino pronto alla nascita;
- la vista opaca su ciò che davvero conta;
- l'indifferenza ormai globalizzata;
- la solitudine, che caratterizza spesso anche i rapporti fra persone che vivono sotto lo stesso tetto;

- lo squilibrio presentato dalla cultura dei diritti.

Tutti i concetti espressi costituiscono dei dati di fatto che non aiutano a individuare le vere e profonde motivazioni che portano una madre a rifiutare (o non accogliere) il proprio figlio; perciò occorre essere adeguatamente attrezzate e procurarsi un solido bagaglio per scendere in campo a proteggere la vita con la massima cura.



È necessario, infatti:

- far percepire che si opera in alleanza con la donna, analizzando i problemi e le possibili soluzioni;
- essere consapevoli che non bastano un primo incontro o colloquio per risolvere la situazione, ma occorre restare collegati ed essere sinceramente pronti, anche per un tempo prolungato, a un accompagnamento che contrasti solitudine e indifferenza;
- ricordare sempre che ogni donna comincia a esternare coraggio e risorse quando riesce a dire sì alla vita di quel figlio, contagiando spesso anche i familiari;
- proporre soluzioni concrete, fattibili e personalizzate, fra cui l'accoglienza in una comunità per gestanti e mamme con neonati; un contributo economico adeguato; la possibilità di partorire

nell'anonimato e permettere che il bambino venga subito adottato.

Tutto questo viene messo in atto per aprire squarci di speranza nella vita di persone che spesso, nel momento in cui si trovano di fronte a una scelta così importante come quella di accogliere o meno un figlio, fanno i conti con fatiche, fallimenti e sofferenze. Fanno parte della prevenzione anche altre iniziative che contribuiscono a riaccendere un po' lo stupore per una nuova vita che sta crescendo nel grembo materno, e quindi invitano a una sua accoglienza generosa. Queste sono, in particolare, *le culle per la vita* disseminate sul territorio italiano, oppure gli incontri con ragazzi e giovani sul tema della vita nascente, supportati da testi e video chiari e capaci di rispecchiare bene il quotidiano di questa esperienza unica per ciascuno di noi.

ANGELA FABBRI (CAV)

La legge italiana sull'aborto

La legge 194/78 consente alle donne di ricorrere all'interruzione di gravidanza in strutture sanitarie (ospedali, ambulatori ecc.) entro i primi 90 giorni di gestazione, nel caso in cui la gravidanza stessa, il parto o anomalie del nascituro possano mettere in pericolo la salute della madre.

Il 1982 è stato l'anno in cui si è registrato il maggior numero di aborti (234.801 casi). Nel 2014 il dato è stato più che dimezzato, scendendo a 97.535.

Riportiamo qui di seguito alcuni degli articoli più interessanti ed esplicativi della legge.

Legge 22 maggio 1978, n. 194

Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza

Articolo 1

Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio. L'interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non è mezzo per il controllo delle nascite. Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite.

Articolo 2

I consultori familiari [...] assistono la donna in stato di gravidanza:

- a) informandola sui diritti a lei spettanti [...] e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio;
- d) contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza. I consultori [...] possono avvalersi [...] della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita. [...]

Articolo 6

L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata:

- a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;
- b) quando siano accertati processi patologici, tra cui [...] anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

Articolo 14

Il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite, nonché a renderla partecipe dei procedimenti abortivi, che devono comunque essere attuati in modo da rispettare la dignità personale della donna. In presenza di processi patologici, [...] il medico che esegue l'interruzione della gravidanza deve fornire alla donna i ragguagli necessari per la prevenzione di tali processi.

Il Centro di Aiuto alla Vita (CAV)

Il CAV è un'organizzazione sociale, ubicata in distretti socio-sanitari delimitati, ma abbastanza vasti che dal punto di vista formale si configura quasi sempre come associazione di volontariato (ODV) e qualche volta come associazione di promozione sociale (APS). I singoli CAV sono federati fra loro sia a livello regionale che nazionale, per meglio alimentare la *mission* comune e rispondere sempre più adeguatamente ai crescenti bisogni che riguardano le persone alle prese con le difficoltà che possono presentarsi in presenza di una gravidanza e/o di una nascita inaspettata e/o indesiderata.

Il CAV è anche collegato ad altre realtà che operano sul territorio e vive un'alleanza particolare con il Movimento per la Vita, che si occupa della cultura in favore della vita: CAV assistenza e MPV cultura, sono due facce della medesima medaglia. Entrambe hanno come obiettivo quello di affermare il valore della vita e l'una dà credibilità e autorevolezza all'altra.

I volontari che costituiscono il CAV sono molto motivati e operano con modalità "sinodale" nel senso che perseguono gli stessi obiettivi e usano strumenti condivisi per ascoltare, accompagnare e rispondere ai bisogni delle mamme, dei bambini e dei loro familiari. Ma, nel loro operare, non trascurano neppure l'organizzazione e la precisione, infatti offrono una presenza in luoghi e a orari certi, sono formati all'accoglienza di chi presenta difficoltà e privilegiano sempre il contatto diretto e l'attenzione alla singola persona.

Scopo primario del CAV è prevenire l'aborto mettendo in atto interventi e strategie sperimentati e risultate efficaci per favorire la nascita. Queste

Azioni sono state approfondite a partire dalla legge 194/78 che prevede attenzione e azioni concrete volte a «rimuovere le cause che porterebbero la donna all'interruzione della gravidanza» e attuate in alleanza e cooperazione con la donna/madre.

Il ruolo specifico del CAV nella prevenzione dell'aborto volontario non esclude l'apertura verso altri bisogni che riguardano bambini già nati, le loro mamme e le loro famiglie. Infatti il CAV offre anche aiuti come latte, pannolini, medicine (salva-vita), vestiario, carrozzine ecc.; organizza persino iniziative educative che vanno dalle informazioni sui diritti e doveri dei genitori, all'accesso ai servizi sul territorio, fino a quelle più strutturate come la scuola delle mamme dove esperti del settore trattano argomenti decisamente pertinenti alla loro condizione: informazioni sulla vita prenatale, allattamento, svezzamento, alimentazione, rischi, legislazione del Paese che le accoglie per le mamme immigrate ecc.

Un altro servizio che produce effetti positivi e spesso configurato come parte integrante degli strumenti per l'aiuto delle mamme in difficoltà, è costituito dalle "case di accoglienza" per gestanti e puerpere. L'accoglienza e la vita quotidiana insieme danno al percorso di autonomia di certe madri un tocco determinante per sperimentare e riscoprire le proprie risorse personali. I centri CAV, disseminati sul territorio emiliano-romagnolo, hanno sempre a disposizione un posto per l'accoglienza gratuita di qualsiasi gestante che decida di far nascere il proprio figlio per il quale aveva pensato di ricorrere all'aborto.

I CAV svolgono tutto il lavoro di prevenzione e di assistenza in accordo o in collaborazione con il servizio sociale, fino a stipulare, in certi casi e in certi territori, vere e proprie convenzioni con le amministrazioni locali. Questo aiuta tutte le persone coinvolte ad avere una visuale più completa dei bisogni, a condividere e quindi rendere più efficaci le risposte, ma anche, a “contagiare” con messaggi più positivi e più solleciti gli interventi del settore pubblico.

Un’attività analoga viene condotta dal movimento SOS Vita, costituito da un gruppo di volontari che hanno scelto di ascoltare, condividere, comprendere e sostenere donne e coppie che si trovano ad affrontare una gravidanza difficile, inattesa, indesiderata o rifiutata. SOS Vita risponde 24 ore su 24 grazie a una chat attiva in tempo reale all’interno del portale www.sosvita.it e attraverso il numero verde unico nazionale 800 813 000.

Nell’ambito di un discorso a favore della vita, è opportuno segnalare in ultima istanza l’esistenza delle *culle per la vita*, una versione moderna e tecnologicamente avanzata della *Ruota degli Esposti* medievale. Si tratta di una struttura concepita appositamente per permettere alle mamme in difficoltà di lasciarvi il neonato, che verrà affidato alle cure di personale medico e successivamente dato in adozione. Il tutto avviene nel pieno rispetto della sicurezza del bambino e della privacy di chi lo deposita. Solitamente le *culle* sono situate in luoghi facilmente raggiungibili, come ospedali e oratori, e sono dotate di una serie di dispositivi (riscaldamento, chiusura in sicurezza della botola, presidio di controllo 24 ore su 24 e rete con il servizio di soccorso medico) che permettono un facile utilizzo e un pronto intervento per la salvaguardia del bambino¹. La *culla per la vita* è però una possi-

bilità di accoglienza estrema e deve servire a evitare un altrettanto estremo gesto di rifiuto. In Emilia Romagna ne esistono tre, nei pressi di Parma, Piacenza e Finale Emilia, raggiungibili agli indirizzi indicati qui di seguito².



FINALE EMILIA

Promotore: Movimento per la Vita

Indirizzo: Nuovo Oratorio Don Bosco, Piazza Don Orione, 1

PARMA

Promotore: Fondazione Fr.sca Rava, Ninna ho, Kpmg

Indirizzo: Azienda Ospedaliero-universitaria di Parma, Via Gramsci, 14

PIACENZA

Promotore: Don Angelo Bertoletti

Indirizzo: Centro Manfredini, Via Beati, 56/a

1. http://www.culleperlavita.it/cosa_sono.php/.

2. http://www.culleperlavita.it/dove_sono.php?#Emilia_Romagna_map_cont.

Gravidanze a basso rischio: il ruolo dell'ostetrica

La gestione della gravidanza a basso rischio da parte di personale ostetrico trova il suo fondamento nel concetto che gravidanza e parto siano eventi basati sulla naturale capacità di ogni donna di vivere l'esperienza della nascita in modo fisiologico. L'approccio da utilizzare, secondo l'OMS, dovrebbe essere quello della «vigilanza di tutte le gestanti che dovrebbero essere considerate come potenzialmente capaci di avere una gravidanza fisiologica fino a quando non ci sono chiare evidenze del contrario»¹. La normativa nazionale ed europea individua infatti l'ostetrica come la figura professionale competente ad assistere la donna in tutte le situazioni di fisiologia del percorso nascita².

Gli ambulatori per la gravidanza fisiologica a termine adempiono a questo scopo: si tratta di spazi gestiti da personale ostetrico nei quali si svolge attività ambulatoriale basata su interventi appropriati, necessari e di semplice gestione assistenziale. Scopo di queste attività è quello di de-medicalizzare la nascita e restituire alla donna la dimensione naturale della gravidanza fisiologica. Le donne vi accedono a epoca gestazionale non superiore a 38 settimane. Questi centri offrono non solo supporto medico, ma anche una vasta offerta di informazioni e consulenze su tutto ciò che può riguardare la nascita e i passi successivi ad essa,

come ad esempio la scelta del pediatra, le possibilità assistenziali nel puerperio, durante il ricovero e dopo la dimissione.

Riportiamo qui di seguito alcune informazioni relative alle attività intraprese negli ambulatori per gravidanze fisiologiche a termine. Il materiale è tratto dal documento *Ambulatorio gravidanza fisiologica a termine organizzato e gestito da ostetriche* redatto dalla Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna.

AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA FISIOLOGICA A TERMINE GESTITO DA OSTETRICHE

È possibile accedere a questo servizio in età gestazionale non superiore a 38 settimane.

Il Consultorio familiare provvede direttamente alla prenotazione del primo accesso delle donne che ha assistito in gravidanza, mentre le donne non assistite da consultori accedono attraverso prenotazione telefonica.

L'ambulatorio della gravidanza a termine viene in alcune realtà indicato come la sede in cui prescrivere o richiedere gli esami pre-ricovero ritenuti necessari in previsione della eventualità di un intervento chirurgico, di elezione prima del travaglio di parto o urgente nel corso del travaglio.

Si definisce a termine una gravidanza compresa fra le 37 e le 42 settimane (294 giorni), epoca stabilita attraverso l'ecografia nel primo trimestre. I rischi materni, fetali e neonatali aumentano nel

1. *Essential antenatal, perinatal and postpartum care*, WHO 2002. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf/.

2. *Percorso della gravidanza a basso rischio nella regione del Veneto*, Regione Veneto, 2005.

caso in cui la gestazione si protragga oltre le 41 settimane, ma non ci sono prove conclusive che il prolungamento della gravidanza costituisca, di per sé, il principale fattore di rischio. In Emilia Romagna nel 2011 poco più del 91% dei parti è avvenuto fra i 37 e 41 giorni + 6 settimane di età gestazionale; i parti a età gestazionale ≥ 42 settimane sono stati l'1,5%.

Le attività svolte all'interno dell'ambulatorio prevedono:

- raccolta e valutazione della documentazione relativa al decorso della gravidanza;
- compilazione della cartella del ricovero;
- categorizzazione del rischio ostetrico;
- accertamenti e interventi a termine di gravidanza:
 - pressione arteriosa e altezza fondo uterino;
 - peso materno e indice di massa corporea (BMI);
 - battito cardiaco fetale;
 - presentazione fetale;
 - scollamento delle membrane;
 - conteggio quotidiano dei movimenti fetali;
 - altri test di sorveglianza del benessere fetale;
 - ultrasonografia Doppler in gravidanza;
 - valutazione del liquido amniotico;
 - valutazione ed esami pre-ricovero;
 - elettrocardiogramma;
 - esami di laboratorio;
 - radiografia del torace.

Gravidanza superiore o uguale a 41 settimane di età gestazionale: criteri per la categorizzazione del rischio

Accertamenti e interventi devono essere preceduti da un'accurata anamnesi attraverso cui raccogliere informazioni su tutti gli elementi di salute rilevanti nella vita della donna, dando particolare attenzio-

ne agli eventi verificatisi in questa e nelle eventuali precedenti gravidanze.

All'inizio della relazione con la o il professionista che l'assistono, alla donna dev'essere offerta l'opportunità di raccontare la propria storia senza interruzioni frequenti e, contestualmente, la donna deve ricevere manifestazioni di interesse e incoraggiamento. In generale, solo in una condizione di tranquillità le donne potranno fornire informazioni complete. Mettere quanto più possibile la donna a proprio agio contribuisce in modo sostanziale all'ottenimento di un'anamnesi adeguata.

Un'anamnesi informativa è più che un elenco ordinato dei sintomi; attraverso l'ascolto delle donne e notando il modo in cui esse descrivono i loro sintomi, le professioniste e i professionisti possono acquisire una conoscenza diretta degli eventuali problemi. L'atto stesso di raccogliere l'anamnesi offre la possibilità di stabilire o rafforzare il legame unico che costituisce la base ideale per il rapporto donna-professionista.

Nel corso del primo colloquio nell'ambulatorio della gravidanza fisiologica a termine l'ostetrica deve:

- esaminare e discutere con la donna i risultati degli esami eseguiti, registrandoli anche nella cartella che la donna porta con sé;
- identificare, utilizzando una check list apposita, le donne che necessitano di assistenza diversa da quella appropriata per la gravidanza fisiologica e, in questo caso, riformulare il relativo piano di assistenza;
- identificare le donne che necessitano di sostegno post-dimissione (per allattamento, problemi psichici, vulnerabilità sociale) e condividere un piano di supporto.

FAC SIMILE DELLA CHECK LIST PER LA CATEGORIZZAZIONE DELLA GRAVIDANZA

Controllo n° Epoca Gestazionale Settimane:

| | | |
|--|----|----|
| Uso di droghe (come cocaina, crac, eroina, ecstasy) | SÌ | NO |
| Abuso di fumo o alcool | SÌ | NO |
| Disagio sociale/disagio psichico | SÌ | NO |
| Patologie psichiatriche | SÌ | NO |
| Malattie autoimmuni | SÌ | NO |
| Isoimmunizzazione MF | SÌ | NO |
| Dati di laboratorio anomali | SÌ | NO |
| Asma severa | SÌ | NO |
| Malattie Infettive sistemiche | SÌ | NO |
| Infezioni urinarie | SÌ | NO |
| Infezioni genitali | SÌ | NO |
| Tromboflebite | SÌ | NO |
| Iipertensione | SÌ | NO |
| Preclampsia, Eclampsia, HELLP | SÌ | NO |
| Diabete | SÌ | NO |
| Cardiopatie | SÌ | NO |
| Nefropatie/Uropatie | SÌ | NO |
| Malformazioni fetali | SÌ | NO |
| Ritardo di crescita intrauterina accertato o sospetto | SÌ | NO |
| Microsomia fetale | SÌ | NO |
| Presentazione anomala dopo la 32ª settimana | SÌ | NO |
| Oligo-polidramnios | SÌ | NO |
| Fibromi uterini sintomatici | SÌ | NO |
| Masse Pelviche sintomatiche | SÌ | NO |
| Sanguinamenti anomali | SÌ | NO |
| Ogni altra grave patologia o condizione di rischio specificare quale | SÌ | NO |

Data L'ostetrica

La salute in gravidanza: i gravi rischi prodotti dall'inquinamento ambientale

A cura di Patrizia Gentilini

Le evidenze scientifiche che si vanno accumulando, riguardanti le ricadute che l'inquinamento ambientale comporta per la salute umana, sono sempre più consistenti e rappresentano una fonte di crescente preoccupazione per cittadini, medici e istituzioni.

Un recente documento dell'OMS stima che, a livello mondiale, circa una su quattro del totale delle morti sia attribuibile al vivere o al lavorare in ambienti malsani. Complessivamente sarebbero ogni anno 12,6 milioni i decessi attribuibili ad ambienti insalubri, di cui 1,4 milioni in Europa¹. **Già nel 2006 comunque l'OMS stimava che il 25% di tutte le patologie negli adulti e oltre il 33% nei bambini sotto i 5 anni fossero attribuibili a fattori ambientali "evitabili".**

PATOLOGIE INFANTILI

La maggiore quota di patologie nell'infanzia attribuibili all'ambiente, è ovviamente dovuta alla conseguente maggiore suscettibilità degli organismi in accrescimento alle sostanze tossiche e pericolose. **I bambini hanno una maggiore introduzione di aria, acqua e cibo, per cui, in proporzione al peso corporeo, assumono una maggiore quantità degli inquinanti eventualmente presenti.** Nell'infanzia,

poi, molti meccanismi fisiologici di disintossicazione non sono ancora perfettamente efficienti e la funzionalità di alcuni organi e apparati non è ancora completa.

Queste considerazioni valgono evidentemente non solo per l'infanzia ma ancor più per tutti gli organismi in accrescimento quali embrioni, feti, neonati e quindi per le donne in gravidanza. Proprio durante la gravidanza esistono particolari "finestre" di vulnerabilità in cui l'esposizione ad agenti tossici può risultare particolarmente pericolosa e anche ciascuno di noi – per fattori genetici, stato di salute o altro – può variare la propria suscettibilità. **Purtroppo i limiti di legge per le varie sostanze tossiche non tengono conto delle componenti più fragili della popolazione, ma sono calcolati su individui adulti di 70 kg.**

Di fatto i tempi in cui stiamo vivendo sono segnati da una crisi ecologica che mai prima d'ora il genere umano si era trovato ad affrontare: interi ecosistemi sono ormai contaminati da agenti tossici persistenti e bioaccumulabili e il genere umano sta consumando molte più risorse di quanto il nostro pianeta sia in grado di rigenerare. Nel giro di pochissime generazioni si è avuta l'immissione massiva nell'ambiente di sostanze chimiche di sintesi – testate solo in minima parte per i loro effetti sulla salute – cui vanno aggiunte le enormi quantità di inquinanti immesse "a norma di legge" in aria, suolo, acqua de-

1. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/deaths-attributable-to-unhealthy-environments/en/>.

rivanti da attività industriali, agricole, produzione di energia, inceneritori ecc. o da attività estrattive (metalli, petrolio, gas ecc.). Per non parlare poi di quelle provenienti da attività criminali o dallo smaltimento illecito dei rifiuti. La straordinaria espansione delle telecomunicazioni e del trasporto a distanza dell'energia ha poi saturato l'etere di radiazioni elettromagnetiche, altra forma di inquinamento non priva di rischi per la salute umana.

Tutto ciò è in grado di interferire non solo con i delicati e complessi equilibri della biosfera, ma anche sui programmi genetici e sugli apparati metabolici, neuroendocrini, immunologici degli organismi superiori, danneggiando le più complesse funzioni di tutti i viventi, comprese le nostre. Di fatto non solo patologie acute come infarto e ischemie sono in drammatico aumento, ma anche patologie cronico-degenerative quali cancro, malattie autoimmuni ed endocrino/metaboliche, diabete, obesità, disfunzioni ormonali (specie alla tiroide), malformazioni (specie criptorchidismo e ipospadia), deficit cognitivi, disturbi comportamentali e dello spettro autistico, patologie neurodegenerative quali Alzheimer e Parkinson sono in drammatico aumento, comparendo molte volte, in età sempre più precoce^{2, 3}.

Anche la sfera riproduttiva – una delle funzioni più fragili e delicate – risulta compromessa ed è sotto gli occhi di tutti l'incremento di abortività spontanea, prematurità, nascita sotto peso, gravidanza dagli esiti infausti, endometriosi, infertilità di coppia e di genere (soprattutto maschile), in particolare nelle aree più inquinate.

37% DEGLI STUDENTI CON PATOLOGIE URO-GENITALI

Si segnala, a questo proposito, che di recente in Emilia Romagna è stato condotto nelle USL di Bologna, Ferrara, Ravenna, Forlì e Rimini il progetto “Mantenere e tutelare la salute sessuale e riproduttiva dei giovani”. **Il progetto ha previsto il coinvolgimento di 14.599 studenti maschi della seconda superiore, tra i quali 544 sono stati sottoposti a visita uro-andrologica. Sono state riscontrate 203 patologie, pari al 37,2% dei casi esaminati,** quali soprattutto varicocele, testicolo mobile, fimosi, ma anche idrocele, ipotrofia testicolare, ipospadia. Complessivamente, oltre il 60% delle patologie riscontrate ha potenziali ricadute sulla fertilità⁴.

Tutto questo non può essere imputabile solo allo stile di vita o a modificazioni del genoma, ma sempre più emerge il ruolo prioritario svolto dall'esposizione a fattori ambientali, ovvero alla cattiva qualità dell'aria, dell'acqua, del suolo e del cibo che consegue alla contaminazione della catena alimentare. **Sostanze tossiche e pericolose quali metalli pesanti, solventi, coloranti, diossine PCB, IPA ecc. penetrano nei nostri corpi attraverso aria, acqua, cibo o pelle e si accumulano alterando le funzioni di organi e tessuti⁵.**

Purtroppo queste sostanze possono anche passare dalla madre al feto attraverso la placenta nel periodo più delicato della vita, potendo influire non solo sulla salute dell'età infantile, ma anche sulla comparsa di patologie nella vita adulta⁶. Attraverso modificazioni epigenetiche, sono inoltre in grado di interferire con le stesse cellule gametiche, comportando

2. Wilks M.F., Tsatsakis A.M., *Environmental contaminants and target organ toxicities - new insights into old problems*, «Toxicol Lett.», vol. 230 (2), pp. 81-84.
3. Franco Bernardes M.F., Pazin M., Tasso M.J., et al., *A perspective on the potential risks of emerging contaminants to human and environmental health*, «Sci Pollut Res Int.», 2015.

4. <http://slideplayer.it/slide/604148/>.

5. Sargis R.M., Neel B.A., *The paradox of progress: environmental disruption of metabolism and the diabetes epidemic*, «Diabetes», vol. 60 (7), 2011.

6. Waring R.H., Harris R.M., Mitchell S.C., *In utero exposure to carcinogens: Epigenetics, developmental disruption and consequences in later life*, «Maturitas», vol. 86, 2016, pp. 59-63.

danni trans-generazionali come accade per sostanze che agiscono come “interferenti endocrini”⁷.

Scopo di questo articolo è fornire alcuni dati sui disturbi della sfera riproduttiva correlabili all'inquinamento ambientale, in particolare della Regione Emilia Romagna.

FORTE INCREMENTO DELLE PATOLOGIE DELLA SFERA RIPRODUTTIVA E FATTORI AMBIENTALI

Nel corso degli ultimi anni si è registrato un incremento delle patologie acute e croniche della sfera riproduttiva. **Nel nostro Paese l'infertilità affligge ormai oltre il 15% delle coppie che cercano di avere un figlio.** Tra le donne sono aumentate alterazioni tubariche, malattie infiammatorie pelviche, fibromi uterini, endometriosi, alterazioni ormonali e ovulatorie. Tra gli uomini aumentano invece le condizioni che alterano la produzione ormonale, riducono il testosterone e modificano la struttura e la funzione del testicolo, alterando la qualità del seme.

Ma anche l'esito della gravidanza può essere alterato per aumento dell'abortività spontanea, basso peso alla nascita in relazione all'epoca gestazionale, prematurità, malformazioni congenite, distacco di placenta, morte fetale ecc.

Certamente fattori comportamentali quali dieta, abuso di alcool, fumo e droghe rivestono un ruolo importante, ma lo scopo di questo articolo è indagare il ruolo dei fattori ambientali coinvolti in questi disordini.

È ormai assodato che le esposizioni ambientali svolgono un ruolo importante persino nell'eziologia dei disturbi della vita riproduttiva, anche perché il feto in via di sviluppo è particolarmente sensibile agli agenti inquinanti ambientali.

Recenti studi epidemiologici hanno evidenziato un aumento del rischio di abortività spontanea, nati morti, ritardo nella crescita fetale, prematurità, infertilità, cattiva qualità del seme, anomalie congenite in relazione a inquinamento atmosferico (particolato, O₃, NO_x), pesticidi, solventi, metalli, radiazioni, contaminanti (sottoprodotti di disinfezione, arsenico e nitrati) e inquinanti organici persistenti (POP's), bisfenolo A, ftalati e composti perfluorurati (PFOS, PFOA)⁸.

L'argomento è pertanto vastissimo e verranno presi in esame solo due dei più importanti fra questi fattori: l'inquinamento atmosferico e i pesticidi, in quanto più direttamente associabili con la situazione della Regione Emilia Romagna.

NEL 2015 L'ITALIA È AL PRIMO POSTO IN EUROPA: 84.800 MORTI PER INQUINAMENTO ATMOSFERICO

Nell'aria che respiriamo è ormai presente un cocktail di sostanze provenienti per la massima parte dalle attività umane quali: particolato (PM10 e PM2,5), monossido di carbonio, ossidi di azoto e zolfo, ozono, idrocarburi policiclici aromatici (IPA), metalli pesanti, diossine. Queste sostanze sono in grado di esercitare effetti negativi ormai ben identificati e quantificabili sulla salute umana: **si pensi che l'ultimo rapporto sulla qualità dell'aria ci pone al primo posto in Europa per morti premature con ben 84.400 decessi a causa dei livelli di PM2,5, ossidi di azoto, ozono**⁹. Si tratta per lo più di morti per problemi ischemici, cardiaci, cerebrali, respiratori. Non dimentichiamo, però, che l'inquinamento atmosferico è stato dichiarato cancerogeno per l'uo-

7. Del Pup L., Mantovani A., Cavaliere C., et al., *Carcinogenic mechanisms of endocrine disruptors in female cancers (Review)*, «Oncol Rep.», vol. 36 (2), 2016.

8. Nieuwenhuijsen M.J., Payam D., Grellier J., et al., *Environmental risk factors of pregnancy outcomes: a summary of recent meta-analyses of epidemiological studies*, «Environ Health», vol. 12 (6), 2013.

9. <http://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2015/>.

mo in relazione ai tumori al polmone e alla vescica e si sta dimostrando sempre più dannoso anche per il cervello. Anche la vita riproduttiva ne risulta influenzata in senso negativo e di seguito si passeranno in rassegna i più recenti studi al riguardo.

L'INQUINAMENTO ATMOSFERICO CAUSA BASSO PESO E PREMATURITÀ ALLA NASCITA

Nel 2012 è stata pubblicata una meta-analisi per quantificare l'associazione tra esposizione materna al particolato (PM_{2,5} e PM₁₀) durante la gravidanza e il rischio di nascite pretermine (PTB, ovvero inferiori alle 37 settimane complete di gestazione) e basso peso alla nascita (LBW, ovvero peso inferiore a 2,5 kg alla nascita). Tra 20 articoli, approvati dalla comunità scientifica, che rispondevano ai criteri di selezione predefiniti, è emerso che per ogni incremento di 10 µg/m³ di PM_{2,5} vi erano un aumento del 15% del rischio di nascite pretermine (PTB) e un aumento del 9% del rischio di basso peso alla nascita (LBW). L'entità del rischio associato all'esposizione a PM₁₀ è risultata inferiore e simile sia per LBW che PTB (2% per ogni 10 mg/m³ di aumento)¹⁰.

LE EMISSIONI DEGLI INCENERITORI PROVOCANO UN FORTE AUMENTO DELLE NASCITE PRETERMINE

Dallo studio MONITER (avviato dalla Regione Emilia Romagna per indagare lo stato di salute della popolazione residente entro 4 km dagli 8 inceneritori di rifiuti), risulta che l'87% del particolato emesso da un "moderno" inceneritore, quale quello del Frullo di Bologna, è costituito da PM_{2,5} (quello più pericoloso per la salute!) e che dalle indagini

è emersa un'associazione coerente e statisticamente significativa tra i livelli di esposizione alle emissioni dell'inceneritore e le nascite pretermine, fino al + 75% per i livelli più alti.

L'INQUINAMENTO ATMOSFERICO È CAUSA DI ABORTIVITÀ SPONTANEA

Uno studio condotto nel Sud Italia ha raccolto i casi di aborti spontanei da cinque città (514.996 abitanti) correlandoli con PM₁₀, monossido di azoto e livelli di ozono: il tasso di incremento medio mensile di abortività spontanea è risultato correlato ai livelli di PM₁₀ e ozono, anche se gli inquinanti rientravano nei limiti di legge. Si è registrato un incremento dell'abortività spontanea del 19,7% per ogni incremento di 10 mg/m³ di PM₁₀ e del 33,6% per ogni incremento di concentrazione di ozono. In Emilia Romagna, sempre nell'ambito dello studio MONITER, è stato analizzato il verificarsi di aborti spontanei nelle donne di età compresa tra 15 e 49 anni che risiedono nei pressi di sette inceneritori della Regione Emilia Romagna nel periodo dal 2002 al 2006. Lo studio ha analizzato 11.875 gravidanze con 1375 aborti: è risultato un aumento del rischio di aborto spontaneo del 29% per le donne più esposte a PM₁₀ emesso da inceneritori. L'effetto era presente solo nelle donne che non avevano mai avuto aborti in precedenza: nell'area di più alta esposizione il rischio statisticamente significativo è risultato del +44%¹¹.

INQUINAMENTO DELL'ARIA E MALFORMAZIONI CONGENITE

Sono state condotte diverse meta-analisi per indagare la relazione fra inquinamento dell'aria e malformazioni congenite: gli studi condotti da M. Vrijheid e colleghi hanno dimostrato che per ogni incremen-

10. Sapkota A., Chelikowsky A.P., Nachman K.E., Cohen A.J., *Exposure to particulate matter and adverse birth outcomes: a comprehensive review and meta-analysis*, «Air Qual Atmos Health», vol. 5 (4), 2010, pp. 369-381.

11. Candela S., Bonvicini L., et al., *Exposure to emissions from municipal solid waste incinerators and miscarriages: a multisite study of the MONITER Project*, «Environ Int.», vol. 78, 2015, pp. 51-60.

to di 10 ppb (parti per miliardo) di NO₂ si ha un aumento del rischio di coartazione aortica del 20%, e di tetralogia di Fallot del 25%. Anche l'esposizione a PM10 risulta essere collegata a un aumento del rischio di difetti del setto atriale: per ogni incremento di 10 µg/m³ di PM 10, il rischio cresce del 14%¹².

PESTICIDI E MALFORMAZIONI

I pesticidi sono fra le sostanze che maggiormente interferiscono con le funzioni riproduttive, potendo agire sia danneggiando direttamente il prodotto del concepimento e il decorso della gravidanza, che la fertilità stessa, in particolare quella maschile, attraverso complesse interferenze con l'equilibrio ormonale. L'Italia è il più grande consumatore per ettaro di suolo agricolo di pesticidi in Europa (circa 135.000 t all'anno) ed è nella Pianura Padana e nel Trentino che se ne registra il maggior consumo. Questo comporta anche una crescente e preoccupante contaminazione delle falde acquifere, ben documentata dai Rapporti ISPRA. Nell'ultimo di essi¹³ sono state rinvenute 224 diverse sostanze (fino a 48 in un unico campione) e, complessivamente, un peggioramento del 20% della qualità delle acque. **L'Emilia Romagna risulta fra le aree più danneggiate con oltre l'84% dei punti contaminati. Nelle acque della nostra regione, inoltre, non si è fino a ora proceduto alla ricerca dell'erbicida glifosate e del suo metabolita AMPA, che è la sostanza più presente nelle acque lombarde, già classificata come cancerogeno 2A e dotata di azione genotossica anche sulle cellule placentari.**

PESTICIDI E SALUTE RIPRODUTTIVA MASCHILE

I pesticidi organofosforici, oltre ad altri gravi danni sulla salute umana, hanno dimostrato di poter alterare pesantemente la funzione gonadica maschile. Si osserva infatti negli esposti un peggioramento della qualità del seme per riduzione della densità, motilità, numero degli spermatozoi, aumento delle anomalie al DNA e alterazioni della loro morfologia, ma anche inibizione della spermatogenesi con riduzione di volume e peso di testicoli, epididimo, vescicole seminali e prostata.

Vi possono essere inoltre alterazioni dei livelli di testosterone per inibizione dell'attività testicolare, variazioni degli ormoni ipofisari e dell'attività degli enzimi antiossidanti a livello degli organi riproduttivi: tutti questi effetti sono ben comprensibili se si pensa all'azione di interferenti endocrini svolta da molte di queste sostanze¹⁴.

PESTICIDI ED ENDOMETRIOSI

Anche l'endometriosi¹⁵ comporta gravi conseguenze sulla fertilità femminile. Aderenze, esiti cicatriziali, stenosi tubarica e anche terapie farmacologiche (tra cui le stesse che devono essere adottate per contenere la malattia), riducono notevolmente le possibilità di concepimento. Anche l'endometriosi è in aumento e fattori ambientali quali i pesticidi rappresentano un agente di rischio non trascurabile.

Su un centinaio di donne sottoposte a laparoscopia per endometriosi, sono stati dosati nel sangue alcuni pesticidi: i più alti livelli di clordano, fungicidi aromatici ed esaclorobenzene sono risultati associati a un rischio cinque volte superiore di endometriosi. Questi risultati sono stati confermati recentemente in un

12. Vrijheid M., Martinez D., et al., *Ambient Air Pollution and Risk of Congenital Anomalies: A Systematic Review and Meta-analysis*, «Environ Health Perspect», vol. 119 (5), 2011, pp. 598-606.

13. http://www.isprambiente.gov.it/files/pubblicazioni/rapporti/rapporto-244/Rapporto_244_2016.pdf/.

14. Mehrpour O., Karrari P., *Occupational exposure to pesticides and consequences on male semen and fertility: A review*, «Toxicol Lett», vol. 230 (2), 2014, pp. 146-156.

15. Cooney M.A., Buck Louis G.M., Hediger M.L., et al., *Organochlorine pesticides and endometriosis*, «Reprod Toxicol», vol. 30 (3), 2010, pp. 365-369.

ampio studio caso-controllo condotto su 248 casi di donne affette da endometriosi chirurgicamente confermata e 538 donne sane, tutte sottoposte a dosaggio ematico di β -esaclorocicloesano (HCH) e mirex. Per i livelli più elevati di HCH si è evidenziato un aumento del rischio per endometriosi del 70% e per il mirex del 50%. Limitando l'osservazione all'endometriosi ovarica il rischio è risultato oltre il doppio dell'atteso¹⁶.

COMPOSTI ORGANICI PERSISTENTI (POP'S), INTERFERENTI ENDOCRINI E DIOSSINE

Con il termine composti organici persistenti (POP's, *Persistent Organic Pollutants*), si indica un gruppo di sostanze particolarmente tossiche e pericolose per la salute umana proprio in relazione agli esiti riproduttivi; si tratta di sostanze persistenti, bioaccumulabili e che contaminano ormai interi ecosistemi, venendo trasportate su lunghe distanze. I POP's possono essere sostanze prodotte intenzionalmente, quali pesticidi, PCB o sottoprodotti non desiderati di processi produttivi quali diossine, furani e alcuni IPA. Al fine di proteggere la salute umana e l'ambiente dai loro nefasti effetti è stata sottoscritta nel 2001 la Convenzione di Stoccolma, che prevede la messa al bando dei POP's prodotti intenzionalmente e la drastica riduzione di quelli prodotti non intenzionalmente. L'Italia è purtroppo l'unico Paese in Europa che, pur avendo sottoscritto questa Convenzione, non l'ha a tutt'oggi ratificata! Molte di queste sostanze agiscono come *interferenti endocrini* ed è utile chiarire il significato di questo termine, con il quale si intendono tutte quelle molecole che, pur essendo di natura chimica molto diversa (sono circa un migliaio), sono in grado di influire con sintesi, secrezione, trasporto, azione, metabolismo ed eliminazione degli ormoni e possono quindi influenzare

le più complesse e delicate funzioni dell'organismo, a cominciare da quelle riproduttive.

Rientrano fra gli interferenti endocrini, oltre a **diossine e PCB**, molti **pesticidi** e sostanze di più recente introduzione sul mercato quali **ftalati, ritardanti di fiamma, parabeni, bisfenolo A, perfluorotani (PFOA, PFAS)**. Pure metalli quali il **cadmio** presentano, oltre a un'azione oncogena, anche questo effetto. Sul sito dell'ISS è scaricabile un interessante opuscolo su come ridurre i rischi conseguenti alla loro esposizione¹⁷. Gli interferenti endocrini sono in grado di agire anche sulle cellule germinali, determinando alterazioni che si trasmettono alle generazioni successive attraverso modificazioni di tipo epigenetico: è ovvio che ciò apre scenari ancor più preoccupanti, in quanto siamo di fronte alla possibilità di un'amplificazione del danno e della sua trasmissibilità attraverso le generazioni. Tutto ciò è la ragione della crescente preoccupazione circa gli effetti di queste molecole sulle frange più sensibili della popolazione: feti, neonati, bambini e donne.

I principali rischi per la salute umana da esposizione a interferenti endocrini sono:

- sviluppo puberale femminile precoce;
- diminuzione della fertilità;
- endometriosi;
- aumento di abortività spontanea, parto pretermine e gravidanza extrauterina;
- malformazioni;
- immunosoppressione;
- aumentato rischio di criptorchidismo, infertilità e ipospadia;
- diabete e alcune forme di obesità;
- disfunzioni ormonali (specie alla tiroide);
- deficit cognitivi e disturbi comportamentali;
- patologie neurodegenerative;
- aumentato rischio di tumori.

16. *Organochlorine pesticides and risk of endometriosis: findings from a population-based case-control study*, «Environ Health Perspect», vol. 121, 2013, pp. 1319-1324.

17. http://www.minambiente.it/sites/default/files/archivio/allegati/reach/decalogo_interf_endocr_13032014.pdf/.

CONSEGUENZE DI DIOSSINE E PCB SULLA SALUTE RIPRODUTTIVA

Con il termine generico di “diossine” si indica un gruppo di 210 composti chimici aromatici policlorurati, formati da carbonio, idrogeno, ossigeno e cloro che differiscono fra loro per numero e posizione degli atomi di cloro sugli anelli e dotati di diverso grado di tossicità. Sono per la massima parte di origine antropica, in quanto sottoprodotti non desiderati della produzione di pesticidi o derivati da processi di combustione (specie rifiuti, materie plastiche ecc.) in particolari condizioni di temperatura e in presenza di cloro.

Sono sostanze semivolatili, termostabili, insolubili in acqua, altamente liposolubili, estremamente resistenti alla degradazione chimica e biologica: i tempi di dimezzamento variano dai 7 ai 10 anni nel corpo umano e fino a 100 anni nel sottosuolo. L'assunzione delle diossine avviene per oltre il 95% attraverso la catena alimentare, soprattutto attraverso alimenti quali latte, latticini, uova, pesce, carne. Capostipite è la TCDD (“diossina di Seveso”), già definita come la sostanza più tossica mai conosciuta.

I PCB rappresentano invece un complesso di 209 molecole sintetizzate volontariamente dall'uomo e ampiamente utilizzate, per le loro caratteristiche di estrema stabilità, fino agli anni Ottanta, quando furono messe fuori legge perché se ne era compresa la pericolosità per la salute umana. Tuttavia, proprio per le loro caratteristiche, ancora oggi si ritrovano ampiamente nelle matrici ambientali.

La TCDD, un furano e tutti i 209 PCB sono stati classificati dalla IARC come cancerogeni per l'uomo (livello I). Inoltre, ciò che oggi emerge con sempre maggiore evidenza per l'insieme di queste molecole è la complessa azione di squilibrio endocrino-immuno-metabolico, con effetti negativi sulla vita riproduttiva, conseguenza della loro attività come “interferenti endocrini”.

Studi condotti per esposizione a PCB in età adulta hanno dimostrato non solo riduzione del numero e della motilità degli spermatozoi, ma anche alterazioni della integrità cromatinica^{18, 19}.

Per quanto riguarda la salute riproduttiva femminile, uno studio condotto dopo 20 anni sulle donne esposte da bambine all'incidente di Seveso, ha dimostrato che all'aumentare dei livelli di diossina nel sangue aumentava anche l'infertilità²⁰.

DIOSSINE DA INCENERITORI

Si segnala che dall'ampio studio condotto su allevamenti rurali nel Comune di Forlì, situati lungo una direttrice di circa 3 km fra inceneritori e aeroporto, per la ricerca di diossine e PCB, è emersa una situazione preoccupante. La presenza di questi inquinanti risultava rientrare nei parametri previsti dalla legge solo in un terzo circa degli alimenti prodotti, in particolare i polli allevati all'aperto risultavano essere i più contaminati. Solo un pollo su 12 risultava, infatti, in regola.

Va segnalato che in tutti gli alimenti vi era una prevalenza dei PCB diossino-simili, le cui uniche sorgenti sono risultate essere i due impianti di incenerimento presenti nelle vicinanze²¹.

Alcuni lavori scientifici hanno segnalato già da tempo come l'esposizione a diossine emesse da inceneritori aumenti il rischio anche per patologie della sfera riproduttiva. Uno studio del 2004 condotto in Giappone²² ha preso in esame gli esiti riproduttivi entro 10 km da 63 inceneritori di rifiu-

18. Mocarelli P.I., Gerthoux P.M., *et al.*, *Perinatal exposure to low doses of dioxin can permanently impair human semen quality*, «Environ Health Perspect», vol. 119 (5), 2011, pp. 713-718.

19. Vested A., Giwercman A., *Persistent organic pollutants and male reproductive health*, «Asian J Androl», vol. 16 (1), 2014, pp. 71-80.

20. Eskenazi B., Warner M., *et al.*, *Serum dioxin concentrations and time to pregnancy*. «Epidemiology», vol. 21 (2), 2010, pp. 224-231.

21. http://www.comune.forli.fc.it/upload/forli/gestionedocumentale/Relazione%20finale%20tavolo_784_27809.pdf.

22. Toshiro T., *Risk of adverse reproductive outcomes associated with proximity to municipal solid waste incinerators with high dioxin emissions levels*, «Japan Journal of Epidemiology», vol. 14 (3), 2004.

ti solidi urbani. Sono stati presi in esame 225.215 nati vivi, 3387 morti fetali, 835 morti infantili ed è emerso un picco di rischio fra 1-2 km dagli impianti, coincidente con l'area dove si era riscontrato il massimo livello di diossina nel suolo. Allontanandosi da questo picco si registrava una diminuzione statisticamente significativa sia delle morti infantili che di quelle associate a malformazioni. Anche altri studi hanno segnalato incrementi di rischio di malformazioni complessivamente considerate e soprattutto di palatoschisi^{23, 24}. Nello studio MONITER condotto sugli otto impianti della nostra regione, si è registrato un aumento complessivo di tutte le malformazioni (globalmente considerate), crescente con l'esposizione ambientale. **Eccessi di anomalie congenite** (in particolare difetti del tubo neurale e dell'apparato circolatorio, gastroschisi e palatoschisi) **si sono registrate anche in nati da madri residenti in prossimità di discariche, in particolare se di rifiuti tossici nocivi**. È stato inoltre suggerito come il tasso di malformazioni congenite decresca all'aumentare della distanza dalla discarica^{25, 26, 27}.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

La vita riproduttiva appare essere una delle funzioni più delicate della salute umana ed è forse quella che maggiormente risente dell'inquinamento ambientale: è innegabile che metalli pesanti, pesticidi, far-



maci, policlorobifenili (PCB), idrocarburi policiclici aromatici (IPA), diossine, ritardanti di fiamma, ftalati, sostanze antiaderenti, particolato, farmaci, bisfenolo A, tipo di nutrizione ecc. possano condizionare anche la capacità riproduttiva con costi umani, sociali e sanitari per nulla trascurabili. Le nuove teorie emergenti sulle modalità con cui il nostro genoma si relaziona con l'ambiente, ci stanno facendo ben capire come la nostra visione dei problemi sia stata estremamente riduzionista e di come sia necessario e urgente un profondo e radicale cambio di rotta. Se, come l'epigenetica ci insegna, è l'ambiente, nel senso più ampio del termine, a influenzare il nostro genoma, allora è ovvio che risanare l'ambiente deve diventare il bersaglio prioritario verso cui indirizzare il massimo impegno. Dobbiamo ribadire con forza il fondamentale principio che **solo agendo sulle cause delle malattie, a cominciare da una drastica riduzione dell'inquinamento in ogni luogo di vita e di lavoro, è possibile tutelare la salute pubblica, compresa quella riproduttiva**.

PATRIZIA GENTILINI

Medico del Comitato Scientifico dell'Associazione Medici per l'Ambiente (ISDE Italia)

L'articolo completo è disponibile al seguente indirizzo:

<http://www.gruppomacro.com/nascerenaturale>

Maggiori informazioni e dati di accesso a p. 83.

23. Dolk H., *Risk of congenital anomalies near hazardous waste landfill sites in Europe EUROHAZCON study*, «The Lancet», vol. 352, 2000, pp. 423-427.
24. Tusscher G.W., *Open chemical combustions resulting in a local increased incidence of orofacial clefts*, «Chemosphere», vol. 40, 2000.
25. Berry M., Bove F., *Birth weight reduction associated with residence near a hazardous waste landfill*, «Environmental health perspectives», vol. 105, 1997, pp. 856-861.
26. Croen L.A. et al., *Maternal residential proximity to hazardous waste sites and risk for selected congenital malformations*, «Epidemiology», vol. 8, 1997, pp. 347-354.
27. Fielder H.M., *Assessment of impact on health of residents living near the Nant-y-Gwyddon landfill site: retrospective analysis*, «BMJ», vol. 320, 2000, pp. 19-22.

Il rapporto CeDAP 2014: i dati e le statistiche sulla nascita in Emilia Romagna

Ogni anno la Commissione Nascita del Consiglio Regionale dell'Emilia Romagna pubblica un rapporto che viene elaborato in base al Certificato di Assistenza al Parto, CeDAP, completato e archiviato al momento della dimissione della partoriente dal punto nascita.

Il 30 novembre 2015 è stato pubblicato il XII rapporto CeDAP, elaborato dalla Commissione Nascita del Consiglio Regionale dell'Emilia Romagna. Questa dodicesima edizione del rapporto sulla nascita in Emilia Romagna torna a rivolgersi ai professionisti, alle donne e ai cittadini per fornire loro una dettagliata analisi delle caratteristiche e degli esiti del percorso di assistenza alla nascita in Emilia Romagna, durante l'anno precedente alla stesura del rapporto.

Tale analisi deriva dall'esame e dalla comparazione di ogni certificato di nascita stilato immediatamente dopo ciascun parto: si tratta di un questionario elaborato, tanto che il rapporto finale riesce a rappresentare qualità ed entità dei cambiamenti e delle tendenze in atto. Il rapporto comprende i dati di 36.194 parti (36.852 neonati). La copertura, rispetto ai nati in Emilia Romagna registrati con le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), risulta del 99,7%.

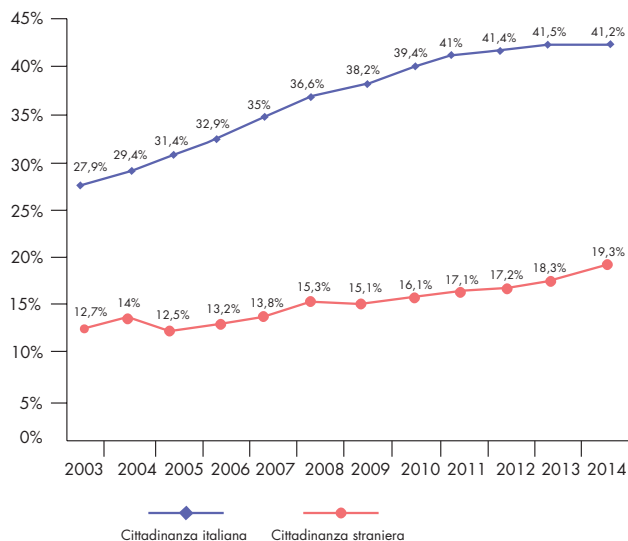
Il rapporto, intitolato *La nascita in Emilia Romagna*, viene redatto annualmente a partire dall'anno 2004.

Sintesi dei dati 2014

I DATI SULLE PARTORIENTI

- Sono ancora in crescita le **donne che partoriscono a 35 anni e oltre**: la percentuale è passata dal 25,5% nel 2003 al 34,5% nel 2014; i **parti di minorenni** sono stati invece 94 (0,3%). L'età media delle madri al momento del parto è pari a 32 anni (in leggera crescita dallo scorso anno), con una discreta differenza tra italiane (media 33 anni) e straniere (media 29,5).
- **Una su quattro in sovrappeso**: il 17,9% delle donne risulta in sovrappeso e l'8,1% obesa; il 7,4% risulta sottopeso.
- **Rischi da età avanzata**: le donne che partoriscono in età avanzata hanno un maggior rischio di subfertilità, di essere affette da patologie in gravidanza (diabete, stati ipertensivi, placenta previa), di parto operativo (vaginale e addominale); inoltre, in questa categoria di donne si registra un maggior rischio di nascita pretermine, restrizione di crescita fetale e mortalità perinatale. Il rischio di esiti avversi ostetrici e neonatali risulta più elevato tra le primipare in età avanzata e per le donne di età superiore a 45 anni.

Frequenza di parti in donne di età uguale o maggiore a 35 anni



- Si conferma la **contrazione delle nascite**. La diminuzione risulta pari al 13% in cinque anni e, per la prima volta dall'inizio della rilevazione CeDAP, cala rispetto all'anno precedente anche la quota di madri con cittadinanza straniera, che dal 17,1% del 2003 è arrivata al 31,0% del 2013. Nel 2014, per la prima volta dall'inizio della rilevazione CeDAP, cala rispetto all'anno precedente (30,3%).
- Quasi metà delle donne si rivolge, in gravidanza, al **servizio pubblico**. In termini assoluti, si sono rivolte prevalentemente al servizio pubblico 9677 donne nel 2003 e 17.889 nel 2014, con un incremento del 85,8%.
- La prima visita in gravidanza viene effettuata dal 67,6% delle donne entro le prime 8 settimane di età gestazionale, il 21,7% la esegue tra 9 e 11 settimane e il 10,7% a 12 o più settimane (di cui 4,3% oltre le 14 settimane).
- Il 32,0% delle donne ha frequentato un **corso di accompagnamento alla nascita** durante la gravidanza: il 22,5% presso un consultorio pub-

blico, il 7,0% presso una struttura ospedaliera pubblica, il 2,5% presso una struttura privata. Tra il restante 68,0% di donne che non hanno frequentato un corso, il 13,4% del totale lo avrebbe frequentato in una precedente gravidanza.

- Nel 92,8% dei parti vaginali **la donna ha accanto a sé una persona di fiducia**, prevalentemente il padre del neonato. Nel 7,2% dei casi, invece, non vi è alcuna persona accanto alla donna.

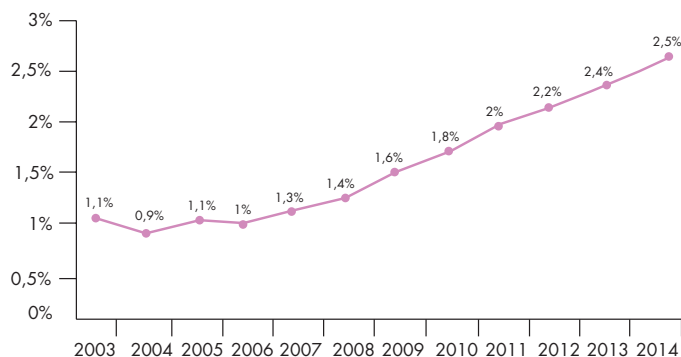
PROCREAZIONE ASSISTITA E RISCHI

Risultano aver fatto ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) 884 donne (2,5% delle partorienti).

Il ricorso a PMA è associato a:

- maggior frequenza di gravidanza plurima: 20,9% rispetto all'1,3% della restante popolazione;
- maggior frequenza di parto cesareo: 54,1% vs 26,2%;
- maggior frequenza di nati pretermine (<37 settimane), 25,5% vs 6,3%;
- maggior frequenza di nati di basso peso (<2500 g), 29,3% vs 6,3%;
- maggior frequenza di nati di peso molto basso (<1500 g), 7,3% vs 1,1%, che si osserva, sebbene attenuata, anche limitando l'analisi alle sole gravidanze singole.

Concepimenti con procreazione medicalmente assistita



LA FREQUENZA DI ECOGRAFIE E INDAGINI PRENATALI

- Il numero medio di **ecografie effettuate in gravidanza** è pari a 4,8. In particolare si osserva che
 - lo 0,26% delle donne non avrebbe effettuato alcuna ecografia;
 - il 3,8% ha effettuato solo 1 o 2 ecografie;
 - il 51,3% delle donne ha effettuato 3-4 ecografie in gravidanza;
 - il 44,6% più di 4 ecografie.

Le linee guida relative alla gravidanza fisiologica raccomandano l'effettuazione di una ecografia a 19-21 settimane di età gestazionale per l'accertamento di eventuali anomalie fetali. Non raccomandano né l'esecuzione dell'indagine per la translucenza nucale nel primo trimestre, né l'indagine con ultrasuoni nel terzo trimestre. I dati sul numero di ecografie effettuate in gravidanza rilevati nel CeDAP potrebbero essere interpretati come indicativi di un eccesso di indagini, tuttavia è necessario tenere conto che l'indicatore non permette di distinguere tra un'ecografia a scopo diagnostico o di screening (ecografia formale) e un'ecografia a completamento della visita. Quest'ultima modalità è frequente in molte realtà assistenziali, ma non può essere definita come "esame ultrasonografico". Si segnala che il Rapporto europeo non utilizza tale indicatore.

- Si riduce la frequenza di donne che effettuano almeno un'indagine prenatale invasiva, risultato associato al successo della offerta di **test non invasivi**. Il ricorso a indagini prenatali invasive è avvenuto nel 48,0% dei casi per le madri in età superiore a 35 anni e nel 9,5% per le madri di età inferiore o uguale.
- La frequenza di effettuazione di almeno un'indagine prenatale invasiva (su tutti i parti) è mag-

giore nella vasta area dell'Emilia centrale, dove raggiunge il 25,3%, e minima nella zona Nord della regione (16,4%).

REDDITO, SCOLARITÀ E STATO CIVILE DELLE MADRI

- Se nelle donne straniere, in particolare quelle con partner straniero, è maggiore il rischio di esiti avversi neonatali rispetto alle donne italiane con partner italiano, il maggior peso sugli esiti neonatali (in particolare sul rischio di avere un nato pretermine) si registra fra le donne italiane di **bassa scolarità**. È possibile che la particolare attenzione del servizio sanitario pubblico abbia attenuato le differenze in termini di salute tra donne svantaggiate italiane e straniere, ma gli effetti delle disuguaglianze sociali (reddito, scolarità, condizione di migrante) continuano a condizionare gli esiti di salute. Il Rapporto europeo sulla salute perinatale, che utilizza l'International Standard Classification of Education (ISCED 2011), conferma che il livello di scolarità materna costituisce un indicatore proxy dello svantaggio sociale. Anche la letteratura scientifica conferma l'associazione tra bassa scolarità ed esiti sfavorevoli ostetrici, perinatali e nelle età successive. Come per i fattori di rischio clinici, le/i professioniste/i devono ricercare e identificare i fattori di disuguaglianza sociale nelle donne in gravidanza, per offrire un'assistenza efficace nel ridurre la frequenza degli esiti avversi associati.
- **Stato occupazionale della madre.** Il Rapporto OCSE *Doing better for families* evidenzia che «l'Italia è ben al di sotto della media OCSE rispetto a tre indicatori fondamentali sulla famiglia: occupazione femminile, tasso di fertilità e tasso di povertà infantile». In Italia, il tasso di occupazione delle donne con età 25-64 anni è inferiore

alla media di 34 Paesi OCSE analizzati (58% contro il 72%). Il tasso di povertà infantile è pari al 15%, mentre risulta inferiore nei Paesi con alti tassi di occupazione materna. Nel rapporto sopracitato viene sottolineato che, per far fronte alla difficoltà per le donne italiane di conciliare lavoro e figli, bisognerebbe rafforzare le politiche per l'infanzia e per il lavoro rimuovendo alcuni ostacoli all'occupazione femminile.

- Le **madri lavoratrici** in Emilia Romagna sono il 65,1%; tale condizione è più elevata rispetto alla media nazionale (59,3%, CeDAP 2011) e comporta una minore frequenza di famiglie mono-reddito in regione, con conseguenze positive in termini di salute.
- Lo **stato di disoccupazione** di un genitore, e ancor di più di entrambi, è un fattore di rischio per esiti avversi neonatali: uno studio retrospettivo condotto in Inghilterra su 18.552 famiglie, ha osservato un aumentato rischio di nascita pretermine tra le coppie in cui entrambi i genitori sono disoccupati rispetto a quelle in cui almeno uno lavora.
- L'analisi del periodo 2003-2014 mostra una netta riduzione (-9,7%) del dato occupazionale materno.
- Per quanto riguarda lo **stato civile della madre**, la frequenza di **madri italiane non coniugate** (nubili, separate, divorziate o vedove) è il 38%. In particolare si osserva un forte incremento, nei 12 anni analizzati, delle **madri nubili** con una frequenza che è passata dal 19,7% al 35,7%. La rilevazione prevede che lo stato civile possa essere "non dichiarato" dalla madre. Con riferimento al 97,7% dei parti per cui risulta dichiarato lo stato civile, il 62% delle madri risulta coniugata, il 35,7% nubile, il 2,3% separata, divorziata o vedova. La condizione di

madre nubile risulta più frequente tra le donne con cittadinanza italiana rispetto a quelle con cittadinanza straniera (35,7% vs 21,2%).

ABITUDINE AL FUMO DI TABACCO

- Nel Rapporto europeo sulla salute perinatale si sottolinea come il fumo materno durante la gravidanza costituisca un fattore di rischio associato a un'aumentata prevalenza di nati con abortività spontanea, restrizione della crescita fetale, basso peso e nascita pretermine, anomalie congenite, con ricadute sulla mortalità perinatale e infantile. Il fumo materno ha anche effetti a medio e lungo termine sulla salute del bambino (obesità, asma, ADHD e problemi cognitivi).
- Una revisione sistematica ha inoltre rilevato un'associazione tra il fumo passivo, a cui è esposta la madre, e un aumentato rischio di nascita di basso peso e di anomalie congenite; inoltre, uno studio segnala anche un'associazione tra fumo passivo e infezione meningococcica nei primi mesi di vita.
- A livello internazionale, si osserva una riduzione nella frequenza di donne che fumano in gravidanza, tuttavia tale abitudine continua a essere il principale fattore di rischio modificabile associato a esiti avversi perinatali.

LE MODALITÀ DEL TRAVAGLIO

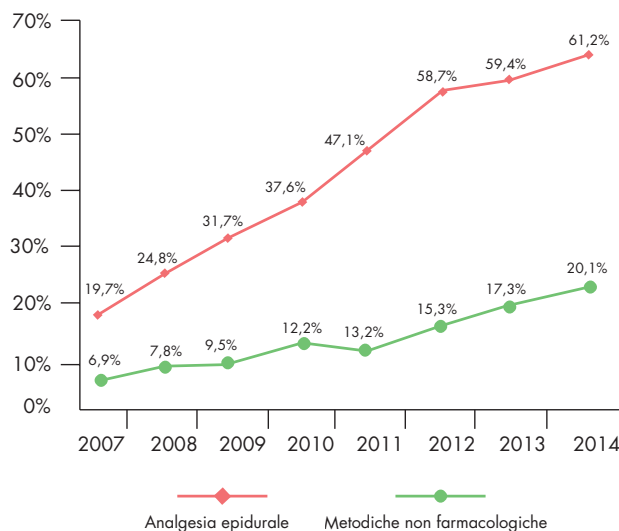
- **Travaglio spontaneo.** Rappresenta il 61,5% del totale dei parti, mentre quelli con travaglio indotto il 21,1%. I parti in cui non vi è stato travaglio (per via di tagli cesarei elettivi o urgenti effettuati prima del travaglio) rappresentano il 17,4% del totale.
- **Induzione del travaglio.** Escludendo dall'analisi i parti cesarei in assenza di travaglio, il tasso di induzione è pari al 25,5%; le successive analisi sono condotte utilizzando tale esclusione.

- **Nascita post-termine.** È, almeno in parte, determinata dalle scelte di politica assistenziale, in particolare per quanto riguarda le indicazioni all'induzione del parto.
- **Nascita pretermine (meno di 37 settimane).** La causa principale che porta all'induzione è la rottura prematura delle membrane, che caratterizza il 50,3% dei casi, seguita dalla patologia fetale (25,6%) e materna (17,8%). Tra 37 e 40 settimane di gestazione la rottura prematura delle membrane motiva il 40,8% dei casi, seguita dalla patologia materna (31,4%), da oligoidramnios (13,2%) e da patologia fetale (11,4%).
- A 41 settimane o più, la gravidanza protratta motiva quasi il 70% delle induzioni, mentre il 22% circa è motivato da rottura delle membrane o oligoidramnios. Per l'induzione si privilegia l'impiego di prostaglandine (70,3%) rispetto all'ossitocina (22,2%), amnioressi (3,3%), altro metodo meccanico (3,3%) o altro farmaco (0,9%). In alcuni punti nascita le percentuali si discostano notevolmente dalla media regionale; in particolare a Mirandola e Carpi l'uso di ossitocina si avvicina al 50% dei casi, mentre a Rimini è frequente l'impiego di amnioressi (15,5%), altro metodo meccanico (23,0%) o altro farmaco (6,5%).

PROCEDURE ANTIDOLORE IN CORSO DI TRAVAGLIO

- Negli anni recenti numerose revisioni sistematiche hanno affrontato il tema del controllo del dolore durante il travaglio, analizzando l'efficacia delle metodiche farmacologiche e non. Revisioni sistematiche hanno sottolineato la provata efficacia di alcuni interventi farmacologici (pur in presenza di effetti collaterali): analgesia epidurale (o combinata con spinale) e analgesia per via inalatoria (ossido nitrico, derivati del flurano). Alcune prove supportano una relativa efficacia di

Ricorso a metodiche antidolore



metodi non farmacologici quali: immersione in acqua (nel primo stadio del travaglio), agopuntura, massaggio, tecniche di rilassamento, blocco del nervo periferico, farmaci non oppioidi. Vi sono invece insufficienti prove di efficacia per sostenere il ricorso all'ipnosi, iniezione di acqua sterile, aromaterapia, TENS.

La frequenza di ricorso a metodiche antidolorifiche (sia farmacologiche, che non farmacologiche) è aumentata regolarmente dal 2007 al 2014.

- I dati relativi alle procedure di analgesia in corso di travaglio evidenziano che nel 61,2% dei casi viene utilizzato un supporto con metodiche non farmacologiche, nel 20,1% dei casi l'analgesia epidurale, nell'1,8% un altro tipo di analgesia farmacologica e nel 17,0% dei casi non viene adottata alcuna di queste procedure. L'analgesia epidurale è utilizzata circa nel 27% dei casi presso gli Hub, mentre non supera mediamente l'11% nei centri Spoke. L'analgesia epidurale è utilizzata dal 26,8% delle primipare rispetto all'11,8% delle multipare; viceversa, le procedure non farmacologiche sono utilizzate

nel 66,3% delle multipare e nel 57,2% delle primipare. Risultano non aver usufruito di alcuna metodica il 20,4% delle multipare e il 14,2% delle primipare. Il ricorso ad analgesia epidurale aumenta progressivamente al crescere del volume di attività dei centri: negli Hub interessa il 27,1% dei parti contro il 6,2% nei centri con meno di 500 parti.

LE MODALITÀ DEL PARTO

- Nel periodo 2003-2014 si è osservato un aumento della frequenza di parti per via vaginale non operativi: il 73,1% dei parti del 2014 è avvenuto infatti **per via vaginale**. Incrementano però anche i **parti vaginali operativi** (ventosa): dall'1,1% al 4,6%. La variabilità fra punti nascita nel ricorso a questa modalità è notevole, ma non sembra esserci un'associazione con le dimensioni del punto nascita.
- **Parto cesareo.** Assistiamo a una costante riduzione del tasso di cesarei: dal 30,8% al 26,9%. Il tasso di parti cesarei mostra una grande variabilità tra punti nascita ed è difficile comprendere le ragioni dell'ampia oscillazione che caratterizza i tassi di cesarei e che risulta indipendente dal volume di attività dei centri, o dalle dimensioni del punto nascita. Il range va dal 15,4% di Carpi al 59,1% di Città di Parma (escludendo Villa Regina che ha solo 31 parti, di cui 28 cesarei e non opera in regime di accreditamento). La distribuzione dei parti cesarei secondo le modalità evidenzia che: - il 50,9% dei parti cesarei risulta classificato come elettivo; - il 29,3% dei parti cesarei come non elettivo effettuato in corso di travaglio; - il 19,8% come non elettivo effettuato prima del travaglio. Sono 1295 i nati vivi da parto gemellare, con peso medio di 2283 g; i nati di peso inferiore a 1500 g sono 140. Il Rapporto europeo sulla salute perinatale sottolinea come la gravidanza plurima comporti specifici problemi di ordine

assistenziale in gravidanza, al parto e nel periodo neonatale con un rischio aumentato di morbosità materna, mortalità alla nascita, nascita pretermine e/o di basso peso, anomalie congenite, mortalità infantile e problemi relativi allo sviluppo. Il tasso di **parti cesarei** nel 2014 è del 26,9% (il dato è in calo negli anni). Negli ultimi anni, governi e professionisti hanno espresso preoccupazione per l'aumento del tasso di cesarei registrato nei diversi Paesi e per le potenziali conseguenze negative sulla salute materna e infantile associate all'incremento nel ricorso a questo intervento.

- Dallo studio ecologico condotto in 132 Paesi, emerge che **l'intervallo di tasso di cesareo oltre al quale non si riscontrano effetti sulla riduzione della mortalità materna e neonatale** è compreso fra il 5 e il 10%. L'OMS ribadisce l'efficacia del taglio cesareo eseguito per indicazione medica nel prevenire la mortalità materna e neonatale e identifica la soglia del 10% come valore di tasso oltre il quale non vi è una riduzione di questi esiti. Il tasso regionale è inferiore a quello nazionale (38%), sostanzialmente analogo a quello rilevato in Irlanda (27%), Catalogna (28,1%), Galles (26,1%) e Scozia (27,8%), ma superiore a quello di Inghilterra (24,6%), Francia (21%), Spagna (22,2%), Svezia (17,1%) e Finlandia (16,8%)¹.
- **Travaglio pretermine spontaneo senza fattori di rischio materni e/o fetali.** In questo caso non sono disponibili prove conclusive a sostegno dell'efficacia del taglio cesareo nel migliorare gli esiti neonatali.

1. EURO-PERISTAT Project, *European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. URL: <http://europeperistat.com/>.

- **Parti plurimi.** Sono stati 643 e costituiscono l'1,8% del totale. In 15 casi si tratta di gravidanze trigemine e 6 neonati del totale sono nati morti. Circa il 28% dei parti plurimi è associato a procreazione medico-assistita. L'86,0% dei parti plurimi avviene mediante taglio cesareo.
- **Il travaglio indotto raddoppia i cesarei e l'uso della ventosa.** Nel 20,2% dei parti con travaglio indotto viene poi eseguito un taglio cesareo e nel 7,4% un parto vaginale operativo, mentre tali eventualità si fermano al 8,4% e al 5% per i parti con travaglio ad inizio spontaneo. La frequenza di induzione del travaglio è andata regolarmente aumentando (dal 21,1% del 2003 al 25,5% del 2014).

GENERE, PESO E PRESENTAZIONE DEI NEONATI

- I nati maschi nel 2014 sono il 51,4%. Nel periodo 2003-2014 è stata sempre rilevata una lieve prevalenza di maschi con valori compresi tra il 51,0% e il 51,8%.
- **Il peso medio alla nascita** (nati vivi e nati morti) è pari a 3267 g. Se invece si escludono i nati morti, il peso medio arriva a circa 3303 g. La frequenza dei macrosomi (peso ≥ 4000 g) è del 6,6% (in lieve calo).
La frequenza di **nati di basso peso** mostra un incremento pari a 10% dei nati di peso < 2500 g e di circa 21% per i nati di peso < 1500 g.
- Il tasso di neonati con **presentazione podalica** è del 4,3% e 0,7% sono i neonati con altra presentazione anomala.
- **Tasso di mortalità alla nascita.** È più elevato alle età gestazionali più basse per ridursi sensibilmente nei nati a termine.

LE MALFORMAZIONI AL MOMENTO DELLA NASCITA

- I soggetti con malformazione risultano 380, corrispondenti all'1,03% del totale dei nati.
- Considerando il triennio 2012-2014, le categorie di malformazioni che risultano rilevate con maggior frequenza, oltre alle **anomalie congenite** non specificate (più del 20%), sono: anomalie congenite degli arti, del sistema urinario, del bulbo e setto cardiaco, del sistema muscolo-scheletrico, degli organi genitali, e palatoschisi/labioschisi.
- La presenza di malformazioni è più frequente nei nati morti (2,5%) rispetto ai nati vivi (0,98%).
- La prassi, troppo spesso non attuabile, della verifica del dato da parte del pediatra in decima giornata di vita, dovrebbe consentire di rilevare anche le malformazioni (ad esempio cardiache) che possono evidenziarsi e/o essere diagnosticate nelle ore successive alla nascita. Infatti, il confronto tra i dati registrati dal CeDAP e quelli rilevati dal Registro Malformazioni Congenite dell'Emilia Romagna, ha permesso di rilevare che **una parte dei soggetti con malformazioni rilevati dal Registro non lo sono dal CeDAP**, poiché la malformazione viene diagnosticata nella prima settimana di vita.
- Il fatto che la quota di feti malformati, per i quali è stata interrotta la gravidanza, sia maggiore tra le italiane che tra le straniere (50,2% contro il 42,6%) è probabilmente attribuibile al maggior ricorso delle cittadine italiane alle indagini prenatali.

I LUOGHI DEL PARTO

- I parti risultano essere avvenuti nel 99,5% dei casi presso un ospedale pubblico o privato, in 82 casi (0,2%) in abitazione privata (parto a domicilio programmato), in 32 casi (0,1%) presso

una casa di maternità. In 49 casi (0,1%) il parto è avvenuto in un luogo extra-ospedaliero, non programmato. Tuttavia, l'attendibilità dei dati sui parti a domicilio o in casa di maternità (114 casi) è incerta: in 26 casi vi sono alcune incoerenze con la compilazione di altre variabili (per esempio Azienda, Presidio di evento, riferimento alla SDO materna, modalità di travaglio e di parto).

- Calano i punti nascita attivi che nel 2014 risultano essere 30, uno in meno rispetto al 2013 per la chiusura dell'Ospedale di Fiorenzuola. Nel corso del 2014 sono stati chiusi altri due punti nascita: Porretta Terme e la Casa di Cura Città di Parma. Ne consegue che a fine 2014 restano 28 punti nascita attivi. La cartina nella pagina seguente mostra i punti nascita della regione rappresentati con colori differenti in base al numero di parti effettuati nel corso dell'anno.

Escludendo i parti a domicilio, il 61% dei parti è avvenuto nei 9 punti nascita dotati di unità di terapia intensiva neonatale (UTIN), mentre il 6%

delle nascite si registra in 9 punti nascita che hanno assistito nell'anno meno di 500 parti. **Risulta tuttavia difficile la definizione di indicatori utili a rispondere al quesito su quale sia il rapporto ottimale tra volume di attività del punto nascita (numero parti all'anno) e qualità dell'assistenza.**

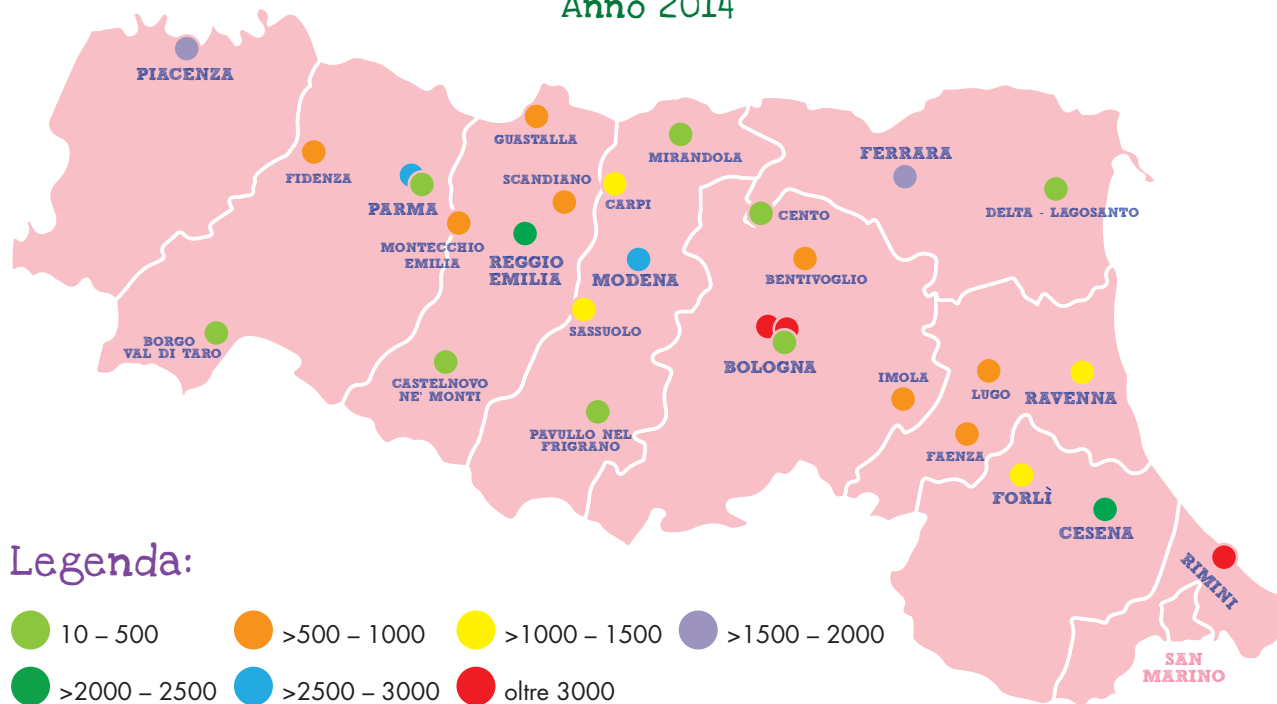
GRANDI OSPEDALI O PICCOLI CENTRI NASCITA?

Il Rapporto Europeo sulla salute perinatale (Euro-Peristat) registra una notevole variabilità nell'organizzazione dei punti nascita nei diversi Paesi; mentre in alcuni si è teso a centralizzare le nascite privilegiando l'attività di strutture che assistono più di 1500 parti all'anno (come ad esempio il Regno Unito, la Danimarca e la Svezia), in altri (come Germania, Irlanda e Norvegia) è sensibile la quota di nati in strutture che assistono meno di 500 parti all'anno².

2. *Ibidem.*

PARTI PER PUNTO NASCITA

Anno 2014



ANALISI PER SINGOLO PUNTO NASCITA IN EMILIA ROMAGNA

- **Centri HUB³** (9 punti nascita): Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna S. Orsola, Bologna Maggiore, Ferrara, Ravenna, Cesena, Rimini.
- **Centri Spoke⁴ con 1000 o più parti** (4 punti nascita): Piacenza, Carpi, Sassuolo, Forlì.

- **Centri Spoke con 500-999 parti** (8 punti nascita): Fidenza, Guastalla, Montecchio Emilia, Scandiano, Bentivoglio, Imola, Lugo, Faenza.
- **Centri Spoke con meno di 500 parti** (6 punti nascita): Borgo Val di Taro, Castelnovo Ne' Monti, Mirandola, Pavullo, Delta-Lagosanto, Cento (sono esclusi Porretta, chiusa in febbraio 2014, Villa Regina e Città di Parma).

3. I Centri HUB sono strutture ospedaliere altamente specializzate, dove vengono concentrate professionalità e alta tecnologia. In questo tipo di ospedale vengono praticati interventi complessi (come ad esempio trapianti, interventi di cardiocirurgia, diagnosi e cura di malattie rare ecc.).
4. Ospedali territoriali che dispongono di minori specializzazioni rispetto alle strutture HUB.

Parto in casa: una scelta scientificamente avanzata

Tratto da «Un Pediatra per amico», n. 1, 2015

A dicembre 2014, il NICE (National Institute for Health and Care Excellence), il prestigioso istituto inglese che detta le regole per il raggiungimento dell'eccellenza in tema di salute e cure mediche, ha pubblicato un documento intitolato *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*, con il quale si sostiene che, per le donne con una gravidanza fisiologica, il modo più sicuro di partorire è proprio il parto in casa o presso i centri nascita: «Women should give birth without doctors», cioè «Le donne dovrebbero partorire senza i medici».

LIBERTÀ DI SCEGLIERE

Il testo della linea guida precisa che le donne dovrebbero avere comunque il diritto di scegliere il luogo del parto, e che solo alle donne ad alto rischio dovrebbe essere consigliato il parto in ospedale.

Quello che per decenni è stato considerato un modello azzardato, pericoloso, naif e persino un po' snob, oggi si rivela la scelta scientificamente più avanzata. Questo importante cambiamento nasce dalla dimostrazione che le donne che partoriscono in ambito extraospedaliero subiscono un numero minore di effetti avversi, un minore numero di interventi medici (episiotomia, taglio cesareo, parti operativi con ventosa) oltre a una minore incidenza di infezioni rispetto alle donne che partoriscono in ospedale.

Erano anni che l'OMS teorizzava la necessità di riportare il parto a un livello meno tecnologico di assistenza, e già nel 1985 aveva dichiarato che «il

parto deve avvenire al livello di assistenza più basso compatibile con la sicurezza». Ora il NICE ci fornisce il supporto scientifico a questo principio: a fronte di un importante miglioramento degli esiti, partorire a casa non provoca alcun aumento del rischio, né per la madre né per il neonato. Non è un'opinione su cui si può essere d'accordo o meno, ma una certezza scientifica dimostrata.

Inoltre, con il parto in casa o nel centro nascita, la soddisfazione della donna è sempre superiore rispetto a quella che riesce a ottenere dopo un parto ospedaliero: un'assistenza meno invadente e la maggiore autonomia la rendono protagonista attiva dell'evento, sottraendola a quei meccanismi di delega che diventano quasi obbligati in ospedale; inoltre, il contesto domestico le dà la possibilità di accogliere il nuovo nato in un ambiente accogliente e familiare.

L'ALTERNATIVA AL PARTO IN CASA NON È L'OSPEDALE

Al parto in casa si affianca il «centro nascita», una modalità di assistenza molto diffusa nel Nord Europa, in particolare in Gran Bretagna, dedicata a donne sane, la cui gravidanza si è svolta regolarmente e in cui non sono presenti fattori di rischio per complicanze. In questi casi la donna può essere affidata alle cure delle ostetriche, che hanno tutte le competenze per assisterla. Qualora invece intervenissero dei problemi, è garantito il collegamento con l'ospedale (le situazioni che possono necessitare di un trasferimento e le loro modalità sono



codificate attraverso protocolli interdisciplinari condivisi). Il grande vantaggio di questo tipo di assistenza consiste anche nella possibilità di disporre di tempi più ampi rispetto alla prassi ospedaliera e di personalizzare l'assistenza alle partorienti.

Non tutte le donne potrebbero partorire nei centri nascita, o ricorrere al parto in casa, ma quante sono quelle che potrebbero farlo? È difficile fare una stima. C'è una quota di patologia, che riguarda circa il 10% delle gravide. Poi c'è una quota di donne che avrà bisogno di ricovero e/o competenza medica per problematiche non gravi: questo dato è variabile e molto influenzato dai modelli di assistenza applicati nei mesi di gestazione, capaci di trasformare in patologiche anche gravidanze fisiologiche (ricordiamo che in Italia il tasso di tagli cesarei raggiunge quota 40%, contro il 20% della media europea).

IMPOSSIBILE SCEGLIERE

I CENTRI NASCITA: in Italia i centri nascita pubblici sono due, il "Centro Nascita Margherita" di Firenze, che con i suoi oltre 2500 nati offre già dati statistici interessanti (e in linea coi dati internazionali) e "Le stanze di Lucina" a Perugia, inaugurato da poco più di un anno. Il parto in casa garantito dalle strutture pubbliche è quasi inesistente,

tentativi di legiferare a favore di un rimborso spese per chi realizza questa scelta non sono andati a buon fine.

Non tutte le donne con le caratteristiche per aderire a questo percorso scelgono di partorire nei centri nascita, o a casa. Ma il problema è che in Italia la possibilità di scelta non esiste e l'offerta assistenziale non riesce a evolversi dal modello unico ospedaliero.

Secondo Susan Bewley (del King's College di Londra, responsabile del gruppo di lavoro del NICE che ha elaborato le nuove linee guida):

«Non c'è un solo modello di parto che sia adatto per tutte le donne [...] alcune donne potrebbero preferire far nascere il proprio bimbo/a a casa o in una casa maternità perché questi luoghi sono generalmente più sicuri, questo è un loro diritto e devono essere supportate in questa scelta. Ma se una donna preferisse far nascere il proprio/a bambino/a in un ospedale [...] anche questo sarebbe un suo diritto».



NUMERI CHE PARLANO CHIARO

| | Parto in casa | Parto nel centro nascita esterno all'ospedale | Parto nel centro nascita contiguo all'ospedale | Parto in ospedale |
|-----------------------------------|---------------|---|--|-------------------|
| Gravi problemi medici del neonato | 3 | 3 | 2 | 3 |
| Normale parto vaginale | 984 | 980 | 967 | 927 |
| Episiotomia | 15 | 23 | 35 | 56 |
| Parto cesareo | 7 | 8 | 10 | 35 |
| Parto strumentale | 9 | 12 | 23 | 38 |

Numeri per 1000 bambini e 1000 madri al secondo parto: a parità di incidenza di gravi problemi medici del neonato, le mamme che partoriscono in ospedale con l'assistenza dell'ostetrico-ginecologo, rispetto a

quelle che partoriscono a casa, subiscono l'episiotomia tre volte più spesso, l'applicazione di forcipe o ventosa quattro volte più spesso e il parto cesareo cinque volte più spesso (Fonte NICE).

ALESSANDRA PUPPO

Ostetrica, Firenze

<http://www.uppa.it/nascere>

Ringraziamo il sito <http://www.uppa.it>, l'autrice dell'articolo Alessandra Puppo e il direttore, il dottor Sergio Conti Nibali, per averci gentilmente concesso l'autorizzazione a pubblicare l'articolo.

Vivere il parto in modo naturale: l'esempio dell'Olanda

Dal confronto con il resto d'Europa emerge che, da molti anni, l'Italia detiene il record del Paese dell'Unione con il più alto numero di parti cesarei. Ma c'è di più: il nostro Paese infatti è anche quello con il tasso di natalità lordo¹ più basso, un 8 per mille a fronte del 10 per mille della media europea.

Negli ultimi anni i più accreditati organismi di salute pubblica hanno sottolineato l'importanza di rispettare la fisiologia della nascita.

Finalmente gli studi scientifici dicono con chiarezza che quando una donna sta bene ed è sana in gravidanza, il suo parto è maggiormente sicuro quanto più esso avviene in modo naturale, cioè in circostanze e luoghi demedicalizzati.

Per un ritorno a un "percorso nascita" più naturale, nascono nel nostro Paese nuovi servizi per il parto a domicilio che consentono a mamme e papà di vivere la nascita del proprio figlio in modo più naturale.

Alcune iniziative sono state presentate a Modena, nel convegno promosso dall'Associazione Differenza Maternità, in occasione del quale le esperienze delle ostetriche professioniste che dagli

anni Settanta e Ottanta hanno avviato le prime esperienze in questo ambito, si sono confrontate con i nuovi servizi di assistenza al parto a domicilio avviati dalle Aziende Sanitarie Locali.

I temi dibattuti sono stati la figura dell'ostetrica, la qualità dell'assistenza e dell'accompagnamento alla donna nel "percorso nascita", la sicurezza e i costi economici.

La percentuale di parti a domicilio in Italia è ancora molto bassa, si attesta, infatti, intorno allo 0,4%, nel resto d'Europa è mediamente del 2%, mentre nei Paesi culturalmente più avanzati le percentuali salgono fino al 14%, per raggiungere il 32% in Olanda².

A noi potrebbe sembrare strano, ma proprio in Olanda tutte le donne incinte in possesso di un'assicurazione sanitaria ricevono un kit per poter partorire in casa un mese prima del lieto evento. Il kit non contiene dispositivi medici, ma garze, lenzuola di plastica, pannoloni, gel disinfettante per le mani, assorbenti materni, detersivo delicato per i panni, ovatta e un pupazzo bianco per il bimbo.

Nel caso in cui si decidesse di partorire in ospedale, tale kit viene donato a una Onlus che opera in Africa.

1. Il tasso di natalità lordo corrisponde al rapporto tra il numero di nati vivi registrati nel corso di un anno civile e l'effettivo della popolazione residente permanente media. Il risultato è generalmente espresso in per mille.

2. <http://www.italiadonna.it/societa/soc19.htm/>.



Anche in ospedale, comunque, il sistema è ben diverso da quello italiano: i tempi sono infatti molto rapidi e la neo-mamma viene dimessa dopo solo sei ore dal parto. Gli olandesi vantano, a differenza dal resto dei Paesi occidentali, la più alta percentuale di nascite a casa³.

Del resto, in Olanda, il parto naturale in casa fa parte della filosofia odierna ormai da anni: un parto su tre avviene infatti tra le mura domestiche, dove un'ostetrica, una puericultrice e un operatore sanitario che si occupa dei bambini da 0 a 6 anni, aiutano la donna durante il parto e nei giorni successivi.

Le visite e le ecografie dal ginecologo sono merce rara: la vera protagonista è infatti l'ostetrica, che segue la neo-mamma in ogni passo della sua gravidanza.

In altri Paesi europei come Germania, Francia, Gran Bretagna, Belgio e Scandinavia, i nati a do-

micilio rappresentano non più del 2% di tutte le nascite.

La situazione olandese è, però, la prova che la gravidanza non è una malattia e che le nascite in casa possono realmente diventare la norma. Mantenere le nascite fuori dagli ospedali comporta risvolti positivi anche per lo Stato olandese: il sistema sanitario infatti non ha un deficit strutturale. Il ministro della Salute olandese in persona ha sempre incoraggiato il parto in casa e l'Olanda ha sempre sostenuto la teoria per cui non si deve ospedalizzare tutto ciò che potrebbe essere tenuto fuori dall'ospedale. Le donne non possono fare altro che darle ragione: molte di loro ritengo-

no il parto in casa più rilassante. In ogni caso, in Olanda, se non non ci sono complicazioni non si è trattenuti in ospedale. In Francia, invece, quattro o cinque giorni è un soggiorno nella media. In Germania, le donne possono lasciare l'ospedale lo stesso giorno, ma anche qui molte tendono a prolungare il soggiorno per tre o quattro giorni.

Nonostante l'alta percentuale di parti in casa, molte donne olandesi partoriscono ancora in ospedale. Ciò è dovuto anche al fatto che le ostetriche tendono a ricoverare le partorienti all'insorgere di ogni minimo problema, senza contare poi che le donne in attesa di gemelli vengono automaticamente ricoverate a priori. Vi è quindi anche una certa percentuale di donne che iniziano il travaglio a casa, ma vengono poi trasferite a partorire in ospedale all'insorgere di complicazioni.

3. http://www.adnkronos.com/salute/medicina/2015/02/21/olanda-sei-incinta-arriva-casa-scatola-con-kit-per-parto-fai-foto_ceo9gOOqV9iSIyoEOJNbeK.html/.

Le alternative all'ospedale: il parto a domicilio e le Case Maternità

Una delle ragioni principali che spinge le donne a desiderare di partorire a casa propria è la sensazione, non proprio gradevole, di dover affrontare un momento così intimo e speciale in una stanza di ospedale. Durante un parto ospedaliero spesso non è possibile, o non è concesso, rispettare i tempi del travaglio e della madre, si è circondati da emeriti sconosciuti e tutto quanto si fa impersonale. A casa, invece, non viene fatto nulla per accelerare il corso fisiologico del travaglio: se si blocca e nonostante tutti i tentativi non va avanti, si va in ospedale. Questa la spiegazione di Anna Lisa Pini, una delle ostetriche della Casa Maternità “Il Nido” di Bologna. Solo in questo modo si tutela la naturalità senza rischiare¹. Ovvio che in caso di complicazioni e difficoltà l'ostetrica che monitora il travaglio ha tutta la competenza di stabilire se il parto è a rischio o meno. In caso affermativo occorre agire tempestivamente: le linee guida per il parto in casa prevedono che il parto debba avvenire in prossimità di un ospedale di II o III livello, stabilendo di volta in volta una distanza massima o l'obbligo di avere un'ambulanza a disposizione.

Tuttavia, che l'opzione casalinga sia sicura lo dicono i dati emersi da grandi studi condotti nei Paesi dove la pratica è più diffusa.

La letteratura scientifica e le linee guida di diversi enti di salute nazionali e internazionali si sono occupate spesso, infatti, negli ultimi anni, del parto a casa e, seppur tra resistenze e arroccamenti della classe medica, è stata prodotta una significativa mole di evidenze sulla sicurezza di questa scelta.

Secondo uno studio comparso sulla rivista scientifica «Canadian Medical Association»² nel 2009, il parto a casa programmato e assistito da un'ostetrica professionista è sicuro ed è associato a morte perinatale molto bassa, addirittura più bassa di quella che si registra nei parti in ospedale. Inoltre, partorire a domicilio riduce il tasso di interventi ostetrici e altre pratiche più o meno invasive. Nello stesso anno, il «British Medical Journal» pubblicava uno studio danese che giungeva a conclusioni analoghe³ e altri studi erano stati pubblicati in precedenza. Il testo delle linee guida precisa che, comunque, la futura mamma dovrebbe avere sempre il diritto di scegliere il luogo del parto, ma che solo alle donne ad alto rischio dovrebbe essere consigliato il parto in ospedale.

Già nel 1996, l'OMS, nel rapporto *Care in normal birth: a practical guide*⁴, sanciva:

«Si può senza dubbio affermare che la donna dovrebbe partorire in un luogo in cui si sente sicura e questo luogo sarà quello a livello più periferico

1. http://d.repubblica.it/benessere/2013/07/30/news/maternit_parto_in_casa-1732278/.

2. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2742137/.

3. www.bmj.com/content/338/bmj.b1616/.

4. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf/.

possibile, che possa fornire assistenza appropriata. Per una donna con una gravidanza a basso rischio [la stragrande maggioranza; *N.d.A.*] questo luogo può essere la casa, una piccola clinica oppure una casa maternità, o magari anche un ospedale».

Come risulta chiaro anche dal documento del NICE, con il parto in casa o nel centro nascita la soddisfazione della donna è sempre superiore rispetto a quella che riesce a ottenere dopo un parto ospedaliero: un'assistenza meno invadente e la maggiore autonomia la rendono protagonista attiva dell'evento, sottraendola a quei meccanismi di delega che diventano quasi obbligati in ospedale. Inoltre, il contesto domestico le dà la possibilità di dare alla luce il suo bambino in un ambiente accogliente e familiare. In Italia solo alcune Regioni (Piemonte, Emilia Romagna, Marche, Lazio, Province di Trento e Bolzano) si sono dotate di una legge per il parto a domicilio con possibilità che il servizio sanitario sostenga o rimborsi i costi che per un parto a domicilio o in Casa Maternità si aggira sui 2000 euro.

Se per varie ragioni le donne non possono (o non desiderano) partorire a casa propria, le Case Maternità possono rappresentare un'ottima alternativa.

La Casa Maternità è un luogo accogliente dove i futuri genitori possono vivere serenamente l'intero percorso della maternità: gravidanza, nascita e post parto. Si tratta di una struttura, interamente gestita da ostetriche, che offre alla nuova famiglia assistenza continua e cucita su misura sulle sue necessità.

Scegliere di partorire in una Casa Maternità offre svariati vantaggi: si partorisce infatti presso una casa, che mantiene tutte le caratteristiche di intimità e salvaguardia della fisiologia del parto a domicilio. Come nel parto in casa, le ostetriche che seguono la donna sono le stesse che l'hanno seguita durante la gravidanza. Per poter partorire a casa propria o in Casa Maternità, infatti, è necessario rivolgersi alle ostetriche non in prossimità del parto, ma almeno all'inizio del 7° mese, in modo da conoscersi, stabilire un rapporto di fiducia e verificare che ci siano le condizioni per questo tipo di parto. Dopo la nascita del bebè, la mamma resta in Casa Maternità per circa 24 ore, ma nei giorni successivi riceve a casa una visita dell'ostetrica per controllare che tutto proceda al meglio.

Nel panorama dell'ostetricia italiana spicca la Casa Maternità Montallegro, piccolo centro di assistenza olistica alla coppia e al neonato. Fondata nel 2001 da Marta Campiotti, Presidente dell'Associazione Nazionale Ostetriche Parto a Domicilio, la casa è anche luogo di formazione per giovani ostetriche laureate data la qualità e singolarità dell'approccio globale all'evento nascita.

Oltre ad essa, nel territorio italiano sono attualmente attive altre quattro Case Maternità: "La Via Lattea" di Milano, "La Quercia" di Merone (CO), "Il Nido" di Bologna, "Casa Mia" di Vittoria (RG).

Norme per il parto: la legge regionale dell'Emilia Romagna

In questo capitolo viene presentata una raccolta di articoli estratti dalla legge regionale emiliano-romagnola riguardo i luoghi dove partorire.

Il documento completo è consultabile al seguente indirizzo web:

http://www.informafamiglie.it/emiliaromagna/normative/prima-e-dopo-la-nascita/8%20-%20LR%2026_1998%20parto.pdf/.

LEGGE REGIONALE DELL'EMILIA ROMAGNA 11 AGOSTO 1998, N. 26 NORME PER IL PARTO NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE, NELLE CASE DI MATERNITÀ E A DOMICILIO

Art. 2

Luoghi dove partorire

1. Per favorire il graduale superamento della ospedalizzazione generalizzata, la donna, debitamente informata sull'evento e sulle tecniche da adottare, liberamente può scegliere di partorire:
 - a) nelle strutture ospedaliere;
 - b) nelle case di maternità;
 - c) a domicilio.

- b) erogazione diretta del servizio, anche attraverso forme di convenzione, come previsto dal comma 5 dell'art. 8 della L.R. 14 agosto 1989, n. 27.
3. Al momento del parto, l'ostetrica o il medico ginecologo-ostetrico che ha in carico la gestante devono informare i servizi di emergenza-urgenza della struttura ospedaliera di riferimento, anche ai fini di un eventuale pronto intervento.

Art. 4

Parto a domicilio

1. La regione opera per introdurre nel Servizio sanitario regionale le condizioni di assistenza alle gestanti, che richiedono di espletare il parto a domicilio.
2. Sulla base dei criteri e delle modalità attuative previste dalla direttiva della Giunta di cui al comma 2 dell'art. 3, le Aziende sanitarie garantiscono il servizio di parto a domicilio, con il coordinamento di personale ostetrico, attraverso:
 - a) rimborso alla donna delle spese sostenute, in caso di assistenza al parto a domicilio da parte di personale operante in regime libero-professionale, secondo le modalità di cui al comma 4 dell'art. 5;

Art. 5

Modalità organizzative del parto a domicilio

1. La donna che intende partorire a domicilio, con le modalità di cui al comma 2 dell'art. 4, ne dà comunicazione all'Azienda unità sanitaria locale di residenza entro e non oltre l'ottavo mese di gravidanza.
2. Alla comunicazione devono essere allegati, nei termini e con le modalità stabiliti dalla direttiva regionale di cui al comma 2 dell'art. 3, i seguenti documenti:
 - a) dichiarazione di presa in carico con cui l'ostetrica/o o il medico ginecologo-ostetrico di fiducia della donna si assumono la responsabilità assistenziale;
 - b) attestazione del rispetto delle condizioni di sicurezza e di garanzia per la donna e per il bambino rilasciata da chi prende in carico la gestante;

- c) certificati sullo stato di salute della gestante rilasciati dal medico di base o dal ginecologo-ostetrico di fiducia;
 - d) consenso informato da parte della donna secondo le modalità indicate dalla direttiva di Giunta di cui al comma 2 dell'art. 3;
 - e) segnalazione dell'opzione tra le due modalità previste al comma 2 dell'art. 4, indicazione del domicilio prescelto per il parto ed eventuale richiesta di rimborso nel caso di assistenza da parte di personale operante in regime libero-professionale.
3. Entro 15 giorni dalla comunicazione di cui al precedente comma 1, l'Azienda unità sanitaria locale, sulla base della documentazione regolarmente fornita ai sensi del comma 2, informa la donna dell'avvenuta presa d'atto e accoglie le modalità organizzative e amministrative scelte per il parto a domicilio.
 4. Per le spese inerenti al parto a domicilio, come previsto alla lettera a) del comma 2 dell'art. 4, comprendenti tutte le prestazioni ad esso connesse, dalla presa in carico al termine del puerperio, l'Azienda unità sanitaria locale eroga un rimborso pari all'80% della spesa documentata, per un importo massimo non superiore alla tariffa DRG regionale, prevista per il parto fisiologico senza complicanze, in ospedale di fascia B, in vigore all'atto del pagamento.
 3. La casa di maternità è diretta da un'ostetrica/o; opera in stretta integrazione con gli altri servizi socio-sanitari del percorso nascita. All'interno della casa di maternità, il personale ostetrico, adeguatamente formato, garantisce alla donna l'assistenza durante la gravidanza fino al puerperio.
 4. L'assistenza, nonché la tempestiva ospedalizzazione in caso di eventi patologici sopravvenuti, sono assicurate da una struttura ospedaliera che opera in stretto contatto con la casa di maternità.
 5. Per le donne che intendono partorire nella casa di maternità valgono i medesimi criteri e le modalità organizzative previste dall'art. 5.
 6. Le Aziende sanitarie, secondo le indicazioni definite dalla direttiva regionale di cui al comma 2 dell'art. 3, garantiscono il parto in Case Maternità, sulla base di uno specifico progetto aziendale, mediante la gestione diretta o la collaborazione con le organizzazioni del volontariato e del privato sociale.
 7. La direttiva di cui al comma 2 dell'art. 3 fissa, sentite le Aziende Sanitarie, criteri e modalità per l'avvio, entro un anno dalla sua emanazione, di Case Maternità anche con valenza sperimentale.

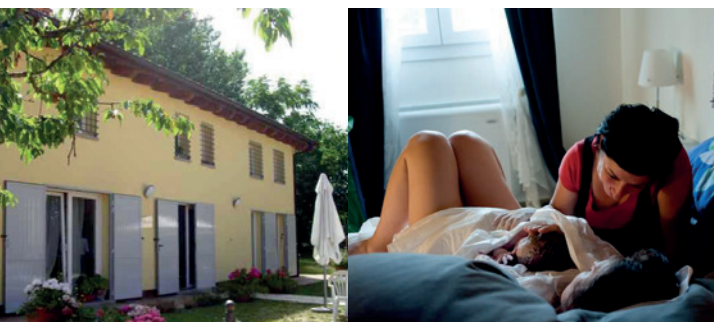
Art. 8

Formazione, qualificazione e aggiornamento del personale

1. Ai fini della presente legge è considerata casa di maternità la struttura di accoglienza extraospedaliera che offre un ambiente idoneo allo svolgersi dell'evento del parto in una dimensione logistica, affettiva e psico-relazionale riconducibile, sotto diversi aspetti, al parto a domicilio.
2. La Casa Maternità garantisce condizioni di sicurezza per l'espletamento dei parti fisiologici al di fuori delle strutture ospedaliere. È costituita da spazi individuali collegati tra loro da locali comuni debitamente attrezzati per le esigenze di assistenza al parto. Dev'essere altresì salvaguardato il rapporto più stretto tra genitori e neonato e l'accesso di persone liberamente scelte dalla partoriente.
1. Nell'ambito delle attività di riqualificazione e aggiornamento del personale sanitario, la Giunta regionale individua, avvalendosi anche della collaborazione dell'Università, di enti e istituti a carattere scientifico qualificati in materia, specifici programmi che perseguano la seguente finalità:
 - a) qualificazione del personale addetto all'assistenza socio-sanitaria della donna durante la gravidanza, il parto, il puerperio e l'allattamento, in funzione del parto a domicilio e nelle case di maternità.

Partorire alla Casa Maternità "Il Nido"

Testi e immagini tratti dal sito www.ilnido.bo.it



La Casa Maternità "Il Nido" è attiva dal giugno 2008 a Bologna, ed è una delle poche strutture presenti nel nostro Paese che promuovono il parto dolce, offrendo alle future mamme la possibilità di partorire in un ambiente familiare e accogliente nonché assistenza continuativa e altamente professionale dall'inizio della gravidanza fino al post parto. Si è dunque ritenuto opportuno dare rilievo a questa realtà, l'unica presente in Emilia Romagna, all'interno di questa pubblicazione.

COME FUNZIONA UNA CASA MATERNITÀ?

L'Associazione Culturale "Il Nido" nasce a Bologna nel 1989 per venire incontro alla richiesta delle donne di avere un parto "diverso" da quello in ospedale: un parto non medicalizzato. L'associazione nasce grazie a una ginecologa e due ostetriche che decidono di offrire la possibilità di assistere le donne in casa propria o in Casa Maternità durante il parto.

Attualmente alla Casa Maternità lavorano cinque ostetriche, una dietista, una segretaria coordinatrice e un'operatrice shiatsu.

L'attività si estende a 360 gradi e copre tutto ciò che riguarda la donna, la gravidanza, il puerperio e il parto, con corsi preparto, assistenza all'allattamento e tanto altro, offrendo alle donne un punto d'incontro dove ricevere sostegno e informazioni.

Quando si decide di partorire seguite dalla Casa Maternità, il percorso comincia con l'inizio della gravidanza. È molto importante, infatti, che la futura madre entri in contatto con le ostetriche e scelga la persona più indicata per lei. Si instaura così un rapporto di completa fiducia tra ostetrica e futura mamma, dove, oltre ai normali controlli medici, si esplora tutta la vita della donna, per arrivare più preparati al parto.

Il parto è un momento assolutamente naturale, questo è vero, ma anche molto forte, che può scatenare reazioni particolari e lasciare un brutto ricordo alla donna. La conoscenza e il rapporto che si instaurano con l'ostetrica di riferimento sono fondamentali per poter superare qualsiasi ostacolo, pratico ed emotivo, che si può incontrare durante il parto.

"Il Nido" offre questo percorso, sia per chi decide di partorire presso la Casa Maternità, sia per chi decide di partorire a casa. Lo stesso discorso vale anche per le mamme che, a un certo punto, decidono di partorire comunque in ospedale, ma vogliono essere seguite dall'ostetrica di riferimento.

QUALI SONO, SE CI SONO, I RISCHI DI UN PARTO IN CASA MATERNITÀ?

I rischi sono minimi proprio perché chi sceglie questa strada si affida fin da subito a ostetriche che conoscono tutta la storia della paziente, effettuando così una scrematura e assicurandosi che la gravidanza sia fisiologica. I controlli medici di routine sono comunque effettuati, le ostetriche entrano in contatto con il ginecologo della donna e si confrontano per tutta la durata della gestazione, ma, anche in questo ambito, si cerca di rispettare la naturalità della gravidanza e del parto, limitando esami invasivi e ansie da continui controlli medici.

Nel momento del parto, le ostetriche avvisano il 118 del luogo dove sta nascendo il bambino, in modo da essere assolutamente pronte in caso di complicazioni. Quando una gravidanza si protrae oltre il termine, la futura mamma effettua i normali controlli del liquido amniotico e dello stato di benessere del bambino. Contemporaneamente si utilizzano dei metodi naturali per cercare di favorire l'attivazione del travaglio, quali lo shiatsu e l'agopuntura.

QUANTO COSTA PARTORIRE IN UNA CASA MATERNITÀ?

Il costo è di circa 2500 euro e comprende la visita alla 38ª settimana, la reperibilità delle ostetriche, l'assistenza durante tutto il parto e tre visite dopo la nascita.

Le regioni Emilia Romagna, Lombardia e Marche rimborsano una quota di 1286 euro, che corrisponde all'80% del costo di un parto naturale in ospedale (costo del solo parto, senza alcun intervento medico tipo punti, farmaci e senza la degenza di mamma e bambino).

LA CASA

La zona dedicata alla nascita si trova al primo piano, separata dal resto della casa, per poter offrire la massima intimità alla donna e alla coppia.

La "zona nascita" offre due stanze per il travaglio e il parto, arredate come accoglienti ed eleganti camere da letto, con letto matrimoniale e bagno privato annesso, uno con vasca e l'altro con una spaziosa doccia.

Inoltre, una cucina attrezzata è a completa disposizione degli ospiti durante il travaglio o dopo il parto, così come il giardino che circonda la casa.

Tre stanze sono adibite ad uso ufficio, mentre al piano terra si trova la palestra: ampia circa 50 m², ha grandi finestre e pavimento in parquet. Sempre al piano terra ci sono la Segreteria dell'Associazione e la sala d'aspetto, l'angolo vendita, la biblioteca e una zona relax dedicata alle mamme.

ASSISTENZA OSTETRICA

L'ostetrica è una professionista che accompagna e assiste la donna e la famiglia in tutti i momenti di cambiamento, come gravidanza, parto e puerperio, ma anche adolescenza e menopausa, per assistere la normale evoluzione di questi processi e per proteggerne la fisiologia.

Le ostetriche de "Il Nido" costruiscono per la donna un percorso di continuità assistenziale per seguire la gravidanza, il parto e il puerperio: basandosi su un approccio globale alla salute, offrono un'assistenza che prevede non solo competenze clinico-sanitarie, ma anche relazionali, in modo da offrire, accanto all'assistenza clinica, accoglienza e sostegno.

L'assistenza offerta dalle ostetriche è personalizzata, volta ad ascoltare e rispettare l'intimità della maternità, favorire la scelta informata e accogliere l'individualità della persona: la Casa Maternità è gestita da un team di ostetriche che seguendo questi criteri garantiscono qualità dell'esperienza, frutto di anni di lavoro e di ricerca in questo campo, di continuo studio, confronto e aggiornamento.

CASA MATERNITÀ “IL NIDO”

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | LE CAMERE |
|---|-----------|
| 2 stanze travaglio-parto arredate come camere da letto con bagno privato. | 2 |

| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
|-------------------|-----------|--|---|
| 80 circa nel 2014 | 0% | Cucina attrezzata a completa disposizione degli ospiti durante il travaglio o dopo il parto Giardino esterno. | Assistenza domiciliare per la diagnosi di travaglio, assistenza al travaglio e parto a domicilio o in casa maternità, assistenza al travaglio e accompagnamento in ospedale per il parto. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|------------------|--|----------------|---------------------|--------------------|
| SÌ | SÌ | SÌ | NO | — |

| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE |
|--|---|--|
| Possibilmente all'inizio della gravidanza. | Protocollo per la gravidanza fisiologica. | Quelle obbligatorie sono nel primo e secondo trimestre e vengono indicate dalla vostra ostetrica, ma prescritte presso il consultorio. |

| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) |
|---|---|
| Non consigliata nell'ambito di una gravidanza fisiologica. | Non consigliata nell'ambito di una gravidanza fisiologica. |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|---|--------------|
| <p>Per il parto: una lunga t-shirt o canotta e una camicia comoda.</p> <p>Per la mamma: camicie aperte sul davanti per l'allattamento, una vestaglia, calze corte in cotone, pantofole, mutandine in rete usa e getta per mantenere fisso l'assorbente, assorbenti, prodotti per l'igiene personale, tutta la documentazione clinica.</p> <p>Per il neonato: magliettine intime o body, tutine con piedini, copertina e berrettino. Salviette umidificate e salviette in spugna.</p> | — |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Solo in caso di complicazioni.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | PRESENZA 24 ORE | |
|---|--|---|---|--|-------------------------------------|
| NO | | SÌ | | Le ostetriche sono sempre disponibili. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| SÌ | | | NO | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| No, non si praticano induzioni. | | | Alla 41 ^a /42 ^a settimana si cerca di indurre il parto con metodi naturali come agopuntura e shiatsu. | | |
| CENTRO TIN | | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO |
| A 5 minuti di distanza presso l'Ospedale "Maggiore" di Bologna. | | Un ospedale con servizio STEN dev'essere a massimo 30 minuti di distanza dal luogo del parto. | SÌ | Libera | SÌ |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| NO | No, in casa maternità o a domicilio si partorisce solo in maniera fisiologica. | NO | NO | SÌ | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | SCREENING NEONATALE | |
| SÌ | SÌ | – | | SÌ | |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI |
| SÌ | | NO | SÌ | SÌ | Sì, se la mamma lo desidera. |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | |
| Sì, training ostetrico anche a domicilio. | | Dopo un paio di giorni. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | |
| | | | | SÌ | |

ASSOCIAZIONI e organizzazioni nazionali

Qui e a pagina 171, ti presentiamo una lista di contatti e indirizzi utili.

CASE MATERNITÀ, CENTRI NASCITA E ASSOCIAZIONI OSTETRICHE

ASSOCIAZIONE NAZIONALE CULTURALE OSTETRICHE, PARTO A DOMICILIO E CASA MATERNITÀ

Fondata dalla famosa ostetrica Marta Campiotti. Sul sito trovi la mappa aggiornata delle Case Maternità italiane e delle ostetriche associate, qualificate per accompagnare il parto a domicilio.

Sito web: <http://www.nascereacasa.it>

Email: info@nascereacasa.it

Telefono: 0332 202464

CASA MATERNITÀ MONTALLEGRO

Indirizzo: Via G. Comi 57 - 21056 Induno Olona (VA)

Telefono: +39 0332202464

Sito web: <http://www.casamaternitamontallegro.it>

Email: casamaternita.varese@gmail.com

LA LUNA NUOVA

Associazione di Milano "La Luna Nuova", in cui un gruppo di ostetriche promuove iniziative formative, culturali e sociali per sostenere il "percorso nascita" e il parto naturale in Casa di Maternità.

LA VIA LATTEA

La Casa di Maternità "La Via Lattea" è una struttura extra-ospedaliera di Milano, che offre un'assistenza

continuativa e personalizzata alla gravidanza, al parto e ai primi anni di vita del bambino.

CENTRO NASCITA "MARGHERITA"

c/o Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi
Via delle Oblate 1 - 50141 Firenze (FI)

Telefono: 055 7947997

CENTRO NASCITA "LE STANZE DI LUCINA"

c/o Ospedale "Santa Maria della Misericordia"
Piazza Menghini 1 - 06129 Perugia (PG)

Telefono: 075 5783568

CENTRO STUDI "IL MARSUPIO"

Scuola Elementale di Arte Ostetrica

La Scuola Elementale di Arte Ostetrica di Firenze è da tempo impegnata nella diffusione di una nuova cultura ostetrica e della maternità attraverso la formazione permanente, la propria rivista per ostetriche e donne, «D&D» (il giornale delle ostetriche) e la Marsupiocard. Indirizzo: Lungarno Colombo 28A - 50136 Firenze

Telefono: 055 576266

Sito web: <http://www.marsupioscuola.it>

L'ostetrica Informa

Nel sito, realizzato dal Centro Studi "Il Marsupio", ci sono numerosi articoli specifici, informazioni approfondite, sondaggi e statistiche sul parto naturale. Sito web: <http://lostetricainforma.altervista.org/blog>

NASCITA E NON SOLO

È un'associazione costituita da due ostetriche, Ra- chele Montini e Paola Carlini, che a Rimini e dintor- ni si occupano di accompagnamento alla gravidanza. Indirizzo: Via Pietrarubbia 32/D - 47922 Rimini

Telefono: Paola 366 1120826, Rachele 338 5080953
Sito web: <http://www.nascitaenonsolo.com>

CASA MATERNITÀ “LE MAREE”

Indirizzo: Corso Torino 9/2 - con accesso privato da Via Smirne

Telefono: 324 9871527

Sito web: <http://www.cogelemaree.it/>

Email: coge.lemaree@gmail.com

PSICOLOGIA ED EDUCAZIONE PRENATALE

ANPEP

L'ANPEP, Associazione Nazionale di Psicologia e di Educazione Prenatale (associazione senza scopo di lucro con fini scientifici, culturali e umanitari) è nata come risposta alle sempre maggiori esigenze di conoscere come il periodo prenatale influisca nello sviluppo del disagio e del benessere individuale e della personalità.

Indirizzo: Via Padova, 37 - 31015 Conegliano

Telefono: 0438 73429

Sito web: <http://www.anpep.it>

Email: sede@sede.anpep.it

IL PARTO

MIPA – Movimento Internazionale Parto Attivo

Il MIPA riconosce la centralità della donna, del bambino, della coppia con i suoi bisogni, le sue competenze e il diritto di avere in ospedale o a casa un parto “umanizzato”.

Indirizzo: MIPA Centro Studi srl, via Castello 183 - 25080 Serle (BS)

Telefono: 030 6896597

Sito web: <http://www.mipaonline.com>

Email: info@mipaonline.com

TUTELIAMOCI IL PARTO

“Tuteliamoci il Parto” è una Rete che riunisce alcune centinaia fra ostetriche, medici, psicologici, educa-

trici, associazioni, mamme, papà, uniti dalla volontà di salvaguardare la gravidanza e la nascita dagli eccessi della medicalizzazione e chiedere alcune essenziali modifiche al disegno di legge “Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato”.
Sito web: <http://it/groups.yahoo.com/group/tuteliamicilparto>

ASSOCIAZIONE “PARTO NATURALE”

Sito web che raccoglie articoli e informazioni utili sui temi del parto naturale, dell'allattamento e dello svezzamento, nonché numerose testimonianze di donne per quanto riguarda il parto naturale, cesareo, o vaginale dopo un cesareo. Il sito offre inoltre gli indirizzi di numerose associazioni di ostetriche suddivise per regione e un forum dedicato.

Sito web: <http://www.partonaturale.net>

ABBRACCIO ALLA VITA

Il portale della nascita naturale che raccoglie informazioni utili per una migliore vivibilità a partire dal momento della nascita di ogni essere umano, abbracciandolo per tutto il percorso della sua vita dalla semplice respirazione all'alimentazione, dalla prevenzione sessuale alla gestione dei rapporti umani.

Telefono: 080 3968115

Sito web: <http://www.abbraccioallavita.it>

Email: info@abbraccioallavita.it

MONDO DOULA E SCUOLA DELLE DOULE

Associazione di promozione sociale che raccoglie le *doule* d'Italia e promuove la figura della *doula* nel sostegno alla maternità, affinché nessuna donna debba vivere in solitudine il diventare madre. Una delle attività dell'associazione è “La Scuola delle Doule”, un corso di formazione itinerante, nelle città dove c'è richiesta, composto da 9 moduli di studio e crescita personale. In varie città d'Italia sono attivi i Punti Doula, luoghi di aggregazione per neo genitori.

Sito web: <http://www.mondo-doula.it>

ANDRIA

Andria è un'associazione scientifica di operatori che, interessati a produrre cambiamenti effettivi nel campo della nascita, desiderano riflettere sul proprio operato coniugando la piena adesione al rigore delle prove di efficacia con il rispetto degli aspetti emozionali della nascita e dei bisogni di donne e bambini.

Indirizzo: Via Ronzinella 41 - 31021 Mogliano Veneto (TV)

Telefono: 041 454467

Sito web: <http://www.associazioneandria.it>

Email: info@associazioneandria.it

ALLATTAMENTO E CURA DEL BAMBINO

MAMI – Movimento Allattamento Materno Italiano

Fa parte della WABA, una rete internazionale di organizzazioni e individui convinti che l'allattamento al seno costituisca un diritto di ogni madre e una componente fondamentale nell'assicurare ad ogni bambino il meglio in termini di alimentazione, salute e cure. I membri si dedicano alla protezione, alla promozione e al sostegno dell'allattamento.

Indirizzo: Via Pisana, 105 - 50018 Scandicci (FI)

Sito web: www.mami.org

Email: info@mami.org

ASSOCIAZIONE “PORTARE I PICCOLI”

Associazione culturale per promuovere la cultura del portare i bambini piccoli. Portare è la scelta di chi pensa che tenere il proprio bimbo vicino sia un modo sicuro per trasmettergli amore.

Indirizzo: Via Monzambano, 13A – 20159 Milano

Telefono: 349 6766335

Sito web: <http://www.portareipiccoli.org>

Email: associazione@portareipiccoli.org

BAMBINO NATURALE

Dagli autori della collana “Il bambino naturale” (pubblicata da Il Leone Verde edizioni) un sito web

voluta per offrire ai genitori spunti di riflessione che possano aiutarli a compiere scelte consapevoli circa l'alimentazione, la salute e la crescita dei propri figli, in una prospettiva diversa, lontana dagli interessi industriali e commerciali, tipici del mondo moderno.

Sito web: <http://www.bambinonaturale.it>

Email: redazione@bambinonaturale.it

I PASSEROTTI

Un gruppo forte nato dall'esperienza di due ostetriche, Monica e Stefania, che hanno consolidato il loro team con la creazione di un asilo nido, un centro per la gravidanza e la nascita secondo natura, l'organizzazione di viaggi su misura per famiglie.

Indirizzo: Via delle Borre 7/3 – 40131 Bologna

Telefono: 335 5253950

Sito web: <http://www.ipasserotti.com>

Email: segreteriaipasserotti@gmail.com

SABINE ECK ARS MEDICA

Blog che offre diversi spunti di riflessione sulla salute e sui bambini, curato da Sabine Eck, medico chirurgo, appassionata ricercatrice ed esperta di medicina naturale. Da anni apprezzatissima collaboratrice della Casa Maternità “Il Nido”.

Sito web: <http://www.sabineeck.com>

VACCINAZIONI ALLE GESTANTI E AI NEONATI

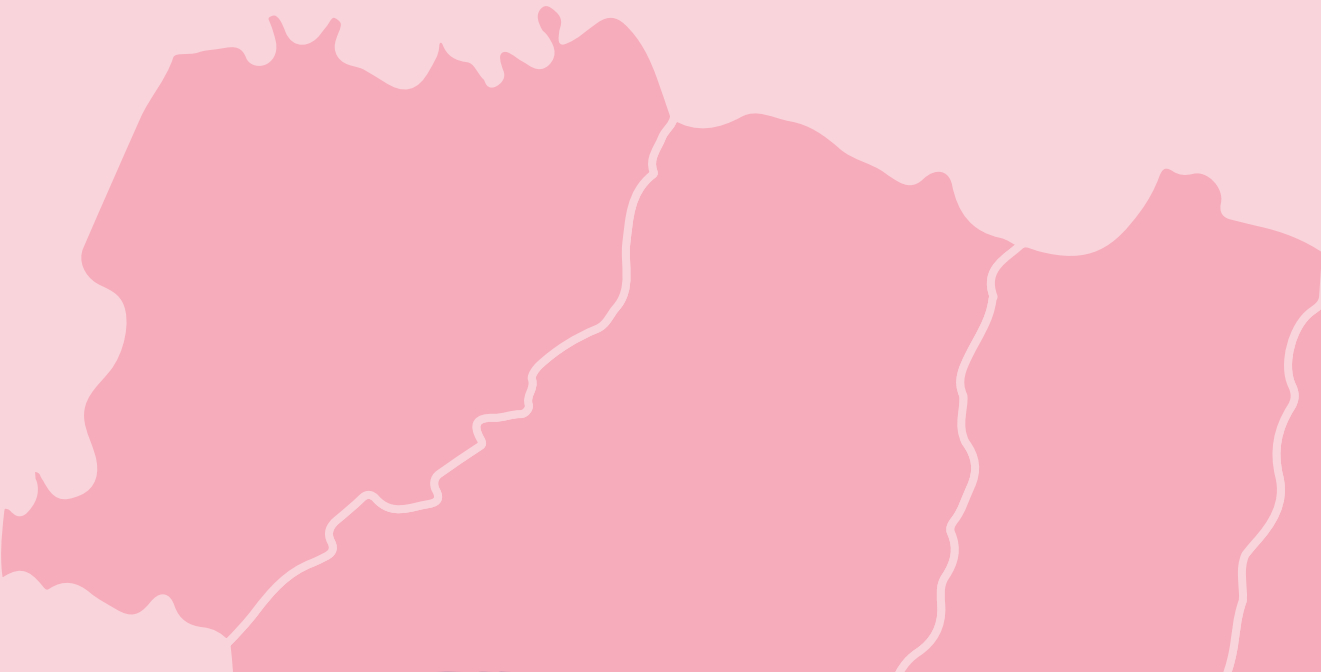
COMILVA

La Federazione del COMILVA è composta da Associazioni Locali Autonome per lo più formate da genitori, operanti su tutto il territorio nazionale italiano, il cui scopo è di ottenere la libertà di scelta in materia di vaccinazioni, rilevando come la natura dell'obbligatorietà sia una violazione morale e fisica della libertà personale e di coscienza.

Sito web: <http://www.comilva.org>

ASSISTENZA E SERVIZI OFFERTI A CHI SCEGLIE DI PARTORIRE IN CASA

| ASSISTENZA AL PARTO | | | | | | |
|--|-----------------------------------|---|---|--|--|-------------|
| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | | PRESENZA 24 ORE | |
| NO | | SÌ | | | Le ostetriche sono sempre disponibili. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | | |
| SÌ | | | NO | | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | | |
| NO | | | Alla 41 ^a /42 ^a settimana si cerca di indurre il parto con metodi naturali come agopuntura e shiatsu. | | | |
| CENTRO TIN | | STEN | | VISITE MEDICHE | | |
| Un ospedale con centro TIN dev'essere a massimo 30 minuti di distanza dal luogo del parto. | | Un ospedale con servizio STEN dev'essere a massimo 30 minuti di distanza dal luogo del parto. | | Entro 12 ore dalla nascita è prevista presso la casa una visita al neonato da parte del pediatra, durante la quale avverranno i controlli successivi. Presso il domicilio della donna vengono effettuati di tutti gli esami di laboratorio e gli screening normalmente contemplati per un parto e un neonato fisiologici. | | |
| PARTO IN ACQUA | | | | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| Sì, è possibile noleggiare vasche a norma di legge. | | | | NO | SÌ | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | | SCREENING NEONATALE | |
| SÌ | SÌ | — | | | Vedi “visite mediche”. | |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI | |
| SÌ | | NO | SÌ | SÌ | Sì, ma si consiglia di limitarle. | |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | | |
| SÌ | | — | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | | |
| | | | | SÌ | | |



Abbiamo raccolto con grande impegno informazioni sui servizi offerti dagli ospedali presenti nelle pagine successive, visitando personalmente le strutture e intervistando i capi reparto. Per alcuni ospedali in provincia di Modena e Reggio Emilia, abbiamo raccolto le informazioni attraverso telefonate e ricerche online. Segnalateci per favore eventuali informazioni mancanti o aggiornamenti scrivendo a: aggiornamenti@gruppomacro.com



PARTORIRE IN OSPEDALE ... E NON SOLO

I Servizi e i contatti utili

Per scaricare gli aggiornamenti disponibili consultare la pagina

www.gruppomacro.com/nascerenaturale

password: nanainit

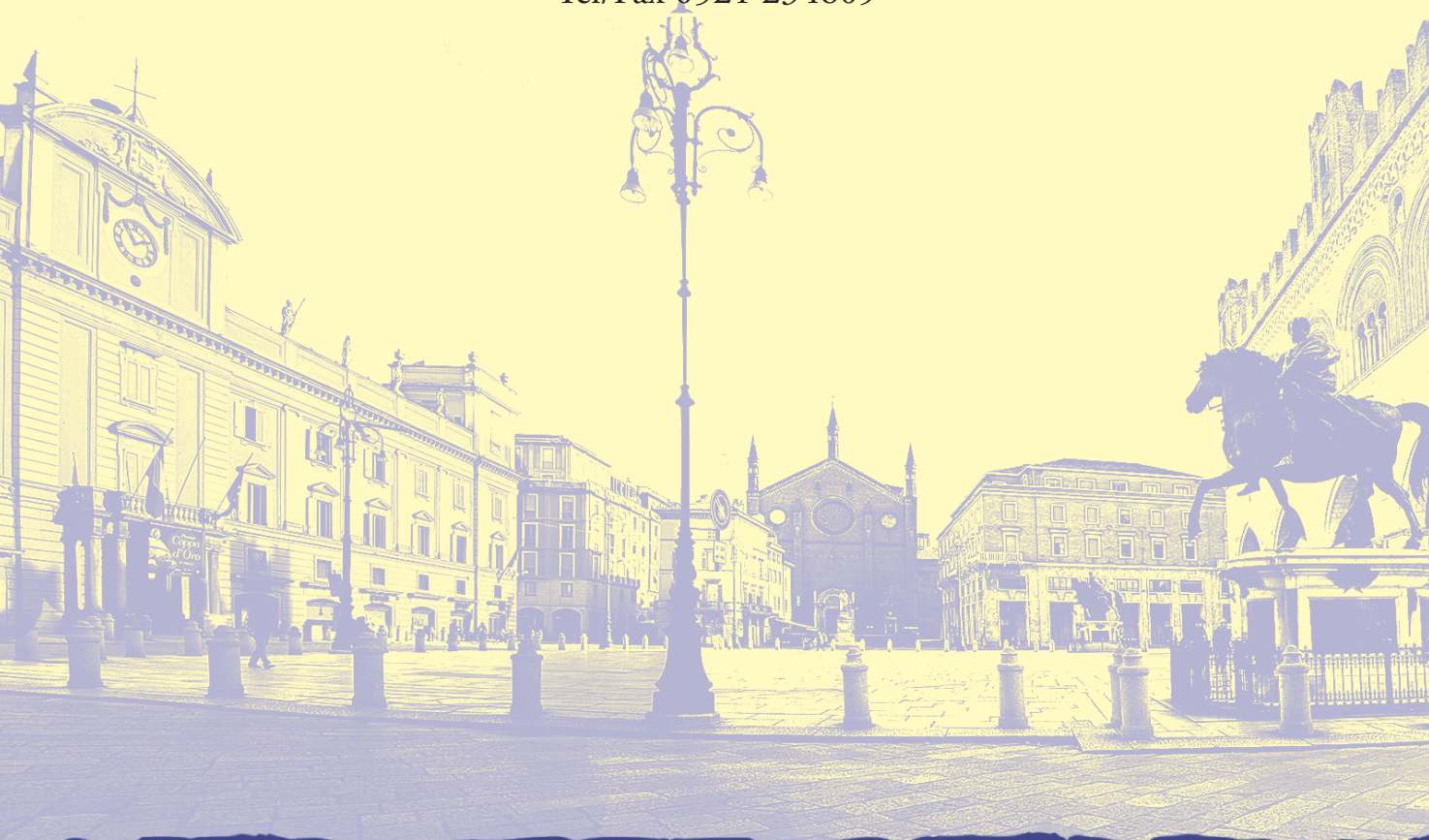
Città e Comprensorio di **PIACENZA**

**ASSOCIAZIONE NAZIONALE OSTETRICHE
PARTO A DOMICILIO E CASA MATERNITÀ**

Dazieri Sara: Tel. 339 4918241 - sara.dazieri@alice.it

**COLLEGIO INTERPROVINCIALE
DELLE OSTETRICHE DI PARMA E PIACENZA**

Piazzale Sisto Rosa Badalocchio, 9b - Parma
presidenza@collegioostetricheprpc.it - coll.ostetricheprpc@arubapec.it
Tel/Fax 0521 234609



NASCERE A PIACENZA OSTETRICA E FISIOTERAPIA

Centro ClaClà - Stradone Farnese, 2 - Piacenza

Giulia Dosi - Ostetrica - ostetrica.giulia@outlook.it - Tel. 348 2365934 FB: Ostetrica Giulia

Centro Olistico Duga - Via Cremona, 24/ - Piacenza

Laura Corbellini - Fisioterapista - laura.corbe@libero.it - Tel. 333 4241886

FB: Laura - Insegnante di Massaggio Infantile

INACQUA - Centro Marco Polo

L'ACQUA PRIMA E DOPO LA NASCITA - Via Rigolli, 23 - 29122 Piacenza - Tel. 0523 593777

LA CICOGNA, L'APE E IL CAVOLO

Spaziare a 360 gradi nel campo del percorso nascita e del sostegno al puerperio e all'allattamento, offrendo alle future e neo-mamme un appoggio sicuro e qualificato.

Rivergaro e Castel San Giovanni (PC) - Attività e sostegno in Piacenza e provincia

Fabiana: Tel. 339 4751875 - nujol.ir@libero.it - **Marta:** Tel. 328 8475877 - marta.montagna@email.it
lacicognalapeilcavolo.blogspot.it

CHIARAMENTE MAMMA

Chiaramente Mamma nasce per offrire alla donna sostegno, appuntamenti e corsi di condivisione e informazione, perché la futura mamma e la neo-mamma possano trovare la fiducia e la consapevolezza del loro essere donna, nella capacità innata di partorire e di essere madri.

www.chiaramente mamma.it - www.mami.org/chiaramente-mamma

CONSULTORI FAMILIARI

AGAZZANO

Piazza Europa - Tel. 0523 975422

BETTOLA

Via De Amicis, 1 - Tel. 0523 954414

BOBBIO

c/o Ospedale - Via Garibaldi, 3
Tel. 0523 962274

BORGONOVO VAL TIDONE

c/o Ospedale - Via Seminò, 20 - Tel. 0523 846252

CARPANETO PIACENTINO

Via Marconi, 13 - Tel. 0523 859383

CASTEL SAN GIOVANNI

Via I Maggio, 8 - Tel. 0523 880552-50

CORTEMAGGIORE

Via Fiume, 6 - Tel. 0532 832839

FIORENZUOLA D'ARDA

Via Scapuzzi, 12 - Tel. 0523 987209

LUGAGNANO VAL D'ARDA

Via Bersani - Tel. 0532 894009

MONTICELLI D'ONGINA

C/o Ospedale - Viale Marconi, 3
Tel. 0523 815917

PIACENZA

- Via Curiel, 29 - San Nicolò - Tel. 0523 768509
- Centro Comm.le Farnesiana Galleria Del Sole (anche Spazio Giovani) - Tel. 0523 570136
- Piazzale Torino, 7 - Tel. 0523 303815
- Pianello Val Tidone - Via Ss Liberata e Faustina Tel. 0523 998865
- Podenzano - Via C. Battisti, 1 Tel. 0523 358508

OSPEDALE GUGLIELMO DA SALICETO

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | LE CAMERE |
|---|---|
| 5 sale travaglio-parto singole con bagno privato. 1 sala dedicata al parto in acqua. | Reparto di ostetricia fisiologica: 18 posti letto + 5 camere singole per pazienti solventi. Reparto di ostetricia patologica: 6 posti letto. |

| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
|-------------------|----------------|--|---|
| 1 885 nel 2014 | 31,3% nel 2014 | Sala soggiorno e colazione a buffet a qualsiasi ora. | Nasce dall'accorpamento di tutti i reparti di ostetricia della Provincia. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|------------------|--|----------------|---------------------|--------------------|
| SÌ | SÌ | NO | NO | SÌ |

| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE |
|---|--|--|
| Al momento della presa in carico (37 ^a settimana). | Protocollo consolidato "Gravidanza a basso rischio con percorso assistenziale territoriale". | Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino". |

| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) |
|---|---|
| SÌ | SÌ |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|---|--|
| <p>Per il parto: una lunga t-shirt o canotta e una camicia comoda.</p> <p>Per la mamma: camicie aperte sul davanti per l'allattamento, una vestaglia, calze corte in cotone, pantofole, mutandine in rete usa e getta per mantenere fisso l'assorbente, assorbenti, prodotti per l'igiene personale, tutta la documentazione clinica.</p> <p>Per il neonato: magliettine intime o body, tutine con piedini, copertina e berrettino. Salviette umidificate e salviette in spugna.</p> | Garze per la medicazione del cordone ombelicale. |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | PRESENZA 24 ORE | |
|--|------------------------------------|---|--|---|---|
| SÌ | | SÌ | | Pronto Soccorso Ostetrico. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| SÌ | | | SÌ. Garantita e gratuita 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| L'episiotomia si evita il più possibile. | | | 41 settimane + 3 giorni. | | |
| CENTRO TIN | | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO |
| NO. Presente un'unità operativa di pediatria non intensiva. | | SÌ | SÌ | Libera | Diversi ausili come palloni, sgabelli, liana e materassini collocati a terra. |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | SCREENING NEONATALE | |
| SÌ | SÌ | Per chi abita fuori città, c'è la possibilità di soggiornare in una camera riservata alle mamme dei bimbi ricoverati in Neonatologia. | | Screening endocrinometabolici ed esame delle otoemissioni acustiche. | |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI |
| SÌ. Si può scegliere tra rooming-in totale (mamma e figlio vicini 24 ore su 24) e rooming-in diurno , che consente alla madre di riposare nelle ore notturne. | | SÌ | SÌ | SÌ | Pochi per volta e solo in orario di visita: 17:30-18:30. |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | |
| La donna può attaccare il bebè al seno già in sala parto. Non vengono utilizzati né succhiotti né biberon, né aggiunte di formula artificiale, a meno che sia la madre a dichiarare la volontà di non allattare. | | Avvengono in terza giornata dopo un parto spontaneo, in quinta dopo cesareo. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | |
| | | | | Nei 30 giorni successivi al parto, le neo-mamme possono contare su un ambulatorio dedicato: 3 ostetriche disponibili 24 ore su 24 per consigli, sostegno dell'allattamento ecc. | |

Città e comprensorio di **PARMA**

ASSOCIAZIONE NAZIONALE OSTETRICHE PARTO A DOMICILIO E CASA MATERNITÀ

Dazieri Sara: Tel. 339 4918241 - sara.dazieri@alice.it

COLLEGIO INTERPROVINCIALE DELLE OSTETRICHE DI PARMA E PIACENZA

Piazzale Sisto Rosa Badalocchio, 9b - Parma
presidenza@collegioostetricheprpc.it - coll.ostetricheprpc@arubapec.it
Tel/Fax 0521 234609



ASSOCIAZIONE FUTURA

Via Bandini, 6 (3° piano) - 43125 Parma - Tel. 0521 285318
futura.associazione@gmail.com

CONSULTORI FAMILIARI

CONSULTORIO DELLA CASA DELLA SALUTE PARMA CENTRO

Largo Natale Palli, 1 - Parma - Tel. 0521 396607

CONSULTORIO LUBIANA

Via Leonardo da Vinci 32/b - Parma - Tel. 0521 396028

CONSULTORIO DI COLORNO

Via Suor Maria, 3 - Colorno - Tel. 0521 316705

CONSULTORIO DI SORBOLO

Via Del Donatore, 2 - Sorbolo - Tel. 0521 393370

CONSULTORIO DI BUSSETO

Via Paganini, 13 - Busseto - Tel. 0524 932814

CONSULTORIO DI FIDENZA OSPEDALE DI VAIO CORPO "0"

Via Don Tincati, 5 - Fidenza - Tel. 0524 515446 int. 08

CONSULTORIO DI FONTANELLATO

Via XXIV Maggio, 16/a - Fontanellato - Tel. 0521
371704 int. 05

CONSULTORIO DI NOCETO

Via Carlo Alberto Dalla Chiesa, 30 - Noceto -
Tel. 0521 667403

CONSULTORIO DI SALSOMAGGIORE

Via Roma, 9 - Salsomaggiore - Tel. 0524 581814

CONSULTORIO DI SAN SECONDO

Piazza Martiri della Libertà, 24 - San Secondo -
Tel. 0521 371705

CONSULTORIO DI COLLECCHIO

Via Berlinguer, 2 - Collecchio - Tel. 0521 307023

CONSULTORIO DI FELINO

Via Perlasca, 11 - Felino - Tel. 0521 837059

CONSULTORIO DI LANGHIRANO

Via Roma, 42/1 - Langhirano - Tel. 0521 865125

CONSULTORIO DI TRAVERSETOLO

Via IV Novembre, 33 - Traversetolo - Tel. 0521 844920

CONSULTORIO DI BARDI

Via Arandora Star, 11 - Bardi - Tel. 0525 71231

CONSULTORIO DI BEDONIA

Piazza Caduti per la Patria, 1 - Bedonia
Tel. 0525 970440

CONSULTORIO DI BORGOTARO

Via Benefattori, 12 - Borgotaro - Tel. 0525 970318

CONSULTORIO DI FORNOVO

Via Solferino, 37 - Fornovo - Tel. 0525 300401

CONSULTORIO DI MEDESANO

Piazza Rastelli, 2 - Medesano - Tel. 0525 300401

ALTRI CONSULTORI:

CALESTANO (gli operatori sono presenti una volta al mese previo appuntamento presso il Consultorio di Felino).

NEVIANO DEGLI ARDUINI, CORNIGLIO, TIZZANO VAL PARMA, MONCHIO DELLE CORTI e PALANZANO (gli operatori sono presenti una volta al mese previo appuntamento presso il consultorio di Langhirano).

MONTICELLI TERME (gli operatori sono presenti una volta alla settimana previo appuntamento presso il Consultorio di Traversetolo).

BERCETO e BORE (gli operatori sono presenti una volta al mese previo appuntamento presso il Consultorio di Borgotaro).

PELLEGRINO PARMENSE (gli operatori sono presenti una volta al mese previo appuntamento presso il Consultorio di Fornovo).

OSPEDALE SANTA MARIA

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | | | LE CAMERE |
|----------------------------------|-----------------|------------------|--|
| Sale uniche per parto-travaglio. | | | Degenza ordinaria con 12 letti. Degenza day surgery con 1 letto. |
| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
| 166 parti | 37% nel 2014 | — | Tutti i medici della U.O. prestano la loro opera negli ambulatori consultoriali del Distretto, realizzando così quella continuità terapeutica territorio-ospedale obiettivo principale della politica di questa regione. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|---|--|--|---------------------|--------------------|
| Sì, nell'ambito dei corsi preparatori. | — | Sì | NO | Sì |
| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE | | |
| Al momento della presa in carico (37 ^a settimana). | Protocollo consolidato "Gravidanza a basso rischio con percorso assistenziale territoriale". | Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino". | | |
| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) | | |
| Amniocentesi | | Test combinato (screening prenatale per alterazioni cromosomiche). | | |
| COSA METTERE IN VALIGIA | | | | TI DIAMO NOI |
| — | | | | — |
| QUANDO ANDARE IN OSPEDALE | | | | |

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | PRESENZA 24 ORE | |
|---|------------------------------------|---|---|--|-------------------------------------|
| Si valutano emergenze. | | Sì, specialmente dopo la 40ª settimana, con controlli cardiotocografici, ecografici e amnioscopici per la valutazione del benessere fetale. | | Pronto Soccorso Ostetrico. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| Sì | | | Sì | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Si cerca di evitarle. | | | 41 settimane + 3 giorni circa. | | |
| CENTRO TIN | | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO |
| NO | | Sì | Sì | Libera | Sì |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| Sì | Sì | Sì | Sì, tutte le donne che lo desiderano possono effettuare la donazione del sangue del cordone ombelicale. | Sì | Sì |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | SCREENING NEONATALE | |
| Sì | Sì | – | | Programma di screening uditivo neonatale. | |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI |
| Sì | | NO, ma in caso di bisogno la mamma viene aiutata perché possa riposare. | Sì | Sì | Sì |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | |
| Incentivato e coadiuvato. | | Avvengono in terza giornata dopo un parto spontaneo, in quinta dopo un cesareo. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | |
| | | | | Presso i consultori. | |

OSPEDALE MAGGIORE

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | | LE CAMERE | |
|------------------------------|----------------|---|--|
| Sale uniche parto-travaglio. | | Tutte le camere di degenza sono a due letti. | |
| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
| 2506 parti | 28,4% nel 2014 | La struttura svolge attività didattica nel corso di laurea in Medicina Chirurgica, nella Scuola di specializzazione in Ginecologia e Ostetricia e nel dottorato di ricerca in Scienze Ostetriche e Ginecologiche. | Il monitoraggio pre- e post natale proposto da questo ospedale consente di sviluppare attività di ricerca sull'ipertensione in gravidanza, il diabete gestazionale, le patologie dell'accrescimento fetale, la prevenzione della prematurità, la diagnosi prenatale delle anomalie fetali e la patologia materna e fetale in genere. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|------------------|--|----------------|---------------------|--------------------|
| — | SÌ | SÌ | NO | SÌ |

| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE |
|---|--|---|
| Al momento della presa in carico (37 ^a settimana circa). | Protocollo consolidato "Gravidanza a basso rischio con percorso assistenziale territoriale". | Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino". |

| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) |
|---|---|
| SÌ | SÌ |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|--|--------------|
| Per il neonato: 1 cambio completo al giorno. Sono necessari 3 cambi nel caso di parto spontaneo e 4 nel caso di parto cesareo. È bene comunque portare qualche cambio in più qualora ve ne fosse bisogno. L'uso di calzine o babbucce è consigliato solo nel caso in cui la tutina non abbia i piedini. | — |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | PRESENZA 24 ORE | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|--|--|----------------|
| SÌ | | SÌ | | I ricoveri urgenti possono essere effettuati a tutte le ore del giorno e della notte. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| SÌ | | | SÌ, gratuita. | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| SÌ, quando necessario. | | | 41 settimane + 3 giorni. | | |
| CENTRO TIN | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO | |
| SÌ, con clinica pediatrica. | SÌ | SÌ | Libera | SÌ | |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | NO | SÌ | SÌ | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | SCREENING NEONATALE | |
| SÌ | SÌ | — | | Screening uditivo. | |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI |
| SÌ | | NO | SÌ | SÌ | SÌ |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | |
| La donna può attaccare il bebè al seno già in sala parto. | | Entro 72 ore dal parto. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | |
| | | | | Dopo il parto, viene garantita assistenza al puerperio e all'allattamento. | |

OSPEDALE DI FIDENZA E SAN SECONDO

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | | | LE CAMERE |
|---|----------------|--|---|
| 2 sale parto, di cui 1 provvista di vasca per parto in acqua. | | | 19 posti letto: 17 di degenza ordinaria e 2 di day hospital. Stanze a due letti con ampio bagno. |
| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
| 919 parti | 24,6% nel 2014 | Screening della gravidanza patologica. | Struttura dotata di cardiotocografo STAN, nuovo elettrocardiografo fetale che permette una maggiore valutazione del benessere del feto durante il travaglio. Si seguono la gravidanza a rischio, la diagnosi prenatale e la procreazione medica assistita. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|------------------|--|---|---------------------|--------------------|
| SÌ | SÌ | Sì. Per informazioni contattare i consultori familiari del Servizio Salute Donna. | NO | SÌ |

| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE |
|---|--|--|
| Al momento della presa in carico (37 ^a settimana). | Protocollo consolidato sia per "Gravidanza a basso rischio con percorso assistenziale territoriale", sia per la gravidanza a rischio o patologica. | Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino". |

| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) |
|---|---|
| SÌ | SÌ |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|--|--------------|
| <i>Per la mamma:</i> 3-4 cambi, tutta la documentazione della gravidanza. <i>Per il neonato:</i> 3-4 cambi. | — |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | | PRESENZA 24 ORE | |
|---|------------------------------------|---|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| SÌ | | Sì. Le pazienti dalla 35ª alla 38ª settimana di gravidanza possono accedere all'ambulatorio della gravidanza a termine. Presso questo ambulatorio possono accedere tutte le paziente la cui gravidanza è stata definita come fisiologica dai propri ginecologici curanti. | | | Pronto Soccorso Ostetrico. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| SÌ | | | | Sì, garantita tutti i giorni 24 ore su 24. | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Sì, ma solo se indispensabili. | | | | 41 settimane + 3 giorni circa. | | |
| CENTRO TIN | | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO |
| NO | | SÌ | SÌ | Libera | | SÌ |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | | SCREENING NEONATALE |
| SÌ | SÌ | | – | | | Sì. Screening endocrinometabolici ed esame delle otoemissioni acustiche. Dopo la nascita tutti i neonati vengono assistiti in termoculla per circa 2 ore. |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI | |
| SÌ | | – | SÌ | SÌ | SÌ | |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | | |
| La donna può attaccare il bebè al seno già in sala parto. | | Entro 72 ore dal parto. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | | |
| | | | | Dopo la nascita del bimbo, l'U.O. segnala l'avvenuta nascita alle ostetriche dei Consultori familiari, competenti per territorio, che visiteranno la mamma e il bimbo nei primi giorni dopo il rientro a casa. | | |

CAV - Sede di Parma



Centro di Aiuto alla Vita Onlus

Sede legale: Via Cima Palone 14 – 43123 Parma

Sede di raccolta e distribuzione abbigliamento 0-12 anni:

Via Nino Bixio, 71 – 43125 Parma

Tel. 0521 233566

- | | | |
|--|-------|--|
| • N. mamme accolte nelle case di accoglienza: | 44 | mamme e 65 bambini |
| • N. appartamenti di accoglienza: | 8 | per 11 nuclei mamme bambino |
| • N. comunità madre bambino: | 3 | con accoglienza massima 46 persone |
| • N. bimbi venuti al mondo grazie a noi: | 191 | |
| • N. volontari: | 85 | |
| • N. famiglie aiutate psicologicamente ed emotivamente: | 4 287 | |
| • N. famiglie aiutate economicamente: | 12 | |
| • N. mamme aiutate economicamente: | 43 | (mamme impossibilitate dal punto di vista medico ad allattare, per un totale di euro 3000) |
| • N. pannolini forniti: | 5 200 | a 177 mamme |
| • N. corredini per neonato raccolti: | 189 | per un valore di euro 9450 |
| • N. progetto gemma ricevuto: | 1 | |
| • N. progetti gemma da noi devoluti a fondazione vita nuova: | 4 | |
- **Corsi e percorsi:** tante attività organizzate da assistenti sociali, ostetriche, pediatri, neuropsichiatri infanzili, psicologi, educatrici, volontari con talenti diversificati per cucina, italiano, scuola, babysitting, accompagnamenti ecc.

CAV - Sede di Fidenza



Centro di Aiuto alla Vita Onlus

Via Arnaldo da Brescia 1 – 43036 Fidenza

Tel. 0524 523574

Il centro è aperto solo alle mamme che attendono un bimbo o hanno bimbi da 0 a 5 anni e versano in situazioni di difficoltà. Forniamo indumenti, attrezzature, omogeneizzati, spesa del Banco Alimentare.

| | | |
|---|-----|--------------------------|
| • N. mamme accolte: | 250 | mamme iscritte nel 2014, |
| | 270 | nel 2015 |
| • N. bimbi venuti al mondo grazie a noi: | 10 | nel 2014 e |
| | 17 | nel 2015 |
| • N. volontari: | 9 | |
| • N. famiglie aiutate psicologicamente ed emotivamente: | 15 | nel biennio 2014-2015 |
| • N. famiglie aiutate economicamente: | 10 | nel 2014, |
| | 15 | nel 2015 |

- **Corsi e percorsi:** non svolgiamo percorsi o corsi specifici, ma ci appoggiamo a realtà presenti nel comune e integriamo con supporti mirati quanto viene offerto, a livello di corsi pre parto e post parto.

Città e Comprensorio di **REGGIO EMILIA**

ASSOCIAZIONE NAZIONALE OSTETRICHE PARTO A DOMICILIO E CASA MATERNITÀ

Menziozzi Annalisa - partoadomicilio@ausl.re.it - Tel. 357 0646127

Rizzon Irene - partoadomicilio@ausl.re.it - Tel. 328 6722267

Corradini Sara - cartesara@katamail.com - Tel. 333 7394902

COLLEGIO INTERPROVINCIALE OSTETRICHE REGGIO EMILIA

Viale Piave, 39 - 42121 Reggio Emilia

info@ostetrichere.it - Tel. 0522 451787 - Fax 0522 1840151



AMALTEA

Associazione di promozione sociale che promuove e tutela l'allattamento al seno, sostiene tutti i componenti della famiglia durante la gravidanza, parto, puerperio e i primi anni di vita del bambino.

Via G. Di Vittorio 53 - 42020 Albinea (Reggio Emilia) Tel. 338 4886748
ritatirelli@gmail.com - sara.amaltea@gmail.com - annalisa.cella@gmail.com
Pagina Facebook: Amaltea - www.mami.org/amaltea/

MUMS4MUMS

Iniziativa nata nel giugno 2011 nella Val d'Enza, provincia di Reggio Emilia, grazie a un gruppo di mamme e papà, per promuovere l'allattamento al seno e una genitorialità serena, attenta ai bisogni dei bambini e delle bambine.

mums4mums.info@gmail.com - www.mums4mums.wordpress.com
Pagina e gruppo Facebook: Mums4Mums, Mums4Mums Community

AMBULATORIO LATTE E COCCOLE

Ambulatorio gestito da ostetriche nel quale si svolgono attività dedicate a mamma e bambino per promuovere e sostenere l'allattamento materno esclusivo nei primi sei mesi di vita.

Arcispedale Santa Maria Nuova, via Risorgimento 80 - 42100 Reggio Emilia - Tel. 0522 296440
Apertura: lunedì, martedì, mercoledì, giovedì (dalle ore 14:30 alle ore 17:00), venerdì (dalle ore 9:30 alle ore 12:30).
www.mami.org/ambulatorio-latte-e-coccole/

ASSOCIAZIONE BAMBI

Scopo dell'associazione è aiutare le neo-mamme e le coppie in attesa a compiere scelte informate e consapevoli. Per questo si organizzano corsi preparto per donne e per coppie, incontri con operatori (omeopati, osteopati, pediatri, psicologi) e momenti di scambio con altre associazioni a noi vicine come il MIPA e la Leche League.

Via D. da Torricella 44 - 42122 Reggio Emilia - Tel. 333 3092446
info@associazionebambi.it - www.associazionebambi.it

CAV - Sede di Reggio Emilia



Centro di Aiuto alla Vita Onlus

Via J.F. Kennedy 17 - 42124 Reggio Emilia

- | | | |
|---|----|-----------------------|
| • N. mamme accolte: | 93 | nel 2014 |
| | 81 | nel 2015 |
| • N. bimbi venuti al mondo grazie a noi: | 10 | nel 2014 |
| | 12 | nel 2015 |
| • N. volontari: | 53 | |
| • N. famiglie aiutate psicologicamente ed emotivamente: | 11 | nel 2014, 16 nel 2015 |
| • N. famiglie aiutate economicamente: | 28 | nel 2014, 34 nel 2015 |
- **Corsi e percorsi:** percorso mamme teen, laboratorio di cucito, percorso di ascolto post aborto.

ARCISPEDALE SANTA MARIA NUOVA

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | | LE CAMERE | |
|----------------------|----------------|---|---|
| 3 | | Camere da 2 o 4 posti con 1 bagno per stanza. | |
| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
| 2010 | 29,7% nel 2014 | Centro per la diagnosi e il trattamento della sterilità di coppia. Presente una sezione dedicata alla procreazione assistita. | Possibilità di visitare il reparto Maternità e la sala parto due sabati al mese dalle 9 alle 11. Presente una Banca del latte materno. L'ospedale partecipa a "Giù la testa", uno studio osservazionale sulla presentazione podalica. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|---|--|---|---------------------|--------------------|
| SÌ | SÌ | Sì, con pagamento del ticket. | NO | SÌ |
| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE | | |
| Al momento della presa in carico (37 ^a settimana circa). | Protocollo consolidato Gravidanza a basso rischio con percorso assistenziale territoriale. | Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino". | | |
| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) | | |
| Sì, a pagamento. | | SÌ | | |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|--|---|
| <p>Per la mamma: mutande a rete, 3 camicie da notte, pantofole, vestiti, asciugamani, sapone, tutta la documentazione della gravidanza.</p> <p>Per il neonato: 4 completini o tutine, 4 magliette intime o body, 1 camicino in cotone.</p> | Assorbenti per la mamma, pannolini per il neonato, garze per l'ombelico, creme, detergenti e tutto l'occorrente per la culla. |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | PRESENZA 24 ORE | |
|--|--|--|---|-------------------------------------|---|
| La paziente può accedere senza alcuna richiesta e sarà il medico di turno a valutare l'eventuale ricovero. | | Sì, in ambulatorio apposito. | | Pronto Soccorso Ostetrico. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| SÌ | | | Sì, ma solo in caso di cesareo. | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Sì, ma solo in caso di assoluta necessità. | | | 41 settimane + 5 giorni circa. | | |
| CENTRO TIN | | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO |
| SÌ | | SÌ | SÌ | SÌ | Oltre al letto: sgabello olandese, fit ball, doccia e una vasca da parto. |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | SÌ | Sì. Dalla 35ª settimana di gestazione in poi, contattare il Centro Trasfusionale (Tel. 0522 296421-296017). | Sì, se non lo si dona. | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | SCREENING NEONATALE | |
| SÌ | Sì, ma non in caso di taglio cesareo. | — | | SÌ | |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI |
| SÌ | | SÌ | SÌ | Sì, eccetto durante la notte. | Sì, dalle 13:30 alle 14:30 e dalle 19:30 alle 21:30. |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | |
| SÌ, è presente una Banca del latte materno. | Dopo 3 giorni nel caso di parto naturale, 5 nel caso di parto cesareo. | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | | | |
| | | Sì. Progetto “Il cavolo e la cicogna” di supporto alle neo-mamme. | | | |

OSPEDALE CESARE MAGATI

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | | LE CAMERE | |
|-------------------------|----------------|--|---|
| 2 sale travaglio-parto. | | Camere a 2 letti con bagno e spazio riservato e attrezzato alle cure del neonato. | |
| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
| 615 | 24,2% nel 2014 | L'ospedale promuove il parto dolce , con sale travaglio intime, accoglienti e protettive. | L'ospedale dispone di ambulatorio per gravidanza a rischio e di servizio neonatologico/pediatrico disponibile 24 ore su 24. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|---|--|---|---------------------|--------------------|
| SÌ | SÌ | Presso il consultorio. | NO | SÌ |
| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE | | |
| Al momento della presa in carico (37 ^a settimana). | Protocollo consolidato per "Gravidanza a basso rischio con percorso assistenziale territoriale". | Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino". | | |
| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) | | |
| Amniocentesi precoce. | | Translucenza nucale e duo-test. | | |
| COSA METTERE IN VALIGIA | | | | TI DIAMO NOI |
| - | | | | - |
| QUANDO ANDARE IN OSPEDALE | | | | |

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | PRESENZA 24 ORE | |
|---|------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|
| SÌ | | SÌ | | Pronto Soccorso Ostetrico. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| Sì. Disponibile anche l'idromassaggio. | | | No. Metodi di contenimento del dolore non farmacologici. | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Sì, ma solo in caso di estrema necessità. | | | 41 settimane + 3 giorni circa. | | |
| CENTRO TIN | | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO |
| NO | | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | NO | SÌ | SÌ | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | SCREENING NEONATALE | |
| Sì | SÌ | – | | Audiologico e genetico. | |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI |
| SÌ | | – | Sì, preferibilmente sopra i 12 anni. | SÌ | SÌ |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | |
| SÌ | | Dopo 3 giorni nel caso di parto naturale, 5 nel caso di parto cesareo. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | |
| | | | | Attivi presso i consultori. | |

OSPEDALE SANT'ANNA

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | | | LE CAMERE |
|--|--------------|---|---|
| Moderne strutture in sala travaglio-parto. | | | Stanze di degenza a uno, due o tre posti letto con bagno in camera. |
| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
| 151 nel 2014 | 40% nel 2014 | Il reparto di ostetricia è un presidio fondamentale per un territorio disagiato come quello dell'Appennino reggiano: copre un'area vastissima, con località e frazioni che distano anche 70 km da Reggio. | Sala soggiorno e colazione a buffet. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|---|--|--|---------------------|--------------------|
| SÌ | Sì (corso di massaggio neonatale). | SÌ | NO | SÌ |
| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE | | |
| Al momento della presa in carico (37ª settimana). | Protocollo consolidato "Gravidanza a basso rischio con percorso assistenziale territoriale". | Ecografia transaddominale, transvaginale e cardiotocografia. | | |
| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) | | |
| SÌ | | Sì. L'ecografia per la traslucenza nucale si effettua dall'11ª sett. + 0 giorni alla 13ª sett. + 5 giorni di gravidanza. | | |
| COSA METTERE IN VALIGIA | | | | TI DIAMO NOI |
| — | | | | — |
| QUANDO ANDARE IN OSPEDALE | | | | |

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | | PRESENZA 24 ORE | | |
|---|------------------------------------|------|--|---|--|--|--|-------------|
| SÌ | | | SÌ | | | Pronto Soccorso Ostetrico. | | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | | ANESTESIA EPIDURALE | | | | |
| SÌ | | | | Disponibile con pagamento del ticket. | | | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | | | |
| Sì, ma si evitano il più possibile. | | | | 41 settimane + 3 giorni circa. | | | | |
| CENTRO TIN | | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO | | |
| NO | | SÌ | SÌ | Libera | | SÌ | | |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | | NO | Promozione della donazione sangue del cordone ombelicale. | | SÌ | | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | | SCREENING NEONATALE | | |
| SÌ | SÌ | | – | | | Sì. Screening endocrinometabolici ed esame delle otoemissioni acustiche. | | |
| ROOMING-IN | | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI | | |
| Sì, si può scegliere tra rooming-in totale e rooming-in diurno, che consente alla madre di riposare nelle ore notturne. | | | NO | SÌ | SÌ | Sì, ma pochi per volta e solo in orario di visita. | | |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | | | |
| La donna può attaccare il bebè al seno già in sala parto. | | | Dopo 3 giorni nel caso di parto naturale, 5 nel caso di parto cesareo. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | | | |
| | | | | | Presso il consultorio. | | | |

OSPEDALE CIVILE DI GUASTALLA

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | | LE CAMERE | |
|------------------------------------|----------------|--|--|
| Sale uniche per parto e travaglio. | | Camere doppie con bagno. | |
| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
| 846 | 24,5% nel 2014 | Presenti un ambulatorio per la prevenzione del parto pretermine e un ambulatorio di medicina fetale. | Servizi per la gestione del diabete in gravidanza e del diabete pre-gravidico. Assistenza al parto a domicilio per le donne che lo richiedono. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|---|--|---|---------------------|--------------------|
| – | SÌ | SÌ | NO | SÌ |
| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE | | |
| Al momento della presa in carico (37 ^a settimana). | Protocollo consolidato “Gravidanza a basso rischio con percorso assistenziale territoriale”. | Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione “sinfisi-fondo uterino”. | | |
| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) | | |
| SÌ | | SÌ, anche bi-test. | | |
| COSA METTERE IN VALIGIA | | | | TI DIAMO NOI |
| – | | | | – |
| QUANDO ANDARE IN OSPEDALE | | | | |

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | PRESENZA 24 ORE | |
|--|---|--|---|--|----------------|
| SÌ | | SÌ | | Pronto Soccorso Ostetrico e servizio neonatologico pediatrico. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| SÌ | | | Anestesia epidurale disponibile 24 ore su 24. | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Non specificato. | | | 41 settimane + 3 giorni circa. | | |
| CENTRO TIN | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO | |
| No. La struttura è dotata di un reparto rianimazione con personale dedicato, e di un reparto pediatrico. | SÌ | SÌ | Libera | Sì: palloni, sgabelli, liana e materassini collocati a terra. | |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | NO | SÌ | Non specificato. | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | SCREENING NEONATALE | |
| SÌ | SÌ | – | | Screening uditivo. Assistenza neonatale di I livello. | |
| ROOMING-IN | NIDO | | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI |
| Non specificato. | Le ostetriche aiutano la madre in caso di necessità o eccessiva stanchezza. | | SÌ | SÌ | SÌ |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | ASSISTENZA POST PARTO | | |
| SÌ | | Dopo 3 giorni nel caso di parto naturale, 5 nel caso di parto cesareo. | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | | |
| | | | I consultori sono attivi attraverso il servizio Salute Donna con equipe di ostetriche, medici, psicologi offrendo percorsi diagnostico-terapeutici integrati con le strutture presenti nella provincia. | | |

OSPEDALE FRANCHINI

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | | LE CAMERE | |
|---|----------------|--|---|
| 3 sale parto-travaglio, visitabili con un'infermiera ogni ultimo sabato del mese. | | Tutte a 2 letti con bagno in camera. Disponibili camere singole a pagamento. | |
| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
| 702 | 22,8% nel 2014 | Cucina multietnica. Documentazione informativa multilingue e mediatore culturale. | Progetto nuovi nati: rendere possibile via internet in tempo reale la visione del nuovo nato a familiari e amici lontani. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|---|--|---|---------------------|--------------------|
| SÌ | SÌ | Sì, gratuiti e prenotabili nei consultori della zona. | NO | SÌ |
| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE | | |
| Al momento della presa in carico (37 ^a settimana). | Protocollo consolidato "Gravidanza a basso rischio con percorso assistenziale territoriale". | Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino". | | |
| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) | | |

SÌ, se prescritti oppure a pagamento.

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|--|--|
| <p>Documenti: cartella della gravidanza e documento d'identità.</p> <p>Per il neonato: 5 cambi completi.</p> <p>Per la mamma: 3 camice da notte o pigiama (meglio con apertura sul davanti per allattamento), pantofole, vestiti, asciugamani, necessario per il bagno.</p> | <p>Per il neonato: pannolini, garze per l'ombelico, tutto l'occorrente per la culletta.</p> |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | | PRESENZA 24 ORE | |
|--|------------------------------------|--|-------------------------------------|---|---|--|
| SÌ | | Sì | | | Pronto Soccorso Ostetrico. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| SÌ | | | | SÌ | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| SÌ | | | | 41 settimane + 3 giorni circa. | | |
| CENTRO TIN | | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO |
| SÌ | | SÌ | SÌ | Libera | | Sì: sgabello, liana, materassino, palla. |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | | SCREENING NEONATALE |
| SÌ | Sì. No in caso di taglio cesareo. | | — | | | Screening audiologico. |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI | |
| Il neonato sta sempre con la mamma giorno e notte. | | SÌ | SÌ | Sì, fino alle ore 23:00. | Sì. Orari di visita: 7:30-8:30 / 12:30-13:30 / 19:00-20:30. | |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | | |
| Attaccamento del bambino al seno immediatamente dopo il parto. | | 3 giorni di degenza nel caso di parto naturale, 4 nel caso di parto cesareo. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | | |
| | | | | Disponibili un Centro per le Patologie del Pavimento Pelvico e un ambulatorio di Rieducazione del Piano Perineale. Sostegno al puerperio disponibile presso i consultori. | | |

CONSULTORI FAMILIARI

BRESCELLO

Via Aldo Moro, 2 - 42041 - Tel. 0522 482194

CARPINETI

Via I Maggio - 42033 - Tel. 0522 816484

CASALGRANDE

Via Carlo Marx, 107/g - 42013 - Tel. 0522 846323

CASINA

Via Simonini, 2 - 42034 - Tel. 0522 608025

CASTELLARANO

Via Roma, 57 - 42014 - Tel. 0536 828484

CASTELNOVO DI SOTTO

Via Conciliazione, 16 - 42024 - Tel. 0522 681711

CASTELNOVO NE' MONTI

Via Roma, 26 - 42035 - Tel. 0522 617337

CAVRIAGO

Via Aspromonte, 4 - 42025 - Tel. 0522 576006

CORREGGIO

Via Circondaria, 26 - 42015 - Tel. 0522 630326

FABBRICO

Via Roma, 5 - 42042 - Tel. 0522 665900

GUASTALLA

Via Trento, 1 - 42016 - Tel. 0522 837640

MONTECCHIO EMILIA

Via Mille, 10 - 42027 - Tel. 0522 860164-860260

NOVELLARA

Via Monte Grappa, 1 - 42017 - Tel. 0522 758643

QUATTRO CASTELLA

Via Teneggi, 4/a - 42030 Puianello Di Quattrocastella
Tel. 0522 889219

REGGIO EMILIA

Via Monte S. Michele, 8 - 42100 - Tel. 0522 335915
Padiglione Bertolani - Via Amendola, 2 - 42100
Tel. 0522 335554

RUBIERA

Via Vittorio Emanuele, 5/b - 42048 - Tel. 0522 626346

SAN POLO D'ENZA

Via Frassati, 1 - 42020 - Tel. 0522 244790

SANT'ILARIO D'ENZA

Via Podgora, 18 - 42049 - Tel. 0522 860453

SCANDIANO

Via Martiri Della Libertà, 6 - 42019
Tel. 0522 850464-03-02

TOANO

Corso Trieste, 8 - 42010 - Tel. 0522 805626

VILLA MINOZZO

Piazza Martiri Cervarolo, 26 - 42030
Tel. 0522 617337-801105

Città e Comprensorio di **MODENA**

**ASSOCIAZIONE NAZIONALE OSTETRICHE
PARTO A DOMICILIO E CASA MATERNITÀ**

Serafini Chiara - semplicementechiara@live.it - Tel. 338 9315420



NASCERE A MODENA

Via Vedriani 15 - 41043 Casinalbo
Tel. 366 3174467 - info@nascereamodena.it

COLLEGIO DELLE OSTETRICHE DI MODENA

P.le Boschetti 8 - 41121 Modena
Tel. 059 223955 - coll.ostetriche.mo@libero.it

ASSOCIAZIONE DIFFERENZA MATERNITÀ

Associazione di donne che promuovono la salute femminile.
Via del Gambero 77, presso la Casa delle Donne - 41124 Modena - Tel. 059 271087
differenza.maternita@gmail.com - www.informanascita.com

G.A.A.M. (GRUPPO AIUTO ALLATTAMENTO MATERNO)

c/o Casa del Volontariato, viale Peruzzi 22 - 41012 Carpi
Tel. 370 3052341 (Elena), 331 1356534 (Errica)
infoqaam@gmail.com
Pagina Facebook: GAAM Gruppo Aiuto Allattamento Materno

ASSOCIAZIONE LA VIA LATTEA

Mamme volontarie con esperienza e formazione
Via XXV Aprile 2 - 41051 Castelnuovo Rangone
Tel. 059 535558 - Cell. 338 7826009
laviallattea04@gmail.com - www.mami.org/associazione-la-via-lattea/

RETE ALLATTAMENTO MODENA

Via Roma 1/B - 41051 Castelnuovo Rangone
www.reteallattamentomodena.it

ASSOCIAZIONE L'ARCA DELLE MAMME

c/o ambulatorio pediatrico dottoressa Nadia Lugli, via Cavour 23 - 41032 Cavezzo
Tel. 338 5000414 (Lara)
338 3254250 (Alessia)
0535 602816 (Vittoria)
329 3163834 (Nadia)
www.reteallattamentomodena.it

CIRCOLO PRIMO RESPIRO

c/o Casa delle Culture, via Wiligermo 80 - 41121 Modena
Tel. 340 7692689
www.nuovanascita.jimdo.com

CONSULTORI FAMILIARI

BOMPORTO

Piazza Giacomo Matteotti, 34/B - 41030
Tel. 059 6554008

CAMPOGALLIANO

Piazza della Pace, 2 - 41011
Tel. 059 2134764

CASTELNUOVO RANGONE

Via Filippo Turati, 10/A - 41051
Tel. 059 2134123

CASTELVETRO DI MODENA

Via Destra Guerro, 32 - 41014
Tel. 059 7574821

CAVEZZO

Via Medaglia d'Oro Kruger Gavioli, 2 - 41032
Tel. 0535 654805

CONCORDIA SULLA SECCHIA

Via Dante Alighieri, 13/15 - 41033
Tel. 0535 654610

FANANO

Via Sabbattini, 31 - 41021
Tel. 0536 309551

FINALE EMILIA

Piazza Antonio Gramsci 5/6 - 41034
Tel. 0535 654931

FORMIGINE

Via Giuseppe Mazzini, 15 - 41043
Tel. 0536 863788

MARANELLO

Piazza Giovanni Amendola, 7 - 41053
Tel. 059 438081

MIRANDOLA

Via Lino Smerieri, 3 - 41037
Tel. 0535 602815

MODENA

Via Don G Minzoni, 121 - 41125
Tel. 059 2134006

MONTEFIORINO

Via Casa Volpe, 2 - 41045
Tel. 0536 863788

MONTESE

Via Panoramica, 50 - 41055
Tel. 059 777883

NONANTOLA

Viale delle Rimembranze, 10 - 41015
Tel. 059 2134490

NOVI DI MODENA

Via Canzio Zoldi, 38/H - 41016
Tel. 059 3963219

PIEVEPELAGO

Via Ferrari, 2 - 41027
Tel. 0536 309809

PRIGNANO SULLA SECCHIA

Via Allegretti, 136 - 41048
Tel. 059 438081

SAVIGNANO SUL PANARO

Via Don G. Gherardi, 1 - 41056
Tel. 059 777883

SAN CESARIO SUL PANARO

Corso Libertà, 102 - 41018
Tel. 059 5137202

SAN FELICE SUL PANARO

Via degli Scienziati, 70 - 41038
Tel. 0535 654503

SOLIERA

Via XXV Aprile, 30 - 41019
Tel. 059 2134959

VIGNOLA

Via XXV Aprile - 41058
Tel. 059 777883

ZOCCA

Via Mauro Tesi, 1676/A - 41059
Tel. 059 777883

POLICLINICO DI MODENA

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | LE CAMERE |
|----------------------|-----------|
|----------------------|-----------|

Sale uniche per travaglio e parto.

43 posti letto in camere con bagno privato.

| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
|-------------------|----------------|--|---|
| 2926 | 27,4% nel 2014 | Medicina prenatale per ecografie e interventi di diagnosi prenatale. | Parto tradizionale e assistenza alle gravide per gravidanze ad alto rischio. Parto demedicalizzato per gravidanze a basso rischio presso il Centro Nascita. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|------------------|--|---------------------------------------|---------------------|--------------------|
| SÌ | SÌ | Sì, su prenotazione allo 059 4225574. | NO | SÌ |

| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE |
|---------------------------------------|--|---|
| Alla 37 ^a settimana circa. | Si consiglia di telefonare alla 34 ^a -35 ^a settimana, al numero 059 4225392 per il primo appuntamento al Centro Nascita. | Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino". |

| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) |
|---|---|
| Amniocentesi | Translucenza nucale e bi-test. |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|--|--------------|
| <p>Per il neonato: 4 tutine intere o due pezzi, 4 magliette intime o body di cotone per i mesi estivi e di lana sulla pelle per quelli invernali, 4 bavaglini, 4 paia di calzini.</p> <p>Per la mamma: vestaglia, ciabatte, camicie da notte o pigiami, mutandine igieniche o a rete, occorrente per la toilette, asciugamani, posate, bicchieri, tovaglioli, limette di cartone per unghie, carta igienica, tutti gli esami relativi alla gravidanza, tessera sanitaria e codice fiscale.</p> | — |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | | | | |
|--|------------------------------------|--|---|---|---|
| MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | | PRESENZA 24 ORE | | |
| SÌ | | | SÌ | | |
| Pronto Soccorso Ostetrico. | | | | | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| SÌ | | | Sì, ma sono obbligatori un percorso informativo e visita di idoneità. | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Sì, ma solo in caso di assoluta necessità. | | | 41 settimane + 3 giorni. | | |
| CENTRO TIN | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO | |
| SÌ | SÌ | SÌ | Libera | Diversi ausili come palloni, sgabelli, liana e materassini collocati a terra. | |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | SCREENING NEONATALE | |
| SÌ | SÌ | - | | Screening delle malattie metaboliche eguito obbligatoriamente a tutti i neonati, dopo il 3° giorno di vita. | |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI |
| SÌ | | SÌ | SÌ | SÌ | Sì, in orario di visita dalle 6:30 alle 8:30 e dalle 18:30 alle 21:00 |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | |
| Sì, attraverso percorso dedicato "Centro Nascita". | | Dopo circa 48 ore in caso di parto fisiologico e dopo circa 3 giorni in caso di parto cesareo. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | |
| | | | | Presso i consultori. | |

OSPEDALE B. RAMAZZINI

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | | LE CAMERE | |
|--------------------------------------|-----------------|--|--|
| 3 sale uniche per travaglio e parto. | | Camere doppie con bagno privato. | |
| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
| 1235 | 15,40% nel 2014 | Ambulatorio per la gravidanza a rischio e per la prevenzione del parto pretermine. | L'ospedale B. Ramazzini ha un reparto di neonatologia di II livello, che accoglie neonati dalla 31 ^a settimana in avanti. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|---|--|--|---------------------|--------------------|
| SÌ | SÌ | Sì. Corsi di preparazione alla nascita presso il consultorio familiare. | NO | SÌ |
| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE | | |
| Primo incontro alla 37 ^a settimana. | Ambulatorio di ostetricia per la gravidanza fisiologica. | Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino". | | |
| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) | | |
| SÌ | | SÌ | | |
| COSA METTERE IN VALIGIA | | | | TI DIAMO NOI |
| Per il neonato: 5 cambi completi in 5 buste, recanti i cognomi di entrambi i genitori. Alla dimissione occorre un cambio composto da camicino/maglietta e mutandine (oppure body), tutina o coprifasce con pantaloni, calzine e/o scarpine. | | | | — |
| QUANDO ANDARE IN OSPEDALE | | | | |

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | | PRESENZA 24 ORE | |
|--|------------------------------------|--|-------------------------------------|--|--|---|
| SÌ | | SÌ | | | Pronto Soccorso Ostetrico. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| Disponibili uso dell'acqua, massaggio e musica 24 ore su 24. | | | | Sì, gratuita 24 ore su 24, 7 giorni su 7. | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Sì, ma solo in caso di assoluta necessità. | | | | 41 settimane + 3-4 giorni. | | |
| CENTRO TIN | | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO | |
| NO | | SÌ | SÌ | Libera | Disponibili letti da parto multifunzione, sgabelli, palla, materassi, spalliera. | |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | | SÌ | Sì, occorre dichiarare la propria disponibilità. | Non specificato | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | | SCREENING NEONATALE |
| SÌ | SÌ | | – | | | Screening per malattie metaboliche neonatali. |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI | |
| SÌ | | SÌ | SÌ | Sempre tranne durante i pasti e le visite mediche. | Sì, in orario di visita. | |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | | |
| Attaccamento del bambino al seno: immediato. | | Dopo circa 48 ore in caso di parto fisiologico e dopo circa 3 giorni in caso di parto cesareo. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | | |
| | | | | Presso i consultori. | | |

OSPEDALE DI PAVULLO

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | LE CAMERE |
|----------------------|-----------|
|----------------------|-----------|

Sale uniche travaglio-parto.

Stanze da 2 o 4 letti con bagno.

| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
|-------------------|----------------|---|---|
| 318 | 21,7% nel 2014 | Monitoraggio della gravidanza a termine e a rischio con guardia continua dei medici e ginecologi. | L'Unità Operativa di Ostetricia-Ginecologia e Pediatria dell'Ospedale di Pavullo garantisce l'assistenza al parto 24 ore su 24 con guardia attiva continua di medici ginecologi e con la reperibilità di medici pediatri. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|------------------|--|----------------------------|---------------------|--------------------|
| SÌ | SÌ | Sì, presso il consultorio. | NO | SÌ |

| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE |
|---|--|---|
| Al momento della presa in carico (37 ^a settimana). | Protocollo consolidato per gravidanza a basso rischio con percorso assistenziale territoriale. | Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino". |

| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) |
|---|---|
| SÌ | SÌ, anche bi-test. |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|---|--------------|
| <p>Per il neonato: 3-4 cambi in sacchetti trasparenti con il cognome della mamma e del bambino. Magliette intime o body, una federa da mettere nella culla a contatto con il viso del bambino (la biancheria dell'ospedale può causare arrossamenti), una copertina, un ciuccio (se favorevoli al suo utilizzo).</p> <p>Per la mamma: mutandine monouso in rete, pancera a strappo in caso di taglio cesareo, carta igienica, tutta la documentazione della gravidanza.</p> | — |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | PRESENZA 24 ORE | |
|--|------------------------------------|---|--|--|--|
| SÌ | | Ai controlli per la gravidanza a termine si accede dalla 37ª settimana con prenotazione diretta o telefonica ai numeri: 0536 29211/29264/29173. | | Guardia attiva continua di medici ginecologi e con la reperibilità di medici pediatri. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| Disponibilità di idropuntura, digitopressione, massaggi e altro, compresa una vasca con doccia dotata di cromoterapia donata dal Comitato Mamme. | | | NO | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Sì, ma solo in caso di assoluta necessità. | | | 41 settimane + 3 giorni. | | |
| CENTRO TIN | | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO |
| NO | | SÌ | SÌ | Libera | SÌ |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | SCREENING NEONATALE | |
| SÌ | SÌ | – | | Screening per malattie metaboliche ereditarie. | |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI |
| SÌ | | – | Negli orari di visita. | SÌ | Tutti i visitatori (a eccezione dei papà) sono invitati a intrattenersi con la madre solo per un breve saluto. |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | |
| Sì, subito dopo la nascita. | | Avvengono in terza giornata dopo parto spontaneo, in quinta dopo un cesareo. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | |
| | | | | Presso i consultori. | |

NUOVO OSPEDALE CIVILE

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | | LE CAMERE | |
|--|----------------|--------------------------------|---|
| 3 sale travaglio parto dotate di doccia e impianto stereo. | | — | |
| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
| 1278 | 23,2% nel 2014 | Ambulatori di Medicina Fetale. | Possibilità di visitare l'Unità Operativa previa telefonata alle ostetriche allo 0536/846748. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|------------------|--|--|---------------------|--------------------|
| — | — | Sì. Vanno prenotati presso il Consultorio familiare di Sassuolo al numero 0536 863717 oppure allo 0536 863178. | — | SÌ |

| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE |
|---------------------------------|---|--|
| Alla 37 ^a settimana. | Compilazione della cartella clinica, esecuzione degli esami in preparazione al parto, controllo periodico del benessere di mamma e bambino. | Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino". |

| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) |
|---|---|
| SÌ | Translucenza nucale e duo-test. |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|---|--------------|
| <p>Per il neonato: si consigliano almeno 3-4 cambi, un berretto, il detergente per lavarlo, un telo da porre sul fasciatoio e salviette di stoffa per asciugarlo.</p> <p>Per la mamma: tutta la documentazione clinica della gravidanza, biancheria, slip monouso, detergente intimo, assorbenti e asciugamani.</p> | — |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | PRESENZA 24 ORE | |
|--|--|--|--|--|---|
| SÌ | | SÌ | | Medico di guardia. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| Sì, disponibili varie metodiche di contenimento non farmacologico del dolore da parto. | | | NO | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Sì, ma si evitano se non ritenute indispensabili. | | | 41 settimane + 3 giorni circa. | | |
| CENTRO TIN | | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO |
| SÌ | | SÌ | SÌ | Libera | SÌ |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | SCREENING NEONATALE | |
| SÌ | Sì, concessa una sola persona. | – | | Sì, per malattie metaboliche ereditarie. | |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI |
| SÌ | | – | Sì, dalle 7:30 alle 21. | Sì, dalle 7:30 alle 21. | Sì, dalle 7:30 alle 8:30; dalle 12:30 alle 13:30; dalle 19 alle 21. |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | |
| SÌ | Dopo 48 ore in caso di parto fisiologico, 72 in caso di cesareo. | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | | | |
| | | Sì, progetto di sostegno al puerperio personalizzato. | | | |

OSPEDALE DI MIRANDOLA

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | | LE CAMERE | |
|------------------------------------|----------------|---|--|
| Sale uniche per parto e travaglio. | | — | |
| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
| 445 | 21,6% nel 2014 | Servizio di trasporto di emergenza presso la TIN di Modena. | Consulenze per gravidanze ad alto rischio. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|---|---|--|---------------------|--------------------|
| SÌ | SÌ | SÌ | NO | SÌ |
| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE | | |
| Al momento della presa in carico (37 ^a settimana). | Protocollo consolidato gravidanza a basso rischio con percorso di assistenziale territoriale. | Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino". | | |
| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) | | |
| SÌ | | SÌ | | |
| COSA METTERE IN VALIGIA | | | | TI DIAMO NOI |
| <p>Per il neonato: 4 magliette intime, 4 tutine intere, 4 bavaglini, 4 paia di calzini, 1 copertina di lana o cotone.</p> <p>Per la mamma: camicia comoda per il parto, 3-4 camicie aperte, 1 vestaglia, calzini corti, ciabatte, mutandine igieniche usa e getta, prodotti per l'igiene.</p> | | | | — |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | PRESENZA 24 ORE | |
|--|------------------------------------|--|--|---|----------------|
| SÌ | | SÌ | | Pronto Soccorso Ostetrico. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| SÌ | | | Sì, gratuita. | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Sì, ma solo in caso di assoluta necessità. | | | 41 settimane + 3 giorni circa. | | |
| CENTRO TIN | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO | |
| NO | SÌ | SÌ | Libera | Disponibili diversi ausili come palloni, sgabelli, liana e materassini collocati a terra. | |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | SCREENING NEONATALE | |
| SÌ | SÌ | – | | Screening malattie genetiche tramite prelievo di sangue. | |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI |
| SÌ | | – | SÌ | SÌ | SÌ |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | |
| Sì, incentivato e sostenuto. | | In terza giornata dopo parto spontaneo, in quinta dopo un cesareo. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | |
| | | | | Sì, disponibile un Ambulatorio del Puerperio. | |



CAV - Sede di Modena

Centro di Aiuto alla Vita "Luciano Capitelli"

Via Santa Chiara 17 - 41121 Modena

| | | |
|--|----|---------------------------|
| • N. mamme accolte: | 50 | nel 2014, 53 nel 2015 |
| • N. bimbi venuti al mondo grazie a noi: | 5 | nel 2014, 5 nel 2015 |
| • N. volontari: | 30 | |
| | 4 | per i corsi di formazione |
| • N. famiglie aiutate economicamente: | 6 | nel 2014, 5 nel 2015 |

- **Corsi e percorsi:** laboratorio di taglio e cucito.



CAV - Sede di Correggio

Centro di Aiuto alla Vita "Matilde Ronchetti"

Via Vittorio Veneto 4 - 41043 Formigine

| | | |
|---|----|--------------------------|
| • N. mamme accolte: | 48 | nel 2014, 46 nel 2015 |
| • N. volontari: | 20 | per il centro di ascolto |
| • N. famiglie aiutate psicologicamente ed emotivamente: | 10 | nel 2014 |
| | 10 | nel 2015 |
| • N. famiglie aiutate economicamente: | 10 | nel 2014 |
| | 10 | nel 2015 |



SAV - Sede di Cavezzo

Servizio di Accoglienza alla Vita

Via Fattori 6 - 41032 Cavezzo

| | | |
|---|-----|----------|
| • N. mamme accolte: | 150 | nel 2014 |
| | 120 | nel 2015 |
| • N. bimbi venuti al mondo grazie a noi: | 3 | nel 2014 |
| | 3 | nel 2015 |
| • N. volontari: | 7 | |
| • N. famiglie aiutate psicologicamente ed emotivamente: | 70 | nel 2014 |
| | 50 | nel 2015 |
| • N. famiglie aiutate economicamente: | 145 | nel 2014 |
| | 120 | nel 2015 |

- **Corsi e percorsi:** corso per le mamme per crescere insieme.



CAV - Sede di Finale Emilia

Centro di Aiuto alla Vita "Giulia Barbi"

Corso Cavour 1/F - 41032 Finale Emilia

| | | |
|---|----|-----------------------|
| • N. mamme accolte: | 20 | nel 2014, 25 nel 2015 |
| • N. donne con sindrome post aborto aiutate: | 1 | nel 2014 |
| • N. bimbi venuti al mondo grazie a noi: | 5 | nel 2014, 4 nel 2015 |
| • N. volontari: | 6 | |
| • N. famiglie aiutate psicologicamente ed emotivamente: | 4 | nel 2014 |
| | 2 | nel 2015 |
| • N. famiglie aiutate economicamente: | 4 | nel 2014 |
| | 5 | nel 2015 |

- **Corsi e percorsi:** corsi di italiano per donne straniere, Scuola delle Mamme.



MPV/CAV - Sede di Formigine

Centro di Aiuto alla Vita "Matilde Ronchetti"

Via Vittorio Veneto 4 - 41043 Formigine

| | | |
|---|----|--------------------------|
| • N. mamme accolte: | 48 | nel 2014, 46 nel 2015 |
| • N. volontari: | 20 | per il centro di ascolto |
| • N. famiglie aiutate psicologicamente ed emotivamente: | 10 | nel 2014 |
| | 10 | nel 2015 |
| • N. famiglie aiutate economicamente: | 10 | nel 2014 |
| | 10 | nel 2015 |

Città e comprensorio di BOLOGNA

ASSOCIAZIONE NAZIONALE OSTETRICHE PARTO A DOMICILIO E CASA MATERNITÀ

| | | | |
|-------------------|-------------------------|-----------------------------|------------------|
| Chini Paola | Bologna | bo.paolachini@gmail.com | Tel. 348 7046528 |
| Gnan Vianella | San Giorgio di Piano | nefertari1966@libero.it | Tel. 347 7409249 |
| Padovani Monica | Bologna | monicapadovani@gmail.com | Tel. 335 5253950 |
| Pini Annalisa | Bologna | andromeda@alinet.it | Tel. 349 7809564 |
| Serenari Elisa | Bologna | elisaserenari@alice.it | Tel. 338 4469079 |
| Cavazza Francesca | Bologna | cavazza.francesca@gmail.com | Tel. 333 1287508 |
| Palli Martina | Castel San Pietro Terme | martina_palli@hotmail.it | Tel. 339 7978746 |
| Melinda Giorgi | Bologna | melinda.giorgi@gmail.com | Tel. 392 4903581 |



ASSOCIAZIONE CULTURALE IL NIDO

Via delle Borre 9 - 40131 Bologna
Tel. 051 6350911 - info@ilnido.bo.it

COLLEGIO PROVINCIALE OSTETRICHE BOLOGNA

Via Zanardi 403/22 - 40131 Bologna
Tel. 051 6350241 - Fax: 051 6350241
bologna@ostbo.eu - www.ostbo.eu

ALLATTIAMO E CRESCIAMO INSIEME

Centro Sociale Villa dall'Olio, via Guinizzelli 15 - 40033 Casalecchio di Reno
Tel. 335 1974703 (Annalisa, dopo le 17:30) - 366 3036146 (Simona, dopo 17:30)
allattiamocresciamo@gmail.com

IL MELOGRANO, CENTRO INFORMAZIONE MATERNITÀ E NASCITA

Via Pietralata 31 - 40122 Bologna - Tel. 349 7722494 - 339 1761473
melogranobo@gmail.com
www.mami.org/il-melograno-centro-informazione-maternita-e-nascita-bologna
www.ilmeloganobologna.blogspot.it
www.melograno.org

ASSOCIAZIONE IL SOFFIO

Via Matteotti 161, Località Castello - 40013 Castel Maggiore (BO)
www.associazioneilsoffio.it

DHARMA, TERAPIE COMPLEMENTARI E INTEGRATE

Via Matteotti 5 - 40062 Molinella (BO) - Tel. 051 882615
info@dharmasrl.net - www.dharmasrl.net

ASSOCIAZIONE PROGETTO OHANA

Via Emilia 297 - 40068 San Lazzaro di Savena (BO) - Tel. 335 8152738
info@progettohana.org - www.progettohana.org

SOS MAMA

Villa Benvenuti "Casa delle Associazioni"
Via per Sassuolo 6 - 41043 Formigine (MO) - Tel. 368 3886876
info@sosmama.it - www.sosmama.it
Pagina Facebook: Mamme per le Mamme

MAMMA COME TE

c/o Habilandia, Via Kennedy 32 - 40068 San Lazzaro di Savena (BO)
Tel. 347 3058666 (Barbara) - 329 3930019 (Cristina)
mammacomete@libero.it

CONSULTORI FAMILIARI

ANZOLA DELL'EMILIA

Via XXV Aprile, 9 - 40011
Tel. 051 6501108

BARICELLA

C/o Polo Sanitario - Via Europa, 15 - 40052
Tel. 051 6622327

BOLOGNA

- Poliambulatorio Saragozza - Via S. Isaia, 94/a
40123 - Tel. 051 659711
- Poliambulatorio Carpaccio - Via Carpaccio, 2
Tel. 051 6223611
- Poliambulatorio - Via Marco Polo, 53 - 40131
Tel. 051 706511
- Poliambulatorio Reno - Via Colombi, 3 - 40133
Tel. 051 6173511
- Poliambulatorio Pilastro - Via Pirandello, 6/8
40127 - Tel. 051 2869011
- Poliambulatorio Zanolini - Via Zanolini, 2
40126 - Tel. 051 2869111
- Poliambulatorio Borgo Panigale - Via Nani, 10
40132 - Tel. 051 3143111
- Poliambulatorio Corticella - Via Gorki, 12 - 40128
Tel. 051 706411
- Poliambulatorio Mazzacorati - Via Toscana, 17/19
40141 - Tel. 051 6221511
- Poliambulatorio Tiarini - Via Tiarini, 10/12 - 40129
Tel. 051 706211

BORGO TOSSIGNANO

Viale Torino, 3 - 40021
Tel. 0542 91411

BUDRIO

Via D. Mezzetti, 14 - 40054
Tel. 051 809091

CALDERARA DI RENO

Via Turati, 13 - 40012
Tel. 051 6462001

CASALECCHIO DI RENO

Via Garibaldi, 17 - 40033
Tel. 051 596611

CASTEL MAGGIORE

Piazza 2 Agosto 1980, 2 - 40013
Tel. 051 6320840

CASTENASO

Via Marconi, 16 - 40055
Tel. 051 6059503

CASTIGLIONE DEI PEPOLI

Via Sensi, 12 - 40035
Tel. 0534 93785

CREVALCORE

Via Della Libertà, 171 - 40014
Tel. 051 6803917

GRANAROLO DELL'EMILIA

C/o Polo Sanitario - Via S. Donato, 116 - 40057
Tel. 051 761156

IMOLA

Viale Amendola, 2/a - 40026
Tel. 0542 604190

LOIANO

C/o Ospedale Simiani - Via Roma, 8 - 40050
Tel. 051 6543711

MARZABOTTO

Via Matteotti, 1 - 40043
Tel. 051 932461

MEDICINA

Via A. Saffi, 1 - 40059
Tel. 051 6978711

MOLINELLA

Via Circonvallazione, 47 - 40062
Tel. 051 6909410

MONTERENZIO

- Via dell'osteria - 40050
Tel. 051 929750
- Via Risorgimento, 8 - 40065
Tel. 051 776050

PIEVE DI CENTO

Via Campanini, 4 - 40066
Tel. 051 6862523

PORRETTA TERME

Via Roma, 16 - 40046
Tel. 0534 20711

SALA BOLOGNESE

Piazza Marconi, 1 - 40010
Tel. 051 828917

SAN BENEDETTO VAL DI SAMBRO

Via Roma, 39 - 40048
Tel. 0534 95082

SAN GIOVANNI IN PERSICETO

- Via Cento, 158 - 40017 Decima Di Persiceto
Tel. 051 6813729
- Via Marzocchi, 2 - 40017
Tel. 051 6813651

SAN LAZZARO DI SAVENA

Via Repubblica, 11 - 40068
Tel. 051 6224111

SAN PIETRO IN CASALE

C/o Polo Sanitario - Via Asia, 61 - 40018
Tel. 051 6662785

SANT'AGATA BOLOGNESE

Via Sibarani, 5 - 40019
Tel. 051 6813705

SASSO MARCONI

Via Porrettana, 316 - 40037
Tel. 051 6756666-678

VERGATO

Via Fornace, 343/g - 40038
Tel. 051 6749926

ZOLA PREDOSA

Piazza Di Vittorio, 1 - 40069
Tel. 051 6188907

OSPEDALE MAGGIORE

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | | | | LE CAMERE |
|---|----------------|---|--|---|
| 5 sale travaglio-parto con bagno annesso. | | | | Camere da 2-3 posti letto, dotate di bagno e aria condizionata. |
| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE | |
| 3 188 | 25,3% nel 2014 | Presenti un reparto di neurologia e TIN di III livello. | <p>Vengono assistite anche donne in gravidanza patologica, puerpere e neonati. In caso di necessità è possibile assistere puerpere e neonati con supporto tecnologico intensivo e assistenza respiratoria o con interventi di elevata complessità.</p> <p>Presente un ambulatorio per il rivolgimento nella presentazione podalica. In questa unità operativa si espletano parti a rischio elevato. Partecipa a "Giù la testa", studio sulla presentazione podalica.</p> | |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|---|--|--|---------------------|--|
| SÌ | SÌ | Presso i consultori. | NO | SÌ |
| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE | | |
| Alla 38 ^a settimana. | Diverso a seconda di gravidanza fisiologica e/o a rischio. | <p>Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino".</p> | | |
| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) | | |
| SÌ | | Sì, anche bi-test. | | |
| COSA METTERE IN VALIGIA | | | | TI DIAMO NOI |
| <p>Per il neonato: 3 cambi completi costituiti da magliettine intime o body, tutine o spezzati, calzettini o scarpine, cuffietta. Limetta per unghie, spazzola e pettinino per capelli.</p> <p>Per la mamma: camicie da notte o pigiami comodi, vestaglia e ciabatte o pantofole. Tovaglietta, posate e bicchieri personali, busta da toeletta. Tutti gli esami eseguiti in gravidanza, tessera sanitaria e documento di identità valido.</p> | | | | <p>Per il neonato: pannolini</p> <p>Per la mamma: assorbenti post parto.</p> |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | PRESENZA 24 ORE | |
|---|--------------------------------------|--|--|--|---|
| SÌ | | SÌ | | Ostetriche, ginecologo, pediatra, neonatologo, anestesista e Pronto Soccorso Ostetrico. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| Non specificato. | | | SÌ | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Percentuale di episiotomie e di uso dell'ossitocina per stimolare le contrazioni: 5,94%. Subito dopo il parto, alla mamma, di prassi viene somministrata ossitocina intramuscolo. | | | 41 settimane + 4 giorni, ma è concordabile con la madre. | | |
| CENTRO TIN | | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO |
| SÌ | | SÌ | SÌ | Libera | Sì, sgabelli e palla. |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | NO | Sì, 24 ore su 24. Occorre firmare un consenso informato. | Sì, su richiesta. | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | SCREENING NEONATALE | |
| SÌ | Sì, ma non in caso di parto cesareo. | NO | | Screening audiologico su tutti i neonati. | |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI |
| SÌ | | Sì. Disponibile una nursery con 5 posti letto per neonati e 4 incubatrici. | SÌ | SÌ | Sì, dalle 6:00 alle 8:00; dalle 11:00 alle 13:00; dalle 17:00 alle 20:00. |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | |
| Sì, può avvenire pochi minuti dopo le operazioni di peso e misura. | | Dopo 48 ore in caso di parto spontaneo, dopo 72 in caso di cesareo. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | |
| | | | | Sì, informazioni presso i Consultori. | |

OSPEDALE DI BENTIVOGLIO

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | | LE CAMERE | |
|--|----------------|---|--|
| 3 sale travaglio-parto attrezzate con bagno. | | 1 soggiorno, 6 camere con bagno. | |
| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
| 647 | 23,6% nel 2014 | Vengono assistite sia donne in gravidanza fisiologica che neonati e puerpere che richiedono monitoraggio e assistenza continua. | Si espletano parti a rischio a partire dalle 32 settimane in situazioni che non richiedono interventi di livello intensivo per il neonato, in particolare senza necessità di assistenza respiratoria con ventilazione meccanica. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|------------------|--|----------------|---------------------|--------------------|
| – | SÌ | – | NO | SÌ |

| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE |
|---|--|--|
| Al momento della presa in carico (37 ^a settimana circa). | Diverso a seconda del tipo di gravidanza, fisiologica o a rischio. | Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino". |

| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) |
|---|---|
| Sì, su richiesta. | Sì, su richiesta. |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|--|--------------|
| <p>Per il neonato: body o magliette di cotone, 2-3 tutine o spezzati, calzini e cuffia leggera, 1 pacco di pannolini da 2 a 5 kg.</p> <p>Per la mamma: camicia o pigiama comodo per l'allattamento, ciabatte, calzini (almeno 1 paio bianchi), mutande monouso di rete o di cotone, assorbenti grandi per POST PARTO, reggiseno comodo, necessario per l'igiene personale, tutta la documentazione della gravidanza.</p> | – |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | PRESENZA 24 ORE | |
|---|--|--|--|--|--|
| SÌ | | SÌ | | 24 ore su 24 ostetrica, ginecologo e anestesista. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| Non prevista ma consentita. | | | Sì, gratuita o a pagamento, previa visita anestesiológica. | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Non specificato. | | | 41 settimane + 3 giorni. | | |
| CENTRO TIN | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO | |
| SÌ | SÌ | SÌ | Libera | Sgabello e palla. | |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | Sì, disponibili anche monitor fetali resistenti all'immersione. | Sì, su richiesta. | Sì, su richiesta. | Sì, su richiesta. |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | SCREENING NEONATALE | |
| SÌ | Richiesta di esami medici per il padre che vuole assistere al parto. | - | | Screening di malattie metaboliche e bilirubina neonatale. | |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI |
| SÌ | | - | SÌ | Sì, dalle 7:00 alle 20:00. | Sì dalle 7:00 alle 8:00; dalle 11:30 alle 14:00; dalle 17:00 alle 20:00. |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | |
| Incentivato (training). | | Dopo 48 ore in caso di parto naturale, dopo 72 ore in caso di cesareo. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | |
| | | | | Controllo in pediatria a 48 ore dal parto. Corsi POST PARTO presso i consultori. | |

AZIENDA OSPEDALIERA S.ORSOLA - MALPIGHI

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | LE CAMERE |
|----------------------|-----------|
|----------------------|-----------|

5 sale travaglio-parto.

Camere con 3 letti senza bagno in camera.

| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
|-------------------|----------------|---|--|
| 3352 | 34,6% nel 2014 | Disponibili documentazione informativa multilingue, mediatore culturale e sportello URP dedicato. | Controllo gravidanze complicate da immunizzazione materno-fetale. Diagnosi e trattamento delle gravidanze affette da malattie coagulative. Tecniche mediche e chirurgiche consolidate di terapia intrauterina e nella cura di malattie fetali. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|------------------|--|----------------|---------------------|--------------------|
| NO | NO | SÌ | NO | SÌ |

| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE |
|--|--|--|
| Dalla 37 ^a settimana circa. | Diverso a seconda del tipo di gravidanza, fisiologica o a rischio. | Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino". |

| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) |
|---|---|
| Amniocentesi, prelievo dei villi coriali, funicolocentesi. | SÌ |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|---|--------------|
| <p>Per il nascituro: 3 cambi completi.</p> <p>Per la mamma: camicie da notte, vestaglia, pantofole, asciugamani, fazzoletti, assorbenti igienici, sapone neutro ad uso personale e tutto il necessario per la toilette.</p> | — |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | PRESENZA 24 ORE | |
|---|------------------------------------|---|--|--|---|
| Sì, è possibile ricoverarsi la mattina stessa in caso di cesareo programmato. | | SÌ | | Pronto Soccorso Ostetrico. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| NO | | | Sì, gratuita diurna e notturna. | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| SÌ, ma si cerca di evitarle. | | | 41 settimane + 3 giorni. | | |
| CENTRO TIN | | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO |
| SÌ | | SÌ | SÌ | Libera | Sgabello, poltrona, materassino. |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | SCREENING NEONATALE | |
| SÌ | SÌ | – | | Sì, screening malattie endocrino-metaboliche. | |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI |
| SÌ | | SÌ | Non specificato. | Solo in caso di taglio cesareo. Al di fuori degli orari di visita non è permessa la presenza di nessuno. | Sì, dalle 14:00 alle 15:00; dalle 19:00 alle 20:00. |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | |
| Sì, con il supporto delle ostetriche. | | Dopo 48 ore sia in caso di parto spontaneo che cesareo. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | |
| | | | | Controllo in pediatria dopo 48 ore dal parto. Corsi POST PARTO presso i consultori. | |

OSPEDALE SANTA MARIA DELLA SCALETTA

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | | LE CAMERE | |
|--|----------------|--|--|
| 3 sale travaglio-parto (travaglio in acqua). | | Camere da 1-2 letti con bagno, aria condizionata e TV. Stanze spaziose e confortevoli. | |
| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
| 955 | 29,2% nel 2014 | Donazione della membrana amniotica, utilizzata per il trapianto della cornea. | Moxa e/o rivolgimento manuale sotto guida ecografica del nascituro podalico. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|---|--|---|---------------------|--------------------|
| Sì, durante il primo colloquio con l'ostetrica. | — | Sì. 7 incontri base a cadenza settimanale, condotti dall'ostetrica del Consultorio Familiare e 5 incontri di approfondimento. | NO | SÌ |

| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE |
|--|--|--------------------------------------|
| Tra la 37ª e la 38ª settimana di gravidanza. | Una sola ostetrica come punto di riferimento, che prenoterà e seguirà tutte le visite. Rivalutazione medica del grado di rischio della gravidanza ad ogni trimestre. | Al primo, secondo e terzo trimestre. |

| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) |
|---|---|
| Villocentesi e amniocentesi. | Traslucenza |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|--|--------------|
| <p>Per il neonato: 3 magliette o body, tutine di lana o cotone a seconda della stagione, calzini, bavaglini, lenzuolino, due copertine di lana o cotone a seconda della stagione, due asciugamani, olio emoliente, una lima per unghie.</p> <p>Per la mamma: carta d'identità, documentazione sugli esami fatti in gravidanza, codice fiscale e tesserino sanitario. Pigiama, tutto l'occorrente per l'igiene personale.</p> | — |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | | PRESENZA 24 ORE | |
|--|------------------------------------|--|--|--|---|-------------|
| Camera per osservazione breve adiacente al Pronto soccorso ostetrico. | | SÌ | | | Pronto Soccorso Ostetrico. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| Massaggi, travaglio in acqua, musica. | | | | Sì, gratuita dal lunedì al venerdì. | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| SÌ, ma si cerca di evitarle. | | | | 41 settimane + 3 giorni. | | |
| CENTRO TIN | | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO | |
| SÌ | | SÌ | SÌ | Libera | Pallone, sgabelli diversi, liane, lettino, materassino. | |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | Sì (Stark modificato). | | NO | SÌ | SÌ | NO |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | SCREENING NEONATALE | |
| SÌ | SÌ | | Le mamme possono rimanere accanto al bimbo in TIN. | | Audiometrico e metabolico. | |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI | |
| SÌ | | Disponibile un piccolo nido. | Sì, negli orari di visita. | SÌ | Sì, negli orari di visita. | |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | | |
| Incentivato attraverso consulenze ostetriche gratuite su allattamento, accudimento e controllo crescita del neonato. | | Dopo 48 ore in caso di parto naturale, dopo 72 ore in caso di cesareo. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | | |
| | | | | Disponibile un ambulatorio del puerperio. Corsi POST PARTO presso i consultori. | | |

CAV - Sede di Bologna



Centro di Aiuto alla Vita di Castel San Pietro Terme

Via S. Martino, 58 – 40024 Castel San Pietro Terme

| | |
|---|----|
| • N. mamme accolte: | 60 |
| • N. bimbi venuti al mondo grazie a noi: | 4 |
| • N. volontari: | 20 |
| • N. famiglie aiutate psicologicamente ed emotivamente: | 20 |
| • N. famiglie aiutate economicamente: | 10 |

CAV - Sede di San Giorgio di Piano



Servizio Accoglienza alla Vita - Vicariato di Galliera

Via Ramponi 3 – 40016 San Giorgio di Piano (BO)

| | | |
|---|-----|------------------------|
| • N. mamme accolte: | 177 | nel 2014, 188 nel 2015 |
| • N. bimbi venuti al mondo grazie a noi: | 10 | nel 2014, 5 nel 2015 |
| • N. volontari: | 34 | |
| • N. famiglie aiutate psicologicamente ed emotivamente: | 16 | nel 2014, 14 nel 2015 |
| • N. famiglie aiutate economicamente: | 57 | nel 2014, 64 nel 2015 |

Città e Comprensorio di **FERRARA**

COLLEGIO INTERPROVINCIALE OSTETRICHE FERRARA

Via Aeroporto 42/a - 44124 Ferrara - tel. 0532 902178
ostetriche.ferrara@libero.it

CONSULTORI FAMILIARI

CONSULTORIO FAMILIARE VIA BOSCHETTO

Via Boschetto, 29 - Ferrara
Tel. 0532 235518 - 0532 235525

AMBULATORIO DELLA GRAVIDANZA

Via Boschetto, 29 - Ferrara
Tel. 0532 235524 - 235515

CONSULTORIO FAMILIARE VIA GANDINI

Via Gandini, 26 - Ferrara
Tel. 0532 235014

CONSULTORIO SPAZIO GIOVANI

(per ragazzi dai 14 ai 19 anni)
Via Gandini, 26 (piano terra) - Ferrara
Tel. 0532 235026

CONSULTORIO SPAZIO DONNE STRANIERE

Via Gandini, 26 - Ferrara
Tel. 0532 235014

CONSULTORIO FAMILIARE PONTELAGOSCURO

Piazza Buozzi, 14 - Pontelagoscuro
Tel. 0532 461713

OSPEDALE "SS. ANNUNZIATA"

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | | LE CAMERE | |
|--|----------------|--|---|
| Sale uniche parto-travaglio per parto possibilmente demedicalizzato o "dolce". | | 11 posti letto più due destinati al Day Hospital, in stanze da 2 o 4 letti. Predisposizione all'ambiente intimo e umanizzato. | |
| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
| 498 | 21,9% nel 2014 | Le gravidanze accompagnate da patologie come diabete, ipertensione e patologie ginecologiche possono essere seguite dai medici dell'ospedale o trasferite in centri ospedalieri di II livello. | Possibilità di visitare il reparto accompagnati dal personale previa telefonata allo 051 6838258. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|------------------|--|--|---------------------|--------------------|
| SÌ | Disponibili corsi presso i consultori. | Disponibili corsi presso i consultori. | – | SÌ |

| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE |
|---|---|---|
| Al momento della presa in carico (37 ^a settimana circa). | Suddiviso in gravidanza a rischio e fisiologica. Grande attenzione all'accompagnamento emotivo. | Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino". |

| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) |
|---|---|
| SÌ | SÌ |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|-------------------------|--------------|
| – | – |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | PRESENZA 24 ORE | |
|---|------------------------------------|---|---|--|---|
| SÌ | | SÌ | | Pronto Soccorso Ostetrico. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| SÌ | | | Sì, disponibile 24 ore su 24 e gratuita. | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Sì, si cerca di evitarle. | | | 41 settimane + 3 giorni circa. | | |
| CENTRO TIN | | STEN | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO | |
| NO | | Grazie ai nuovi regolamenti un pediatra e un infermiere esperto accompagneranno il trasporto del bambino in ambulanza o in elicottero in caso di necessità di trasferimento verso centri di II o I livello. | Libera, anche in caso di anestesia epidurale. | SÌ | |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ | Sì, su richiesta. |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | SCREENING NEONATALE | |
| SÌ | SÌ | – | | Sì. Test malattie metaboliche, controlli glicemici, screening dell’udito, screening anca. | |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI |
| SÌ | | Sì, se necessario. | SÌ | SÌ | Sì. Dalle 6:30 alle 7:30; dalle 12:30 alle 13:30; dalle 18:30 alle 20:00. |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | |
| Incentivato o coadiuvato. | | Avvengono in terza giornata dopo un parto spontaneo, in quinta dopo un cesareo. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | |
| | | | | Sì, in fase di dimissioni la mamma riceve un depliant che indirizza ai servizi del territorio. | |

ARCISPEDALE SANT'ANNA

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | LE CAMERE |
|--|--|
| 3 sale per il parto fisiologico e il travaglio in acqua, 2 sale per il parto a rischio. | 22 posti letto. Stanze confortevoli e a 2 letti, dotate di bagno privato. |

| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
|-------------------|-------------------|---|--|
| 1616 | 32,8% nel 2014 | Presente un ambulatorio per l'abortività ripetuta. | Punto di riferimento provinciale e regionale di III livello per la nascita e l'assistenza di gravidanze a rischio. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|------------------|---|--------------------------|---------------------|--------------------|
| SÌ | Informazioni presso i consultori. | Sì, presso i consultori. | NO | SÌ |

| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE |
|---|---|--|
| Al momento della presa in carico (38 ^a settimana circa). | La gravidanza fisiologica viene presa in carico dalla 38 ^a settimana compiuta e assistita fino al parto con controlli clinici e strumentali presso l'Ambulatorio della Gravidanza Fisiologica. | Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino". |

| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) |
|---|---|
| Amniocentesi, funicolocentesi, villocentesi, diagnosi precoce della Talassemia major. | SÌ |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|-------------------------|--------------|
| — | — |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | | PRESENZA 24 ORE | |
|---|------------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|-------------------------------------|
| SÌ | | SÌ | | | 1 sala operatoria autonoma attiva 24 ore su 24. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| SÌ | | | | SÌ | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Sì, ma si cerca di evitarle. | | | | 41 settimane + 3 giorni circa. | | |
| CENTRO TIN | | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO |
| SÌ | | SÌ | SÌ | Libera | | SÌ |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | | SÌ | SÌ | SÌ | Sì, su richiesta. |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | | SCREENING NEONATALE |
| SÌ | SÌ | | – | | | SÌ |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI | |
| SÌ | | SÌ | Sì, negli orari di visita. | SÌ | Sì dalle 13:00 alle 14:00; dalle 19:10 alle 20:00. | |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | | |
| SÌ | | La degenza media può durare da 2 a 4 giorni a seconda dei casi clinici. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | | |
| | | | | Sostegno consultoriale in fase di dimissioni. | | |

OSPEDALE DEL DELTA

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | LE CAMERE |
|----------------------|--|
| 2 sale. | 9 stanze di degenza a 2 letti con bagno in stanza. |

| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
|-------------------|----------------|--|---|
| 311 | 25,1% nel 2014 | Le gravidanze accompagnate da patologie come diabete, ipertensione e patologie ginecologiche possono essere seguite dai medici dell'ospedale o trasferite in centri ospedalieri di II livello. | Gestione integrata delle patologie complesse in gravidanza. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|------------------|--|--------------------------|---------------------|--------------------|
| SÌ | Informazioni presso i consultori. | Sì, presso i consultori. | NO | SÌ |

| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE |
|---|--|--|
| Al momento della presa in carico (38 ^a settimana circa). | La gravidanza fisiologica viene presa in carico dalla 38 ^a settimana compiuta, e assistita fino al parto con controlli clinici e strumentali presso l'Ambulatorio della Gravidanza Fisiologica. | Ecografie di screening e diagnostiche. |

| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) |
|---|---|
| Prelievo dei villi coriali e amniocentesi precoce. | SÌ |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|-------------------------|--------------|
| – | – |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | | PRESENZA 24 ORE | |
|---|------------------------------------|---|-------------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| SÌ | | Sì, è presente un ambulatorio apposito. | | | Pronto Soccorso Ostetrico | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| SÌ | | | | Sì. Gratuita e disponibile 24 ore su 24. | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Sì, ma si cerca di limitarle. | | | | 41 settimane + 3 giorni circa. | | |
| CENTRO TIN | | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO | |
| NO | | SÌ | SÌ | Libera | SÌ | |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | | NO | SÌ | Non specificato. | Sì, se richiesto. |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | | SCREENING NEONATALE |
| SÌ | SÌ | | — | | | Sì, screening genetico-audiologico. |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI | |
| SÌ | | NO | Sì, negli orari di visita. | SÌ | Sì, dalle 13:00 alle 13:30; dalle 19:00 alle 20:00. | |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | | |
| Incentivato e coadiuvato. | | La degenza media può durare da 2 a 4 giorni a seconda dei casi clinici. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | | |
| | | | | Sostegno e corsi disponibili presso i consultori. | | |

CAV - Sede di Copparo



Centro di Aiuto alla Vita

Via Cavour 14 – 44034 Copparo (FE)

| | | |
|--|----|-----------------------|
| • N. mamme accolte: | 99 | nel 2014, 98 nel 2015 |
| • N. bimbi venuti al mondo grazie a noi: | 15 | nel 2014, 16 nel 2015 |
| • N. volontari: | 23 | |
| • N. famiglie aiutate economicamente: | 99 | nel 2014 |
| | 98 | nel 2015 |

- **Corsi e percorsi:** 1 Progetto Gemma nel 2014 e 1 nel 2015.

SAV - Sede di Ferrara



Servizio di Accoglienza alla Vita

Via Arginone 179 – 44100 Ferrara (FE)

| | |
|---|-----|
| • N. mamme accolte: | 420 |
| • N. donne con sindrome post aborto aiutate: | 6 |
| • N. bimbi venuti al mondo grazie a noi: | 21 |
| • N. volontari: | 42 |
| • N. famiglie aiutate psicologicamente ed emotivamente: | 52 |

- **Corsi e percorsi:** 15

SAV - Sede di Cento



Servizio di Accoglienza alla Vita Onlus Casa "A. Raimondi"

Via Didaco Facchini 1 – 44042 Cento (FE)

| | |
|---|-----|
| • N. mamme accolte: | 19 |
| • N. volontari: | 103 |
| • N. famiglie aiutate psicologicamente ed emotivamente: | 11 |
| • N. famiglie aiutate economicamente: | 72 |

Città e Comprensorio di **RAVENNA**

COLLEGIO OSTETRICHE DELLA PROVINCIA DI RAVENNA

Piazza Bernini, 2 - 48124 Ravenna - Tel. 0544 402543
ostetriche.ravenna@gmail.com - ostetrichera@racina.ra.it

CONSULTORI FAMILIARI

CONSULTORIO FAMILIARE PUBBLICO DI FAENZA

Via Zaccagnini, 22
Tel. 0546 602055
www.ausl.ra.it - fa.consfa@ausl.it

BRISIGHELLA

Via Fratelli Cardinali Cicognani, 76
Tel. 0546 602055
(Consultorio di Faenza)

CASOLA VALSENIO

Via Roma, 21
Tel. 0546 602055
(Consultorio di Faenza)

CASTEL BOLOGNESE

Via Roma, 2
Tel. 0546 652734
fa.consfamcastelbol@ausl.ra.it

RIOLO TERME

Via Tarlombani, 10
Tel. 0546 972826

SOLAROLO

Via San Mauro, 4
Tel. 0546 612314

OSPEDALE DEGLI INFERMI

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | LE CAMERE |
|--|--------------------------------------|
| 2 sale parto, una delle quali attrezzata con vasca per il travaglio e parto in acqua umanizzato. | Prevalentemente a 2 letti con bagno. |

| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
|-------------------|----------------|--|--|
| 774 | 23,6% nel 2014 | Si seguono parti prematuri e le patologie ostetriche che hanno probabilità di necessitare di un cesareo. | Le camere garantiscono un'atmosfera tranquilla e intima come quella di casa. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|------------------|--|---------------------------------|---------------------|--------------------|
| SÌ | – | Sì, organizzati dai consultori. | NO | SÌ |

| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE |
|---|---|---|
| Alla 38 ^a settimana si viene presa in carico dall'ostetrica dell'ospedale. | Suddiviso in gravidanza a rischio e fisiologica, con accompagnamento emotivo. | Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino". |

| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) |
|---|---|
| SÌ | SÌ |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|--|--------------|
| <p><i>Per la mamma:</i> 3-4 cambi e tutta la documentazione della gravidanza.</p> <p><i>Per il neonato:</i> 3-4 cambi.</p> | – |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | PRESENZA 24 ORE | |
|---|------------------------------------|---|--|--|--|
| SÌ | | SÌ | | Pronto Soccorso Ostetrico. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| SÌ | | | Non disponibile per ora. | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Sì, ma solo in caso di assoluta necessità. | | | 41 settimane + 3 giorni. | | |
| CENTRO TIN | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO | |
| SÌ | SÌ | SÌ | Libera | Disponibili diversi ausili come palloni, sgabelli, liana e materassini collocati a terra. | |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | SCREENING NEONATALE | |
| SÌ | SÌ | – | | Screening endocrinometabolici ed esame delle otoemissioni acustiche. | |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI |
| SÌ | | – | SÌ | SÌ | Sì, tutti i giorni dalle 7:30 alle 8:30 e dalle 11 alle 20:30. |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | |
| Attaccamento del bambino al seno: entro un'ora dalla nascita (o appena è possibile nel caso di taglio cesareo). | | Avvengono in terza giornata dopo un parto spontaneo, in quinta dopo un cesareo. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | |
| | | | | Visita a domicilio, nei primi giorni dopo la dimissione, da parte di una ostetrica del Consultorio per la verifica del decorso POST PARTO. | |

OSPEDALE SANTA MARIA DELLE CROCI

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | | LE CAMERE | |
|----------------------------------|-----------|--|--|
| Sale uniche per travaglio-parto. | | 11 camere a 1, 2, 3 posti letto per un totale di 29 posti letto. | |
| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
| 1451 | 32,5% | Si seguono parti prematuri e le patologie ostetriche che hanno probabilità di necessitare di un cesareo. | Presente una sala operatoria dedicata agli interventi urgenti. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|--------------------------|--|----------------------|---------------------|--------------------|
| Sì, presso i consultori. | – | Presso i consultori. | NO | SÌ |

| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE |
|---------------------------------|--|---|
| Alla 38 ^a settimana. | Protocollo consolidato Gravidanza a basso rischio con percorso assistenziale territoriale. | Ecografia genetica del primo trimestre, ecografia morfologica della 20 ^a settimana, ecografia accrescimento del terzo trimestre con tecnica 3D e 4D, ecografia ginecologica transaddominale e transvaginale 3D e 4D. |

| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) |
|---|---|
| Villocentesi, amniocentesi. | SÌ |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|---|---------------------------|
| <p>Per la mamma: camicia da notte o pigiama, biancheria (slip monouso), sapone intimo, assorbenti grandi per incontinenti, acqua, bicchiere, posate e tovaglioli.</p> <p>Documentazione degli esami effettuati, codice fiscale e tesserino sanitario.</p> <p>Per il neonato: 5 body o magliette da pelle, cinque tutine o spezzati, calzini, prodotti per l'igiene.</p> | Pannolini per il neonato. |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | PRESENZA 24 ORE | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|--|---|----------------------------|
| SÌ | | SÌ | | Pronto Soccorso Ostetrico. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| SÌ | | | SÌ | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Sì, ma solo in caso di assoluta necessità. | | | 41 settimane + 3 giorni. | | |
| CENTRO TIN | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO | |
| SÌ | SÌ | SÌ | Libera | Disponibili diversi ausili come palloni, sgabelli, liana e materassini collocati a terra. | |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | SCREENING NEONATALE | |
| SÌ | SÌ | – | | Screening endocrinometabolici ed esame delle otoemissioni acustiche. | |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI |
| SÌ | | – | Sì, negli orari di visita. | SÌ | Sì, negli orari di visita. |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | |
| Sì. Viene incoraggiato e coadiuvato. | | Entro le 48-72 ore dal parto. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | |
| | | | | Presso i consultori. Per problemi ginecologici o di allattamento è possibile rivolgersi al Pronto Soccorso Ostetrico. | |

OSPEDALE UMBERTO I

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | | LE CAMERE | |
|---|----------------|--|--|
| 4 sale travaglio-parto, di cui 1 dotata di vasca per travaglio e parto. | | Camere di degenza a 2-3 posti letto. | |
| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
| 736 | 21,9% nel 2014 | Il Primario è attivo per diffondere la cultura della nascita senza violenza. | Presente un ambulatorio per la gravidanza a rischio. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|---|--|--|---------------------|--------------------|
| SÌ | SÌ | Sì, presso i consultori. | NO | SÌ |
| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE | | |
| 37-38 settimane al momento della presa in carico. | Suddiviso a seconda del tipo di gravidanza: a rischio o fisiologica. | Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino". | | |
| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) | | |
| SÌ | | SÌ | | |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|---|--------------|
| <p>Per la mamma: documento d'identità, tessera sanitaria e codice fiscale, cartellina della gravidanza con tutti gli esami, ecografie e consulenze eseguite. Pigiama o camicia, pantofole, biancheria intima, occorrente per l'igiene personale, assorbenti per adulti incontinenti, posate, bicchiere, tazza.</p> <p>Per il neonato: 3 cambi completi (body, tutina, calzini) e la copertina per la culla.</p> | — |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | | PRESENZA 24 ORE | |
|---|------------------------------------|---|-------------------------------------|--|---|--|
| SÌ | | SÌ | | | Pronto Soccorso Ostetrico, senza passare dal Pronto Soccorso centrale, a qualsiasi settimana di gravidanza (per urgenze o travaglio). | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| SÌ | | | | SÌ | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Sì, ma solo in caso di assoluta necessità. | | | | 41 settimane + 3 giorni. | | |
| CENTRO TIN | | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO | |
| Presso l'ospedale Santa Maria delle Croci di Ravenna. | | SÌ | SÌ | Libera | Disponibili diversi ausili come palloni, sgabelli, liana e materassini collocati a terra. | |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | | SCREENING NEONATALE |
| SÌ | SÌ | | – | | | Screening endocrinometabolici ed esame delle otoemissioni acustiche. |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI | |
| SÌ | | Piccolo nido. | – | – | Sì, tutti i giorni dalle 10:00 alle 16:00 e dalle 17:00 alle 21:00. | |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | | |
| Incentivato e coadiuvato. | | Avvengono in terza giornata dopo un parto spontaneo, in quinta dopo un cesareo. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | | |
| | | | | Corsi e altre iniziative disponibili presso i consultori. | | |



CAV - Sede di Castel Bolognese

Centro di Aiuto alla Vita

Via Garavini, 19 – 48014 Castel Bolognese

| | | |
|---|----|----------|
| • N. mamme accolte: | 30 | nel 2014 |
| | 29 | nel 2015 |
| • N. bimbi venuti al mondo grazie a noi: | 1 | nel 2014 |
| | 1 | nel 2015 |
| • N. volontari nel 2014: | 17 | |
| • N. volontari nel 2015: | 21 | |
| • N. famiglie aiutate economicamente: | 17 | nel 2014 |
| | 21 | nel 2015 |
| • N. famiglie aiutate psicologicamente ed emotivamente: | 12 | nel 2014 |
| | 9 | nel 2015 |



CAV - Sede di Faenza

Centro di Aiuto alla Vita

Corso Mazzini 150 – 48018 Faenza (RA)

| | | |
|---|-----|------------------------|
| • N. bimbi venuti al mondo grazie a noi: | 38 | nel 2014, 58 nel 2015 |
| • N. volontari: | 18 | |
| • N. famiglie aiutate economicamente: | 264 | nel 2014, 286 nel 2015 |
| • N. famiglie aiutate psicologicamente ed emotivamente: | 38 | nel 2014, 30 nel 2015 |



CAV - Sede di Cervia

Centro di Aiuto alla Vita

Via Pinarella 76 – 48015 Cervia (RA)

| | | |
|--|----|----------|
| • N. mamme accolte: | 10 | nel 2014 |
| | 11 | nel 2015 |
| • N. donne con sindrome post aborto aiutate: | 1 | |
| • N. bimbi venuti al mondo grazie a noi: | 3 | nel 2014 |
| | 2 | nel 2015 |
| • N. volontari: | 3 | |
| • N. famiglie aiutate economicamente: | 5 | nel 2014 |
| | 5 | nel 2015 |

Città e comprensorio di **FORLÌ-CESENA**

ASSOCIAZIONE PUNTO DONNA

Via P. Maroncelli, 39 - 47122 Forlì
Tel. 0543 36484 - Cell. 335 5898933
info@puntodonna.it - www.puntodonna.it

POLIAMBULATORIO KIMEYA SRL

Via Rasi e Spinelli, 194 - 47521 Cesena
Tel. 0547 610024
info@kimeya.it - www.kimeya.it

MAMME A TUTTO GAS

www.mammegascesena.blogspot.it

CONSULTORI FAMILIARI

CASTROCARO TERME

Via Maltoni - 47011
Tel. 0543 769201

CESENA

Piazza A. Magnani, 147 - 47023
Tel. 0547 394232

CESENATICO

Largo S. Giacomo, 15 - 47042
Tel. 0547 82494

FORLÌ

Via Colombo, 15 - 47100
Tel. 0543 733100

FORLIMPOPOLI

Via Bazzocchi, 4 - 47034
Tel. 0543 733306

GALEATA

Via I Maggio, 1 - 47010
Tel. 0543 941644

GAMBETTOLA

Via Sopra Rigossa, 490 - 47035
Tel. 0547 53828

MERCATO SARACENO

Piazza Bufalini, 7 - 47025
Tel. 0547 699911

MODIGLIANA

Via Corridoni, 31 - 47015
Tel. 0546 949409

PREDAPPIO

Via Trieste, 4 - 47016
Tel. 0543 923535

ROCCA SAN CASCIANO

Via Mazzini - 47017
Tel. 0543 951325

SAN PIERO IN BAGNO

Via Marconi, 36 - 47026
Tel. 0543 904134

SANTA SOFIA

Via Dante Alighieri - 47018

SAVIGNANO SUL RUBICONE

Corso Perticari, 117 - 47039
Tel. 0541 809967

OSPEDALE MAURIZIO BUFALINI

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | LE CAMERE |
|---|---|
| 4 sale travaglio-parto comunicanti con antibagno e bagno con servizi igienici e doccia, adiacenti alla Sala Operatoria di Ostetricia e Ginecologia. | 15 stanze di degenza con bagno, di cui 11 stanze a 2 posti letto, e 4 singole. All'interno di ogni stanza vi è un fasciatoio per il cambio del neonato, aria condizionata e televisore. |

| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
|-------------------|----------------|---|---|
| 2065 | 27,1% nel 2014 | Ambulatorio Gravidanze a Rischio quali: gemellari, con patologie materne, ritardi di crescita, prematurità. | Disponibile ambulatorio dedicato alle gravidanze a rischio. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|------------------|---|----------------------|---------------------|--------------------|
| SÌ | Se ne parla al corso di mezza giornata sulla analgesia non farmacologica. | Presso i consultori. | NO | SÌ |

| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE |
|----------------------------|--|--|
| Dalla 38ª settimana. | Differenziato a seconda che la gravidanza sia fisiologica o a rischio. | Al primo, secondo e terzo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino". |

| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) |
|--|--|
| Villocentesi nel primo trimestre di gravidanza e amniocentesi nel secondo trimestre. | Ecografie ravvicinate, implementate con l'ausilio del doppler e del <i>color-flow</i> , precisazioni morfologiche e bi-test. |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|---|--------------|
| Per la mamma: 3-4 cambi e tutta la documentazione della gravidanza. Per il bambino: 3-4 cambi. | — |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | PRESENZA 24 ORE | |
|---|------------------------------------|---|--|--|---|
| SÌ | | SÌ | | Ambulatorio urgenze ostetriche. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| Aromaterapia, massaggi con digitopressione, idropuntura, agopuntura e utilizzo di tens. Rapporto 1 a 1 madre-ostetrica. | | | SÌ | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Sì, ma solo in caso di necessità. | | | 41 settimane + 4 giorni. | | |
| CENTRO TIN | | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO |
| SÌ | | SÌ | SÌ | Libera | Disponibili diversi ausili come palloni, sgabelli, liana e materassini collocati a terra. |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | NO | SÌ | SÌ | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | | SCREENING NEONATALE |
| Sì, con coinvolgimento attivo del padre. | SÌ | – | | | Screening endocrinometabolici ed esame delle otoemissioni acustiche. |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI |
| Non specificato. | | SÌ | SÌ | SÌ | Sì, dalle 13:00 alle 14:30; dalle 19:00 alle 20:30. |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | |
| Sì, educazione all'allattamento e banca del latte materno. | | Avvengono in terza giornata dopo un parto spontaneo, in quinta dopo un cesareo. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | |
| | | | | Supporto alle madri e ai neonati tramite i consultori. | |

OSPEDALE MORGAGNI - PIERANTONI

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | LE CAMERE |
|----------------------|-----------|
|----------------------|-----------|

4 sale travaglio-parto con bagno.

Camere da 2 o 4 posti letto con bagno in camera.

| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
|-------------------|----------------|------------------|---|
| 1218 | 25,8% nel 2014 | — | Possibilità di richiedere un parto naturale, demedicalizzato, parto in analgesia, parto a domicilio o parto in anonimato. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|------------------|--|---|---------------------|--------------------|
| SÌ | SÌ | Sì, organizzati anche dal reparto c/o la struttura privata convenzionata. | NO | SÌ |

| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE |
|---|---|--|
| Dalla 38 ^a settimana per gravidanza fisiologica. | Suddivisione gravidanza: fisiologica o a rischio. | Al primo, secondo e terzo trimestre. (Al terzo trimestre subentrerà per legge la misurazione "sinfisi-fondo"). |

| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) |
|---|---|
| SÌ | Translucenza nucale, bi-test e ultrascreen. |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|---|--------------|
| Per la mamma: 3-4 cambi e tutta la documentazione della gravidanza. Per il bambino: 3-4 cambi. | — |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | PRESENZA 24 ORE | |
|---|------------------------------------|---|--|---|---|
| SÌ | | SÌ | | Pronto Soccorso Ostetrico. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| SÌ | | | Sì, gratuita. | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| – | | | 41 settimane + 3 giorni. | | |
| CENTRO TIN | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO | |
| NO | SÌ | SÌ | Libera | Palla, sedia, sgabello, liana, vasca. | |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | NO | SÌ | SÌ | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | SCREENING NEONATALE | |
| SÌ | SÌ | – | | Screening endocrinometabolici ed esame delle otoemissioni acustiche. | |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI |
| SÌ | | Sì, se la mamma lo richiede. | – | Sì, dalle 10:30 alle 20:00. | Sì, dalle 6:30 alle 7:30; dalle 13:00 alle 14:00; dalle 19:00 alle 20:00. |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | |
| Incentivato o coadiuvato. | | In dimissione, il neonato sarà rivisitato e saranno forniti consigli su alimentazione e cure neonatali. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | |
| | | | | Presso il consultorio e su richiesta della madre è prevista una visita a domicilio, nella prima settimana dopo il parto, da parte di un’ostetrica o di un’assistente sanitaria. | |

CAV - Sede di Forlì



Centro di Aiuto alla Vita
Via Lazzarini, 24 - 47121 Forlì

| | |
|---|----------|
| • N. bimbi venuti al mondo grazie a noi: | 25 |
| • N. donne con sindrome post aborto aiutate: | 2 |
| • N. volontari: | 8 |
| • N. famiglie aiutate economicamente: | 70 circa |
| • N. famiglie aiutate psicologicamente ed emotivamente: | 10 circa |

- **Corsi e percorsi:** prima edizione della Scuola delle Mamme “Custodire la Vita” nel 2016.

CAV - Sede di Cesena



Centro di Aiuto alla Vita
Corso Cavour, 132 - 47521 Cesena

| | |
|---|--------------|
| • N. mamme accolte: | 109 nel 2014 |
| | 9 nel 2015 |
| • N. bimbi venuti al mondo grazie a noi: | 20 nel 2014 |
| | 21 nel 2015 |
| • N. donne con sindrome post aborto aiutate: | 1 nel 2014 |
| | 2 nel 2015 |
| • N. volontari: | 19 |
| • N. famiglie aiutate economicamente: | 99 nel 2014 |
| | 102 nel 2015 |
| • N. famiglie aiutate psicologicamente ed emotivamente: | 10 nel 2014 |
| | 9 nel 2015 |

- **Corsi e percorsi:** corso di formazione per mamme in attesa assistite dal centro.

Città e comprensorio di **RIMINI**

ASSOCIAZIONE NAZIONALE OSTETRICHE PARTO A DOMICILIO E CASA MATERNITÀ

| | | | |
|------------------------|------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| Carlini Paola | Rimini | paola_carlini@libero.it | Tel. 339 1240837 |
| Manduchi Elisa | Villa Verucchio | linda.manduchi@libero.it | Tel. 339 5997620 |
| Moni Rosalba | Novafeltria | rosyost@yahoo.it | Tel. 349 7267690 |
| Montini Rachele | Rimini | rachelemontini@alice.it | Tel. 338 5080953 |
| Morello Nadia | Rimini | nadiamorello1@gmail.com | Tel. 335 8382363 |

ASSOCIAZIONE OSTETRICA NASCITA E NON SOLO

Via Pietrarubbia, 32 - 47922 Rimini - Tel. 338 5080953
www.nascitaenonsolo.com - rachelemontini@alice.it - paola_carlini@libero.it



OSPEDALE INFERMI

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | LE CAMERE |
|--|---|
| 5 sale attrezzate per travaglio-parto. | 9 camere a 2 letti e 3 camere a 3 letti, tutte dotate di bagno in camera. |

| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
|-------------------|----------------|--|---|
| 3016 | 17,8% nel 2014 | Presenti ambulatori di Medicina materno-fetale, neonatologia, rianimazione neonatale, Diabetologia, Cardiologia, Chirurgia pediatrica. | L'ospedale vanta insieme a quello di Carpi il tasso più basso di cesarei in Emilia Romagna. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|------------------|--|----------------|---------------------|--------------------|
| SÌ | SÌ | SÌ | – | SÌ |

| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE |
|---------------------------------|---|--|
| Alla 37 ^a settimana. | Si individua l'ostetrica più idonea ad accompagnare in modo continuativo e personalizzato la donna. | Al primo e secondo trimestre. Al terzo trimestre è stata introdotta la misurazione "sinfisi-fondo uterino". |

| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (amniocentesi, villocentesi) | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale) |
|---|---|
| Amniocentesi, villocentesi, funicolocentesi. | Ecografie di II livello, test combinato. |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|---|--------------|
| <i>Per la mamma:</i> 3-4 cambi e tutta la documentazione della gravidanza. <i>Per il bambino:</i> 3-4 cambi. | – |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | | PRESENZA 24 ORE | |
|---|------------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|--|
| SÌ | | Sì, su prenotazione telefonica. | | | Ginecologo | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| SÌ | | | | Sì, disponibile 24 ore su 24. | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Sì, ma si cerca di evitarle. | | | | 41 settimane + 3 giorni. | | |
| CENTRO TIN | | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO | |
| SÌ | | SÌ | SÌ | Libera | Disponibili diversi ausili come sgabelli, liana e materassini collocati a terra. | |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | | SCREENING NEONATALE |
| SÌ | SÌ | | – | | | Screening audiologico e test genetico. |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI | |
| SÌ | | Sì, in caso di bisogno o stanchezza della madre le ostetriche si prendono cura del neonato. | SÌ | SÌ | Sì, negli orari di visita. | |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | | |
| Incentivato e coadiuvato. | | Durante il colloquio di dimissione con il ginecologo/ostetrica del reparto vengono fornite molte informazioni riguardo all'immediato futuro a casa. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | | |
| | | | | Ambulatori del puerperio presso i consultori. | | |

CAV - Sede di Rimini



Centro di Aiuto alla Vita "Carla Ronci"

c/o parrocchia San Nicolò, via Ravegnani, 7 – 47921 Rimini

| | | |
|---|-----|----------|
| • N. mamme accolte: | 200 | nel 2014 |
| | 214 | nel 2015 |
| • N. bimbi venuti al mondo grazie a noi: | 8 | nel 2014 |
| | 8 | nel 2015 |
| • N. volontari: | 8 | |
| • N. famiglie aiutate economicamente: | 10 | nel 2014 |
| | 12 | nel 2015 |
| • N. famiglie aiutate psicologicamente ed emotivamente: | 10 | nel 2014 |
| | 12 | nel 2015 |

CONSULTORI FAMILIARI

BELLARIA-IGEA MARINA

Piazza Del Popolo - 47041

CATTOLICA

Piazza Della Repubblica, 18 - 47033

Tel. 0541 834228

CORIANO

Via Fleming, 4 - 47040

Tel. 0541 668203

MORCIANO DI ROMAGNA

Via Abbazia - 47047

Tel. 0541 608980-604421

NOVAFELTRIA

Piazza Bramante, 10 - 61015

Tel. 0541 919640

RICCIONE

Piazza Unità, 10 - 47036

Tel. 0541 698704-22

RIMINI

• "Colosseo" - Via Coriano, 38 - 47037

• "Celle" - Via XXIII Settembre, 120 - 47037

Tel. 0541 747604-02-00

SANTARCANGELO DI ROMAGNA

Piazza Suor Molari - 47038

Tel. 0541 705805

VERUCCHIO

Via Casale, 95 - 47040

Tel. 0541 314104

Città e Comprensorio di **SAN MARINO**

ASSOCIAZIONE LE NOVE LUNE

Via Pietro Bembo, 6 - 47899 Serravalle (RSM)

Tel. 0549 96142

info@lenovelune.sm - www.lenovelune.sm



OSPEDALE DI STATO

I NUMERI

| SALE PARTO/TRAVAGLIO | LE CAMERE |
|----------------------|-----------|
|----------------------|-----------|

Sala travaglio e sala parto.

Stanze a 2 letti con bagno privato.

| N. PARTI ALL'ANNO | % CESAREI | SERVIZI SPECIALI | INOLTRE |
|-------------------|-----------|---|---|
| — | — | Programmi per la cura della sterilità e centro per la fecondazione assistita. | L'ospedale offre aiuto e consulenze sulla costruzione della famiglia. |

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

| TRAINING EMOTIVO | MASSAGGIO, AUTOMASSAGGIO, COMUNICAZIONE PERINATALE | CORSI PREPARTO | CORSI YOGA PREPARTO | PARTO IN ANONIMATO |
|------------------|--|----------------|---------------------|--------------------|
| SÌ | Corsi di massaggio del neonato. | SÌ | NO | SÌ |

| CONOSCENZA DELL' OSTETRICA | PIANO ASSISTENZIALE OSTETRICHE | ECOGRAFIE |
|---|--|---|
| La prima visita è bene effettuarla fra la 7 ^a -8 ^a settimana di gestazione. | Le visite ostetriche vengono programmate ogni 4-5 settimane, così come gli esami del sangue e delle urine. | Prima ecografia: alla 12 ^a settimana di gestazione. Seconda ecografia: tra la 20 ^a e la 21 ^a settimana per lo screening delle malformazioni fetali. Terza ecografia: tra la 30 ^a e la 32 ^a settimana per valutare la crescita fetale, la presentazione fetale e la posizione della placenta. |

| DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (<i>amniocentesi, villocentesi</i>) | DIAGNOSI PRENATALE NON INVASIVA (<i>ultrascreen, traslucenza nucale, osso nasale</i>) |
|---|--|
| Calcolo rischio preeclampsia, duo-test, amniocentesi, villocentesi, <i>prenatal bobs, cgh array, harmony test</i> . | — |

| COSA METTERE IN VALIGIA | TI DIAMO NOI |
|---|--------------|
| Tutta la documentazione sanitaria, 3 cambi per il neonato, 3 cambi per la mamma, slip di rete e assorbenti. | — |

QUANDO ANDARE IN OSPEDALE

Quando la gravidanza è quasi al termine e si verificano perdite di sangue, contrazioni ravvicinate, perdita copiosa di liquido amniotico, dolori forti all'addome o nella regione lombare, aumento della pressione sanguigna.

ASSISTENZA AL PARTO

| DAY HOSPITAL PREPARTO | | MONITORAGGIO GRAVIDANZA A TERMINE | | PRESENZA 24 ORE | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|--|--|---|
| SÌ | | SÌ | | Pronto Soccorso Ostetrico. | |
| IPOALGESIA CON TERAPIE NON FARMACOLOGICHE | | | ANESTESIA EPIDURALE | | |
| – | | | Livopan® (anestetico gassoso). | | |
| EPISIOTOMIA, OSSITOCINA | | | EPOCA GESTAZIONALE DI INDUZIONE AL PARTO | | |
| Sì, ma solo se indispensabili. | | | 41 settimane + 3 giorni. | | |
| CENTRO TIN | | STEN | STAM | POSIZIONE DEL PARTO | SUPPORTI DIFFERENZIATI PER IL PARTO |
| NO | | SÌ | SÌ | Libera | Disponibili poltrona, sgabello e palla. |
| TRAVAGLIO DI PROVA | TAGLIO CESAREO DOLCE, METODO STARK | PARTO IN ACQUA | RACCOLTA SANGUE CORDONALE | TAGLIO RITARDATO CORDONE OMBELICALE | LOTUS BIRTH |
| SÌ | SÌ | SÌ | SÌ | SÌ | Sì, su richiesta. |
| CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN | PARTNER O SUPPORTER IN SALA PARTO | MARSUPIOTERAPIA PER BIMBI PREMATURI | | SCREENING NEONATALE | |
| SÌ | SÌ | – | | Screening neonatale metabolico allargato. | |
| ROOMING-IN | | NIDO | FRATELLINI IN STANZA | PADRE IN STANZA | VISITE PARENTI |
| SÌ | | SÌ | SÌ | SÌ | Sì, in orario di visita. |
| ALLATTAMENTO AL SENO | | DIMISSIONI | | ASSISTENZA POST PARTO | |
| Aiuto e sostegno dell'allattamento materno. | | Dopo circa 3 giorni dal parto. | | SOSTEGNO AL PUERPERIO, CONTROLLI PEDIATRICI, TRAINING, CURE NEONATALI E CORSI POST PARTO | |
| | | | | Il neonato viene visitato dal pediatra, che fornisce alla mamma tutte le indicazioni per l'allattamento e la cura. | |

Glossario

Testi parzialmente tratti dal sito www.nostrofiglio.it

Abortività spontanea

Interruzione della gravidanza entro le prime venti settimane dal concepimento per cause indipendenti dalla volontà della donna.

Amnioressi

Rottura del sacco amniotico, mediante una minima trazione sulle membrane attuata con un piccolo strumento, detto amniotomo, durante la visita ostetrica. Favorisce la progressione del travaglio di parto e consente di osservare il colore del liquido amniotico.

Bonding

Il *bonding* (dall'inglese *to bond*: vincolare, attaccare, collegare) è il processo di formazione del legame tra i genitori e il loro bambino. È un legame profondo, specifico, permanente (fisico e psicologico insieme), che permette di allattare, di cullare, di giocare col proprio bambino, ma anche di proteggerlo, di non trascurarlo, di non abbandonarlo. Il mezzo più semplice ed efficace per creare un legame stabile e positivo tra i genitori e il bambino è quello di mettere il neonato nelle braccia della mamma, in contatto pelle a pelle, nelle due ore successive al parto, senza attuare alcuna separazione se il loro stato di salute lo permette.

Canale del parto

Il canale naturale, costituito dalla parte inferiore dell'utero distesa, dal collo dell'utero completamente dilatato, dalla vagina, dai muscoli perineali e dalla vulva, contornato dalle strutture ossee del piccolo bacino. Ha una forma curva, diversa e unica nel mondo dei mammiferi.

Clampaggio

Compressione temporanea di un vaso sanguigno o di un altro condotto anatomico con una pinza chirurgica per evitare o arrestare emorragie. Nel parto questa procedura si applica per bloccare il flusso di sangue del cordone ombelicale e consentirne il taglio.

Contrazioni uterine

Movimenti involontari, intermittenti e d'intensità crescente della parte muscolare dell'utero, associati a dolore in travaglio. Servono a spingere gradualmente il feto lungo il canale del parto.

Cordone ombelicale

Detto anche funicolo, collega l'addome del feto alla placenta. Contiene i vasi sanguigni ombelicali in cui il sangue scorre dalla placenta al feto e viceversa. Tali vasi sono immersi e protetti in una sostanza gelatinosa, chiamata gelatina di Wharton.

Donazione del sangue cordonale

Il sangue del cordone ombelicale è ricco di cellule staminali capaci di generare globuli rossi, globuli bianchi e piastrine, gli elementi fondamentali del nostro sangue. La procedura di donazione consiste nel prelievo del sangue dal cordone ombelicale poco prima del "secondamento", cioè prima dell'espulsione della placenta quando il feto è già nato e il cordone è stato reciso. Il sangue viene raccolto in una sacca sterile, analizzato, etichettato e conservato tramite congelamento in azoto liquido a -196 °C.

Endometriosi

Disturbo femminile originato dalla presenza anormale del tessuto che riveste l'interno dell'utero, l'endometrio, al di fuori della cavità uterina in altre zone del corpo, soprattutto nella pelvi.

Epidurale

Modalità di anestesia che prevede la somministrazione di un anestetico nello spazio epidurale, cioè tra la parete interna del canale rachidiano e la dura madre.

Episiotomia

Taglio con forbici del perineo (la parte che chiude inferiormente il piccolo bacino, situata tra la vagina e il retto), previa anestesia locale, allo scopo di allargare l'apertura della vulva e facilitare la fuoriuscita del feto.

Ipoalgesia naturale

Analgesia dolce e naturale per alleviare il dolore durante il parto attivo attraverso metodi come il tatto, il massaggio, l'acqua e gli impacchi caldi e freddi.

Malposizionamento della placenta (o placenta previa)

Situazione in cui la placenta si inserisce nella parte bassa dell'utero andando a coprire in parte o interamente l'orifizio uterino.

Ossitocina

Ormone prodotto naturalmente dal corpo umano, la cui azione principale è quella di stimolare le contrazioni dell'utero.

Parto cesareo

Intervento chirurgico per l'estrazione del neonato attraverso un'incisione addominale trasversale in anestesia loco-regionale.

Parto in acqua

In alternativa alla partoanalgesia, il dolore del travaglio può essere di gran lunga attenuato trascorrendo parte del travaglio, o anche il parto, in acqua. All'interno della sala parto esistono una o più vasche studiate per consentire alla partoriente di distendersi e rilassarsi in posizione semiseduta, immersa fino al petto, nuda, in acqua riscaldata a 37 °C.

Perineo

È l'insieme dei muscoli che formano il piano che chiude inferiormente la cavità addominale e pelvica. Viene chiamato anche pavimento pelvico e sostiene gli organi interni: vescica, utero e retto.

Placenta

È l'organo predisposto agli scambi di sostanze nutritive e anticorpi tra la madre e il feto. Funge inoltre da potente filtro contro i parassiti del sangue.

Post partum

Periodo di due ore immediatamente successivo al parto, in cui la puerpera viene tenuta in osservazione e ne vengono controllate la temperatura, la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la diuresi, le lochiazioni e la contrazione-retrazione dell'utero. Lo si trascorre all'interno della sala parto.

Presentazione fetale

È rappresentata dalla parte del corpo del nascituro che si introduce per prima nel canale del parto. Può essere la testa (si parla quindi di presentazione cefalica), i piedi (presentazione podalica), o il tronco (presentazione di spalla). Viene stabilita all'ingresso in sala parto mediante la visita vaginale e l'ecografia.

Puerperio

Periodo che va dal secondamento alla ripresa del ciclo mestruale. Dura mediamente 6-8 settimane.

La prima mestruazione dopo il parto, detta capoparto, compare in genere dopo circa 40-50 giorni, o ancora più tardivamente nelle madri che allattano al seno. Durante il puerperio regrediscono tutti i cambiamenti che la gravidanza ha portato con sé.

Sacco amniotico

È l'involucro che contiene il feto, immerso nel liquido amniotico. Si rompe spontaneamente durante il travaglio, o talvolta prima di esso. In alcuni casi se ne decide la rottura artificiale.

Secondamento

Fase nella quale la placenta, che ha messo in comunicazione indiretta madre e feto consentendo gli scambi di ossigeno e di nutrienti durante tutta la gestazione, si distacca dall'utero e fuoriesce all'esterno, grazie a un numero limitato di spinte.

STAM (Sistema di Trasporto Assistito Materno)

Servizio che prevede il trasferimento di una paziente in gravidanza da un centro di primo livello a un centro di secondo/terzo livello. Ha l'obiettivo di garantire un'assistenza adeguata alla donna e al neonato in caso di nascita prematura o in presenza di patologie materne che necessitino di interventi specifici.

STEN (Servizio di Trasporto Emergenza Neonatale)

Si tratta di un servizio analogo al 118, dedicato al neonato e costituito da un'**ambulanza attrezzata con tutte le strumentazioni indispensabili** (monitor, ventilatori, culla) che trasporta, dove necessario, **un medico esperto e un'infermiera** al fine di assistere al meglio il neonato.

Tappo mucoso

Muco striato di sangue, contenuto nel canale cervicale durante la gravidanza. Viene espulso con l'iniziale dilatazione del collo uterino.

TIN (Terapia Intensiva Neonatale)

La Terapia Intensiva Neonatale è una struttura di assistenza per patologie mediche e chirurgiche proprie del periodo neonatale.

Travaglio

Insieme di fenomeni che iniziano con manifestazioni di dolore e contrazioni che precedono il parto e che si concludono con l'espulsione del neonato.

Ventosa ostetrica

È una piccola coppetta di plastica che il ginecologo può applicare, solo in casi particolari, sulla testa del feto per accelerare la sua nascita durante il periodo espulsivo.

Siti web di associazioni e istituzioni regionali e nazionali

<http://www.acp.it>
<http://www.allattamentoibclcl.it/>
<http://www.anep.org/>
<http://www.dottorpaologiordo.it>
<http://www.eco-cucina.it>
<http://www.facebook.com/bornwithoutviolence>
<http://www.facebook.com/iburobin>
<http://www.facebook.com/michelodent>
<http://www.facebook.com/odentitalia>
<http://www.genitorichannel.it/>
<http://www.ilpartopositivo.com>
<http://www.lllitalia.org/>
<http://www.lovingthemothet.com>
<http://www.marsupioscuola.it>
<http://www.mipaonline.com/mipa-centro-studi/>
<http://www.mondo-doula.it>
<http://www.nascereacasa.it>
<http://www.nascerebene.ch>
<http://www.partonaturale.net>
<http://www.pediatriafunzionale.it>
<http://www.tina-taylor.com>
<http://www.tizianacatanzani.it>
<http://www.uppa.it>
<http://www.verenaschmid.eu/>
<http://www.vitadidonna.it/gravidanza/>
<http://www.wombecology.com>

A.I.O. - Associazione Italiana Ostetricia
www.associazioneitalianaostetricia.it

Associazione Culturale Pediatri
www.acp.it

Associazione degli Ostetrici e Ginecologi
Ospedalieri Italiani
www.aogoi.it

Associazione Donatrici Italiane Sangue Cordone
Ombelicale
www.adisco.it

Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale
e Riproduttiva
www.saperidoc.it

Centro per la Valutazione dell'Efficacia
dell'Assistenza Sanitaria
www.ceveas.it

Federazione Nazionale Collegio Ostetriche
www.fnco.it

Gruppo di studio gastroenterologia e nutrizione
neonatale
www.gastroneo.it

Il Portale del Servizio Sanitario Regionale
dell'Emilia Romagna
www.salute.regione.emilia-romagna.it

Network Neonatale Italiano
www.neonatalnet.org

Pediatria OnLine, la community dei pediatri
italiani
www.pediatria.it

Lectures Recommended

- Arena, Ivana, *Dopo un Cesareo*, Bonomi Editore, Pavia 2007.
- Baker, Jeannine Parvati, Baker, Frederick, *Concepimento consapevole*, Edizioni Tlon, La Bottega della Luna, Macro Edizioni, prossima pubblicazione.
- Boucke, Laurie, *Senza pannolino*, Terra Nuova, Firenze 2006.
- Braibanti, Lorenzo, *Parto e nascita senza violenza*, Red, Milano 2009.
- Buchal, Bianca, *Gravidanza Consapevole*, UNO Editore, Orbassano 2014.
- Buckley, Sarah J., *Partorire e accudire con dolcezza. La gravidanza, il parto e i primi mesi con tuo figlio secondo natura*, Il Leone Verde, Torino 2012.
- Catanzani, Tiziana, *Come Allattare il tuo Bambino*, Macro Edizioni, Cesena 2016.
- Ceccherini, Anna, *Dall'acqua alla vita*, Bonomi, Pavia 2002.
- Gaskin, Ina May, *La Gioia del Parto*, Bonomi Editore, Pavia 2004.
- Gava, Rovertò, *Le vaccinazioni pediatriche*, Salus Infermorum, Padova 2008.
- Giordo, Paolo, *Alimentazione e Disturbi del Comportamento in Bambini e Ragazzi*, Macro Edizioni, Cesena 2015.
- Holford, Patrick, Colson, Deborah, *L'Alimentazione Sana per Bambini e Ragazzi*, Macro Edizioni, Cesena 2014.
- Kirby, David, *Vaccini e Bambini*, Macro Edizioni, Cesena 2006.
- Kitzinger, Sheila, *Gravidanza e parto*, Rizzoli, Milano 2008.
- Kitzinger, Sheila, *Il bambino, l'attesa e la nascita*, Mondadori, Milano 2004.
- La Leche League, *L'arte dell'allattamento materno*, La Leche League International, Schaumburg 2005.
- Leboyer, Frédérick, *Il rito nella nascita*, Red, Como 2005.
- Leboyer, Frédérick, *L'arte di partorire*, Red, Milano 2008.
- Leboyer, Frédérick, *Per una nascita senza violenza*, Bompiani, Milano 2000.
- Liedloff, Jean, *Il concetto del continuum*, La Meridiana, Molfetta 2004.
- Lim, Robin, *Dopo la Nascita del Bambino*, Apogeo, Milano 2007.
- Lim, Robin, *Il Libro della Placenta*, Macro Edizioni, Cesena 2013.
- Malavagna, Elisabetta, *Il Parto in Casa*, Il Leone Verde, Torino 2014.
- Montanari, Stefano, Gatti, Antonietta, *Vaccini: Sì o No?*, Macro Edizioni, Cesena 2015.
- Odent, Michel, *Abbracciamolo subito! I veri bisogni del bambino e della mamma*, Red, Milano 2006.
- Odent, Michel, *Il cesareo*, Blu Edizioni, Perugia 2009.
- Odent, Michel, *L'agricoltore e il ginecologo*, Il Leone Verde, Torino 2006.
- Odent, Michel, *La nascita e l'evoluzione dell'Homo sapiens*, Tlon, Roma 2016.
- Odent, Michel, *La scientificazione dell'amore*, Urta, Milano 2008.
- Odent, Michel, *Nascere nell'era della plastica*, Terra Nuova, Firenze 2012.
- Proietti, Luciano, Sabina, Bietolini, *I Primi 1000 Giorni*, Macro Edizioni, Cesena 2016.
- Rachana, Shivam, *Lotus Birth: il parto integrale. Nati con... la placenta!*, Amrita, Giaveno 2005.
- Schmid, Verena, *Venire al mondo e dare alla luce. Percorsi di vita attraverso la nascita*, Urta, Milano 2014.
- Scropetta, Clara, *Accanto alla madre. La nuova figura della doula come accompagnamento al parto e alla maternità*, Terra Nuova, Firenze 2012.
- Stadelmann, Ingeborg, *Accogliere una nuova vita*, Urta, Milano 2007.
- Stokes, Beverly, *Neonati felici in movimento*, Somatica Edizioni-Macro Edizioni, Cesena 2011.
- Strozzi, Silvia, *100 Baby Pappe*, Macro Edizioni, Cesena 2011.
- Strozzi, Silvia, *100 Baby Ricette*, Macro Edizioni, Cesena 2012.
- Taylor, Tina, *Il Parto Senza Dolore*, Macro Edizioni, Cesena 2015.
- Tsabay, Shefali, *Guida per Diventare un Genitore Consapevole*, Macro Edizioni, Cesena 2016.
- Verny, Thomas, Weintraub, Pamela, *Bambini si Nasce*, Bonomi Editore, Pavia 2004.
- Uber, Elena, Carini, Marco, Mazzacconi, *Nascere. Manuale per il parto in acqua*, La Meridiana, Molfetta 1998.

Ringraziamenti

Sono stati un aiuto prezioso e insostituibile durante lo sviluppo della nostra ricerca e non vogliamo fare a meno di ringraziarli: le titolari e le collaboratrici delle associazioni ostetriche per il parto a domicilio “Nascita e non solo” di Rimini e “Nove Lune” di San Marino; le titolari e le collaboratrici dell’Associazione culturale “Il Nido” e dell’Associazione di ostetriche per il parto a domicilio e casa maternità di Bologna; gli uffici stampa, i Primari, le coordinatrici dei reparti di ostetricia dell’Emilia-Romagna, che ci hanno permesso di visitare i reparti e ci hanno trasmesso un po’ delle loro opinioni ed esperienze aiutandoci a capire come si nasce oggi nella nostra regione.

Ringraziamo poi i consultori, come quello di Parma, che hanno trovato il tempo di farci passare una mattina con loro ed entrare nel vivo dell’apassionata attività che svolgono per la salute della partorientente.

Un ringraziamento speciale va al Dottor Vittorio Basevi, della Direzione generale sanità e politiche so-

ciali della Regione Emilia Romagna, e alle Dottoresse Silvana Borsari (referente area materna e infantile del SAT) e Elena Castelli (sviluppo e innovazione consultori familiari e pediatrici): funzionari regionali che si sono resi disponibili a spiegarci leggi, linee guida e nuove tendenze sul tema parto.

Ringraziamo anche la Consigliera Dottoressa Raffaella Sensoli, Vicepresidente della Commissione Regionale Sanità.

Infine, poiché la nostra ricerca nasce dal voler dare alle madri la libertà di partorire con consapevolezza dove e come preferiscono, un ringraziamento speciale va al CAV, che estende la libertà di partorire e crescere il proprio figlio anche in caso di problematiche familiari o materne, sia materiali che psicologiche.

Grazie, grazie, grazie a tutti voi per la collaborazione e la grande passione che abbiamo sempre percepito da ciascuno. Passione non così frequente né scontata.

Giovanna Lasagna

Indice

| | | | |
|---|----|---|-----|
| • Prefazione..... | 6 | • Parto in casa: una scelta scientificamente avanzata..... | 65 |
| • Introduzione..... | 7 | • Vivere il parto in modo naturale: l'esempio dell'Olanda | 68 |
| • L'esperienza del parto e l'importanza fisiologica del dolore | 11 | • Le alternative all'ospedale: il parto a domicilio e le Case Maternità | 70 |
| • Ipnosi e tecniche di rilascio dolce del dolore ... | 14 | • Norme per il parto: la legge regionale dell'Emilia Romagna | 72 |
| • Per una nascita dolce e senza violenza: Frédéric Leboyer e Lorenzo Braibanti..... | 15 | • Partorire alla Casa Maternità "Il Nido" | 74 |
| • I benefici e la bellezza del parto naturale | 16 | • Associazioni e organizzazioni nazionali | 78 |
| • Farmaci in gravidanza..... | 20 | | |
| • L'"epidemia" di parti cesarei: risvolti psicologici e rischi | 22 | PARTORIRE IN OSPEDALE... E NON SOLO... | 83 |
| • L'importanza dell'amore negli studi di Michel Odent..... | 27 | • Piacenza, città e comprensorio | 84 |
| • Un modo sicuro per misurare la crescita del bambino..... | 28 | • Parma, città e comprensorio | 88 |
| • Nascere con la placenta: i benefici del Lotus Birth | 30 | • Reggio Emilia, città e comprensorio | 98 |
| • Attività fisiche e sport in gravidanza..... | 32 | • Modena, città e comprensorio..... | 111 |
| • L'allattamento materno | 35 | • Bologna, città e comprensorio..... | 126 |
| • La doula: una vera e propria assistente per la neo-mamma..... | 36 | • Ferrara, città e comprensorio..... | 139 |
| • La sacralità del periodo dopo il parto | 38 | • Ravenna, città e comprensorio | 147 |
| • Prevenire l'aborto. A cura di Angela Fabbri ... | 40 | • Forlì-Cesena, città e comprensorio | 155 |
| • La legge italiana sull'aborto..... | 42 | • Rimini, città e comprensorio..... | 161 |
| • Il Centro di Aiuto alla Vita (CAV)..... | 43 | • San Marino, città e comprensorio | 165 |
| • Gravidanze a basso rischio: il ruolo dell'ostetrica | 45 | • Glossario | 168 |
| • La salute in gravidanza: i gravi rischi prodotti dall'inquinamento ambientale. A cura di Patrizia Gentilini | 48 | • Siti web di associazioni e istituzioni regionali e nazionali | 171 |
| • Il rapporto CeDAP 2014: i dati e le statistiche sulla nascita in Emilia Romagna | 56 | • Letture consigliate | 172 |
| | | • Ringraziamenti | 173 |

