

## Sintesi della relazione

Diventare genitore è per una donna e per un uomo una delle esperienze più belle e complete che, senza dubbio, si possono fare nella vita. La gravidanza può essere un momento pieno di gioia e serenità, nonostante le piccole o grandi preoccupazioni che naturalmente una futura mamma si trova

ad affrontare. Purtroppo non tutte le donne sono così fortunate da avere gravidanza, parto e postparto sereni o privi di complicazioni. E' per questi motivi che è importante per entrambi i genitori ricevere valida assistenza in gravidanza, durante il parto e nei mesi immediatamente successivi, periodi tutti molto delicati per la donna ed il suo compagno, in modo che essi siano preparati e consapevoli delle eventuali difficoltà, nonché sostenuti nel presente nella nuova esperienza che si trovano a vivere.

La separazione tra assistenza sanitaria e psicologica, nei casi più frequenti e normali, non si fa, in quanto la situazione gravidanza, (coinvolgente la donna, l'eventuale partner, eventuali situazioni più allargate), dovrebbe venire affrontata sia dal medico ginecologo che dall'ostetrica, che dai vari specialisti che man mano si presentano (medico genetista, di laboratorio, ecografista, ...) in un tutt'uno, valutando sia il dato clinico degli eventi che si presentano, sia le situazioni psicologiche che possono interessare la donna/coppia e di cui l'operatore deve assolutamente tener conto nell'affrontare l'assistenza specificamente sanitaria,

utilizzando una buona comprensione-comunicazione con la donna-gravida.

Esistono numerose proposte teorico-operative nell'assistenza alla gravidanza, sia a livello di OMS, che di legislazione nazionale italiana e, più in particolare, di legislazione della Regione Piemonte. L'OMS nel documento maggio 2007 "Interventi raccomandati per migliorare la salute materno-infantile" definisce l'assistenza alla gravidanza, travaglio, parto, puerperio e neonato secondo tre profili che corrispondono ai tre livelli assistenziali: 1) assistenza di base da offrire a tutte le donne ed i bambini; 2) assistenza aggiuntiva per donne e bambini con malattie di moderata gravità;

3) assistenza specializzata per donne e bambini con malattie gravi.

La Regione Piemonte ha realizzato "l'Agenda della gravidanza" affinché ogni donna possa seguire e comprendere meglio l'andamento della propria gravidanza e possa viverla con maggiore serenità. Ogni donna avrà cura di leggere, utilizzare e conservare la propria Agenda che l'aiuterà a seguire il proprio percorso di gravidanza, ad accedere alle informazioni necessarie per la tutela della salute propria e del bambino che dovrà nascere ed a scegliere tra i vari modelli assistenziali proposti.

## **Assistenza sanitaria e psicologica alla donna in gravidanza in Italia ed in Europa**

- **La gravidanza per una donna ed un uomo può essere l'esperienza più bella, completa e maturante che si possa fare nella propria vita.**
- **La gravidanza è una situazione fisiologica nel 90% dei casi.**
- **E' un'esperienza già di norma impegnativa, ma può diventare anche critica nelle situazioni difficili.**

# Assistenza sanitaria e psicologica alla donna in gravidanza in Italia ed in Europa

- Situazione di quella gravidanza (cercata o no),
- **Malessere legato alla gravidanza (nausea, minaccia d'aborto, ...)**
- Timore delle possibili malformazioni (diagnosi prenatale)
- **Difficoltà lavorative attuali (astensione anticipata dal lavoro), timore per la perdita di una possibilità di carriera,**
- Timore di essere inadatti alla maternità (gravidanza, parto, cura di un bambino) quando si sommano tutte queste situazioni in blocco unico; mentre l'esperienza di 'passo dopo passo' si rivela la soluzione più semplice.
- **Particolare ansia può derivare alla donna da una precedente sterilità o da una gravidanza ottenuta con tecniche di PMA.**

## Assistenza sanitaria e psicologica alla donna in gravidanza in Italia ed in Europa

- L'assistenza sanitaria e psicologica significa la cura della persona globale e deve essere considerata tale dal medico ginecologo, ecografista, di laboratorio, dall'ostetrica, dalle varie figure specialistiche eventualmente coinvolte,
- **Deve riguardare la gravidanza, il parto ed il dopo-parto-puerperio,**
- Si devono considerare:
  - **La donna come persona, il partner, i familiari**
  - Le loro condizioni sanitarie, economiche, lavorative, della casa,
  - **Lo stato attuale della famiglia: età della donna, N° dei figli già presenti, eventuale convivenza con anziani o disabili.**
- Comuni e più frequenti difficoltà psicologiche: gestione medico-ostetrica
- **Difficoltà psicologiche maggiori: avvalersi dell'appoggio dello specialista psicologo-psichiatra**

# **Assistenza sanitaria e psicologica alla donna in gravidanza in Italia ed in Europa**

- Deve riconoscere le situazioni fisiologiche rispetto a quelle patologiche e dare un'assistenza specifica e differenziata:
  - alle gravidanze fisiologiche (bassa complessità o basso rischio),
  - alle gravidanze patologiche (alta complessità o alto rischio),
  - all'interno di queste due categorie vi sono quelle intermedie (media complessità o medio rischio)

## Assistenza sanitaria e psicologica alla donna in gravidanza in Italia ed in Europa

- Indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: *“District Planning Tool for Maternal and Newborn Health Strategy Implementation”* – World Health Organization – Ginevra 2011.
- In Italia il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000 - Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI).
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008
- Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 – Percorso nascita.
- Accordo STATO-REGIONI (18/01/2011) - Linee di indirizzo 2010-2012 per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo.
- Linee guida della gravidanza fisiologica (n° 20), a cura del Ministero della salute, Istituto Superiore di Sanità, CeVEAS, pubblicato a nov. 2010, aggiornato a sett. 2011, prossimo agg. Nov. 2014.
- Piano socio-sanitario regione Piemonte 2007-2010. Area materno-infantile: definizione obiettivi ed indicatori del “Percorso Nascita”, Allegato B.
- Regione Piemonte – Agenda della gravidanza. *Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità e Piemonte - 31-07-2009.*



World Health  
Organization

## District Planning Tool for Maternal and Newborn Health Strategy Implementation

A practical tool for strengthening Health Management System



- *La tutela della salute in ambito materno infantile, con il continuo miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino, costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi sociosanitari, tra cui quello italiano.*
- *Gravidanza, parto e puerperio sono eventi fisiologici che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile e con conseguenze gravi per la donna, per il nascituro e per il neonato*
- *Fine di una moderna assistenza perinatale è quello di ottenere una mamma ed un bambino in perfetta salute con il livello di cure più basso compatibile con la sicurezza*
- *Ogni atto assistenziale soprattutto in campo ostetrico (trattandosi di eventi fisiologici) deve avere una motivazione ed una indicazione precisa e chiara*
- *Tutte le donne, sia che la loro gravidanza, il loro parto e puerperio siano complicati o no, necessitano di servizi di assistenza perinatale di elevata qualità e appropriatezza durante tutto il Percorso Nascita*
- *L'alto livello tecnologico raggiunto e per contro la richiesta crescente di umanizzazione della nascita, rendono necessario il convergere di queste due esigenze "umanizzazione e sicurezza": uno degli strumenti indispensabili a tal fine risulta essere la "continuità" dell'assistenza.*



## **Obbiettivi nell'assistenza ostetrico-pediatrica nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008**

**1.miglioramento dell'assistenza ostetrica, pediatrico e neonatologica nel periodo perinatale, anche nel quadro di una umanizzazione dell'evento nascita che deve prevedere il parto indolore, l'allattamento materno precoce ed il rooming-in tenendo conto anche degli altri standard definiti dall'OMS e dall'UNICEF per gli "Ospedali amici dei bambini",**

**2.colmando le diseguaglianze esistenti fra le Regioni italiane, al fine di ridurre la mortalità neonatale in primo luogo nelle Regioni dove è più elevata, ottimizzando il numero dei reparti pediatrici e dei punti nascita e assicurando la concentrazione delle gravidanze a rischio e il servizio di trasporto in emergenza del neonato e delle gestanti a rischio;**

## **OBBIETTIVI NELL'ASSISTENZA OSTETRICA-PEDIATRICA NEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-2008**

- 3. la riduzione del ricorso al taglio cesareo, raggiungendo il valore del 20%, in linea con i valori medi europei, attraverso la definizione di Linee guida nazionali per una corretta indicazione al parto per taglio cesareo, l'attivazione di idonee politiche tariffarie per scoraggiarne il ricorso improprio;**
- 4. promuovere campagne di informazione rivolte alle gestanti e alle puerpere, anche attraverso i corsi di preparazione al parto ed i servizi consultoriali, per la promozione dell'allattamento al seno, il corretto trasporto in auto del bambino, la prevenzione delle morti in culla del lattante, la promozione delle vaccinazioni e della lettura ad alta voce.**
- 5. Deve essere prevenuto il disagio psicologico dopo la gravidanza ed il parto;**

## **OBBIETTIVI NELL'ASSISTENZA OSTETRICA-PEDIATRICA NEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2011-2013**

- **La tutela della salute in ambito materno infantile costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura.**
- **L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato, infatti, nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale.**
- **Tra le priorità del SSN c'è senz'altro la tutela della *donna* durante tutto il percorso nascita (fase pre-concezionale, gravidanza, parto e puerperio) e del *nascituro*.**



Sistema nazionale  
per le linee guida



## Gravidanza fisiologica

A G G I O R N A M E N T O 2 0 1 1



### **Nota per gli utilizzatori**

***•Le linee guida rappresentano uno strumento che consente un rapido trasferimento delle conoscenze, elaborate dalla ricerca biomedica, nella pratica clinica quotidiana. Si tratta di raccomandazioni di comportamento, messe a punto mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, che possono essere utilizzate come strumento per medici e amministratori sanitari per migliorare la qualità dell'assistenza e razionalizzare l'utilizzo delle risorse.***

***•Le decisioni cliniche sul singolo paziente richiedono l'applicazione delle raccomandazioni, fondate sulle migliori prove scientifiche, alla luce dell'esperienza clinica del singolo medico e di tutte le circostanze di contesto.***

## Assistenza sanitaria e psicologica alla donna in gravidanza in Italia

- Le linee-guida sulla gravidanza fisiologica considerano il percorso assistenziale di un evento frequente, che esprime una *condizione di salute e non di malattia* e interessa una popolazione particolarmente composita e con caratteristiche in rapida evoluzione. Pubblicate a nov. 2010, aggiornate a sett. 2011, prossimo agg. Nov. 2014).
- Le informazioni maggiormente dettagliate sull'assistenza in gravidanza sono quelle raccolte al momento della nascita e desunte dai certificati di assistenza al parto (CedAP), per i quali la rilevazione nazionale più recente risale al 2007.
- Nel 2008, l'ultimo anno per il quale si dispone della elaborazione delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), i parti totali in Italia sono stati **530.343** di cui:
  1. il parto vaginale senza complicazioni è stato il **62,34 %** (330.665)
  2. il taglio cesareo senza complicazioni il **37,66 %** (199.678)

## **Assistenza sanitaria e psicologica alla donna in gravidanza in Italia**

- **Le donne straniere rappresentano il 15,9% delle gravidanze, quasi il 20% considerando solo le regioni centro-settentrionali. Le madri straniere provengono più frequentemente dall'Africa (26,5%), da paesi europei appartenenti all'Unione Europea (26,1%), da altri paesi europei non appartenenti all'Unione Europea (19,9%). Altre aree di provenienza sono l'Asia (17,3%) e il Sud America (9,8%).**
- **Negli anni è aumentata l'età media della madre al primo parto, che nel 2007 è stata di 32,3 anni per le italiane e di 28,8 anni per le cittadine straniere.**

## **Assistenza sanitaria e psicologica alla donna in gravidanza in Italia**

- **Il quadro appare composito anche relativamente alle condizioni socio-economiche: il livello di istruzione registrato fra le gravide nel 2007 corrispondeva a scolarità bassa o inferiore (non superiore a scuola media inferiore) nel 36,6%, medio-alta (diploma di scuola media superiore) nel 40,7% e universitaria nel 22,7%. La scolarità medio-bassa prevaleva fra le straniere (52,4%).**
- **Relativamente alla condizione professionale, 60% delle madri avevano una occupazione lavorativa, 29,5% erano casalinghe e 6,7% disoccupate o alla ricerca di prima occupazione. La condizione professionale delle straniere era di casalinga nel 58% dei casi.**

# **OBBIETTIVI NELL'ASSISTENZA OSTETRICA-PEDIATRICA NEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2011-2013**

## **Osservazioni**

- 1. carenza di informazioni e di conoscenze tra le donne, in particolare tra le madri con bassa istruzione o straniere; bassa frequenza ai corsi di preparazione alla nascita (30%) con marcate differenze per aree geografiche e per livelli di istruzione; mancanza di continuità nell'assistenza alla nascita tra il livello territoriale ed ospedaliero;**
- 2. nonostante stia crescendo tra le mamme la consapevolezza dell'importanza dell'allattamento al seno, atteso che al momento della dimissione dal parto il 90% delle mamme allatta al seno, questa percentuale si va riducendo con il passare del tempo, tanto che dopo sei mesi dalla nascita allatta il 52% delle mamme, mentre per l'allattamento esclusivo al seno questa percentuale scende al 37%.**
- 3. ancora l'eccessivo ricorso al taglio cesareo (intorno al 38%)**



## **OBBIETTIVI NELL'ASSISTENZA OSTETRICA-PEDIATRICA NEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2011-2013**

### **Strategie di miglioramento**

- Negli ultimi trenta anni nel nostro Paese la dinamica demografica ha subito notevoli cambiamenti e si sono registrati importanti progressi nell'assistenza alla madre ed al bambino rilevabili dall'andamento dei principali indicatori.
- In un contesto nel quale, in generale, si può dire che l'assistenza nel settore materno infantile sia nel complesso buona, vi sono molti punti nei quali è possibile un deciso miglioramento; tra i quali:
  1. il grado di integrazione in rete dei servizi: primo livello (consultori familiari, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), secondo (poliambulatori distrettuali e ospedalieri) e terzo livello (centri nascita a diverso livello di complessità);

## **OBBIETTIVI NELL'ASSISTENZA OSTETRICA-PEDIATRICA NEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2011-2013**

### **Strategie di miglioramento**

- 2. la razionalizzazione dei punti nascita con l'obiettivo di una soglia minima di almeno 500 parti (attualmente i punti nascita con numero di parti inferiori alla soglia sono ancora il 28 % del totale)**
- 3. la riduzione del ricorso al taglio cesareo. Rispetto alla soglia del 15%, che secondo l'OMS garantisce il massimo beneficio complessivo per la madre e il feto, l'Italia è il paese europeo con la massima incidenza di parti cesarei, con valore del 38,3% nel 2008, trend assolutamente inverso (si è passati dall'11,2% del 1980 al 29,8% del 1996) ed estrema variabilità per area geografica., ospedali con basso numero di parti, ospedali pubblici e strutture private .**

# **OBBIETTIVI NELL'ASSISTENZA OSTETRICA-PEDIATRICA NEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2011-2013**

## **Strategie di miglioramento**

- 4. la riduzione dei tassi di mortalità materna e perinatale in alcuni contesti, che spesso coincidono con quelli a più alta incidenza di parti cesarei. La stretta correlazione tra queste due criticità è indice di inadeguata/inappropriata assistenza sanitaria nel settore materno infantile;**
- 5. il miglioramento delle attività di promozione, sostegno e protezione dell'allattamento materno alla nascita e nel puerperio, al fine di incrementare centri nascita classificati *“ospedale amico del bambino”* secondo i criteri dell'UNICEF e dell'OMS, che attualmente coprono meno del 3.5% dei nati.**

## **OBBIETTIVI NELL'ASSISTENZA OSTETRICA-PEDIATRICA NEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2011-2013**

### **Strategie di miglioramento**

**6.assicurare *l'evento parto*, non come un intervento medicalmente assistito, ma come un evento biologico familiare e sociale, garantendo comunque un intervento immediato in caso di comparsa improvvisa di fattori di rischio per la mamma e il neonato.**

**7.L'auspicabile contenimento dei TC, che rappresenta un importante strumento per la sicurezza della donna e del neonato nel percorso nascita, deve tener conto di una serie azioni da attuare a livello regionale (pianificazione strategica, accreditamento istituzionale, stesura di protocolli/percorsi assistenziali, formazione, *audit* periodici, definizione obiettivi).**

## **OBBIETTIVI NELL'ASSISTENZA OSTETRICA-PEDIATRICA NEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2011-2013**

### **Strategie di miglioramento**

**8. La necessità di assicurare requisiti indispensabili per garantire la sicurezza e una buona qualità dell'assistenza 24 ore su 24, dove nasce o si ricovera un bambino, rende indispensabile adottare stringenti criteri per la riorganizzazione della rete assistenziale, fissando il numero di 1000 nascite/anno quale parametro standard per il mantenimento/attivazione dei punti nascita, cercando di concentrare le gravidanze e i neonati a rischio, che necessitano di cure intensive nei Centri di livello superiore provvisti di terapia intensiva neonatale (6000 parti/anno), garantendo inoltre il trasporto in emergenza del neonato e delle gestanti a rischio.**

**9. In tutte le sedi di punto-nascita verrà così garantita la presenza attiva del ginecologo, dell'ostetrica e del neonatologo/pediatra, che in concomitanza con la ridefinizione della rete ospedaliera, e con l'adeguamento agli opportuni livelli strutturali previsti per il blocco parto/sala operatoria ostetrica, possa offrire garanzie di adeguata sicurezza.**

## **OBBIETTIVI NELL'ASSISTENZA OSTETRICA-PEDIATRICA NEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2011-2013 - Strategie di miglioramento**

- 10. la presa in carico della donna in gravidanza, nonché azioni da intraprendere in tutto il percorso nascita certificazione di qualità con programmi di certificazione dei punti nascita anche attraverso la collaborazione con le Società Scientifiche mediche del settore, le Federazioni Nazionali dei Collegi delle Ostetriche e degli Infermieri coinvolte nel percorso nascita e nell'evento parto tramite la predisposizione e l'utilizzo di manuali di valutazione ad hoc.**
- 11. L'adozione di atti formali del percorso, di procedure e linee guida,**
- 12. l'adozione della Cartella unica della gravidanza e di adeguati strumenti di selezione del rischio, il doppio percorso *gravidanza a basso rischio-gravidanza ad alto rischio*, la prescrivibilità delle analisi per la gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica, la diagnosi prenatale.**

**Piano socio-sanitario regione Piemonte 2007-2010. Area  
materno-infantile: definizione obiettivi ed indicatori del  
“Percorso Nascita”, Allegato B  
DGR n. 34-8769 del 12/05/2008**

**La tutela della gravidanza e dell'evento nascita, per  
il rilievo delle sue implicazioni sociali e sanitarie,  
costituisce elemento prioritario delle strategie  
regionali finalizzate alla promozione e tutela della  
salute della popolazione.**

## **Piano socio-sanitario regione Piemonte 2007-2010**

### **Percorso nascita**

**Il Percorso Nascita si articola in fasi successive di profili di assistenza :**

- preconcezionale,**
- gravidanza,**
- travaglio/parto/nascita,**
- puerperio,**
- primi giorni di vita del neonato,**
- presa in carico pediatrica del bambino,**
- presa in carico di servizi territoriali (consultori, MMG) per quanto riguarda la donna.**



# **Piano socio-sanitario regione Piemonte 2007-2010**

## **Obbiettivi**

- 1. favorire il benessere delle gravida e del feto;**
- 2. identificare i fattori di rischio e le relative azioni di protezione;**
- 3. sottolineare la priorità assoluta della distinzione tra decorso a basso rischio (fisiologico) e decorso ad alto rischio (patologico) ad ogni passaggio del percorso;**
- 4. rendere note le caratteristiche della rete assistenziale trasversale (territorio-ospedale-territorio) e verticale (livelli assistenziali differenziati).**

## **Piano socio-sanitario regione Piemonte 2007-2010**

### **Obbiettivi**

- 5. rispetto della fisiologia: % di TC, % induzioni travaglio, attaccamento precoce al seno, allattamento al seno esclusivo durante la degenza ospedaliera, curva di decadimento dell'allattamento al seno, % episiotomie, operatori presenti in sala parto a seconda della tipologia del parto, tecniche di contenimento del dolore in travaglio, personalizzazione dei tempi di degenza) con riferimento ai valori proposti dall'OMS ed agli standard regionali;**
- 6. presa in carico della gravidanza a rischio e/o della gravidanza complicata (profili assistenziali specifici condivisi tra servizi di base e servizi specialistici, concentrazione della sorveglianza e dell'assistenza al parto presso i servizi regionali appropriati per il caso, riduzione numero neonati trasportati.**

## **Piano socio-sanitario regione Piemonte 2007-2010**

### **Obbiettivi**

- 7. equità percorso donne straniere versus donne italiane (riduzione delle differenze di accesso ai servizi e alla diagnostica, garantendone l'offerta comprensibile e facilitata, presenza di persona di fiducia al momento del parto tra popolazione italiana e straniera); differenze di percorsi a seconda della residenza; differenze di percorsi in relazione al livello socio-culturale dell'utenza;**
- 8. riduzione interventi inappropriati (diagnostica eseguita in tempi non corretti – ecografie, analisi di laboratorio es. monitoraggio situazione relativa al virus dell'epatite B (Hbs Ag), ecc,, riduzione invasività dei controlli in travaglio);**

## Piano socio-sanitario regione Piemonte 2007-2010

### Percorso nascita

- la gravidanza è un normale processo fisiologico e come tale ogni intervento offerto dovrebbe avere benefici riconosciuti ed essere accettabile alla donna gravida (RCOG);
- **la gravidanza con elementi di rischio o di patologia richiede profili assistenziali specifici che si inseriscono nel Percorso Nascita generale**
- deve essere garantito, lungo tutto il percorso, il massimo della sicurezza e della qualità delle cure con il massimo rispetto della fisiologia degli eventi, secondo il principio definito dall'OMS della *'massima sicurezza garantita con il livello più basso di medicalizzazione compatibile con ogni singolo caso'*

## **Piano socio-sanitario regione Piemonte**

### **Travaglio parto/nascita**

- **L'intervento riguarda la messa a disposizione della donna/coppia delle competenze relazionali, organizzative, tecnologiche, cliniche per accompagnarla lungo l'espletamento del travaglio, parto, nascita, accoglienza al neonato, garantendo, da una parte, il rispetto dell'evoluzione fisiologica, dall'altra la differenziazione tra 'stress fetale fisiologico' in travaglio e 'sofferenza fetale' che richiede interventi medici e chirurgici tempestivi.**
- **Uno degli elementi fondamentali dell'assistenza intra-partum consiste nel rendere la donna in grado di prendere decisioni in modo consapevole su ciò che concerne le modalità per la sua assistenza. La scelta informata è presupposto fondamentale per una buona qualità dell'assistenza.**

## **Piano socio-sanitario regione Piemonte 2007-2010**

### **Travaglio parto/nascita.**

- **Qualsiasi sia il programma, va salvaguardata l'unicità del momento relazionale che propone al nuovo nato e alla sua mamma uno scambio sensoriale, coinvolgente tutti i sensi, unico nell'esistenza di ciascun individuo e fondante per le sue relazioni future, a partire dalla relazione mamma-neonato.**
- **Nel limite del possibile va impostata l'organizzazione in modo da realizzare una assistenza con la minima rotazione di personale intorno alla donna, nonché la partecipazione della persona di fiducia identificata dalla donna.**

## **Piano socio-sanitario regione Piemonte 2007-2010**

### **Travaglio parto/nascita**

- **Durante la degenza sarà posta la massima attenzione a favorire la continuità del rapporto mamma-neonato (rooming-in, ecc.) garantendo la massima sicurezza con la minima intrusività, nella consapevolezza che il rooming-in non solleva il personale medico ed infermieristico dall'obbligo delle cure al bambino, anzi richiede una attenzione maggiore per rassicurare e sostenere la madre nella "cura" (accudimento) del proprio figlio e nella promozione dell'allattamento al seno.**

# Agenda della **GRAVIDANZA**

**Progetto a cura di:**

*Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità - Regione Piemonte*

**Elaborato da:**

*Gruppo di lavoro regionale "**Percorso nascita**",  
tavolo tecnico "**Agenda di Gravidanza**"*

**Coordinamento editoriale a cura di:**

*Dott.ssa Paola Ghiotti, Elena Fois.*

*Iniziativa di comunicazione istituzionale della Regione Piemonte*

*Copyright © 2009 Regione Piemonte*

*Finito di stampare il 31-07-2009*



# L'agenda della gravidanza

Questa agenda illustra i temi che, trimestre dopo trimestre, la donna in gravidanza si troverà ad affrontare.

Può essere utilizzata per riflettere ed elaborare le domande da porre al medico e all'ostetrica per chiarire i propri dubbi.



Sistema nazionale per le linee guida  
Istituto superiore di sanità



# Agenda della gravidanza

1  
TRIMESTRE

FINO A  
12 SETTIMANE  
+ 6 GIORNI

**Il primo appuntamento con il medico o l'ostetrica dovrebbe avvenire entro le 10 settimane per avere il tempo di pianificare nel modo migliore l'assistenza alla gravidanza**

- sono offerte informazioni sull'assistenza e il sostegno alla donna in gravidanza, sui benefici di legge per maternità e paternità, sui corsi di accompagnamento alla nascita, sugli stili di vita e su come gestire i sintomi più comuni
- sono misurati il peso e la pressione arteriosa
- sono proposti
  - un esame delle urine per verificare la funzionalità renale
  - una urinocoltura per rilevare una eventuale infezione delle vie urinarie
  - un esame del sangue per determinare il gruppo sanguigno e il fattore Rh, l'eventuale presenza di anemia o di altre malattie fra cui quelle infettive (toxoplasmosi, rosolia, sifilide, HIV)
  - una ecografia per confermare, nei casi dubbi, a quale settimana di gravidanza ci si trova
- il pap test, se non è stato effettuato da almeno tre anni
- sono offerte informazioni sulle diverse possibilità di diagnosi prenatale della sindrome di Down
  - fra 11 settimane + 0 giorni e 13 settimane + 6 giorni: analisi del sangue ed ecografia con translucenza nucale (test combinato)
  - fra 15 settimane + 0 giorni e 20 settimane + 0 giorni: analisi del sangue (ad esempio: triplo test)
  - villocentesi e amniocentesi
- si inizia a parlare dell'ecografia da effettuare nel secondo trimestre per rilevare eventuali anomalie del feto

## 2° TRIMESTRE

DA 13  
SETTIMANE  
+ 0 GIORNI A  
27 SETTIMANE  
+ 6 GIORNI

Negli appuntamenti con il medico o l'ostetrica sono commentati i risultati degli esami che si è scelto di eseguire e si discute dell'assistenza che viene offerta in questo trimestre

- il medico o l'ostetrica verifica con la futura mamma il piano di assistenza ed eventualmente propone le modifiche necessarie
- se gli esami del sangue mostrano che il livello di emoglobina è inferiore a 10,5 g/100 ml, può essere indicata una terapia
- viene misurata la pressione arteriosa
- a partire da 24 settimane+0 giorni viene misurata la distanza fondo uterino-sinfi pubica per la verifica dell'accrescimento fetale
- se non si è immuni, è proposto un esame del sangue per rosolia e toxoplasmosi
- se si appartiene a un gruppo a rischio per il diabete, viene offerto un esame del sangue (curva da carico di glucosio)
- è offerta e illustrata l'ecografia (detta comunemente morfologica) per la diagnosi di eventuali anomalie del feto, da eseguire fra 19 settimane + 0 giorni e 21 settimane + 0 giorni
- sono offerte informazioni sui corsi di accompagnamento alla nascita



# 3. TRIMESTRE

DA 28  
SETTIMANE  
+ 0 GIORNI  
AL TERMINE

Nel corso degli appuntamenti vengono commentati i risultati degli esami che si è scelto di eseguire e si discute dell'assistenza negli ultimi mesi di gravidanza e del parto

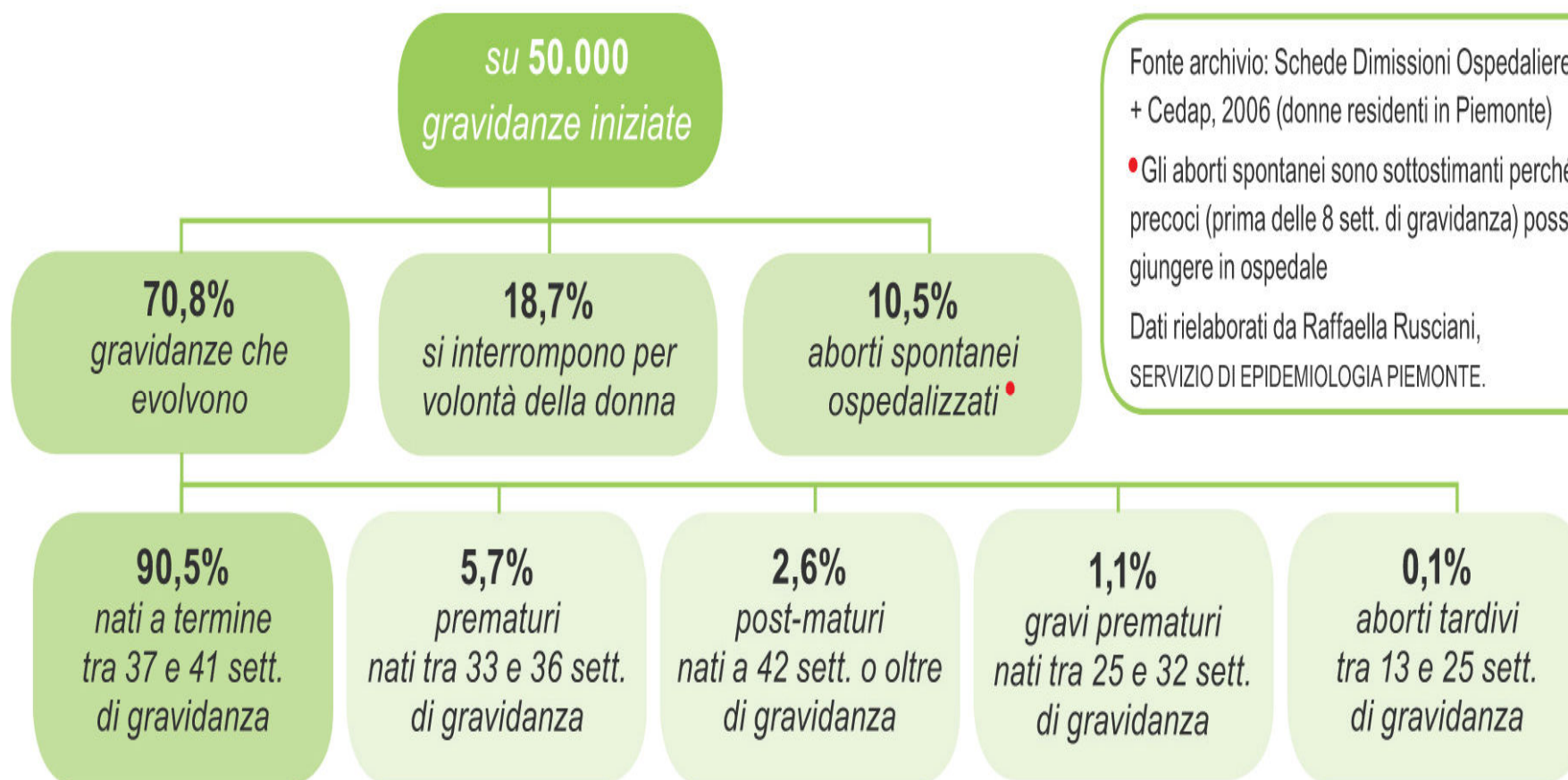
- il medico o l'ostetrica verifica il piano di assistenza ed eventualmente propone le modifiche necessarie
- se gli esami del sangue mostrano che il livello di emoglobina è inferiore a 10,5 g/100 ml, può essere indicata una terapia
- viene misurata la pressione arteriosa
- viene misurata la distanza fondo uterino-sinfi pubica per la verifica dell'accrescimento fetale
- sono proposti
  - esami del sangue per toxoplasmosi (se non si è immuni) e altre malattie infettive (epatite B, sifilide, HIV)
  - tampone per streptococco
  - profilassi anti-D alle donne con fattore Rh negativo
- sono offerte informazioni
  - sui corsi di accompagnamento alla nascita
  - a 32-33 settimane, sulle tecniche per aumentare la possibilità che un feto in presentazione podalica si giri (versione cefalica), come la moxibustione o le manovre esterne
- attorno a 34 settimane
  - si inizia a parlare del parto, del travaglio e delle opportunità a disposizione per affrontare il dolore
  - si pianificano i contatti con l'ospedale in cui si è scelto di partorire
  - si ricevono informazioni sull'assistenza a 40 settimane e oltre
  - sono offerte informazioni sull'assistenza dopo il parto, sugli esami che vengono proposti subito dopo la nascita, sull'allattamento al seno e sulla cura del neonato
- a 36 settimane, si verifica che il feto sia in presentazione cefalica: se è ancora in presentazione podalica vengono fornite informazioni sulla possibilità di effettuare le manovre ostetriche esterne per farlo girare

# Agenda della gravidanza

- **Presentazione.**
- **Servizi e stili di vita:** alimentazione, abitudini di vita, attività fisica, servizi ASL, impostazione grav. fisiologica-patologica, crescita fetale, ecografie,...
- **Scelte per il percorso nascita:** corsi accompagnamento alla nascita, luogo del parto, assistenza al parto, accoglienza del neonato, donazione cordone, allattamento, puerperio, ...
- **Maternità e diritti:** i diritti e le forme di tutela sul lavoro, dichiarazione di nascita ed il riconoscimento del bambino, provvedimenti regionali per il bambino,
- **Impegnative per gli esami:** normalità e patologia, screening prenatale, ...

# Piano socio-sanitario regione Piemonte 2007-2010

## Indagine



Fonte archivio: Schede Dimissioni Ospedaliere + Cedap, 2006 (donne residenti in Piemonte)

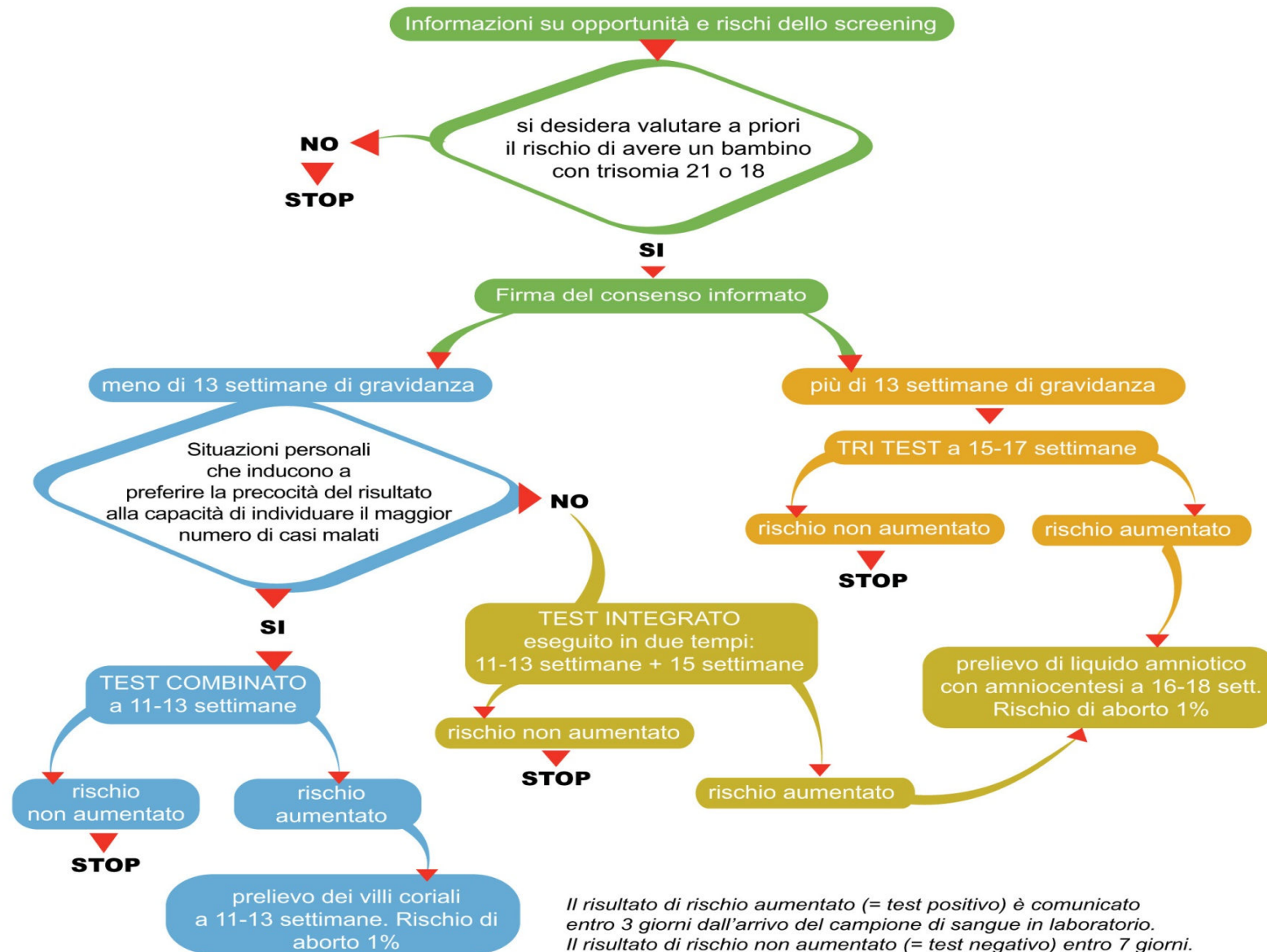
• Gli aborti spontanei sono sottostimanti perché se molto precoci (prima delle 8 sett. di gravidanza) possono non giungere in ospedale

Dati rielaborati da Raffaella Rusciani, SERVIZIO DI EPIDEMIOLOGIA PIEMONTE.

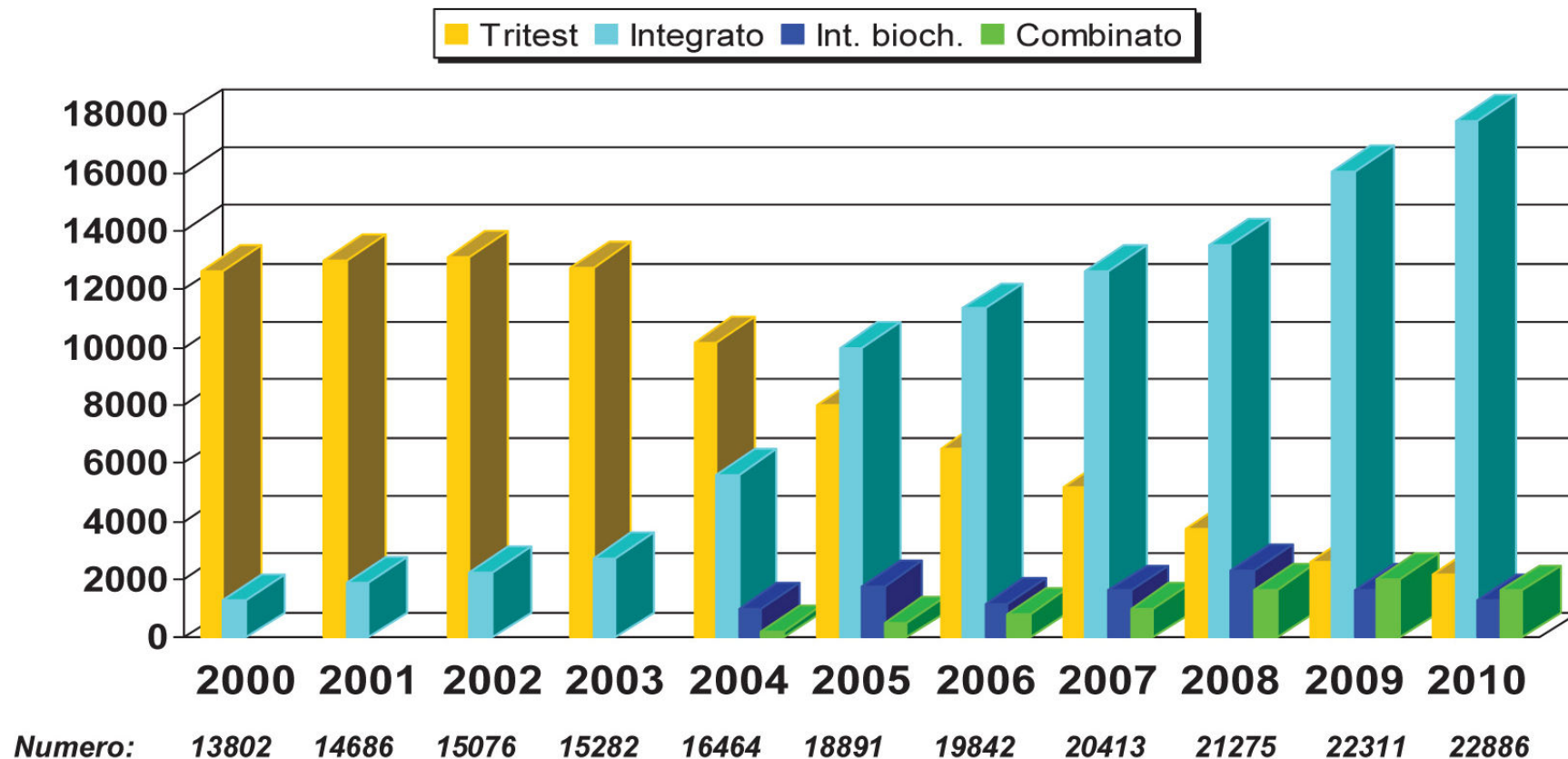
# Piano socio-sanitario regione Piemonte 2007-2010

## Indagine

Albero delle scelte per lo screening della trisomia 21 (= sindrome di Down) e della trisomia 18







## Trasformazione dei test di diagnosi prenatale negli ultimi 11 anni all'ospedale S. Anna di Torino

- 35 anni 17% → 26,7%
- Test positivi 5,5% → 4,5%



## A chi chiedere informazioni

Durante la gravidanza, e in particolare quando si avvicina il momento del parto, potresti avere dubbi e preoccupazioni. Ricorda che i professionisti che ti assistono – il ginecologo, l'ostetrica, il medico di famiglia, il personale dei consultori familiari e delle altre strutture di assistenza presenti sul territorio – sono a tua disposizione per qualunque chiarimento.

Non esitare quindi a chiedere informazioni sulle diverse modalità di parto, facendoti indicare quella più adatta al tuo caso e – qualora ti suggeriscano un taglio cesareo – chiedendo di illustrarti le motivazioni della scelta. Inoltre chiedi informazioni su come si svolgerà l'intervento e sul tipo di anestesia che ti verrà fatta.

Questo documento contiene informazioni che derivano da un'analisi rigorosa di studi scientifici di recente pubblicazione compiuta da esperti nel settore: medici di medicina generale, ginecologi, ostetriche, anestesisti, neonatologi, psicologi, medici legali, rappresentanti delle associazioni di donne che si occupano di nascita, epidemiologi e metodologi. La versione per i professionisti è la linea guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole – seconda parte", pubblicata a gennaio 2012. Entrambi i documenti fanno parte dell'attività del Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) e sono disponibili in formato elettronico sul sito web [www.snlg-iss.it](http://www.snlg-iss.it).

Sullo stesso sito sono disponibili anche le linee guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole", pubblicata a gennaio 2010 e "Gravidanza fisiologica", pubblicata a novembre 2010.



Sistema nazionale  
per le linee guida  
Istituto superiore di sanità

# Taglio cesareo

Solo  
quando  
serve  
PARTE 2



In Italia il taglio cesareo è sempre più diffuso, tanto da far pensare che sia spesso consigliato per ridurre i rischi legati al parto e migliorare la salute delle donne e dei neonati. Non è sempre così.

Il taglio cesareo è un intervento chirurgico non privo di rischi e deve essere eseguito solo se si verificano alcune condizioni mediche che lo rendono necessario.

Per questo motivo, prima di programmare un taglio cesareo, è importante discutere i pro e i contro con il medico che ti assiste.

Se non vi sono controindicazioni, il parto naturale è da preferire al taglio cesareo per il tuo benessere e per quello del tuo bambino.



### In quali casi è preferibile il taglio cesareo programmato rispetto al parto naturale?

Può essere necessario in alcune condizioni, tra cui:

- il feto è ancora in posizione **podalica** al termine della gravidanza
- la placenta copre completamente o parzialmente il passaggio del feto nel canale del parto (quella che i medici chiamano **placenta previa**)
- sei **diabetica** e, allo stesso tempo, il peso stimato del feto supera probabilmente i **4,5 chilogrammi**.

Il medico ti darà inoltre tutte le informazioni necessarie sulle altre situazioni che possono rendere opportuno un taglio cesareo.

### Cesareo programmato: quando e dove farlo

Il taglio cesareo programmato, in assenza di altre complicazioni, non deve essere effettuato prima della 39esima settimana per evitare rischi per la salute del bambino. Quando si deve programmare un cesareo è raccomandabile anche discutere con i professionisti sanitari la scelta dell'ospedale di riferimento, per affrontare eventuali emergenze tue o del bambino.

### Se aspetto due gemelli devo necessariamente partorire con il cesareo?

No, se entrambi i gemelli si trovano in posizione cefalica al termine della gravidanza è consigliato il parto naturale. Se invece uno dei feti è podalico è opportuno discutere con il medico la modalità di parto più indicata nel tuo caso specifico.

### Se il travaglio inizia prima del termine della gravidanza devo sottopormi al cesareo?

No, non è provato che in questo caso il taglio cesareo sia più sicuro del parto naturale: la scelta dipenderà dalla valutazione del singolo caso.

### Se ho partorito una volta con il cesareo, dovrò necessariamente sottopormi a un altro cesareo?

No, se non ci sono altre controindicazioni mediche puoi affrontare il travaglio anche se hai già subito un taglio cesareo. Studi scientifici indicano che i tagli cesarei ripetuti aumentano i rischi per la salute della donna. I professionisti che ti seguono ti daranno tutte le informazioni sull'assistenza che riceverai durante il travaglio e il parto. La struttura che sceglierai dovrà garantire l'accesso alla sala operatoria in caso di necessità di un intervento d'urgenza.

### Alcuni interventi utili per evitare il cesareo

#### Alla fine della gravidanza, prima del travaglio

*Feto in posizione podalica:* il rivolgimento per manovre esterne consiste nel "far fare una capriola" al feto attraverso una procedura manuale eseguita dal medico sotto controllo ecografico. Effettuato a partire da 37 settimane, può aumentare la probabilità che il feto assuma la corretta posizione per il parto naturale.

*Gravidanza protratta:* se non ci sono complicazioni e prima delle 41 settimane, è bene attendere che il travaglio inizi spontaneamente. L'induzione può facilitare il ricorso al taglio cesareo.

#### Durante il travaglio

*Sostegno da parte di una persona di fiducia:* la presenza di un'ostetrica dedicata o di una persona di tua fiducia che ti stia accanto e ti sostenga durante il travaglio riduce il rischio di taglio cesareo e di interventi medici e può migliorare la tua soddisfazione riguardo all'esperienza del parto.

*Monitoraggio elettronico fetale:* se non ci sono complicazioni, durante il travaglio è preferibile rilevare il battito cardiaco del bambino in modo intermittente, perché la misurazione continua può aumentare la probabilità di taglio cesareo.



## **Assistenza sanitaria e psicologica alla donna in gravidanza in Italia ed in Europa**

**Gazzetta ufficiale dell'Unione europea L 160/14330 del 4.2004 IT Decisione n. 195 del 23 marzo 2004 relativa all'applicazione uniforme dell'articolo 22, paragrafo, lettera a) i) del regolamento (CEE) n. 1408/71 per quanto riguarda le prestazioni relative alla gravidanza e al parto.**

**Le prestazioni in natura relative alla gravidanza e al parto che si dimostrano necessarie nel corso di un soggiorno temporaneo in un altro Stato membro sono a carico dall'istituzione competente dell'assicurato conformemente all'articolo 22, paragrafo 1, lettera a) i).**

# **Assistenza sanitaria e psicologica alla donna in gravidanza in Italia ed in Europa**

**Il Parlamento europeo ha approvato una proposta sui congedi di maternità. Tre gli obiettivi:**

- 1.portare a 20 settimane il congedo pienamente retribuito;**
- 2.proteggere le donne dal licenziamento**
- 3.garantire anche ai padri almeno due settimane di congedo.**

# Assistenza sanitaria e psicologica alla donna in gravidanza in Italia ed in Europa

1. Il primo obiettivo è quello di migliorare le condizioni delle lavoratrici incinte, aumentando per le madri le settimane minime di congedo di maternità pienamente retribuite da quattordici a venti. Questa parte della proposta non cambia molto la situazione delle mamme in Italia dove le venti settimane di congedo sono già un diritto acquisito.

**L'unica differenza sta nel rendere omogeneo tra tutte le categorie l'indennità al 100 per cento della retribuzione, mentre attualmente il contributo è limitato all'80 per cento per alcuni contratti (legge n. 53 dell'8 marzo 2000 e il successivo decreto legislativo n. 151 del 26 marzo 2001).**

**Per le mamme in Germania, Francia e Gran Bretagna, che hanno congedi di maternità meno lunghi e con copertura inferiore, la situazione invece cambierà in modo significativo con vantaggi per le famiglie, ma anche costi a carico del welfare. I governi hanno infatti espresso forti riserve a causa dell'aumento dei costi per le finanze pubbliche in un momento in cui si introducono tagli non indifferenti ai sussidi alle famiglie.**

## **Assistenza sanitaria e psicologica alla donna in gravidanza in Italia ed in Europa**

- 2. Introdurre il divieto di licenziare le lavoratrici per un periodo minimo che va dall'inizio della gravidanza ad almeno sei mesi dopo il termine del congedo di maternità. Anche in questo campo, per l'Italia non cambia molto dal momento che la legislazione italiana del lavoro vieta già il licenziamento fino a che il bambino non abbia compiuto un anno di vita.**
- 3. Introdurre il contributo del padre del neonato a pieno titolo per “almeno due settimane” nel periodo obbligatorio delle venti settimane del congedo della madre, anche se l'unione non è formalizzata dal matrimonio. È l'unica grossa novità per l'Italia, in quanto si tratta di prevedere un periodo di almeno due settimane di congedo obbligatorio per i padri, pienamente retribuito e non cedibile alla madre. In Italia già dal 2000 il padre, anche se non coniugato con la madre, ha la facoltà di prendere tre giorni di congedo alla nascita del figlio e successivamente alcuni mesi al 30 per cento del salario, anche durante il periodo di congedo obbligatorio della madre. La retribuzione per il padre in congedo è pari al 100 per cento solo per i dipendenti pubblici e solo per il primo mese.**

# Riposi giornalieri al padre ...anche se la madre è casalinga

*Il Testo unico sulla maternità e paternità – Dlgs n. 151/2001- riconosce alla lavoratrice madre (art. 39) dei permessi orari retribuiti fino al compimento dell'anno del neonato, chiamati anche 'permessi per allattamento'; l'art. 40 della stessa normativa estende il riconoscimento al padre lavoratore limitatamente alle circostanze sotto riportate.*



## Art. 39 Dlgs 151/2001 – **riposi giornalieri della MADRE**

entro  
il **1° anno**  
di vita  
bambino



- 2 ore giornaliere anche cumulabili;
- 1 ora se l'orario di lavoro è inferiore a 6 ore;
- 1 ora quando la lavoratrice fruisca dell'asilo nido o di altra struttura idonea, istituiti dal datore di lavoro nell'azienda.

*I riposi sono riconosciuti **anche al PADRE lavoratore** (art. 40 Dlgs 151/2001)*

nel caso  
in cui i figli  
siano affidati  
al solo padre

in alternativa  
alla madre lavoratrice  
dipendente che non  
se ne avvalga

nel caso in cui la  
madre non sia  
lavoratrice dipendente

in caso di morte o di  
grave infermità della  
madre



**nell'ipotesi di MADRE NON LAVORATRICE DIPENDENTE**



per l'Inps  
non si intendeva anche la lavoratrice casalinga  
(Inps circ. n. 8/2003 e n. 95bis/2006)

per il Consiglio di Stato  
si intende anche la lavoratrice casalinga  
(sez. VI, n. 4293/2008 e Cass. Sez III, n. 20324/2005)



Il Ministero del lavoro sostiene la tesi favorevole al riconoscimento al lavoratore padre dei riposi giornalieri anche quando la madre svolga attività di lavoro casalingo  
(Ministero del lavoro, lettera circolare 12 maggio 2009 e lettera circolare 16.11.2009, prot.n.. 19605)

Le Direzioni generali per la Tutela delle condizioni di lavoro e per l'attività ispettiva del Ministero del lavoro, *hanno chiarito a firme congiunte*, che **affinché il padre possa usufruire dei riposi nel caso di madre casalinga**, la concessione non deve essere condizionata alla presentazione di nessuna documentazione all'Inps



comprovante l'oggettiva impossibilità della madre casalinga a dedicarsi alla cura del neonato, in quanto questo sarebbe un limite imposto e non rispecchierebbe lo spirito dell'indirizzo giurisprudenziale recepito, creando disparità di trattamento rispetto alle lavoratrici non dipendenti cui fa riferimento la norma.

In merito all'estensione dei permessi a madre casalinga si era pronunciato anche il Consiglio di Stato (sez. VI, n. 4293 del 9.9.2008) riconoscendo al padre il diritto di usufruire dei riposi in considerazione della finalità della norma stessa, nata per dare sostegno alla famiglia ed alla maternità così come previsto dall'art. 31 della Costituzione.

favore del lavoratore padre nel caso di

### **Modificato il D.Lgs. 151/2001 con il nuovo D.Lgs 5/2010**

Vi informiamo che è stato modificato il D.Lgs. 151/2001 sulle pari opportunità con il nuovo D.Lgs. 5/2010 che attua la Direttiva Europea 2006/54/CE, relativa al principio della pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione e impiego. Precisamente: è stato riscritto completamente l'art. 3 sul divieto di discriminazione; modificato il comma 9 dell'art. 54 sul divieto di licenziamento, aggiungendo il caso di adozione



# **Assistenza sanitaria e psicologica alla donna in gravidanza in Francia**

- **L'assicurazione maternità e paternità fornisce l'assistenza sanitaria per le necessità connesse alla gravidanza e al parto, oltreché le prestazioni economiche durante l'astensione dal lavoro della madre prima e dopo il parto, durante il congedo di adozione della madre e/o del padre e durante il congedo di paternità del padre.**
- **Il diritto alle prestazioni, determinato alla data presunta d'inizio della gravidanza, o, se non è maturato a tale data, all'inizio dell'astensione prima del parto, ha le stesse condizioni dell'assistenza sanitaria erogata dall'assicurazione malattia.**
- **Il diritto a queste prestazioni è subordinato o al versamento di un certo importo di contributi o ad un numero d'ore di lavoro per ogni periodo di riferimento (importo dei contributi dovuti pari a 60 volte lo SMIC [Importo orario dello SMIC, ovvero minimo salariale, dal 1° luglio 2011: € 9] o a 60 ore di lavoro nel corso del mese, oppure a 120 volte lo SMIC o a 120 ore di lavoro nel corso dei 3 mesi, oppure a 2030 volte lo SMIC o a 1200 ore di lavoro nell'anno antecedente la realizzazione del rischio).**

# Assistenza sanitaria e psicologica alla donna in gravidanza in Francia

- L'assicurazione maternità copre, con esenzione dal ticket, tutti gli esami obbligatori relativi alla gravidanza. Inoltre, dal 1° giorno del 6° mese di gravidanza fino al 12° giorno di puerperio, anche la copertura delle spese relative alla gravidanza è esente dal ticket. L'interessata è esonerata anche dalla partecipazione forfettaria di un euro e dalla franchigia medica su farmaci, atti paramedici e trasporti.
- L'interessata è tenuta a prendere almeno *otto settimane di riposo, ma ha diritto a sedici settimane (in linea di principio, sei settimane prima della data presunta del parto e dieci settimane dopo)*; in caso di gravidanza patologica, prima del parto possono essere concesse due settimane supplementari. La lavoratrice dipendente può, previo parere favorevole del medico che segue la gravidanza, chiedere di posticipare una parte dell'astensione prima del parto al periodo successivo.

# **Assistenza sanitaria e psicologica alla donna in gravidanza in Francia**

- **L'importo dell'indennità giornaliera è pari alla media delle retribuzioni degli ultimi tre mesi precedenti l'astensione prima del parto entro il limite del tetto trimestrale (€ 8.838).**
- **Per l'ingresso in famiglia del terzo figlio, l'astensione dal lavoro sale a ventisei settimane (otto settimane prima della data presunta del parto e diciotto settimane dopo). In caso di nascite multiple l'astensione prima della data presunta del parto è di dodici settimane per i gemelli e ventiquattro per la nascita di più di due figli. Il periodo d'indennizzo successivo al parto è fissato a ventidue settimane per la nascita di più di due figli. In caso di nascita prematura in cui l'anticipo sulla data presunta del parto sia superiore a sei settimane, la durata del congedo di maternità è incrementata del numero di giorni compresi tra la data del parto e quella fissata a sei settimane prima della data prevista di nascita.**

# Assistenza sanitaria e psicologica alla donna in gravidanza in Germania

- La lavoratrice in gravidanza gode di una speciale tutela contro i rischi a cui è esposta sul posto di lavoro e, a partire dall'inizio della gestazione fino al quarto mese di vita del bambino, anche contro il licenziamento. *Il riposo prenatale obbligatorio di sei settimane e quello di otto settimane successivo al parto* permettono alla gestante di prepararsi nascita del figlio e di rimettersi in forze dopo l'evento. Il periodo di riposo obbligatorio della puerpera si estende a 12 settimane in caso di parto prematuro o di parto gemellare o plurimo. Alle 12 settimane di legge si aggiungono inoltre le giornate di astensione prenatale obbligatoria dal lavoro perse a causa di parti prematuri (ad esempio di bambini con peso alla nascita inferiore ai 2.500).
- Il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro inizia 6 settimane prima del parto. Durante questo periodo può lavorare solo chi lo desidera espressamente.
- Importante: generalmente lo stipendio netto è più alto dell'indennità di maternità. In questi casi si ha diritto ad un sussidio integrativo del datore di lavoro pari alla differenza tra i 13 euro giornalieri erogati e la retribuzione reale.

# Assistenza sanitaria e psicologica alla donna in gravidanza in Gran Bretagna

- Tutte le donne incinte hanno il diritto a usufruire del congedo di maternità di *almeno 26 settimane*, che viene indicato come "Maternità Ordinaria". Alcune donne avranno diritto ad un periodo più lungo di congedo perché soddisfano determinate condizioni richieste. Questo periodo più lungo è denominato "congedo di maternità supplementare".
- Al termine del periodo di congedo di maternità ha diritto di riprendere il lavoro normale secondo le stesse modalità e condizioni, come se non fosse stata assente. Se, tuttavia, una situazione di ridondanza è verificata durante il congedo di maternità ordinaria o addizionale, o se c'è qualche altra ragione vera per cui il suo lavoro originale non è più disponibile alla fine del congedo di maternità supplementare, deve essere offerto un lavoro alternativo che è disponibile nel momento in cui vuole ritornare.

## **Assistenza sanitaria e psicologica alla donna in gravidanza in Gran Bretagna**

- Se una donna ha il diritto di SMP (Statutory Maternity Pay) le prime 6 settimane sono pagabili al tasso più elevato, (90% dei suoi guadagni medi settimanali), mentre per le successive 20 settimane, riceverà meno del 90% .
- Come detto in precedenza le modifiche apportate al ricompensa monetaria per maternità di legge è avvenuta *il 1 Aprile 2007, da allora il numero di settimane pagate è aumentato dal 26 a 39*. Attualmente il congedo di maternità obbligatoria è per un massimo di 52 settimane, con le prime 39 settimane pagate. Questo pagamento è pagato dal datore di lavoro ed è un minimo del 90% delle retribuzioni dei lavoratori e medie per le prime sei settimane e poi fino a £ 117,18 per le restanti 33 settimane delle 39 settimane pagate. Tuttavia, questo è i regolamenti governativi SMP e datori di lavoro possono avere il proprio sistema di retribuzione maternità.

## Assistenza sanitaria e psicologica alla donna in gravidanza in Svizzera

Durante la gravidanza, la salute e la sicurezza di mamma e bambino sono particolarmente importanti. La Svizzera dispone di un buon sistema di assistenza alle donne prima e dopo il parto.

**La gravidanza.** Durante la gravidanza, il ginecologo o la levatrice esaminano regolarmente la donna incinta. I controlli permettono di seguire l'andamento della gravidanza e di individuare possibili rischi per la salute di mamma e bambino. I costi sono presi a carico dalla cassa malati. Per i futuri genitori esistono dei corsi di preparazione al parto.

**Assicurazione maternità.** Le madri che lavorano hanno diritto per *14 settimane all'80% del salario medio percepito prima del parto.*

**Il parto.** In Svizzera è possibile partorire in ospedale, in una casa del parto o a domicilio. Il padre del bambino o un'altra persona vicina può assistere al parto. La donna può trascorrere i giorni successivi al parto, il cosiddetto puerperio, all'ospedale, nella casa del parto o a casa propria. La mamma e il neonato ricevono visite regolari da parte delle infermiere, della levatrice e del medico. La mamma riceve anche consigli e informazioni sull'allattamento e la cura del piccolo.

**Assistenza neonatale.** Per domande sullo sviluppo, l'alimentazione e la cura del bambino ci si può rivolgervi a un centro regionale di puericultura nella propria regione. Questa struttura offre gratuitamente consulenza telefonica, visite a domicilio e colloqui. Alcuni consultori per genitori operano in collaborazione con dei mediatori interculturali. Le mamme che allattano possono inoltre beneficiare di una consulenza per l'allattamento offerta dagli ospedali e da consulenti private.





*Ministero della Salute*



# BAMBINEeBAMBINI delMONDO

GUIDA PER LE FAMIGLIE

ITALIANO



**Grazie  
per la vostra  
cortese  
attenzione**