



Introduzione



ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA ALLA DONNA IN GRAVIDANZA

Quali professionisti devono offrire l'assistenza?

Qual è l'efficacia della continuità dell'assistenza?

Con quale frequenza e modalità si devono effettuare i bilanci di salute?

Con quali modalità deve essere raccolta e conservata la documentazione del percorso assistenziale?

Qual è l'efficacia dei corsi di accompagnamento alla nascita?

AGGIORNAMENTO SECONDA PARTE DELLA LINEA GUIDA

ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA ALLA DONNA IN GRAVIDANZA

ESAMI CLINICI E DI LABORATORIO IN GRAVIDANZA

Qual è in gravidanza l'efficacia della registrazione anamnestica dell'indice di massa corporea?

Qual è in gravidanza l'efficacia della misurazione routinaria del peso?

Quali interventi sono efficaci in gravidanza per promuovere un appropriato incremento ponderale?

Qual è in gravidanza l'efficacia della misurazione della pressione arteriosa?

Qual è in gravidanza l'efficacia dell'esame routinario del seno?

Qual è in gravidanza l'efficacia dell'esame routinario della pelvi?

Qual è in gravidanza l'efficacia dell'esame standard delle urine?

AGGIORNAMENTO SECONDA PARTE DELLA LINEA GUIDA

ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA ALLA DONNA IN GRAVIDANZA

ESAMI CLINICI E DI LABORATORIO IN GRAVIDANZA

SCREENING DEI PROBLEMI EMATOLOGICI IN GRAVIDANZA

Alle donne in gravidanza dovrebbe essere offerto lo screening per anemia?

Lo screening dovrebbe essere offerto nel I trimestre oppure nel I e III terzo trimestre?

Lo screening dovrebbe essere offerto con valutazione di emocromo oppure di emocromo e stato del ferro (ferritina, sideremia, transferrina)?

Alle donne in gravidanza con anemia ferro-carenziale dovrebbe essere offerta una terapia marziale?

Alle donne in gravidanza con anemia da carenza di ferro che hanno ricevuto una terapia marziale dovrebbe essere offerto un controllo dell'emoglobina (Hb) a fine trattamento?

Alle donne in gravidanza dovrebbe essere offerta la supplementazione routinaria di ferro?

AGGIORNAMENTO SECONDA PARTE DELLA LINEA GUIDA

ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA ALLA DONNA IN GRAVIDANZA

ESAMI CLINICI E DI LABORATORIO IN GRAVIDANZA

SCREENING DEI PROBLEMI EMATOLOGICI IN GRAVIDANZA

Lo screening delle emoglobinopatie dovrebbe essere offerto a tutte le donne in gravidanza oppure solo alle donne a rischio?

Nelle donne in gravidanza con fenotipo Rh(D) negativo si dovrebbe offrire di routine l'immunoprofilassi anti-D prenatale?

Nelle donne in gravidanza con fenotipo Rh(D) negativo si dovrebbe offrire il Non-Invasive Prenatal Testing (NIPT) per la determinazione del genotipo RhD fetale?

Quando deve essere offerto lo screening anticorpale alle donne in gravidanza con fenotipo Rh(D) negativo, in assenza di immunoprofilassi anti-D?

Quando deve essere offerto lo screening anticorpale alle donne in gravidanza, indipendentemente dal fenotipo Rh(D)?

AGGIORNAMENTO SECONDA PARTE DELLA LINEA GUIDA

ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA ALLA DONNA IN GRAVIDANZA

ESAMI CLINICI E DI LABORATORIO IN GRAVIDANZA

SCREENING DEI PROBLEMI EMATOLOGICI IN GRAVIDANZA

PROBLEMI PSICO-SOCIALI IN GRAVIDANZA

Lo screening dell'ansia e della depressione deve essere offerto a tutte le donne in gravidanza?

La valutazione della violenza domestica/di genere deve essere offerta a tutte le donne in gravidanza?

La valutazione dei fattori sociali complessi deve essere offerta a tutte le donne in gravidanza?

Qual è l'efficacia dello screening delle mutilazioni genitali femminili in gravidanza?

LE NUOVE SFIDE PER LA SALUTE MATERNA E PERINATALE



OBESITA'

Fattore di rischio in aumento, con effetti metabolici, ostetrici e neonatali. Richiede un un approccio non stigmatizzante e accompagnamento

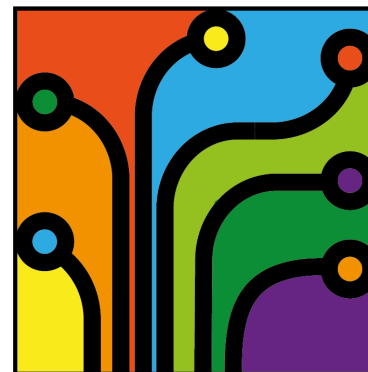
DISAGIO PSICHICO IN GRAVIDANZA

Sottovalutato e stigmatizzante, è associato a maggiore incidenza di esiti materni e perinatali sfavorevoli

VIOLENZA DOMESTICA E DI EMERGENZA, spesso invisibile, associata a gravi conseguenze per madre e feto. La gravidanza è un periodo di maggiore vulnerabilità ma anche di emersione e

FATTORI SOCIALI COMPLESSI
Precarietà economica, isolamento, background migratorio o scarso accesso ai servizi, amplificano le vulnerabilità e rendono difficile rilevare precocemente

DATI ISS PER UNA LETTURA INTEGRATA DEI RISCHI EMERGENTI

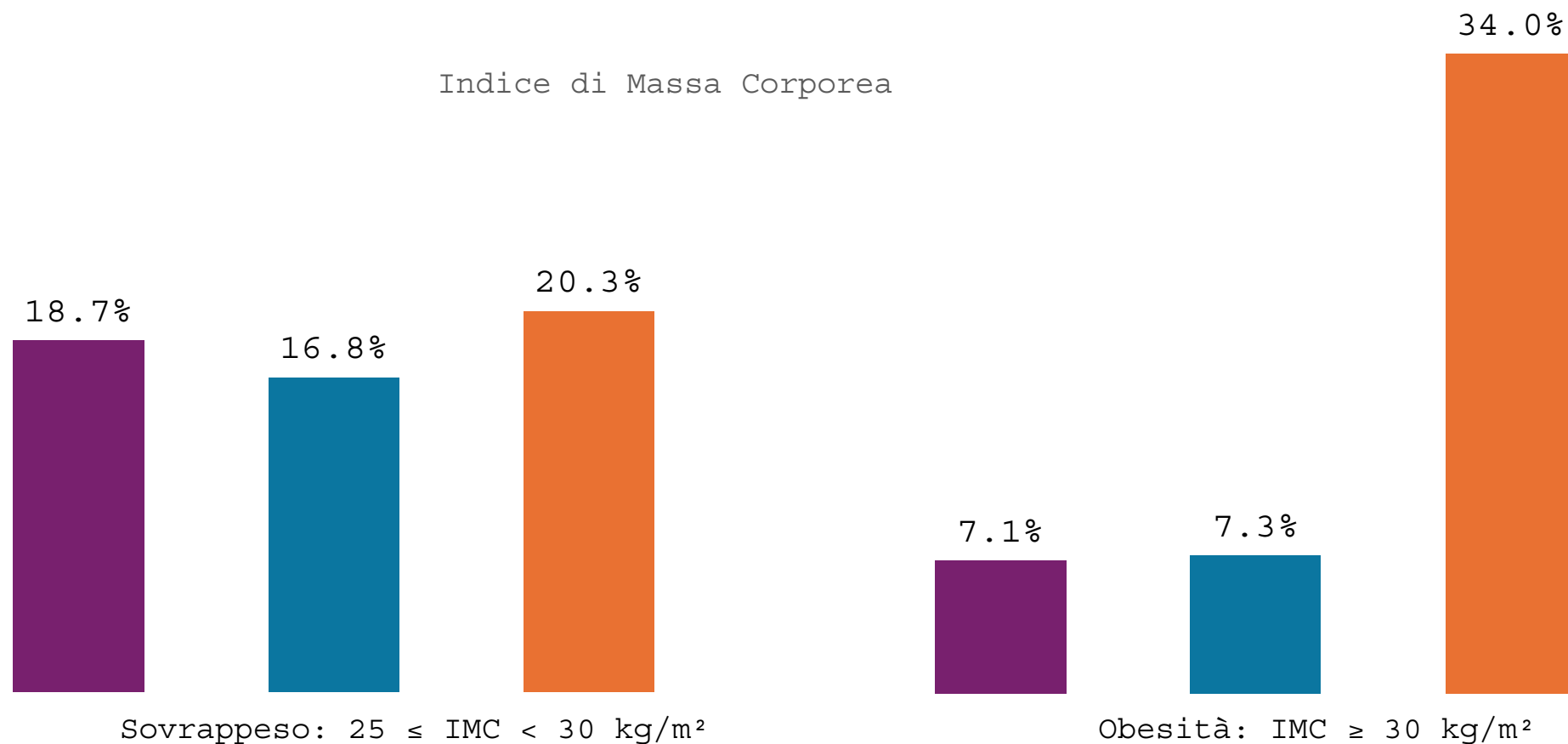


PERCORSI PER I PRIMI
MILLE GIORNI DI VITA

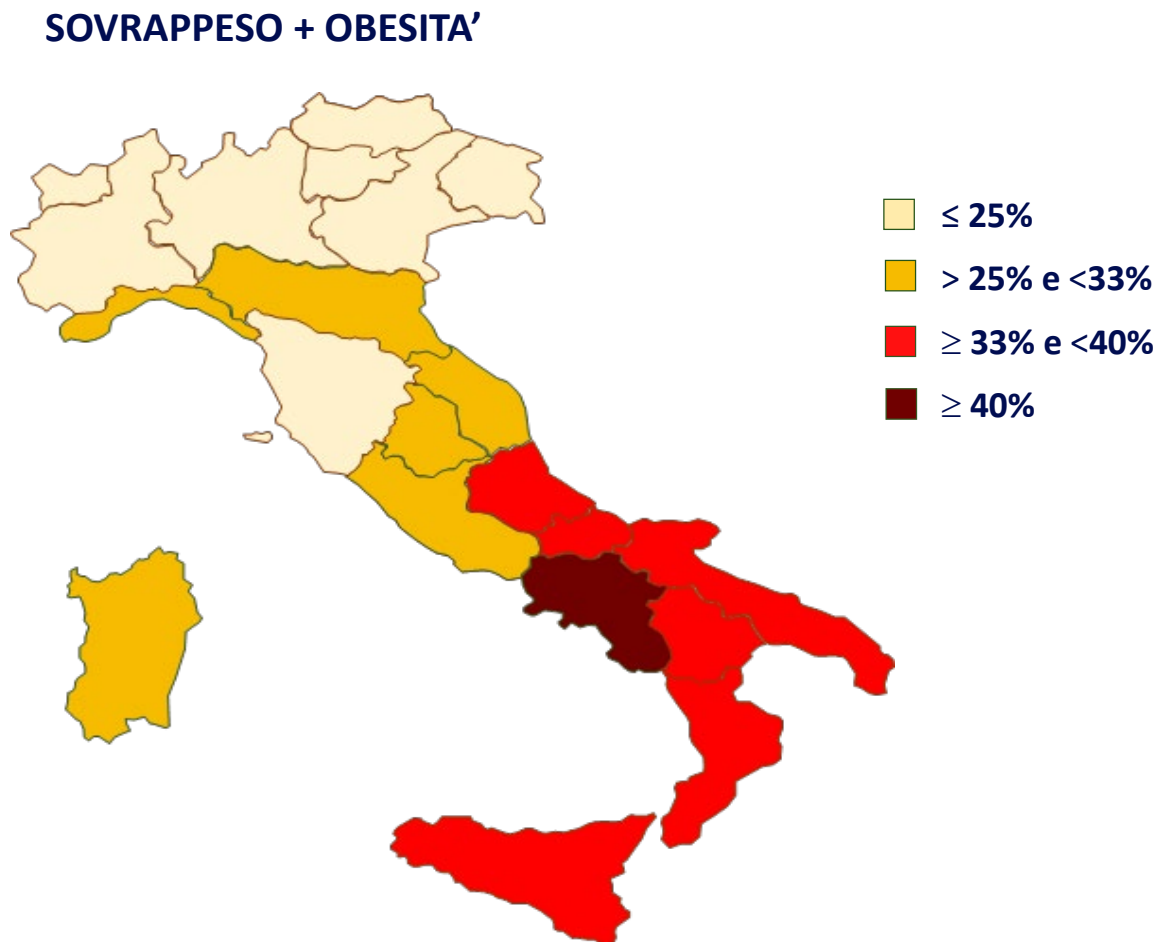
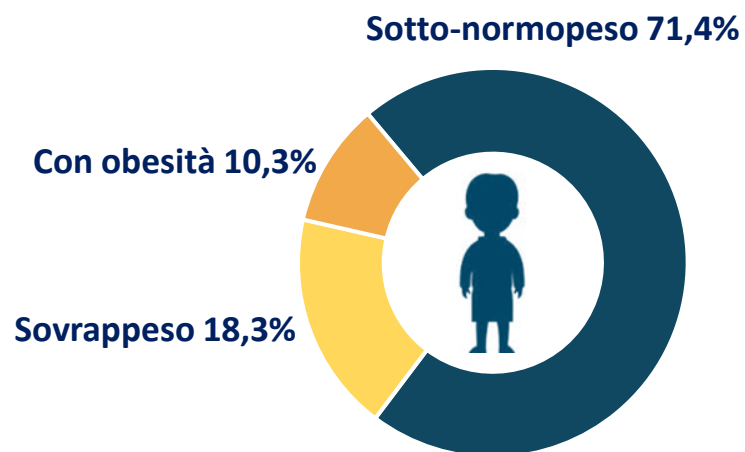
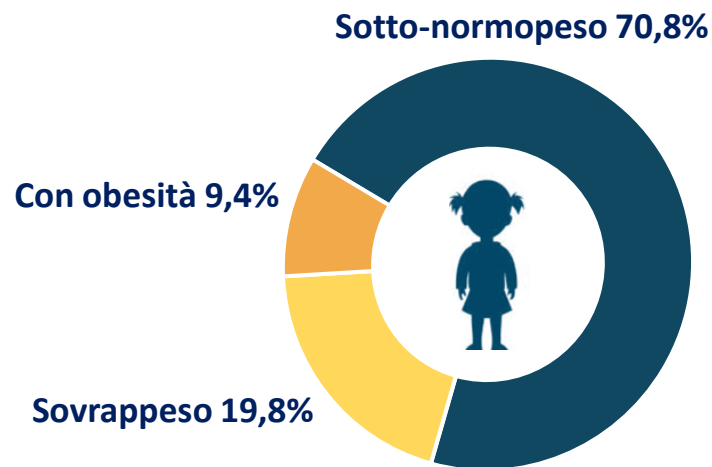
PERCENTUALE DI SOVRAPPESO E OBESITA' NELLE DONNE ITALIANE IN ETA' FERTILE



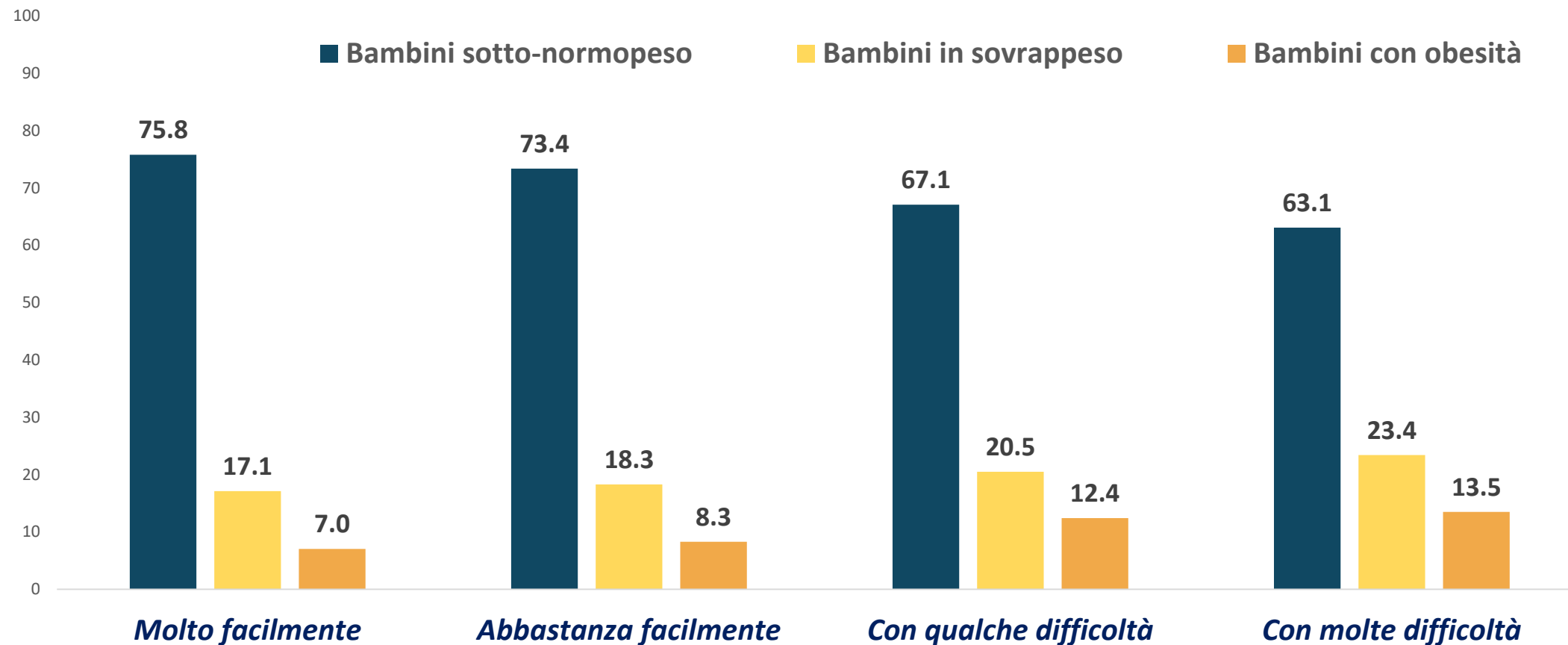
- *Donne in età fertile (sorveglianza Passi, 2014-2023)*
- *Donne al 1° trimestre di gravidanza (Sorveglianza Passi, 2014-2023)*
- *Donne decedute in gravidanza o <42 giorni dal suo esito (Sorveglianza ItOSS, anni 2013-2023)*



CHE FREQUENTANO LE SCUOLE PRIMARIE IN ITALIA

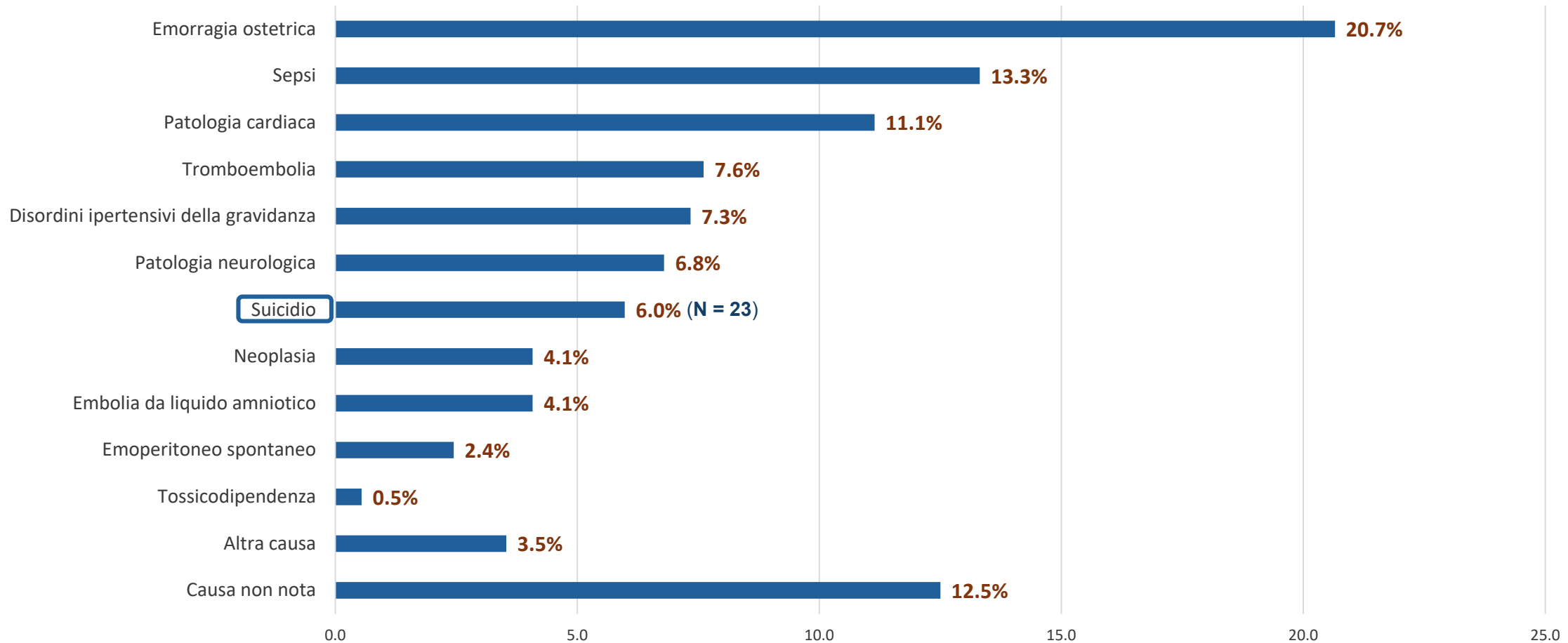


STATO PONDERALE PER LIVELLO DI DIFFICOLTÀ ECONOMICA DELLE FAMIGLIE AD ARRIVARE A FINE MESE



LE CAUSE DELLE MORTI MATERNE PRECOCI (<42 GIORNI)

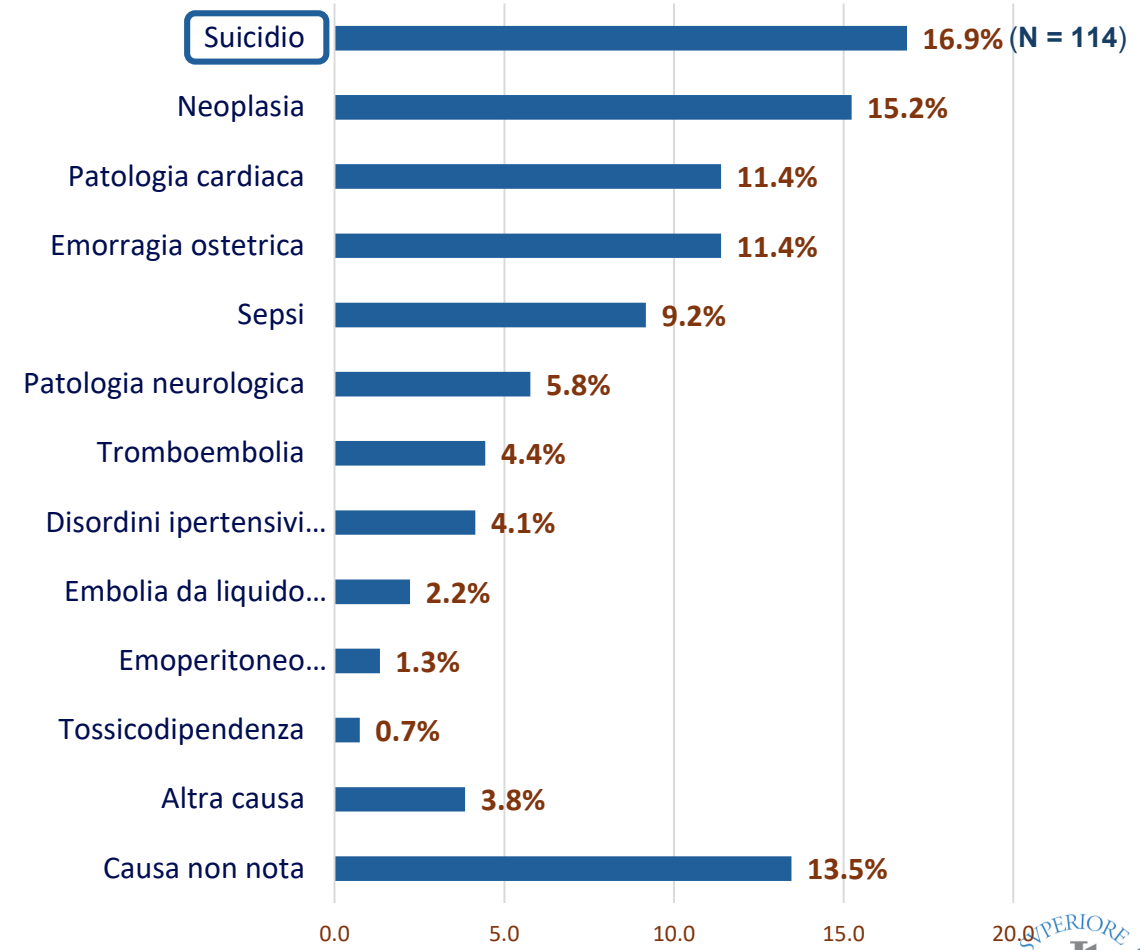
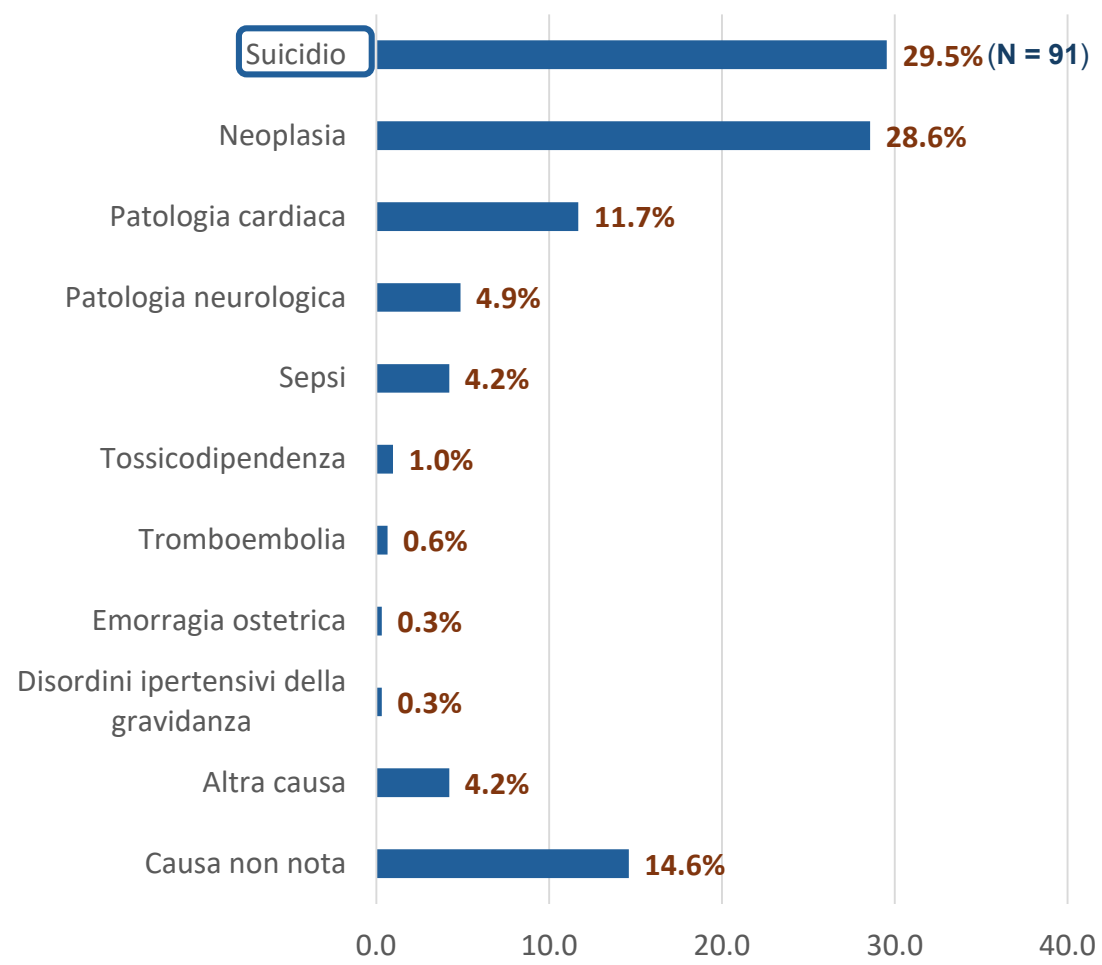
ItOSS, STIMA NAZIONALE, ANNI 2011 - 2019



Maraschini, A. et al. Maternal mortality in Italy estimated by the Italian Obstetric Surveillance System. Sci Rep 14, 31640 (2024).

LE CAUSE DELLE MORTI MATERNE TARDIVE ED ENTRO 1 ANNO

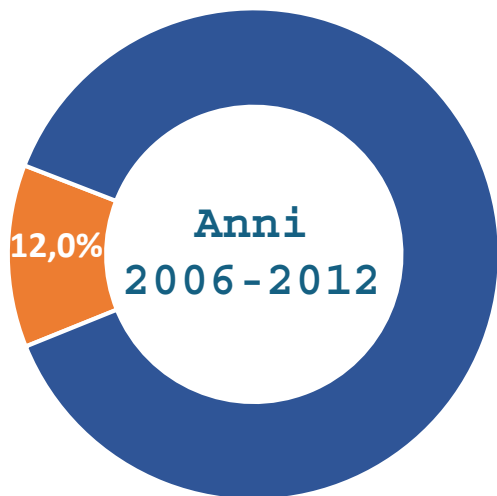
ItOSS, STIMA NAZIONALE, ANNI 2011
2019



Maraschini, A. et al. Maternal mortality in Italy estimated by the Italian Obstetric Surveillance System. Sci Rep 14, 31640 (2024).



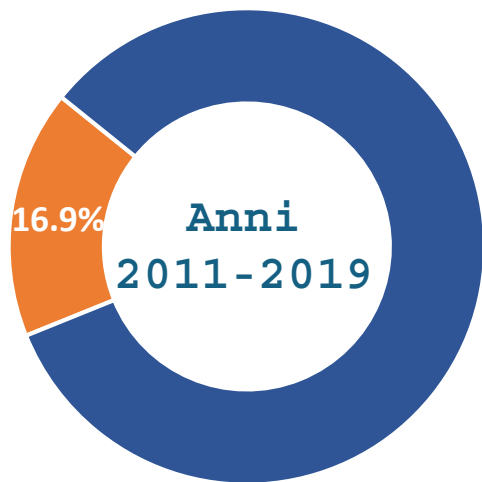
PERCENTUALE DI SUICIDIO MATERNO IN ITALIA, SORVEGLIANZA ItOSS



- Nel **60 %** dei casi presi in esame, le donne avevano una **storia pregressa di disturbi psichiatrici**

- In **oltre tre quarti dei casi** la storia pregressa di disturbi psichiatrici non era disponibile nelle cartelle ostetriche

- **Metà delle donne** con una documentazione di rischio di suicidio in puerperio non ha raggiunto un servizio di salute mentale di secondo livello.



Suicidi materni nei Paesi ad alto reddito: **13% - 36 %**

Regno Unito: **34%** morti materne per problemi di salute mentale, (M)

Paesi Bassi: **28%** morti materne per suicidio, 2006 - 2020 (Lomm)

Ogni contatto con un professionista sanitario in gravidanza, al parto e in puerperio deve essere occasione per affrontare il tema della salute mentale, contrastare lo stigma e accogliere le donne con empatia e comprensione.

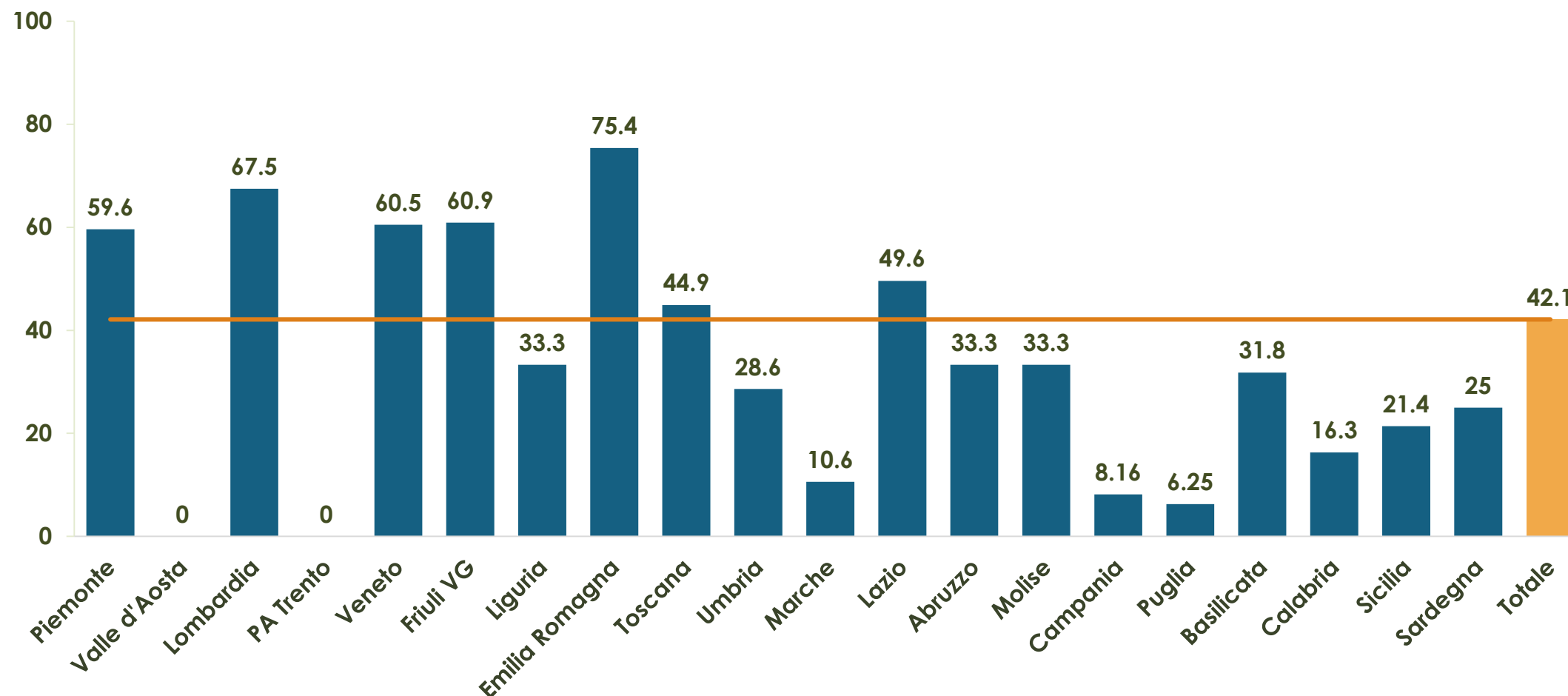


Lo screening di depressione e ansia richiede anche la disponibilità di **reti assistenziali integrate** tra servizi del percorso nascita e Dipartimenti di salute mentale, servizi sociali e altre agenzie presenti sul territorio.

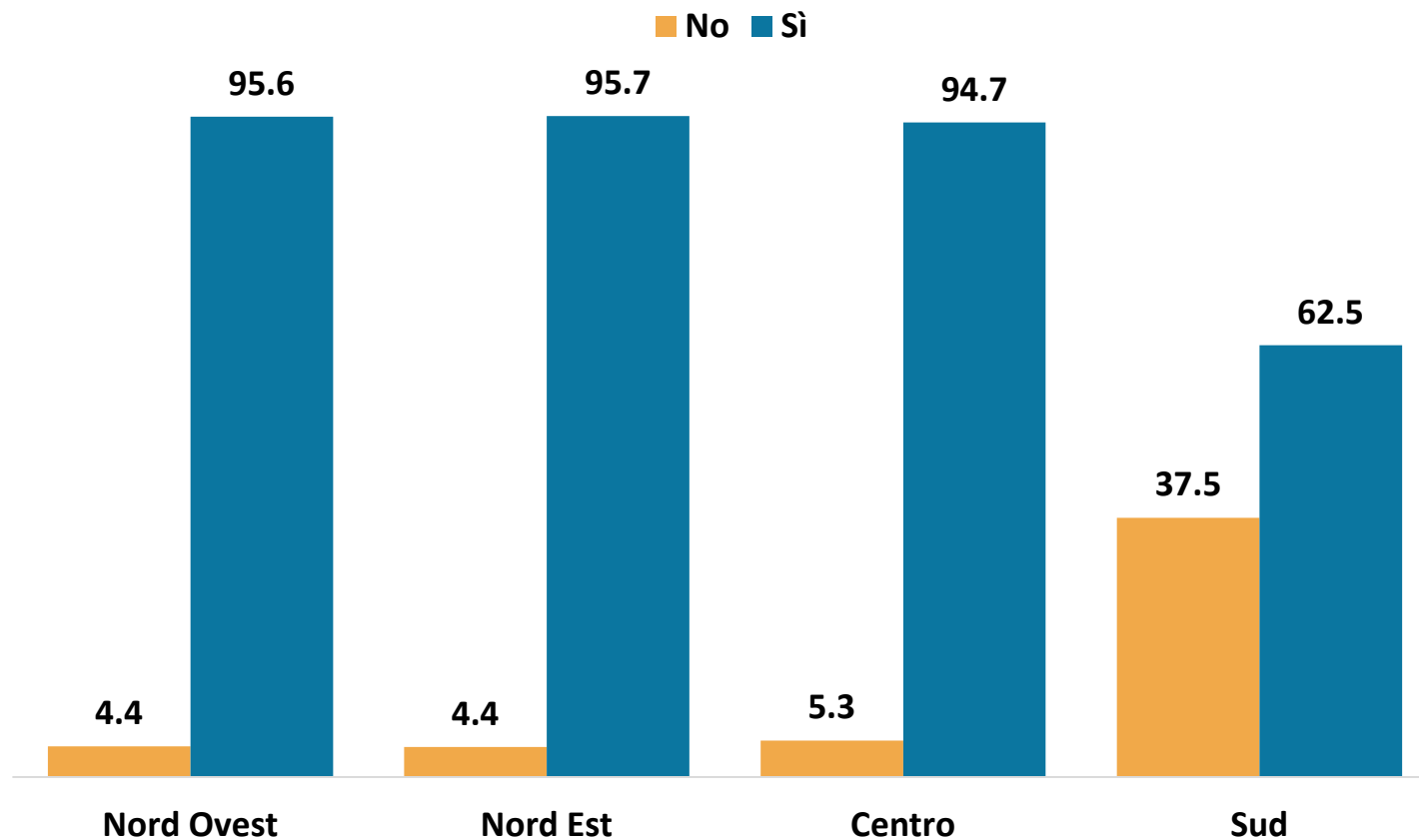
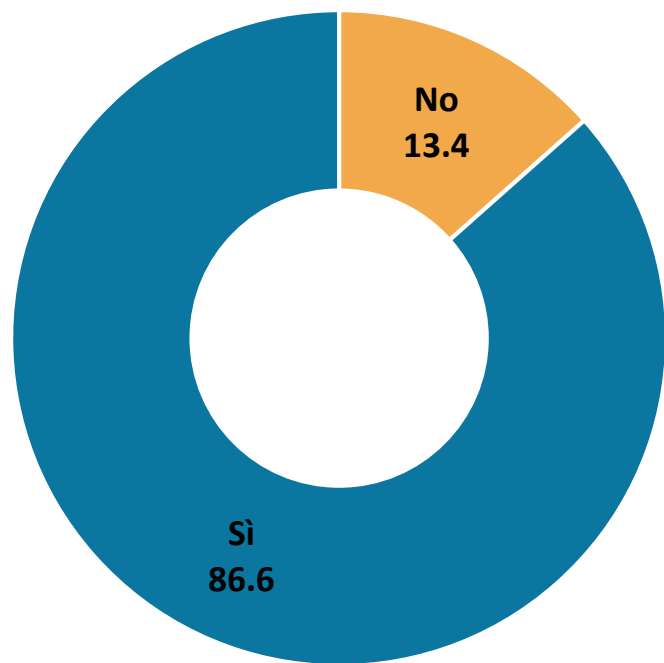
A CHE PUNTO STAMO?

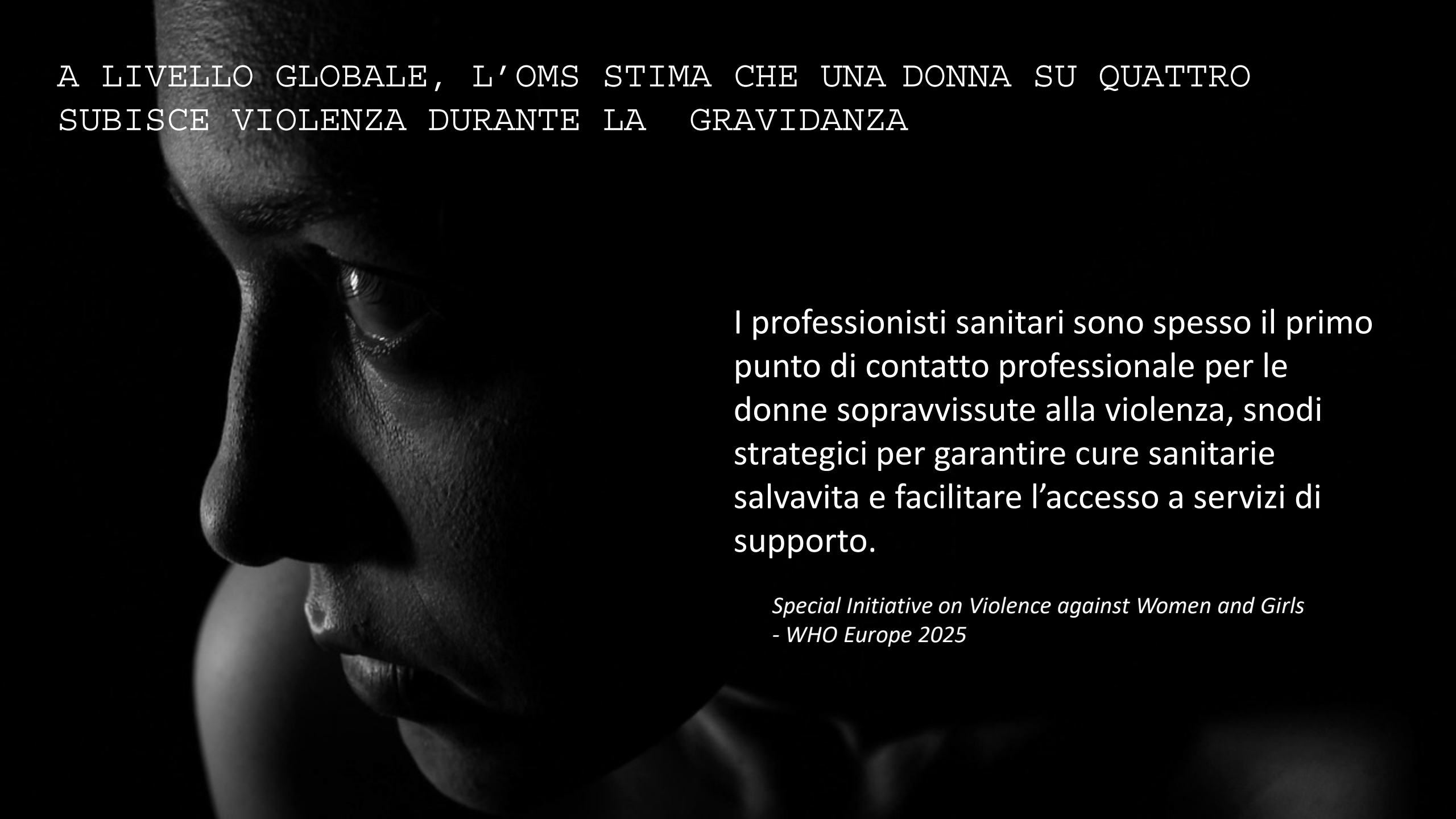


Consultori Familiari che dispongono di un protocollo per la **valutazione del rischio psicosociale** e per il **riconoscimento del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto** (anni 2018-2019)



Dipartimenti di Salute mentale che dispongono di un **canale di invio specifico** per la diagnosi e/o il trattamento dei disturbi mentali in gravidanza e/o nel periodo postnatale



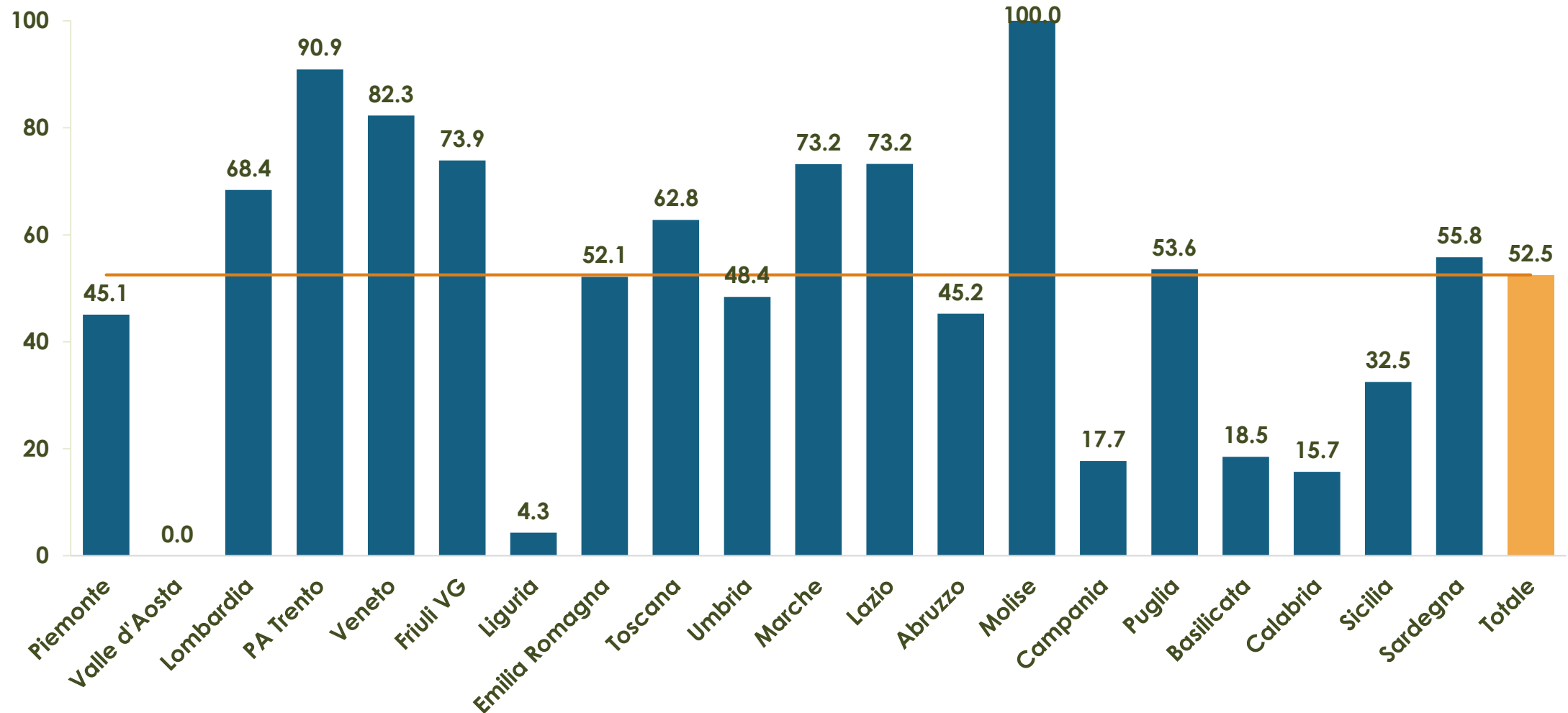


A LIVELLO GLOBALE, L'OMS STIMA CHE UNA DONNA SU QUATTRO
SUBISCE VIOLENZA DURANTE LA GRAVIDANZA

I professionisti sanitari sono spesso il primo punto di contatto professionale per le donne sopravvissute alla violenza, snodi strategici per garantire cure sanitarie salvavita e facilitare l'accesso a servizi di supporto.

*Special Initiative on Violence against Women and Girls
- WHO Europe 2025*

Consultori Familiari che fanno parte della rete territoriale antiviolenza (anni 2018-2019)



Per migliorare l'esperienza e gli esiti della gravidanza, e ridurre le morti materne evitabili, è urgente che: i professionisti sanitari individuino precocemente i fattori di rischio legati alle nuove sfide emergenti, e i **decisori** investano risorse per conciliare i nuovi bisogni di salute con appropriati contesti organizzativi.





«Quando intrecciamo il benessere mentale in ogni decisione, facciamo molto più che alleviare la sofferenza: accendiamo dignità, speranza e opportunità per tutti»

Hans Henri P. Kluge Direttore regionale dell'Oms

GRAZIE