

SPECIALE GRAVIDANZA

UPPA

BIMESTRALE PER I GENITORI
SCRITTO DAGLI SPECIALISTI DELL'INFANZIA

uppa.it

Speciale Gravidanza

La gravidanza è una fase delicata della vita delle donne, un fenomeno complesso che mette insieme gli aspetti biologici e la sfera psichica, e coinvolge gli assetti familiari e sociali. È un lungo periodo di cambiamenti e adattamenti, di equilibri persi e ritrovati, di orizzonti in continuo movimento.

Nella maggioranza dei casi la gravidanza decorre senza problemi, e solo nel 10% dei casi c'è necessità di interventi medici, farmacologici e tecnologici importanti. Nonostante ciò, la donna in gravidanza ha bisogno di assistenza, e chi si prende cura di lei ha il compito di vigilare che l'adattamento materno e la crescita fetale avvengano armoniosamente, e intercettare con anticipo i segni di squilibrio. A questo compito sono storicamente deputate le ostetriche, riconosciute come il personale sanitario più idoneo a dare le risposte appropriate ai bisogni della gravidanza, ma, qualora si riscontrino dei problemi, l'ostetrica ha il dovere di coinvolgere il medico specialista.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda di sorvegliare la gravidanza ricorrendo al più basso numero possibile di interventi

di tipo medico necessari a garantire la sicurezza di mamma e bambino. Per questo motivo la comunità scientifica esprime e aggiorna continuamente le Linee Guida a disposizione dei professionisti del settore, in modo da raggiungere l'obiettivo di migliorare l'assistenza limitando al massimo i rischi.

In tutti i suoi documenti L'OMS richiama anche l'importanza dell'ascolto della donna e della condivisione del piano di assistenza con lei e il suo partner, perché è fondamentale che l'esperienza sia positiva per entrambi: l'attenzione, quindi, non è solo clinica, è complessiva.

Che la gravidanza non sia in sé una malattia tutti lo dicono, ma forse non tutti lo pensano e sicuramente molti la trattano come tale, senza graduare l'intensità degli interventi in base alla necessità. Ma sottoporsi a indagini non necessarie aumenta i rischi, come per esempio il rischio legato a un taglio cesareo non appropriato. Fare di più, se non serve, non è meglio, e non è nemmeno uguale: è peggio.

Su UPPA troverete interessanti approfondimenti su questo e molti altri temi legati al mondo dell'infanzia. Buona lettura! ■

ABBONARSI È FACILISSIMO
VAI SUL SITO EDICOLA.UPPA.IT

Sintomi della gravidanza: scopriamoli insieme

Dal mal di pancia alla stanchezza cronica, dalle perdite alla nausea. Vediamo quali sono i primi sintomi della gravidanza e come interpretarli

DI RITA BRESCHI E SILVIA BROGI, OSTETRICHE



aywan88 / iStock

Ogni donna ha una percezione diversa del proprio corpo e ne conosce le variazioni nel corso della sua vita. Una donna attenta, ad esempio, saprà riconoscere i piccoli cambiamenti che avvengono ogni mese durante l'età fertile, e sarà proprio questa confidenza con il proprio corpo a permettere di percepire e accogliere i primissimi sintomi che indicano l'arrivo di una gravidanza. Nei primi tre mesi, tutti i cambiamenti che avvengono nel corpo della mamma sono volti a facilitare l'attecchimento dell'ovulo e l'annidamento dell'embrione: in particolare, nella fase iniziale, alcuni ormoni – *gonadotropina corionica* (HCG), estrogeni e *progesterone* – innescano quei meccanismi necessari a dare avvio alla gravidanza stessa e, contemporaneamente, inducono altri cambiamenti che riguardano il lato emotivo, in un lento processo di adattamento al nuovo stato.

DOPO QUANTO COMPAIONO I PRIMI SINTOMI DELLA GRAVIDANZA?

Caratteristiche e tempi sono diversi da donna a donna: alcune iniziano a percepire i primissimi sintomi addirittura qualche giorno dopo il concepimento, altre donne invece possono avere un inizio di gravidanza senza sintomi. I sintomi, inoltre, possono comparire anche a parecchia distanza dalla mancata mestruazione. Facciamo una panoramica dei sintomi più comuni e diffusi, provando a ordinarli in base alla loro comparsa.

IL MAL DI PANCIA

L'incontro fra la cellula uovo e lo spermatozoo avviene nella tuba di Falloppio (una parte cava dell'apparato riproduttivo femminile), da dove l'embrione impiega qualche giorno per raggiungere la cavità uterina: è qui che l'uovo fecondato inizia ad annidarsi e a "scavarsi" un piccolo spazio, completando l'impianto

intorno al ventunesimo giorno del ciclo. Questa operazione può "irritare" l'utero, che reagirà contraendosi e provocando così dei piccoli dolori al basso ventre. Sono i cosiddetti "crampi da impianto", comuni a molte donne, che possono anche precedere la scadenza mestruale e rientrano nell'ampia e varia gamma dei primissimi sintomi della gravidanza. Questo sintomo è sovrapponibile a quello del periodo premestruale, e perciò non basta a indicare la presenza di una gravidanza.

IL SENO

Tra i primi sintomi di gravidanza ci sono l'aumento di volume e una maggiore sensibilità del seno e dei capezzoli: sono tra i sintomi più diffusi e frequenti, quasi sempre presenti prima della scadenza mestruale. Per molte donne diventa difficoltoso dormire a pancia in giù a causa di una profonda tensione a volte molto fastidiosa,

spesso associata al cambiamento della cute del seno che in trasparenza mostra qualche vena superficiale, capezzoli e areola più scuri, con più evidenti rilievi sull'areola della mammella (i tubercoli di Montgomery). Questo accade in seguito alla spinta che gli ormoni fin dall'inizio esercitano sulla ghiandola mammaria, allo scopo di fortificarla e prepararla alla produzione di latte.

La tensione mammaria è presente anche tra i sintomi premestruali: come distinguere allora i sintomi della gravidanza da quelli delle mestruazioni? Certamente, se c'è una gravidanza i sintomi che riguardano il seno non migliorano, anzi il problema si accentua; tuttavia, anche in questo caso, è molto difficile distinguere di cosa si tratta: la tensione mammaria non è un segno certo di gravidanza.

MESTRUAZIONI E PERDITE EMATICHE

Anche se può sembrare banale, l'assenza di mestruazioni (amenorrea) è uno dei segnali forti che possono indicare la presenza di una gravidanza; tuttavia, l'avvio di una gravidanza non esclude la presenza di perdite di sangue.

In alcuni casi, ci potrà essere una leggera perdita di sangue in corrispondenza dell'impianto dell'embrione, con caratteristiche quantitative e qualitative differenti da caso a caso. Talvolta la perdita è periodica e un po' più importante.

La fuoriuscita di una modesta quantità di sangue è un fenomeno che può avvenire anche in corrispondenza della prima mancata mestruazione: questi sintomi possono persistere nelle prime settimane di gravidanza e possono assumere un andamento ripetitivo e ritmico, tanto da simulare delle vere mestruazioni (pseudo-mestruazione).

È un fenomeno innocuo, dovuto alle oscillazioni ormonali tipiche delle prime fasi della gravidanza.

L'amenorrea, inoltre, può essere causata anche da altri fattori: un cambiamento delle abitudini, un forte dimagrimento o la presenza di una condizione di particolare stress possono tenere lontane le mestruazioni per mesi... quindi anche il sintomo per antonomasia, l'amenorrea, non è un segno certo al 100%.

La tensione mammaria è presente anche tra i sintomi premestruali: come distinguere allora i sintomi della gravidanza da quelli delle mestruazioni?

Alcune donne iniziano a percepire i primissimi sintomi qualche giorno dopo il concepimento, altre invece possono avere un inizio di gravidanza senza sintomi

LE PERDITE CHIARE

Un sintomo diffusissimo tra le donne è l'aumento delle normali secrezioni vaginali: è dovuto all'azione degli ormoni estrogeni, che fanno affluire più sangue ai genitali e agiscono sulle ghiandole presenti nella mucosa, che così aumentano le loro secrezioni (le "perdite chiare").

NAUSEA E PERDITA DELL'APPETITO

La nausea è uno dei primi e più diffusi sintomi della gravidanza, insorge di solito fra la quinta e l'ottava settimana e si risolve spontaneamente una volta superato il primo trimestre. In associazione alla nausea, spesso compaiono anche una percezione alterata del gusto e un'aumentata sensibilità agli odori.

Ci sono donne che si accorgono di essere

in gravidanza quando un alimento che hanno sempre trovato gradevole inizia a essere intollerabile e si trovano sorprendentemente a dire: «Ma cos'è questo cattivo odore...», riferito magari allo stesso caffè che per almeno dieci anni ha accompagnato ogni risveglio mattutino con grande piacere.

Pare che l'ormone responsabile di queste bizzarrie sia la *gonadotropina corionica* (HCG), l'ormone prodotto dall'embrione fin dalle primissime fasi del concepimento. Nelle gravidanze gemellari, sostenute da valori molto alti di HCG, si hanno più frequenti e più importanti disturbi di questo tipo. L'HCG è presente soltanto se c'è una gravidanza; per questo una sua frazione (beta-HCG) viene utilizzata per diagnosticare la gravidanza, anche nei test rapidi che si fanno a casa molto precocemente. Se il test è positivo siamo certi (al 95%) che la gravidanza ci sia, anche in caso di lievissimo ritardo delle mestruazioni; se invece il test è negativo, in caso di assenza del ciclo mestruale è buona norma ripeterlo aspettando qualche giorno.

L'HCG agisce sull'ovaio stimolandolo a produrre valori sempre più importanti di progesterone; raggiunge il suo massimo dosaggio intorno alla dodicesima settimana, dopo di che decresce rapidamente lasciando spazio all'azione del progesterone. Ecco perché nausea e vomito migliorano generalmente dopo il terzo mese.

SONNOLEZZA E STANCHEZZA

La sensazione di stanchezza profonda nello svolgere le normali attività, senza un apparente motivo, può comparire anche nelle prime settimane dopo il concepimento e può essere associata a una profonda sonnolenza. La futura mamma



ha bisogno di tempo, riposo e sonno per consentire al proprio corpo di abituarsi al nuovo stato. Gli ormoni, e in particolare modo il progesterone, guidano il corpo a rallentare; c'è un grande consumo di energia nell'organismo ed è normale assecondare questa richiesta e lasciarsi andare al sopore che sopraggiunge ogni volta che capita di fermarsi un attimo... sul divano, durante un viaggio in macchina (se non si è alla guida!), durante una conversazione noiosa...

Nella stessa parola "pro-gesterone" è insito il significato funzionale di questo potente ormone che esiste anche al di fuori della gravidanza e durante il ciclo mensile prepara la mucosa interna dell'utero all'eventualità di accogliere l'embrione, rendendola soffice, più spessa e umida. Se l'embrione non c'è o non si impianta, la mucosa si sfalda: arrivano le mestruazioni! Il progesterone rallenta il corpo, rallenta i ritmi, e orienta la mente alla quiete, alla fantasia, al sogno, all'introspezione, al pensiero del piccolo, alla casa, alla cameretta... alla tana. Rilassa la muscolatura liscia, allo scopo di rendere l'utero meno sensibile all'impianto dell'ovulo fecondato, e quindi meno suscettibile a contrarsi con il rischio di espellerlo; contemporaneamente, però, rilassa anche

la muscolatura dei piccoli vasi sanguigni periferici, producendo una diminuzione della pressione sanguigna.

Ed ecco spiegati i capogiri e qualche mancamento, fino a veri e propri svenimenti, che talvolta disturbano e preoccupano nelle fasi iniziali della gravidanza.

NECESSITÀ DI URINARE SPESSO

Accade molto di frequente che si verifichi un'aumentata necessità di fare pipì spesso. L'aumento di volume dell'utero è pressoché immediato a seguito di un concepimento. Nelle prime settimane di gravidanza, la "pollachiuria", cioè l'aumento dello stimolo a urinare, è dovuto ancora all'azione del progesterone che rilassa la muscolatura liscia della vescica e dell'uretra e limita la capacità di trattenere la pipì.

LA STITICHEZZA

Anche in questo caso entra in gioco il progesterone, che determinando una diminuzione del tono della muscolatura intestinale e rallentando la peristalsi (le contrazioni intestinali) può indurre stitichezza. Per questo motivo occorre porre attenzione alla dieta, che deve essere ricca di fibre e acqua, e condurre una vita attiva, pur assecondando il suggerimento del corpo di far spazio alla lentezza.

GLI SBALZI D'UMORE

Durante la gravidanza, soprattutto nel primo e nel terzo semestre, sono estremamente frequenti gli sbalzi d'umore, al punto che alcune donne pensano di essere imprigionate su una giostra di emotività che le rende vulnerabili e instabili ma anche meravigliosamente sensibili ed empatiche.

Non ci si sentirà solo colte da malumori e pianti, ma anche pervase di un'inspiegabile felicità senza controllo. Insomma, un vero e proprio giro sull'ottovolante, di cui non bisogna preoccuparsi.

UN AFFASCINANTE SEGRETO

Basta osservare una donna in gravidanza per cogliere quella sua luce diversa e speciale, se è in salute. La bellezza è un effetto collaterale della gravidanza? Forse sì... Gli estrogeni, che moltiplicano le fibre muscolari dell'utero, in previsione del volume che dovrà raggiungere, si dedicano anche ad aumentare il volume del seno, stimolano la fame e nutrono la pelle dal profondo, arricchendola del collagene che le regalerà quel tipico aspetto elastico e fresco, difficilmente riproducibile artificialmente.

Gli estrogeni lucidano i capelli e accendono lo sguardo, ammorbidiscono le curve del corpo e (forse) nutrono il coraggio necessario a intraprendere l'avventura.

In conclusione, il segreto da custodire sulla soglia incerta dei primi giorni di ritardo mestruale è affascinante: lasciatevi incantare per un attimo! L'ecografia, successivamente, farà forse materializzare sullo schermo tutti i sintomi veri o presunti, analizzati e radiografati fino allo spasimo... se si sta bene, si può stare un pochino sulla soglia a godersi lo spettacolo interiore di una nuova vita in arrivo dentro di noi. ■

Gravidanza e miti da sfatare

Fonti affidabili e figure competenti sono punti saldi di riferimento per aiutare le future mamme a gestire al meglio la propria gravidanza

DI RITA BRESCHI, OSTETRICA



NataliaDeriabina / Getty

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda di sorvegliare la gravidanza ricorrendo al più basso numero possibile di interventi di tipo medico necessari a garantire la sicurezza di mamma e bambino. Per questo motivo la comunità scientifica esprime e aggiorna continuamente la sua posizione in merito, in modo da raggiungere l'obiettivo di migliorare l'assistenza limitando al massimo i rischi. Lo fa attraverso la divulgazione delle cosiddette "buone pratiche", documenti che specificano controlli, esami e comportamenti clinici che i professionisti sono tenuti a garantire, sia per quanto riguarda le gravidanze normali sia per quelle a rischio.

CLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO IN GRAVIDANZA

Avere una gravidanza cosiddetta "a rischio" non significa essere di fronte a un reale pericolo per sé e per il bambino, ma vuol dire far parte di un gruppo per il quale esiste una maggiore probabilità di complicazioni: in questo caso c'è necessità di un numero più alto di controlli. Ogni donna in gravidanza deve essere accompagnata sulla base del concetto di rischio fin dall'inizio, e la valutazione deve essere rivista a ogni controllo. Per avere un'idea generale, si può affermare che le gravidanze ad alto rischio non superano il 10% del totale.

DI QUANTE VISITE C'È BISOGNO IN UNA GRAVIDANZA NORMALE?

La gravidanza è nella maggior parte dei casi un processo fisiologico che richiede sorveglianza e sostegno, non soltanto di tipo sanitario. Informazioni corrette, una rete familiare e sociale solida, e la possibilità di accedere ai servizi erogati dalle ostetriche presenti, rappresentano in questo periodo un insostituibile strumento di salute per la donna. L'OMS ha stabilito recentemente che nella gravidanza a basso rischio sono opportuni otto contatti tra la gestante e i sanitari che si prendono cura di lei. Questo consente fra l'altro di stabilire un rapporto di reciproca

conoscenza e fiducia, indispensabile alla buona riuscita dell'esperienza di cura.

I COSIDDETTI "DISTURBI" DELLA GRAVIDANZA

All'inizio della gravidanza, sintomi come nausea, vomito, sonnolenza, stanchezza, stipsi e bruciori di stomaco possono essere senza dubbio molto fastidiosi, ma sono anche chiari segni di un buon ambiente ormonale. Il nuovo inquilino si fa sentire... e la mamma fa un po' di fatica ad adattarsi. Passeranno con il primo trimestre e probabilmente lasceranno il posto alla bellezza, alla salute, alla pienezza e alla creatività del secondo trimestre della gravidanza.

QUANTO SI DEVE AUMENTARE DI PESO IN GRAVIDANZA?

Un tempo si diceva che la donna in gravidanza doveva mangiare per due e in seguito che doveva aumentare il proprio peso di 1 kg al mese, e quindi al massimo 9 kg in tutto. Ma nulla di questo è vero. Il giusto incremento del peso è correlato a un valore materno denominato Indice di Massa Corporea (IMC), un dato numerico che combina peso e altezza, e varia molto da donna a donna: solo le donne con indice alto (in sovrappeso o obese) hanno limiti più stringenti. È opportuno che ogni gestante conosca il suo IMC e la quota di aumento di peso ottimale per lei, che normalmente si colloca all'incirca fra gli 11 e i 16 kg.

QUANTE ECOGRAFIE SONO NECESSARIE DURANTE LA GRAVIDANZA?

L'esame ecografico in gravidanza è da considerarsi uno screening per alcune specifiche tematiche, ed è sicuro se utilizzato in modo appropriato e se non se ne abusa. Le mamme italiane vengono

sottoposte a un numero esagerato di ecografie, doppio e talvolta anche triplo rispetto allo standard consigliato.

L'OMS raccomanda almeno un'ecografia entro la ventiquattresima settimana, ma in Europa la media è di due o tre ecografie. In particolare, in Italia, oltre alle due ecografie di comprovata utilità effettuate nei primi due trimestri, si usa aggiungere anche una terza ecografia nel terzo trimestre, utilizzata soprattutto per controllare l'accrescimento fetale.

L'esame ecografico è uno screening per specifiche tematiche, ed è sicuro se utilizzato in modo appropriato.

È bene sapere, però, che non c'è alcuna evidenza scientifica che supporti l'effettuazione di un'ecografia nel corso di ogni visita in gravidanza se non esiste un'indicazione specifica. È quindi decisamente da scoraggiare l'esecuzione di ecografie superflue, a volte utilizzate solo per realizzare video a ricordo della gravidanza.

GATTI E TOXOPLASMOSI

Troppo spesso si sente dire che il gatto di casa è stato mandato in esilio perché la sua padrona (in gravidanza) non possiede gli anticorpi per il toxoplasma, anche se basterebbero delle semplici regole igieniche (come trattare la lettiera e la terra del giardino munite di guanti) per evitare l'ingiustizia. Viene confermata, invece, la raccomandazione di lavare molto bene frutta e verdura, e di non mangiare carne cruda, ma è inutile rinunciare all'adorato prosciutto perché i salumi, se congelati a -12 °C per 24 ore, risultano del tutto sicuri (il freddo uccide il toxoplasma).

Prevenzione in gravidanza

Se, da una parte, si esagera in visite, controlli ed esami, contemporaneamente si omettono alcuni semplici comportamenti, la cui adozione previene possibili malattie o incidenti importanti.

Vediamo i principali:

1 Le linee guida dell'OMS, e di altre agenzie di salute, sull'uso dei vaccini in gravidanza raccomandano la vaccinazione antinfluenzale e la vaccinazione contro la pertosse, entrambe utili per la protezione della donna e del lattante.

2 L'utilizzo corretto delle cinture di sicurezza in auto durante la gravidanza (a tre punti: fascia inferiore sotto l'addome e fascia superiore lontana dal collo, posizionata fra i seni e di lato all'addome) si associa a minori rischi per la donna e il feto anche in caso di impatto a bassa intensità. Talvolta, però, le donne in gravidanza chiedono un certificato che le esenti dall'utilizzo della cintura di sicurezza nella convinzione che questa rappresenti un rischio per il feto.

3 Uno stile di vita sano e corretto, ossia alimentarsi consapevolmente, condurre una vita attiva (compreso continuare a lavorare), astenersi da alcol, fumo e droghe, e continuare ad assumere acido folico anche dopo il concepimento, rappresenta la prevenzione più semplice e un modo efficace di ridurre la comparsa di complicazioni nel corso della gravidanza. ■

Esami in gravidanza: tutto quello che c'è da sapere

Gli esami dei primi mesi di gravidanza sono tra le prime grandi decisioni di una coppia sul proprio bambino. Per questo è essenziale essere informati e avvalersi del parere di personale esperto

DI ILARIA LEMMI E ELISABETTA SARTI, OSTETRICHE

Ogni mamma si chiede: «Sarà sano?» e ogni coppia prova la paura e l'incertezza dell'ignoto di fronte a una gravidanza che sta iniziando. In un tempo non lontano in cui era impossibile penetrare questo segreto, si faceva ricorso alla saggezza popolare, agli indovini, alla magia, per avere qualche risposta rassicurante. Oggi si può accedere alla diagnosi prenatale, che è l'insieme delle indagini strumentali e di laboratorio mediante le quali è possibile monitorare l'intero decorso della gravidanza: comprende sia la ricerca di eventuali difetti congeniti sia i controlli sull'evoluzione della gravidanza e sullo stato di salute del feto.

LA DIAGNOSI PRENATALE

Le coppie sono chiamate a prendere importanti decisioni sui percorsi da affrontare

per accertare, molto precocemente, l'eventuale presenza di queste anomalie. Ciò accade quando i genitori stanno ancora cercando di gestire il turbine emotivo dell'inizio della gravidanza, con tutte le contraddizioni e le ambivalenze che sono presenti anche nelle gravidanze più desiderate e cercate.

L'indagine si esegue in una fase precoce per avere informazioni su gravi problematiche relative alla salute del bambino, così da dare la possibilità alle coppie di decidere se proseguire la gravidanza di fronte a una diagnosi infausta (la grande maggioranza sceglie così). Ci sono coppie per le quali questa opzione non è praticabile, ma desiderano comunque avere l'informazione. Ci sono poi coppie che non vogliono sapere, che preferiscono accettare il rischio.

UNA SCELTA LIBERA E CONSAPEVOLE

Le scelte degli esami a cui sottoporsi sono molto personali, legate a fattori culturali, sociali, familiari.

Per questo motivo è necessario fornire una corretta informazione sulle possibili opzioni, oggettiva, scientifica, rispettosa e non giudicante, che permetterà alla coppia una scelta libera e consapevole.

Gli esami dei primi mesi di gravidanza costituiranno le prime grandi decisioni che la coppia si troverà a prendere sul proprio bambino. In questo percorso è essenziale essere accompagnati e sostenuti da ostetriche e medici della diagnosi prenatale.

Queste figure di supporto sono presenti per aiutare i genitori a capire le differenze e a valutare le singole situazioni, e li sosterranno in una decisione che comunque è



molto personale, senza sostituirsi o prevaricare nelle singole scelte.

In ogni caso, è importante che gli operatori del settore lascino spazio alla creazione di quel “bambino immaginario” che ogni donna coltiva nella sua mente nel periodo che precede la nascita: è un adattamento importante, contribuisce alla costruzione della mente materna, e gli operatori devono sostenerlo, perché ogni donna ha il diritto al suo “segreto”.

Facciamo una panoramica delle possibilità offerte a una coppia che abbia deciso di eseguire una diagnosi prenatale, partendo da una schematizzazione dalle alterazioni che si originano prima della nascita.

PAROTITE: ORECCHIONI E ALTRE COMPLICAZIONI

La parotite è una malattia che colpisce la parotide, una ghiandola salivare posta all'angolo della mandibola e dietro l'orecchio (da qui il nome “orecchioni”). L'infezione, trasmessa per via aerea, può essere asintomatica o presentarsi con sintomi lievi, ma il virus ha una certa predilezione per il sistema nervoso, e in alcuni bambini e ragazzi si manifesta con malessere e forte mal di testa, fino a chiari sintomi di meningite che possono causare, anche se molto di rado, la sordità. Un'altra complicazione nei maschi adolescenti è l'orchite – cioè l'ingrossamento di uno o entrambi i testicoli – che, essendo quasi sempre monolaterale, non provoca sterilità. Più raramente si può avere infiammazione delle ovaie e del pancreas.

Nel decorso della malattia, dopo 1-2 giorni di febbre, mal di testa e malessere, si presenta un ingrossamento della parotide; il bambino lamenta un dolore che cresce con la pressione, la masticazione o mangiando cibi salati o aspri. Dopo circa sette giorni il gonfiore scompare e non si è più contagiosi.

I DIFETTI CONGENITI

Si tratta di un insieme di problemi che possono avere origini diverse e che si verificano durante la gravidanza.

Comprendono:

- i difetti cromosomici
- i difetti del DNA
- le malformazioni

Si riscontrano solo nel 5% delle gravidanze e possono essere più o meno gravi.

È importante sapere che non tutti i difetti congeniti sono diagnosticabili e che non esiste un unico esame in grado di dirci se il bambino sarà sano o meno. Ma andiamo con ordine.

Il nostro patrimonio genetico è contenuto nel DNA, che a sua volta costituisce i 46 cromosomi (23 paterni e 23 materni) situati nel nucleo delle cellule del nostro corpo. I cromosomi sono strutture piccolissime ma contengono infinite informazioni che determinano il nostro aspetto fisico (come il colore degli occhi e quello dei capelli), ma anche il nostro stato di salute.

I cromosomi sono strutture piccolissime ma contengono infinite informazioni che determinano il nostro aspetto fisico ma anche il nostro stato di salute.

1) I difetti dei cromosomi

Possono riguardare errori numerici o della struttura del cromosoma stesso e si realizzano, nella maggior parte dei casi, al concepimento, senza che sia possibile una prevenzione. Un esempio di anomalia cromosomica, quella più conosciuta, è la sindrome di Down o Trisomia 21.

I soggetti affetti da questa sindrome hanno 47 cromosomi anziché 46. È l'anomalia cromosomica più frequente, seguita dalla Trisomia 18 e dalla Trisomia 13. Fino a pochi anni fa l'età materna avanzata era l'unico fattore di rischio che spingeva a sottoporsi agli esami diagnostici invasivi (l'amniocentesi e la villocentesi, ne parleremo più avanti). L'età però è un fattore di rischio generico e di affidabilità limitata rispetto al rischio individuale.

2) Le anomalie del DNA

Le anomalie del DNA sono alterazioni di piccoli frammenti del DNA, i geni, che si trovano all'interno di un cromosoma: questi difetti non riguardano i cromosomi, quindi, ma le informazioni contenute nei filamenti di DNA che stanno al loro interno. La caratteristica di tali anomalie è di essere perlopiù ereditarie, ovvero di trasmettersi nei nuclei familiari (ad esempio, fibrosi cistica e talassemia).

Talvolta un'anomalia del DNA compare per la prima volta nella famiglia, e da quel momento può essere trasmessa alla prole. Dato che ancora oggi non si conoscono tutte le malattie legate al DNA, molecola di “recente” scoperta che ancora ci nasconde molto, è importante identificare le coppie a rischio di malattia ereditaria.

3) Le malformazioni

Le malformazioni sono un'anomala strutturazione di organi o apparati del bambino e non sempre sono legate ad anomalie del patrimonio genetico; solitamente si presentano come fattore isolato e non dipendono dall'età della madre o del padre.

Non sempre si conosce la causa della loro comparsa, sono stati però individuati alcuni fattori di rischio:

- assunzione di farmaci
- carenza di acido folico
- esposizione ad agenti infettivi o a sostanze tossiche

Un tempo si pensava che la placenta fosse una barriera assoluta e che quindi fosse in grado di proteggere sempre il bambino da agenti patogeni esterni, ma oggi sappiamo che non è affatto così.

Per fortuna esistono fattori protettivi. Ne è un esempio l'acido folico: assunto già prima del concepimento – come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità – riduce sensibilmente il rischio di malformazioni del sistema nervoso del bambino. È anche noto ormai come la vaccinazione di massa contro la rosolia abbia abbattuto il rischio malformativo che questa infezione, se contratta in gravidanza, comporta. Oggi sappiamo che non tutti i farmaci

possono essere assunti durante la gravidanza, e il problema è così sentito fra la popolazione che in molte città sono stati creati punti informativi a cura delle aziende sanitarie, dove è possibile chiedere a medici o farmacologi esperti chiarimenti rispetto ai farmaci assunti o da assumere. Anche alcuni lavori possono esporre al rischio di malformazioni: le donne che lavorano in pelletterie, stampifici, colorifici maneggiano normalmente sostanze le cui esalazioni possono interferire negativamente con la gravidanza. In Italia la legge sulla maternità (Legge n. 53 dell'8 marzo 2000) tutela la gravidanza dando il diritto alla donna di essere ricollocata a svolgere un'altra mansione nell'azienda in cui lavora.

Le malformazioni si diagnosticano con l'ecografia: è una tecnica non invasiva, cioè non pericolosa per la mamma o il bambino, che permette la diagnosi di circa il 90% delle malformazioni fetali, grazie alla visualizzazione di diversi organi e tessuti molli del corpo umano. In Italia sono raccomandate dalle Linee Guida tre ecografie durante la gravidanza, una per trimestre. Il sovrappeso, la posizione retroflessa uterina, l'uso di oli o creme sulla pancia nei giorni precedenti l'esame, l'utero fibromatoso, la posizione fetale, l'intestino pieno di feci o di aria sono tutte condizioni che possono rendere più difficile lo svolgimento dell'esame, e meno precisa la visione al medico che lo effettua.

LE TECNICHE DI INDAGINE

Abbiamo a disposizione tecniche di screening (per identificare la popolazione a rischio tramite strumenti statistici) e tecniche diagnostiche basate su accertamenti eseguiti su materiale fetale. È corretto, in assenza di particolari situazioni di rischio, orientare le coppie verso tecniche di screening piuttosto che direttamente verso indagini diagnostiche rischiose per la gravidanza.

Le tecniche di screening sono innocue ma non in grado di permettere una diagnosi certa al 100%, pur andandovi molto vicino; le tecniche diagnostiche consentono

la rilevazione certa di alcune patologie ma comportano un rischio di aborto, e si definiscono "invasive" (si effettuano introducendo strumenti all'interno del corpo materno).

GLI SCREENING

Le tecniche di screening riducono drasticamente il ricorso alle indagini diagnostiche invasive, abbattendo il numero degli aborti collegati alle tecniche di prelievo dei tessuti fetali. Vediamole nel dettaglio.

1) Il test combinato

È lo screening deputato al calcolo del rischio individuale delle malattie cromosomiche o di altri difetti congeniti (ad esempio cardiopatie e anomalie del DNA). È un test su base statistica, molto affidabile perché il suo risultato è attendibile sino al 96%.

Il test combinato si effettua nel primo trimestre della gravidanza: si basa su anamnesi (raccolta di informazioni sulla salute della coppia e delle rispettive famiglie), un prelievo del sangue ("duo test") e un'ecografia che viene effettuata tra le 11+6 e le 13+6 settimane di gravidanza. Nello specifico l'ecografia valuta la misurazione di una zona di raccolta di liquido a livello della nuca fetale, detta "zona di translucenza nucale". Tutti i feti hanno normalmente questa zona di raccolta di liquido, che se è aumentata può rappresentare un fattore di rischio.

Le tecniche di screening sono innocue ma non in grado di permettere una diagnosi certa al 100%

Grazie a un accurato programma informativo, mettendo in relazione dati ecografici, biochimici e anamnestici, il test è in grado di rivelare se il rischio di queste patologie è alto (test di screening positivo). Lo spartiacque tra basso e alto rischio (detto "cut-off"), viene deciso localmente, e generalmente è definito dalla probabilità

di avere un bambino affetto dalla malattia su 250 (1:250). C'è da dire che nonostante il test sia molto sicuro, il concetto di "alto rischio" rimane personalissimo e dipende dalla storia di ciascuna coppia.

Sulla base del risultato statistico si può decidere se effettuare ulteriori accertamenti di screening (DNA fetale) o invece passare a metodiche invasive (villocentesi e amniocentesi) per la diagnosi certa della malattia cromosomica.

2) Valutazione del rischio per alcune patologie ostetriche

Con lo stesso procedimento utilizzato per il test combinato, aggiungendo l'analisi di altri fattori di rischio rilevabili dal sangue materno, dall'ecografia e dall'anamnesi, possiamo ottenere la valutazione del rischio anche per alcune patologie ostetriche, come il ritardo di crescita fetale e l'ipertensione gestazionale. In questo caso si possono anticipare le terapie necessarie, evitando o limitando i danni di queste patologie della gravidanza.

3) La ricerca del DNA fetale nel sangue materno

Oggi esiste un test di screening sulle anomalie dei cromosomi più frequenti, che il Sistema Sanitario Nazionale non garantisce, e che quindi è a totale carico del cittadino. Si basa sulla ricerca del DNA fetale circolante nel sangue materno, "cell free DNA" (cfDNA).

Si stima che il 2-6% del DNA nel sangue materno abbia origine fetale. Il DNA fetale è frammentato e si fa strada nel sangue materno (tramite spargimento delle microparticelle placentari nella circolazione sanguigna). La sua quantità aumenta con il progredire della gravidanza, per poi diminuire rapidamente dopo la nascita del bambino, arrivando a non essere più rilevabile nel sangue materno circa due ore dopo la nascita. Il DNA fetale libero circolante è significativamente più piccolo del DNA materno: molti metodi usati per estrarre il DNA fetale dal plasma materno utilizzano le sue dimensioni per



LightFieldStudios / iStock

distinguerlo da quello della madre.

L'attendibilità di questo test di screening, limitatamente ad alcune delle anomalie cromosomiche più frequenti, è molto elevata, sfiorando il 100% per la sindrome di Down. Non è un test diagnostico ma statistico, e pertanto ogni risultato che indichi un alto rischio di patologia deve essere confermato con una tecnica invasiva tradizionale (villocentesi o amniocentesi).

Le Linee Guida del Ministero della Salute indicano che il test deve essere preceduto da un'ecografia accurata (non è indicato eseguirlo prima) e dalla consulenza pre-test, che ha il compito di illustrare il significato del test e tutte le opzioni alternative disponibili per il monitoraggio della gravidanza. Non sostituisce ma si affianca al test combinato perché non è in grado di valutare il corretto sviluppo dell'anatomia fetale. A questo proposito, nel caso in cui i dati ecografici suggeriscano un aumento del rischio di patologia cromosomica nel feto, deve essere valutata l'opportunità di eseguire direttamente una diagnosi prenatale invasiva per lo studio del cariotipo fetale, cioè l'insieme dei cromosomi del feto (secondo le Linee Guida Ministero della Salute).

LE TECNICHE DI INDAGINE INVASIVE: VILLOCENTESI E AMNIOCENTESI

La villocentesi e l'amniocentesi sono esami che consentono l'estrazione del materiale fetale da studiare.

Sono tecniche di prelievo invasivo che comportano una puntura dell'addome materno per prelevare (attraverso la parete uterina) il materiale da analizzare. Ci consentono di valutare sia i cromosomi sia il DNA fetale nei casi di particolare rischio. Le differenze tra amniocentesi e villocentesi riguardano il momento della gravidanza in cui vengono eseguite e i tempi di risposta. La villocentesi si effettua fra la decima e la tredicesima settimana di gravidanza: attraverso questo esame è possibile avere in pochi giorni una prima risposta sulle anomalie più frequenti dei cromosomi e una lettura del cariotipo in una quindicina di giorni.

L'amniocentesi si effettua dalla sedicesima settimana e non permette il primo esame diretto (risposta rapida).

È necessario aspettare la riproduzione in laboratorio delle cellule fetali presenti nel liquido amniotico prelevato (esame colturale) e sono necessari 15-18 giorni per avere una prima risposta. Tra questi due

esami non c'è differenza di tipo diagnostico, poiché entrambi indagano le possibili anomalie cromosomiche nel feto.

Il rischio abortivo di queste tecniche è sostanzialmente sovrapponibile, circa 1 su 100. L'esame cromosomico generico eseguito sui villi coriali (placenta) o sugli amniociti (cellule fetali disperse nel liquido amniotico) permette di individuare le anomalie del numero e della struttura dei cromosomi ma non dà informazioni sul DNA, ovvero sui singoli geni contenuti all'interno dei cromosomi. Di conseguenza non dà informazioni su eventuali malattie ereditarie trasmesse dovute a mutazioni del DNA.

ANAMNESI E MALATTIE EREDITARIE (ANOMALIE DEL DNA)

Visto il numero elevato di difetti possibili, anche se rarissimi, è necessario restringere il campo della ricerca delle anomalie del DNA a quelle situazioni in cui ci sia un sospetto o la presenza di fattori di rischio derivati dalla storia familiare dei futuri genitori (talassemia, fibrosi cistica, distrofia muscolare).

È fondamentale un'accurata anamnesi che con poche, facili domande permette di distinguere le situazioni a rischio da quelle normali. Se la malattia non è conosciuta, la sua ricerca in ambito prenatale è difficile perché la lettura del DNA di una persona richiede tempi molto lunghi, e comunque si tratta di una lettura parziale dal momento che non siamo ancora in grado di decodificare tutto il materiale genetico.

Di fronte a un'anamnesi positiva per rischio di malattia ereditaria, sarà il medico genetista ad approfondire la ricerca per orientare successivamente i test di laboratorio verso il difetto specifico. In questa situazione i metodi di indagine sono esclusivamente invasivi (villocentesi e amniocentesi). ■

Farmaci e gravidanza: no al fai da te

Curarsi prima del concepimento e in gravidanza è possibile, ma è importante seguire alcuni accorgimenti per l'assunzione dei farmaci e consultare il proprio medico al momento opportuno

DI **ANTONIO CLAVENNA**, FARMACOLOGO CLINICO

L'assunzione di farmaci durante la gravidanza suscita spesso preoccupazioni per i possibili effetti negativi sul feto e sul neonato. Fortunatamente, anche se quasi tutti i farmaci sono in grado di attraversare la placenta, quelli che causano malformazioni o che possono alterare il normale sviluppo del feto (i cosiddetti farmaci teratogeni) sono pochi, e parliamo soprattutto di medicinali utilizzati per terapie croniche o di lunga durata.

In generale, assumere farmaci nel dosaggio più basso e per il periodo di tempo più breve riduce i possibili rischi di danni per il feto, ed è preferibile evitare di prendere più medicine contemporaneamente. Durante la gravidanza, i farmaci andrebbero assunti solo se necessario e dopo aver consultato il proprio medico, anche se si tratta di medicinali che non richiedono prescrizione (i "farmaci da banco") e di prodotti erboristici.

PRIMA DELLA GRAVIDANZA

Nell'ultimo mese prima del concepimento (meglio ancora nei tre mesi che lo precedono) e per tutto il primo trimestre di gravidanza, è importante che le donne assumano 0,4 mg di acido folico al giorno per ridurre il rischio di difetti congeniti nel feto (in particolare la spina bifida, una malformazione del midollo spinale). Infatti, nonostante questa vitamina sia presente nella frutta e nella verdura, la quantità assunta con la sola dieta non è sufficiente a garantire il fabbisogno durante la gravidanza ed è perciò necessaria un'integrazione. Nel caso poi si assumano regolarmente farmaci per curare una malattia cronica (ad esempio epilessia, depressione,

asma), bisognerebbe valutare col proprio medico eventuali modifiche della terapia prima del concepimento, così da poterne impostare un'altra che sia più adatta alla gravidanza.

Ci sono poi dei farmaci teratogeni la cui assunzione deve essere interrotta alcune settimane prima del concepimento: ne sono un esempio i retinoidi, derivati della vitamina A e utilizzati per il trattamento dell'acne, che, se assunti per bocca, possono rimanere nell'organismo per alcuni giorni o settimane dopo il termine della terapia prima di essere eliminati dal nostro organismo.

Durante la gravidanza, i farmaci andrebbero assunti solo se necessario e dopo aver consultato il proprio medico.

DURANTE LA GRAVIDANZA

Nei primi tre mesi di gravidanza, durante i quali avviene la formazione degli organi e l'embrione è più sensibile agli effetti dei farmaci, è necessaria una maggiore cautela. Quando una donna che fa una cura farmacologica scopre di essere incinta, la prima cosa che deve fare è consultare il proprio medico curante per decidere come proseguire la terapia. L'assunzione del farmaco non va mai interrotta di propria iniziativa, perché ciò può comportare dei rischi per la propria salute e per lo sviluppo del feto.

Vediamo ora alcuni consigli che possono rivelarsi utili per gestire alcuni tra i più comuni disturbi della fase di gestazione; bisogna però tenere presente che tali

consigli non possono, in alcun caso, sostituirsi al giudizio del medico.

FEBBRE E/O DOLORE

Per questi disturbi, il farmaco di riferimento in gravidanza è il paracetamolo, la cui sicurezza in caso di uso occasionale o per terapie di breve durata è ampiamente documentata (si raccomanda comunque di attenersi alle indicazioni del foglietto illustrativo o alle indicazioni del medico o del farmacista per le dosi e i tempi). La valutazione del medico è sempre necessaria se l'assunzione del farmaco dovesse prolungarsi per più di cinque giorni.

Serve, invece, maggiore prudenza nell'uso di altri farmaci comunemente impiegati per curare il dolore: i cosiddetti farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), ad esempio ibuprofene, diclofenac, ketoprofene, nimesulide. Anche se i dati disponibili non rivelano un maggior rischio di malformazioni, secondo alcuni studi le mamme che assumono FANS nelle prime settimane di gravidanza sono più frequentemente soggette ad aborto spontaneo. Inoltre, i FANS non vanno impiegati durante il terzo trimestre di gravidanza e in particolare dopo la trentesima settimana di gestazione, perché possono causare una chiusura del "dotto di Botallo", un vaso arterioso fondamentale per la circolazione del sangue nel feto. Questo rischio è stato riscontrato anche con l'assunzione di paracetamolo nelle ultime settimane di gravidanza, tuttavia questo dato deve ancora essere confermato; in ogni caso, prima di usare il paracetamolo dopo la trentesima settimana è consigliabile consultare il proprio medico.



Vasyi Dolmatov / iStock

NAUSEA, VOMITO O DOLORE DI STOMACO

Questi sintomi sono molto frequenti specialmente nei primi mesi di gravidanza: per ridurli o eliminarli, in genere, sono sufficienti piccoli “aggiustamenti” della dieta (pasti piccoli, frequenti e ricchi di carboidrati). Se ciò non dovesse bastare, si può valutare con il proprio medico la possibilità di utilizzare la metoclopramide, un farmaco che accelera lo svuotamento dello stomaco e non è associato a un aumento dei rischi per il feto.

Per quanto riguarda il bruciore di stomaco, si possono prendere degli antiacidi (ad esempio, sali di alluminio e magnesio), assorbiti in modo blando dall'organismo. Da ultimo, modificare la dieta e

le abitudini di vita è spesso il modo più efficace per curare la stitichezza (stipsi). Bere molti liquidi, assumere alimenti ricchi di fibre (frutta, verdura), svolgere regolarmente attività fisica sono rimedi che in molti casi aiutano a ripristinare e mantenere la regolarità dell'intestino. In caso di stipsi molto fastidiosa, si possono utilizzare occasionalmente dei lassativi, preferendo quelli che non vengono assorbiti dall'intestino come i lassativi osmotici (ad esempio, macrogol, lattulosio, ecc.), i quali richiamano, per azione osmotica, acqua all'interno dell'intestino, o quelli formanti massa, che aumentano il volume delle feci richiamando acqua (ad esempio, quelli a base di alghe o di gomma di Guar).

TOSSE E RAFFREDDORE

Per quanto riguarda la tosse, bere molto (meglio liquidi caldi come latte e tisane) ed effettuare suffumigi sono mezzi utili per rendere più fluido il muco, che potrà poi essere eliminato con maggiore facilità. In questo caso, l'efficacia dei farmaci non è provata.

Anche per il raffreddore il rimedio migliore è bere molti liquidi. I lavaggi nasali con soluzione salina possono essere d'aiuto. L'uso di spray per decongestionare la mucosa nasale non sembra causare rischi in gravidanza: questi farmaci devono però essere utilizzati solo per pochi giorni (non più di 2-3), per evitare danni alla mucosa nasale. ■

Gravidanza e vaccini. Quali fare? E quando?

Dalla varicella alla pertosse, dalla rosolia all'influenza: ecco tutto quello che c'è da sapere sui vaccini da fare prima e durante la gravidanza, per ridurre al minimo i rischi sia per la mamma sia per il bambino

DI **ANTONIO CLAVENNA**, FARMACOLOGO CLINICO E **ROSARIO CAVALLO**, PEDIATRA



Jovanmandic / iStock

Le vaccinazioni sono un importante strumento di prevenzione da gravi malattie infettive in ogni fase della vita, e se parliamo di salute femminile nell'età fertile – in previsione della gravidanza e durante il suo corso – vaccinarsi è un modo per proteggere la mamma e il nascituro da alcune specifiche malattie che potrebbero provocare malformazioni o avere conseguenze sulla gravidanza stessa. Vediamo allora nel dettaglio quali sono le vaccinazioni indicate se si sta programmando una gravidanza e durante i nove mesi di gestazione.

PRIMA DELLA GRAVIDANZA: ROSOLIA E VARICELLA

In previsione di una gravidanza, le donne che non sono già immuni nei confronti della rosolia o della varicella (cioè non vaccinate e che non hanno già avuto la malattia) dovrebbero proteggersi contro questi virus. Queste infezioni, infatti,

se vengono contratte durante la gravidanza, possono causare malformazioni e alterazioni dello sviluppo del feto, e aumentare il rischio di complicazioni per l'andamento della gravidanza stessa. Vediamo in sintesi di cosa si tratta.

- La rosolia è una “banale” infezione caratterizzata da alcuni sintomi di lieve entità – puntini rossi sulla pelle, ingrandimento di alcuni linfonodi, un po' di febbre e dolori articolari – eppure, nonostante il virus che provoca la malattia sia in genere poco aggressivo nei confronti dei bambini e degli adulti, nei primi mesi di gravidanza può causare problemi anche molto seri all'embrione e al feto (danni permanenti alla vista, all'udito, al cuore e al cervello), arrivando a provocare aborti o gravi malformazioni congenite a carico di organi e apparati.

- La varicella, invece, è una malattia infettiva particolarmente contagiosa che si diffonde attraverso contatti diretti tra

le persone e/o tramite colpi di tosse o starnuti, e che si manifesta con un'eruzione cutanea caratterizzata da puntini rossi pruriginosi. Anche in questo caso, se la malattia viene contratta in gravidanza, il rischio è di complicazioni che riguardano sia la mamma (polmonite) sia il bambino (da un basso peso alla nascita allo sviluppo di malformazioni).

VACCINARSI CONTRO ROSOLIA E VARICELLA

È importante sottolineare che le vaccinazioni contro la rosolia e la varicella (che contengono virus vivi attenuati, cioè ottenuti da microrganismi vivi, ma resi incapaci di provocare malattia) sono controindicate se la gravidanza è già iniziata, tuttavia è possibile effettuarle in sala parto o subito dopo il parto.

Il vaccino contro la rosolia non è disponibile “isolato”, ma è contenuto in quello anti morbillo-parotite-rosolia (MPR):

se una donna ha già avuto in passato il morbillo o la parotite, ma non la rosolia, può comunque effettuare la vaccinazione, perché il rischio di effetti collaterali non aumenta.

I vaccini anti morbillo-parotite-rosolia e quello anti-varicella possono essere assunti separatamente o insieme (come vaccino combinato tetravalente, vaccino MPR-V), e devono essere somministrati in due dosi a distanza di un mese l'una dall'altra. Inoltre, deve trascorrere almeno un mese tra l'ultima dose e il momento del concepimento.

I vaccini non devono essere acquistati perché sono offerti gratuitamente dai centri vaccinali; non esiste alcuna controindicazione per l'allattamento al seno e l'unica precauzione da rispettare, nei rari casi in cui dopo la vaccinazione anti-varicella compaia un'eruzione cutanea, è di coprire le lesioni.

DURANTE LA GRAVIDANZA: PERTOSSE E INFLUENZA

Nel corso della gravidanza le vaccinazioni raccomandate sono quella contro la pertosse (contenuta nel vaccino anti difterite-tetano-pertosse, dTpa), e quella antinfluenzale (se la gestazione si verifica durante una stagione influenzale, indicativamente tra novembre e marzo). Entrambi i vaccini vanno ripetuti a ogni nuova gravidanza.

Perché proteggersi da pertosse e influenza?

- La pertosse è una malattia infettiva di origine batterica molto contagiosa, che può causare dei sintomi gravi (polmonite, encefalite) o addirittura letali se colpisce un neonato nei primi mesi di vita. Il batterio della pertosse causa infezioni delle vie respiratorie (che possono

anche non dare sintomi visibili), e provoca una tosse persistente.

- L'influenza è una tra le malattie più comuni e solitamente non provoca particolari disturbi. Con il progredire della gravidanza, però, l'organismo va incontro a modifiche che riguardano, tra l'altro, la circolazione sanguigna e l'apparato respiratorio; pertanto le donne in gravidanza si trovano in una situazione di maggiore fragilità e l'influenza contratta nel secondo e terzo trimestre comporta un maggior rischio di avere complicanze che richiedono il ricovero in ospedale.

IL VACCINO ANTI DIFTERITE-TETANO-PERTOSSE

Il vaccino anti difterite-tetano-pertosse è raccomandato e offerto gratuitamente a tutte le donne nel terzo trimestre di gravidanza; andrebbe effettuato tra la ventisettesima e la trentesima settimana e in ogni caso prima della trentaseiesima settimana, per consentire la produzione degli anticorpi prima del parto.

La vaccinazione è raccomandata anche a chi in passato ha già effettuato il vaccino o si è ammalato di pertosse, dal momento

**Nel corso della gravidanza
le vaccinazioni raccomandate
sono quella contro la pertosse,
e quella antinfluenzale.**

che la protezione contro questa infezione, garantita dal vaccino o dalla malattia naturale, tende a ridursi nel tempo.

Gli studi non hanno osservato un aumento del rischio di malformazioni o di rischi per il feto associato al vaccino dTpa in

gravidanza, né di effetti negativi a lungo termine sulla salute del neonato.

IL VACCINO ANTINFLUENZALE

Come abbiamo visto, oltre al vaccino contro difterite-tetano-pertosse, le istituzioni sanitarie nazionali e internazionali raccomandano alle donne che si trovano nel secondo o terzo trimestre di gravidanza durante la stagione influenzale di vaccinarsi contro l'influenza. L'influenza, infatti, può essere particolarmente aggressiva per le gestanti e la vaccinazione della madre, oltre a proteggerla da questi rischi, riduce in modo significativo anche le interruzioni di gravidanza, le nascite pretermine e quelle con basso peso del bambino, estendendo la protezione fino ai primi mesi di vita del neonato.

Secondo gli studi disponibili, il vaccino potrebbe ridurre del 50% il rischio per la madre di ammalarsi di influenza (un beneficio che, però, può variare a seconda della stagione influenzale e del virus circolante). Anche il neonato potrebbe beneficiare della vaccinazione materna, con un minor rischio di ammalarsi di influenza, ma a questo riguardo gli studi non hanno prodotto risultati conclusivi.

Non è stato rilevato nessun rischio a carico della gestante e del feto con l'uso dei vaccini antinfluenzali inattivati attualmente disponibili in Italia (cioè prodotti usando virus o batteri resi inattivi).

Anche questa vaccinazione è offerta gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale. Se la donna non ha effettuato il vaccino durante la gravidanza è raccomandato, qualora il parto avvenga nel corso della stagione influenzale, che lo faccia al più presto per evitare di essere l'eventuale fonte di contagio per il neonato. ■

C'è sempre da imparare sul mondo dei bambini



Anche quelli *praticamente perfetti* hanno bisogno di approfondire e informarsi per educare i bambini con più consapevolezza.

uppa L'unica rivista per i genitori scritta dagli specialisti dell'infanzia.