



PENSIAMOCI PRIMA.
CONSIGLI UTILI PER CHI
DESIDERA AVERE UN BAMBINO.

ICBD
Alessandra Lisi
International Centre on Birth
Defects


MINISTERO DEL LAVORO,
DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI
CCM
Centro nazionale per la prevenzione
e il controllo delle malattie
Network per la prevenzione e la sanità pubblica

Linea Guida per il counseling pre-concezionale

Pro-memoria sintetico delle raccomandazioni

Revisione 2.2 – 15 Novembre 2009

**Consultare il sito www.pensiamociprima.net
periodicamente per eventuali aggiornamenti o revisioni**

**Progetto “Pensiamoci Prima”
dell’Alessandra Lisi International Centre on Birth Defects – ICBD
per il Centro per la Prevenzione e Controllo delle Malattie – CCM
Ministero del Lavoro, Salute, Politiche sociali**

Indice

Introduzione pag 3

Raccomandazioni

Valutazione periodica dei desideri riproduttivi

Raccomandazione 1 - Prospettiva riproduttiva pag 8

Stato di salute: **Obesità, magrezza, malattie croniche, uso farmaci**

Raccomandazione 2 - Sovrappeso e obesità pag 9

Raccomandazione 3 - Magrezza eccessiva pag 9

Raccomandazione 4 - Iper-tensione pag 9

Raccomandazione 5 - Diabete pag 10

Raccomandazione 6 - Epilessia pag 10

Raccomandazione 7 - Ipo e iper-tiroidismo pag 10

Raccomandazione 8 - Infezioni periodontali pag 11

Raccomandazione 9 - Iper-fenilalaninemia pag 11

Raccomandazione 10 - Altre malattie croniche pag 11

Raccomandazione 11 - Farmaci e diagnostica con radiazioni ionizzanti pag 12

Precedenti gravidanze e malattie genetiche

Raccomandazione 12 - Precedenti gravidanze pag 13

Raccomandazione 13 - Malattie genetiche pag 13

Infezioni: **vaccinazioni, trattamento, norme igieniche**

Raccomandazione 14 - Varicella pag 14

Raccomandazione 15 - Rosolia pag 14

Raccomandazione 16 - Epatite B pag 14

Raccomandazione 17 - Toxoplasmosi pag 15

Raccomandazione 18 - Infezione da CMV pag 15

Raccomandazione 19 - Infezione da HIV pag 15

Raccomandazione 20 - Sifilide pag 16

Raccomandazione 21 - Infezione da Chlamydia pag 16

Raccomandazione 22 - Altre infezioni ed altre vaccinazioni pag 16

Alimentazione, folati, acido folico, altre vitamine ed oligoelementi

Raccomandazione 23 - Alimentazione pag 17

Raccomandazione 24 - Folati, acido folico, altre vitamine e oligoelementi pag 17

Fumo, bevande alcoliche, farmaci e agenti ambientali

Raccomandazione 25 - Fumo di sigaretta pag 18

Raccomandazione 26 - Bevande alcoliche pag 18

Raccomandazione 27 - Sostanze stupefacenti pag 18

Raccomandazione 28 - Rischi ambientali pag 18

Introduzione

Gli esiti avversi della riproduzione

Gli esiti avversi della riproduzione (EAR) comprendono tutte le condizioni che impediscono alla coppia di realizzare con successo il proprio progetto riproduttivo: avere un figlio sano. Vengono quindi comprese sotto questa denominazione la subfertilità e l'infertilità, l'aborto spontaneo, l'interruzione volontaria della gravidanza, le varie patologie della gravidanza (es.: gravidanza ectopica, placenta previa, distacco di placenta, eclampsia), e le patologie feto-neonatali (es.: prematurità, restrizione della crescita fetale, malformazioni) con le loro conseguenze a distanza (es.: disturbi funzionali, deficit cognitivi, disabilità, morte).

Come per tutte le patologie umane ogni sforzo viene effettuato dapprima nel campo della prevenzione primaria. Quando la prevenzione primaria è inattuabile o inefficace, è necessario affrontare i problemi con approcci diversi: prevenzione secondaria e/o appropriati trattamenti medico-chirurgici con l'idonea assistenza socio-sanitaria integrata.

Nel campo della prevenzione degli EAR il paradigma che è stato sviluppato negli ultimi decenni ha individuato all'interno delle cure materno-infantili varie modalità di intervento per ridurre il danno psico-socio-sanitario associato a queste condizioni. In particolare è stato posto l'accento sulla necessità di un'assistenza precoce e competente alla gravidanza. Più recentemente il paradigma ha incluso anche le cure pre-concezionali poiché vi sono ampie dimostrazioni che alcuni specifici interventi, e più in generale la promozione della salute della donna prima del concepimento e nelle prime settimane dello sviluppo embrionale consentono di ridurre la frequenza di alcuni specifici EAR. L'esempio più calzante e rilevante a questo proposito è rappresentato dalla supplementazione pre-concezionale e nel primo trimestre di gravidanza con la vitamina acido folico in grado di ridurre del 40-70% il rischio di difetti del tubo neurale (anencefalia e spina bifida) e probabilmente di altre malformazioni tra cui alcune cardiopatie congenite.

Frequenza degli EAR

La frequenza degli EAR nel loro insieme non è nota. Conosciamo abbastanza bene la frequenza di alcuni di essi come indicato nella tabella 1

Tabella 1 . Frequenza di alcuni esiti avversi della riproduzione

Esito avverso della riproduzione	Frequenza	Referenza
Sub-fertilità	10 – 15 %	Evers JL. Lancet. 2002; 360(9327):151-9.
Aborti spontanei	17 – 22 %	García-Enguádanos A et al. EJOGRB. 2002; 102(2):111-9
Prematurità	6,5 %	CeDAP – Ministero della Salute 2005
Basso peso neonatale (< 2.500)	6,8 %	CeDAP – Ministero della Salute 2005
Malformazioni	3 – 6 %	Mastroiacovo P. ProspettivePediatria 2008, 38 (149-150), 59-72
Diabete gestazionale	0,9 %	Nilsen et al., Ped Perinat Epidem 2009; 23:597-608
Pre-eclampsia	4,0 %	Nilsen et al., Ped Perinat Epidem 2009; 23:597-608
Distacco di placenta	0,4 %	Nilsen et al., Ped Perinat Epidem 2009; 23:597-608
Natimortalità	0,28 %	CeDAP – Ministero della Salute 2005
Mortalità infantile	0,37 %	ISTAT, 2005
Mortalità infantile associata a malformazioni	28,5 %	Mastroiacovo P. ProspettivePediatria 2008, 38 (149-150), 59-72

Il counseling pre-concezionale

Il counseling¹ pre-concezionale (CP) è la modalità operativa per realizzare in maniera efficace le cure pre-concezionali. Il CP può essere definito come quell'insieme di informazioni e di interventi che il professionista sanitario di fiducia propone alla donna e alla coppia che desidera un bambino, con l'obiettivo di:

- (a) facilitare i cambiamenti possibili degli stili di vita, orientando la coppia ed in particolare la donna verso un maggior benessere generale, in particolare in vista di una gravidanza
- (b) identificare i rischi biomedici, comportamentali e sociali legati alla salute riproduttiva
- (c) suggerire come ridurre i rischi modificabili
- (d) fornire informazioni anticipate sugli screening e diagnosi prenatale.

Riduzione del rischio di EAR attraverso il CP

Il grado di riduzione del rischio di EAR attraverso il CP non è nota. Gli studi che hanno valutato l'efficacia dei vari interventi che caratterizzano il CP nel loro insieme non sono ancora disponibili e sono di difficile realizzazione. Ad oggi sono disponibili studi che riguardano specifici interventi; alcuni di essi sono esemplificati nella tabella 2:

Tabella 2. Esempi di riduzione del rischio di alcuni esiti della riproduzione a seguito di alcuni interventi pre-concezionali

Intervento	Esito avverso della riproduzione (EAR)	Stima della riduzione ²
Supplementazione peri-concezionale con acido folico	Difetti del tubo neurale	40 – 70 %
	Malformazioni	10 – 15 %
	Distacco di placenta	25 %
Controllo del diabete pre-concezionale	Malformazioni	50 %
Trattamento ottimale dell'epilessia	Malformazioni	50 %
Ottenimento del peso corporeo ideale in donne obese	Aborto spontaneo	40 %
	Natimortalità	52 %
	Difetti del tubo neurale	41 %
	Cardiopatie congenite	29 %
	Diabete gestazionale	72 %
Astensione dal fumo in donne fumatrici nel periodo peri-concezionale e in gravidanza	Aborto spontaneo	19 %
	Labiopalatoschisi	26 %
	Palatoschisi	18 %
	Restrizione crescita intrauterina	45 %
	Prematurità	21 %
Trattamento dietetico adeguato in donne con fenilchetonuria	SIDS	52 %
	Difetti e/o disabilità associati a iperfenilalaninemia materna	100 %
Vaccinazione pre-concezionale	Difetti e/o disabilità associati all'infezione da rosolia in gravidanza	100 %
Vaccinazione pre-concezionale	Difetti e/o disabilità associati all'infezione da varicella in gravidanza	100 %
Astensione dall'uso di bevande alcoliche nel periodo peri-concezionale e in gravidanza	Difetti e/o disabilità associate all'uso non sporadico di bevande alcoliche	100 %

¹ Counseling o counselling, indifferentemente usato in inglese.

² Vedi il "Diapositive per la formazione e l'aggiornamento sul counseling pre-concezionale" www.pensiamociprima.net

Osservando questa tabella vanno sottolineate alcune considerazioni:

- (a) le potenzialità di prevenzione primaria del CP vanno esplorate più a fondo e meritano l'attenzione di ricerche mirate;
- (b) alcuni interventi riducono il rischio di specifici EAR, altri agiscono su molteplici EAR;
- (c) alcuni interventi consentono la prevenzione completa dell'esito associato alla sua causa (es.: vaccinazione - rosolia congenita), altri consentono solo una riduzione più o meno sensibile del rischio di EAR (es.: acido folico – DTN): è importante considerare che per questi ultimi interventi esiste un rischio residuo
- (d) si può ipotizzare che la contemporanea attuazione di interventi molteplici (es.: astensione da fumo e alcol, associato alla supplementazione di acido folico) abbiano un effetto sinergico sulla riduzione di alcuni EAR.

Linea guida per il counseling pre-concezionale

Il presente documento “Linea guida per il counseling pre-concezionale” è indirizzato a tutti i professionisti sanitari che a vario titolo sono coinvolti nella promozione della salute materno-infantile e che si trovano nella condizione di eseguire un CP alla donna / coppia che non esclude la possibilità di avere un bambino o che ha programmato di avere un bambino nel breve periodo. .

La linea guida è organizzata in “raccomandazioni”. Le raccomandazioni incluse nella linea guida sono state scelte da un panel di 8 esperti italiani³ che hanno analizzato oltre 80 raccomandazioni effettuate da un panel di 29 esperti ed oltre 30 consulenti che negli Stati Uniti, nell’arco di 2 anni, attraverso una serie di incontri, ha eseguito un’accurata revisione di oltre 80 argomenti che potevano essere considerati come componenti del counseling pre-concezionale⁴.

Il panel degli 8 esperti italiani ha dapprima escluso le poche tematiche che non trovavano un appropriato spazio nel periodo pre-concezionale (parvovirus, batteriuria asintomatica, streptococco) e poche altre che non si adattavano al contesto preso in considerazione o alla situazione italiana. Le rimanenti 70 e più raccomandazioni sono state considerate come tali o accorpate in 28 raccomandazioni che compongono questa linea guida.

Ogni raccomandazione formulata dagli 8 esperti italiani è stata quindi anche valutata alla luce della bibliografia più recente e delle raccomandazioni effettuate dall’Health Council of The Netherlands contenute in due manuali preparati da un panel di 16 esperti attraverso una revisione sistematica dei principali argomenti inerenti il CP⁵

In conclusione le raccomandazioni presentate in questo documento rappresentano l’adattamento di un ampio ed approfondito lavoro di revisioni formali effettuato negli Stati Uniti e in Olanda, che sarebbe stato poco produttivo ripetere in Italia, **con un dispendio inutile di energie.**

³ Giovanni Battista Ascone, Dante Baronciani, Renata Bortolus, Marco De Santis, Faustina Lalatta, Pierpaolo Mastroiacovo (coordinatore), Gioacchino Scarano, Alberto Tozzi. Vedi il “Database per la formazione e l’aggiornamento sul counseling pre-concezionale” per corsi di primo livello per le afferenze dei componenti del panel

⁴ Jack BW, Atrash H, Coonrod DV, Moos MK, O’Donnell J, Johnson K. The clinical content of pre-conception care: an overview and preparation of this supplement. Am J Obstet Gynecol. 2008 Dec;199(6 Suppl 2):S266-79.

⁵ Heath Council of the Netherlands.. (a) Pre-conception care: a good beginning. (b) Towards an optimal use of folic acid The Hague; HCN 2007 and 2008. <http://www.gr.nl/pdf.php?ID=1598&p=1>

Sette importanti precisazioni

1. Questa linea guida volutamente non affronta in alcun modo tematiche tipiche della gravidanza. Ciò che viene raccomandato al professionista sanitario nei confronti di una donna che sa già di essere incinta fa parte di un campo diverso e che verrà affrontato da altre linee guida in elaborazione presso il Centro Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità.
2. Il documento qui proposto è volutamente sintetico. Per maggiori informazioni sulla scelta degli argomenti in esame e sul rationale delle varie raccomandazioni consultare le pubblicazioni statunitensi e olandesi citate sopra e le "Diapositive per la formazione e l'aggiornamento sul counseling pre-concezionale" www.pensiamociprima.net
3. L'ordine di presentazione delle varie raccomandazioni segue l'ordine di esecuzione del counseling pre-concezionale come indicato anche nel pro-memoria per il professionista sanitario, disponibile su www.pensiamociprima.net.
4. Le raccomandazioni contenute in questo documento sono state valutate da 21 organizzazioni scientifiche elencate in appendice nel corso del mese di maggio e giugno e discusse in una riunione tenutasi a Roma il 23 Giugno 2009.
5. Le raccomandazioni contenute in questo documento non sono state classificate, come di solito avviene in una linea guida, in base alla forza della raccomandazione e in base alle "prove" (o evidenze) disponibili nella letteratura scientifica. Gli esperti italiani e le organizzazioni scientifiche che hanno condiviso le raccomandazioni, riunitisi il 23 Giugno 2009 hanno ritenuto infatti che tutte le raccomandazioni contenute nel documento debbano essere realizzate nel periodo pre-concezionale perché sostenute da evidenze robuste o da un robusto e condiviso buon senso. Va da sé che alcune raccomandazioni devono essere attuate solo nel periodo pre-concezionale (es.: vaccinazione per rosolia e varicella), altre iniziate non appena la donna sa di essere incinta (es.: astensione dal fumo), se non realizzate già nel periodo pre-concezionale.
6. Le raccomandazioni contenute in questo documento sono il risultato anche di una condivisione pubblica effettuata tra il 7 Luglio 2009 e il 15 Novembre 2009.
7. La revisione delle raccomandazioni verrà effettuata a scadenza triennale o quando emergono significative evidenze che ne impongono la revisione, si raccomanda di visitare il sito www.pensiamociprima.net per i possibili aggiornamenti.

Il counseling

La scelta di mantenere il termine inglese "counseling" piuttosto che usare termini più comuni come "visita" o "consulenza" pre-concezionale non è casuale.

La possibile adesione della donna, e della coppia, alle raccomandazioni, si misura con una serie di problematiche che non possono essere trascurate.

Le difficoltà di comunicazione

Il primo problema è l'asimmetria di posizione del futuro genitore e del professionista sanitario. Il futuro genitore desidera un "figlio sano", crede che le attuali possibilità offerte dalle scienze biomediche consentano di azzerare ogni rischio e di realizzare la giustificata speranza del "figlio sano". Purtroppo non è sempre così. La fragile natura umana deve fronteggiare problemi di salute ancora irrisolti. A fronte di questa posizione, il professionista sanitario ha il compito di facilitare, per la donna / coppia, l'adozione di raccomandazioni che possono "ridurre il rischio" di avere un esito negativo della riproduzione. I due piani, i due obiettivi, non coincidono e questo porta ad una prima difficoltà nella comunicazione. E' necessario che i due interlocutori comprendano bene le rispettive posizioni: speranza che tutto vada per il meglio da una parte e realistiche possibilità di riduzione di alcuni rischi dall'altra. Allorché il professionista propone un intervento di prevenzione i suoi "obiettivi di comunicazione" sono molteplici: (a) facilitare

alla donna / coppia, l'adozione della proposta di intervento; (b) far comprendere che nella maggior parte dei casi l'intervento non annulla ma riduce il rischio (rischio residuo); (c) limitare gli effetti negativi (senso di colpa) nella donna / coppia che non aderisce alla raccomandazione e in cui l'esito della gravidanza sia negativo.

Una seconda difficoltà per la donna / coppia, riguarda la "motivazione" ad assumere decisioni relative agli esiti della riproduzione quando la gravidanza non è ancora iniziata, anche se programmata. Quando queste decisioni riguardano, ad esempio, l'assunzione di un farmaco (l'acido folico) per un periodo non ben definito, con un obiettivo non di cura ma di prevenzione la scelta della donna, o della coppia, non è facile. Lo stesso può dirsi quando la raccomandazione riguarda la necessità di modificare comportamenti della vita di tutti i giorni che riguardano l'alimentazione, l'attività fisica, il fumo di sigarette, o altri comportamenti (es.: bere quotidianamente bevande alcoliche), che sono solitamente caratterizzati da apparenti "vantaggi" di carattere socio-psicologico: il piacere di mangiare, di fumare, di una vita sedentaria. E' ormai ampiamente dimostrato che la semplice prescrizione (lei deve fare..) ha scarse probabilità di successo se non si accompagna ad una "contrattazione" (su cosa può fare ..). Il professionista ha come "obiettivo della comunicazione" quello di facilitare nella donna / coppia l'identificazione delle proprie difficoltà ad adottare quanto "raccomandato" e delle risorse che possono essere messe in campo per superare gli ostacoli. Ogni donna, ogni elemento della coppia, ha ostacoli e risorse diverse; il compito del professionista è farle emergere.

Una terza difficoltà riguarda il "tempo" che è a disposizione del professionista. Una attenta anamnesi, che abbia l'obiettivo di conoscere meglio la storia di ognuno può richiedere un tempo ... che il professionista non ha.

La soluzione

L'acquisizione di alcune abilità comunicative (note come "counseling sistemico") permette al professionista di risparmiare tempo perché passa da una comunicazione spontanea ad una comunicazione consapevole in cui sono ben chiari i propri obiettivi di comunicazione. In altre parole si può dire che il professionista acquisisce con il counseling sistemico la capacità di attuare un movimento in tre tempi :

- (a) selezionare le informazioni essenziali che permettono alla donna di orientarsi rispetto al problema;
- (b) porre domande tese a verificare quali informazioni siano già in possesso della donna e quali difficoltà la stessa intravede nell'adottare la raccomandazione;
- (c) accogliere (non è sinonimo di accettare) quanto la donna dice al fine di individuare quali nuove informazioni le siano necessarie per decidere (o per rettificare informazioni errate).

E' questo un passo fondamentale per stabilire una relazione efficace.

Per tutti questi motivi è stato mantenuto il termine di "counseling", per stimolare i professionisti ad acquisire, o perfezionare, quelle abilità di comunicazione, che stanno assumendo un ruolo sempre più pregnante nelle pratiche assistenziali in generale e nel rapporto operatore sanitario – paziente, e che diventano indispensabili quando vengono proposti interventi di prevenzione o di riduzione di rischi non sempre ben percepiti e "distanti".

Ovviamente in questa linea guida l'argomento non può essere affrontato. Sia sufficiente questa premessa per stimolare l'attenzione del professionista sanitario ad affrontare ed implementare le raccomandazioni utili nel periodo pre-concezionale contenute in questo documento con abilità tipiche del counseling.

Valutazione periodica dei desideri riproduttivi

Raccomandazione 1 - Prospettiva riproduttiva

Raccomandazione:

**Valutare routinariamente i desideri riproduttivi della donna e della coppia.
Fornire informazioni su come non incorrere in gravidanze indesiderate.
Anticipare l'importanza del periodo pre-concezionale e del counseling pre-concezionale in vista di una gravidanza con i suoi contenuti principali.
Consegnare a tutte le donne il materiale informativo predisposto (opuscoli disponibili sul sito www.pensiamociprima.net).**

Perché:

Previene gravidanze indesiderate.

Consente di sensibilizzare la donna / coppia al counseling pre-concezionale, finalizzato a tutelare la salute materno-infantile.

Il rischio di alcuni esiti avversi della riproduzione potrebbe essere ridotto con la sola pianificazione della gravidanza che di solito comporta di per sé una maggiore attenzione alla salute psico-fisica della donna.

Stato di salute: Obesità, magrezza, malattie croniche, uso farmaci

Raccomandazione 2 - Sovrappeso e obesità:

Raccomandazione:

Controllare regolarmente il BMI in tutte le donne.

Qualora venga riscontrato sovrappeso (BMI 25-29,9) o obesità (BMI \geq 30) informare sui rischi per la salute personale e sui rischi riproduttivi associati a queste due condizioni.

Incoraggiare l'ottenimento di un BMI adeguato con alimentazione ed esercizio fisico appropriati, anche ricorrendo a percorsi assistenziali specifici se necessario

Perché:

Il sovrappeso (frequenza in Italia 18-24 anni = 8,3%; 25-44 = 17,5%) e l'obesità (frequenza in Italia 18-24 anni = 1,7%; 25-44 = 4,1%) sono condizioni frequenti e sono associate a vari e non trascurabili rischi per la salute della donna e della prole

Il ristabilimento del peso ottimale non può essere ottenuto in gravidanza

Raccomandazione 3 – Magrezza eccessiva

Raccomandazione:

Controllare regolarmente il BMI in tutte le donne.

Qualora venga riscontrato che la donna è troppo magra (BMI < 18,5) informare sui rischi per la salute personale e sui rischi riproduttivi associati alla magrezza.

Incoraggiare l'ottenimento di un BMI adeguato.

Valutare eventuale presenza di anoressia nervosa

Perché:

La magrezza è associata a deficit alimentari, irregolarità del ritmo cardiaco, osteoporosi, amenorrea e subfertilità

Prematurità e gastroschisi (RR=3) sono più frequenti nelle gravidanze di donne magre
Il ristabilimento del peso ottimale non può essere ottenuto in gravidanza

Raccomandazione 4 - Ipertensione**Raccomandazione:**

Informare le donne con ipertensione cronica sui rischi riproduttivi e sulla necessità di instaurare il trattamento ottimale in vista della gravidanza sostituendo se necessario gli ACE-inibitori e antagonisti dei recettori dell'angiotensina II controindicati in gravidanza.

Perché:

L'ipertensione (3% gravidanze) aumenta il rischio di esiti avversi della gravidanza nella madre (pre-eclampsia, eclampsia, distacco di placenta) e di patologie feto-neonatali (restrizione della crescita intrauterina). I rischi sono correlati al controllo della malattia, grado di ipertensione, insorgenza di pre-eclampsia.

Raccomandazione 5 - Diabete**Raccomandazione:**

Tutte le donne in età fertile con diabete devono essere incoraggiate a pianificare la gravidanza, a gestire in modo ottimale la malattia e ad assumere 4-5 mg/die di acido folico.

Le donne con diabete che desiderano una gravidanza devono tenere sotto stretto controllo la glicemia e controllare periodicamente l'HbA1c (obiettivo = 6.1%).

Perché:

Il corretto controllo della glicemia (valutata con dosaggio HbA1c) prima del concepimento riduce il rischio di malformazioni e di altri esiti avversi della gravidanza ai livelli di quelli delle donne non diabetiche.

Raccomandazione 6 - Epilessia**Raccomandazione:**

In tutte le donne in età fertile con epilessia in trattamento con un qualsiasi farmaco anti-epilettico (FAE), in vista di una gravidanza è necessario:

- **rivalutare la necessità e l'appropriatezza del trattamento in atto per:**
 - **sospendere il trattamento,**
 - **instaurare una monoterapia se necessario,**
 - **ridurre/frazionare il dosaggio di un FAE,**
 - **escludere il valproato se possibile;**
- **informare sul rischio di fallimento di metodi contraccettivi ormonali associato ad alcuni FAE,**
- **prescrivere acido folico 4-5 mg/die.**

Perché:

I FAE aumentano in modo variabile il rischio di malformazioni, aborto spontaneo, basso peso neonatale, ridotta circonferenza cranica, emorragie neonatali, mortalità perinatale, difficoltà cognitive.

Raccomandazione 7 - Ipo e iper-tiroidismo**Raccomandazione:**

Informare le donne con patologie tiroidee pregresse, in atto o sospette sui rischi riproduttivi e sulla necessità di instaurare il trattamento ottimale in vista della gravidanza. Nel caso di sospetto clinico è opportuno approfondire con gli esami appropriati.

Perché:

L'ipertiroidismo (2/1.000 gravidanze) aumenta il rischio di esiti avversi della gravidanza nella madre e di patologie neonatali. I rischi sono correlati al controllo della malattia.

L'ipotiroidismo manifesto (2,5% gravidanze) è associato a basso peso neonatale e disabilità cognitive nella prole.

L'ipotiroidismo subclinico (2-5% gravidanze) diagnosticato come tale è associato a basso peso neonatale e alterato sviluppo psicomotorio nella prole.

Al momento attuale non è raccomandato il dosaggio routinario di FT4 e TSH a tutte le donne.

Raccomandazione 8 - Infezioni periodontali**Raccomandazione:**

Tutte le donne, per il loro benessere, devono essere incoraggiate a curare l'igiene orale e controllare l'esistenza di eventuali periodontiti

Perché:

Una meta-analisi del 2005 suggeriva una Adj-OR di associazione con parti pretermine di 5.3 (IC 2.2-12.6). 5/6 trial clinici randomizzati (trattamento in gravidanza vs trattamento dopo il parto) svolti in USA (2), Cile (2), Iran e India suggeriscono una riduzione del rischio di prematurità, non trascurabile, soprattutto in fasce di popolazione con basso livello economico.

Raccomandazione 9 - Iper-fenilalaninemia**Raccomandazione:**

Le donne a cui è stata diagnostica una iperfenilalaninemia in epoca neonatale:

- **se desiderano una gravidanza devono ri-adottare un'alimentazione povera di fenilalanina per tutto il periodo pre-concezionale e gravidico**
- **se non desiderano una gravidanza devono adottare un efficace metodo di controllo della fertilità.**

Perché:

L'iperfenilalaninemia materna causa malformazioni nel neonato e disabilità.

Il trattamento in vista della gravidanza riduce il rischio.

Raccomandazione 10 - Altre malattie croniche

Raccomandazione:

Tutte le donne con una malattia cronica, in particolare quelle elencate qui sotto, devono essere informate su:

- i rischi, per se stesse in gravidanza e per la prole, associati alla malattia
- la possibilità di minimizzare o azzerare i rischi aggiuntivi con il trattamento più idoneo in vista di una gravidanza
- le modalità di programmazione della gravidanza.

In tutte le donne con una malattia cronica deve essere attuata una terapia farmacologica compatibile con la gravidanza anche se non programmata.

Principali malattia croniche che richiedono particolare attenzione nel periodo pre-concezionale	
Anoressia e bulimia	Lupus sistemico
Ansia e depressione	Malattia bipolare
Artrite reumatoide	Nefropatie
Asma	Schizofrenia
Cardiopatie	Trombofilie (§)

(§) Considerare l'opportunità di uno screening sulla base di anamnesi personale o familiare di trombosi delle vene profonde o esiti avversi della gravidanza. Alle donne con anamnesi personale o familiare suggestiva di trombofilia va offerto counseling e test di laboratorio. Non è raccomandato a tutte le donne senza fattore di rischio.

Raccomandazione 11 – Farmaci e diagnostica con radiazioni ionizzanti

Raccomandazione:

Prima di prescrivere un farmaco con un dimostrato o possibile rischio teratogeno nel primo trimestre di gravidanza (vedi tabella) ad una donna in età fertile assicurarsi:

- (a) che non sia iniziata una gravidanza attraverso un test di gravidanza oppure iniziando il trattamento nei giorni immediatamente seguenti la mestruazione,
- (b) che venga attuato un efficace controllo della fertilità per tutta la durata del trattamento.

I trattamenti farmacologici elettivi di qualsiasi tipo e la diagnostica per immagini elettiva con radiazioni ionizzanti va eseguita nei giorni immediatamente seguenti la mestruazione.

Nelle donne in età fertile i trattamenti farmacologici di breve durata che non possono essere rimandati devono privilegiare farmaci di maggiore sicurezza per gli esiti riproduttivi (es.: consolidata esperienza in gravidanza, immissione sul mercato da molto tempo)

Informare ed educare tutte le donne in età fertile a consultare il proprio medico di fiducia prima di consumare un farmaco da banco

Perché:

Nonostante pochi farmaci siano chiaramente associati ad un aumentato rischio di danno embrio-fetale se assunti durante le prime settimane di gravidanza o dopo il primo trimestre, pochissimi farmaci possono essere considerati del tutto sicuri, tanto che la stragrande maggioranza dei farmaci contengono nel foglietto illustrativo indicazioni di cautela in gravidanza, causando ansietà e paure che possono indurre la donna a considerare l'interruzione della gravidanza anche dopo una rassicurazione. Questa situazione necessita un uso giudizioso dei farmaci (e della diagnostica elettiva per immagini con radiazioni ionizzanti) nelle donne in età fertile, anche se la gravidanza non è desiderata o programmata.

Farmaci per i quali è opportuno escludere la gravidanza prima di iniziare il trattamento e mantenere un controllo efficace della fertilità per tutta la sua durata	
ACE-inibitori	Farmaci immunosoppressori
Anti-depressivi	Ergotamina
Anti-epilettici	Metimazolo (tiamazolo, carbimazolo)
Anti-tumorali	Retinoidi sistemici (§)
Benzodiazepine a dosaggi elevati	Vitamina A a dosaggi elevati
Corticosteroidi sistemici	

(§) Per l'etretinato è necessario un periodo prolungato di controllo della fertilità dopo la sospensione

Precedenti gravidanze e malattie genetiche

Raccomandazione 12 - Precedenti gravidanze

Raccomandazione:

Valutare la storia riproduttiva della donna/coppia

Se la donna ha avuto 2 o più aborti spontanei, oppure un parto prematuro, un neonato con restrizione della crescita fetale, un nato morto, o un parto cesareo:

- **Prendere adeguati provvedimenti per identificare la possibile causa**
- **Fornire indicazioni sul rischio di ricorrenza dell'evento e individuare l'eventuale trattamento**

Perché:

Alcune cause di precedenti esiti avversi della riproduzione possono essere affrontate con adeguati trattamenti o suggerire l'opportunità di una consulenza genetica

Raccomandazione 13 - Malattie genetiche

Raccomandazione:

Identificare attraverso l'anamnesi personale (compreso gruppo etnico di appartenenza) e familiare (idealmente genitori, nonni e collaterali) i fattori di rischio per malattie genetiche o a componente genetica

Consultare o avere a disposizione una lista di domande da porre alla coppia per identificare eventuali presenze di malattie genetiche in famiglia

Raccomandare una consulenza con un medico genetista, se necessario o in caso di dubbio.

Prescrivere lo screening per emoglobinopatie in presenza di indici anormali all'emocromo

Informare anticipatamente la coppia su possibilità e limiti delle tecniche di diagnosi prenatale, in particolare sugli esami prenatali per la sindrome di Down e per le malformazioni, per consentire una scelta informata e con maggior tempo a disposizione per le decisioni conseguenti.

Informare sull'esistenza dei test per e le relative problematiche per la fibrosi cistica.

Perché:

La coppia informata correttamente prima della gravidanza può prendere decisioni sul proprio futuro riproduttivo in maggiore autonomia e con minore ansietà

Infezioni: vaccinazioni, trattamento, norme igieniche

Raccomandazione 14 – Varicella

Raccomandazione:

Durante il counseling pre-concezionale valutare in tutte le donne lo stato immunitario nei confronti della varicella attraverso anamnesi vaccinale, oppure avvenuta infezione diagnosticata da un medico, oppure test immunologico

Vaccinare le donne che non risultano immuni raccomandando di rimandare il concepimento di un mese, anche se la vaccinazione in gravidanza non è associata a rischi per l'embrione

Perché:

La varicella in gravidanza può provocare:

- nella donna: polmonite (16%) con elevata mortalità materna (28%)
- una specifica embriopatia (infezione < 20 settimane di gestazione) (1/200 casi varicella clinica)
- zoster precoce (primi anni di vita) dopo la nascita (infezione > 20 settimane)
- varicella congenita per infezione materna nelle ultime settimane prima del parto

Raccomandazione 15 – Rosolia

Raccomandazione:

Durante il counseling pre-concezionale valutare in tutte le donne lo stato immunitario nei confronti della rosolia attraverso anamnesi vaccinale, oppure con il test immunologico

Vaccinare le donne che non risultano immuni raccomandando di rimandare il concepimento di un mese, anche se la vaccinazione in gravidanza non è associata a rischi per l'embrione

Perché:

La rosolia in gravidanza può provocare una complessa embriopatia, che può configurare o meno la sindrome da rosolia congenita. Quando apparentemente asintomatica alla nascita l'infezione congenita può causare sordità, malattie autoimmuni, morte prematura

Raccomandazione 16 - Epatite B

Raccomandazione:

Le donne a rischio di epatite B che non sono state vaccinate è opportuno che vengano vaccinate prima della gravidanza

Le donne portatrici dell'infezione vanno informate su come evitare di contagiare il partner e come evitare la trasmissione verticale al feto (immunoprofilassi e inizio vaccinazione alla nascita)

Perché:

Neonati esposti all'infezione acuta in utero hanno maggior rischio di basso peso e prematurità

E' più ragionevole vaccinare prima della gravidanza ma non vi è controindicazione in gravidanza.

Raccomandazione 17 – Toxoplasmosi

Raccomandazione:

Tutte le donne devono eseguire il test immunologico per la toxoplasmosi. L'esecuzione del test per la toxoplasmosi nel periodo pre-concezionale ha due obiettivi:

- **Rassicurare le donne che risultano positive ed evitare ulteriori test in gravidanza;**
- **Fornire alle donne suscettibili (senza anticorpi specifici) consigli su come evitare l'infezione durante la gravidanza, soprattutto non mangiare carne cruda o semicruda (sebbene di efficacia scarsa nei pochi studi disponibili).**

Perché:

L'infezione da *Toxoplasma Gondii* contratta per la prima volta tra 2-4 settimane prima del concepimento e il momento del parto determina nella madre la malattia (spesso inapparente, ma grave se immunodepressa) e la trasmissione al feto dell'infezione con crescente probabilità. Il feto può presentare con frequenza variabile (maggiore nelle prime settimane di gestazione) segni sistemici dell'infezione o esiti sugli organi bersaglio (SNC e occhio).

Raccomandazione 18 - Infezione da CMV

Raccomandazione:

Le donne che hanno bambini piccoli o che lavorano con bambini piccoli devono eseguire il test immunologico e se risultano suscettibili devono essere informate su come ridurre il rischio di contrarre l'infezione CMV in gravidanza (lavaggio frequente delle mani, evitare contatti con la saliva di bambini piccoli diretto o indiretto, es.: con giocattoli).

Perché:

L'infezione primaria da CMV in gravidanza comporta un rischio di disabilità (es.: sordità, deficit cognitivi) negli esposti all'infezione materna non trascurabile (9%).

Negli Stati Uniti 1 bambino su 750 ha una disabilità dovuta a infezione prenatale da CMV.

Raccomandazione 19 - Infezione da HIV

Raccomandazione:

Incoraggiare tutte le coppie in età fertile ad eseguire un test per l'HIV, anche in assenza di fattori di rischio, in vista di una gravidanza ed informarle sulle modalità di prevenzione dell'infezione.

Trattare le donne che risultano positive e fornire le informazioni sulle possibilità di ulteriore riduzione del rischio di trasmissione fetale con tecniche di riproduzione assistita.

Perché:

Il trattamento riduce sensibilmente il rischio di trasmissione dell'infezione al feto (da >20% a <2%).

Le moderne tecniche di riproduzione assistita consentono ulteriore riduzione del rischio nelle coppie discordanti per la positività.

Raccomandazione 20 – Sifilide

Raccomandazione:

Incoraggiare tutte le coppie in età fertile ad eseguire un test non treponemico per la diagnosi di sifilide. I casi positivi vanno sottoposti a test di conferma e trattamento con penicillina a dosi congrue con la fase dell'infezione. Anche il partner va trattato per evitare fenomeni di ping-pong.

Perché:

La sifilide può essere trasmessa al feto per via placentare

La sifilide congenita può essere causa di natimortalità, prematurità, morte neonatale, disabilità tra cui cecità e sordità

La sifilide congenita può essere evitata se il trattamento ha inizio almeno nelle prime fasi della gravidanza

Raccomandazione 21 - Infezione da Chlamydia

Raccomandazione:

Le donne sotto i 25 anni o che hanno comportamenti sessuali a rischio dovrebbero eseguire annualmente lo screening per l'infezione da Chlamydia

Perché:

L'infezione da Chlamydia, spesso asintomatica, può causare malattia infiammatoria pelvica (MIP), salpingite, infertilità, poliabortività, gravidanze ectopiche

Gli screening attuali hanno buona sensibilità (70-80%) e alta specificità (96-100%).

In un trial randomizzato il trattamento dopo screening ha ridotto il rischio di MIP dal 28 al 13 per 1.000 (NNT=67)

Raccomandazione 22 - Altre infezioni ed altre vaccinazioni

Infezione	Raccomandazione	Perché
Herpes vaginale	Informazioni sulla trasmissione verticale alle donne con storia di herpes genitale	Trasmissione al neonato durante il parto 1 su 3.000, encefalite nel 25% dei casi infetti
Gonorrea	Screening nelle coppie ad alto rischio, trattamento dei casi diagnosticati.	Malattia infiammatoria pelvica, infertilità, gravidanze ectopiche; corioamnionite, PROM, prematurità; nel neonato congiuntivite, cecità, meningite
Tubercolosi	Screening in donne a rischio e trattamento	Fattore di rischio per prematurità.
Epatite C	Screening in donne a rischio	Rischio conversione fase attiva Trasmissione al neonato 5% Trattamento controindicato in gravidanza
Listeriosi	Informazioni alimentari a tutte le donne	Listeriosi congenita
Malaria	Informazione sui viaggi in aree endemiche, profilassi se inevitabili	Mortalità materna
Vaginiti	Trattamento dei casi sintomatici, screening e trattamento se precedente esito avverso gravidanza	Rischio di aborto e prematurità
Vaccinazione anti-influenzale	Raccomandata se inizio gravidanza previsto in epoca epidemica e nelle donne a rischio di complicazioni	Evita rischi per la madre e possibilmente per l'embrione
Vaccinazione DPT	Valutare stato vaccinale	L'immunità passiva per il tetano può proteggere il neonato. La vaccinazione può evitare la trasmissione della pertosse al neonato

Alimentazione, folati, acido folico, altre vitamine ed oligoelementi

Raccomandazione 23 – Alimentazione

Raccomandazione:

Valutare le abitudini alimentari della donna ed incoraggiare:

- **una corretta alimentazione: normocalorica, ricca di amidi, di frutta / verdura fresca, di pesce (apporto acidi grassi essenziali) e povera di grassi, max 2-3 caffè/die**
- **l'esclusione di alimenti a rischio di trasmissione di infezioni (alimenti crudi o poco cotti, formaggi erborinati e patè) o con possibili quantità eccessive di vitamina A (fegato) o metilmercurio (pesce spada, tonno)**

Assicurarsi che l'apporto di vitamina D, iodio e calcio sia adeguato.

Assicurarsi che un'eventuale alimentazione vegetariana sia ben equilibrata per apporto di proteine, vitamine ed oligoelementi

Non è necessaria la supplementazione con ferro di routine

Perché:

Promuove la salute generale

Rappresenta la base per migliorare l'efficacia della supplementazione vitaminica

Riduce il rischio di listeriosi, salmonellosi e toxoplasmosi.

L'apporto di vitamina D può essere carente in donne di basso livello economico; donne che non mangiano abitualmente uova e latte; donne di 19-24 anni; donne obese; donne che non si espongono al sole; donne straniere di origine africana o del sud-est asiatico.

L'apporto di iodio in gravidanza raccomandato è di 250 microgrammi/die

Raccomandazione 24 – Folati, acido folico e altre vitamine

Raccomandazione:

Se la donna / coppia non esclude la possibilità di una gravidanza nei prossimi mesi:

- **suggerire un'alimentazione ricca di frutta e verdura**
- **poiché l'alimentazione da sola, seppure ricca di folati, non raggiunge livelli giornalieri ottimali, prescrivere fino alla fine del 3° mese di gravidanza un prodotto che fornisca almeno 0,4 mg/die di acido folico oppure un polivitaminico con acido folico ma senza vitamina A.**

Perché:

L'acido folico con o senza altre vitamine del gruppo B riduce il rischio di difetti del tubo neurale, e molto probabilmente riduce anche il rischio di:

- altre malformazioni e tumori infantili
- alcuni esiti avversi della gravidanza: prematurità, distacco di placenta
- malattie vascolari e tumori dell'età adulta

La vitamina A potrebbe rappresentare un fattore di rischio di malformazioni e quindi per il principio di precauzione dovrebbe essere evitata (max 700 microg RAE (Retinol Activity Equivalent) ovvero 2300 UI/die).

Fumo, bevande alcoliche, farmaci e agenti ambientali

Raccomandazione 25 - Fumo di sigaretta

Raccomandazione:

Tutte le donne in età fertile che fumano vanno incoraggiate a smettere di fumare, soprattutto in vista di una gravidanza, attraverso una breve sessione di counseling anti-fumo adeguato oppure consigliando un intervento presso centri specialistici.

Perché:

Il fumo è un fattore di rischio per lo stato di salute in generale e per molteplici esiti avversi della riproduzione, tra cui restrizione dell'accrescimento fetale, le schisi orali e la SIDS.

Raccomandazione 26 - Bevande alcoliche

Raccomandazione:

Indagare in tutte le donne in età fertile sull'abitudine ad assumere bevande alcoliche

Se la donna ne fa un uso moderato:

- **informare sull'opportunità dell'astensione pressoché completa in vista della gravidanza e in gravidanza, e sui rischi dello stato di ebbrezza (binge drinking)**

Se la donna è una forte bevitrice:

- **informare sui rischi legati all'abuso di bevande alcoliche per la salute riproduttiva e per lo sviluppo embrio-fetale ed aiutarla a smettere e a rimandare la gravidanza**

Perché:

L'uso anche moderato di bevande alcoliche (7-10 drink/settimana) o un singolo episodio di ebbrezza (> 3 drink in singola occasione) in gravidanza può essere associato a deficit neuromotori, cognitivi e comportamentali nei bambini esposti, evidenziabili in età scolare. L'abuso di bevande alcoliche è associato a aumentato rischio di subfertilità della coppia, aborto spontaneo, morte fetale e sindrome feto-alcolica.

I livelli di alcol assunti prima della gravidanza predicono bene quelli assunti in gravidanza

Raccomandazione 27 - Sostanze stupefacenti

Raccomandazione:

Tutte le donne, anche se non dichiarano o non vengono identificate come utilizzatrici di sostanze stupefacenti, vanno fatte riflettere con adatto materiale informativo sui rischi per la salute in generale e in particolare per quella riproduttiva e vanno informate sui programmi di supporto per smettere.

Perché:

La prevalenza d'uso di cannabis, cocaina e altri stupefacenti è elevata, soprattutto tra i giovani.

L'uso di sostanze stupefacenti prima del concepimento e durante la gravidanza è associato a riduzione della fertilità femminile e maschile e ad aumento di esiti avversi della riproduzione

Raccomandazione 28 - Rischi ambientali**Raccomandazione:**

Fornire alle donne in età fertile una lista degli agenti chimici e fisici, che possono alterare lo sviluppo embrio-fetale indicando le possibili fonti di esposizione soprattutto negli ambienti di lavoro non controllati

Anticipare le informazioni sulla normativa di tutela delle lavoratrici madri

Perché:

Mettere in atto misure preventive per i rischi noti, inclusa la consultazione con un medico del lavoro in casi appropriati. Evitare danni alla madre e al feto. Evitare preoccupazioni alla donna su agenti non pericolosi.

Appendice

Elenco delle organizzazioni che hanno discusso e approvato la “Linea guida: raccomandazioni per il counseling pre-concezionale”

ACP - Associazione Culturale Pediatri
AGEO - Associazione Ginecologi Extra Ospedalieri
FIOG - Federazione Italiana di Ostetricia e Ginecologia
AGICO - Associazione Ginecologi Consultoriali
AGUI-Associazione Ginecologi Universitari Italiani
AOGOI - Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani
APEL - Associazione Pediatri Extraospedalieri Liguri
CFC - Confederazione Italiana Consulteri Familiari di Ispirazione Cristiana
CIPe - Confederazione Italiana Pediatri
FIMMG - Federazione Italiana Medici Medicina Generale
FIMP - Federazione Italiana Medici Pediatri
FNCO - Federazione Nazionale Collegi Ostetriche
Regione Piemonte-ASL 4
SaperiDoc
SIEOG - Società Italiana Ecografia Ostetrica e Ginecologica
SIGO - Società Italiana Ginecologia Ostetrica
SIGU - Società Italiana Genetica Umana
SIMG - Società Italiana Medicina Generale
SIMGePeD - Società Italiana Malattie Genetiche Pediatriche e Disabilità Congenite
SIN - Società Italiana Neonatologia
SIP - Società Italiana di Pediatria