

Linee guida ESC per la pratica clinica per la
**Gestione delle malattie
cardiovascolari e della
gravidanza:**
**Informazioni utili
per i pazienti**



Cosa sono le Linee guida per la pratica clinica?

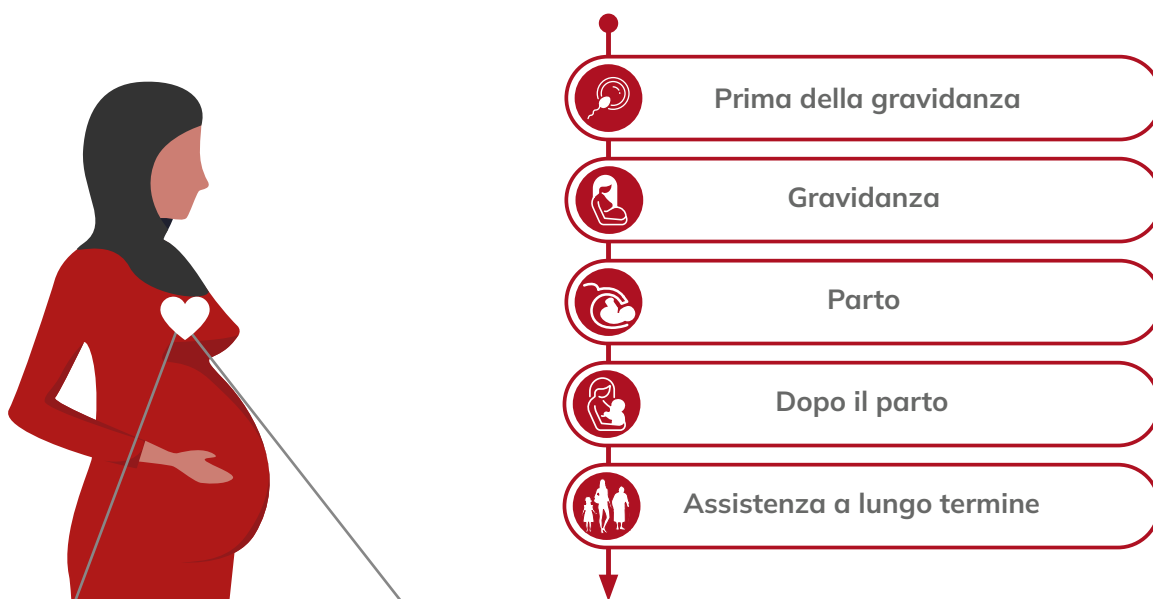
Le Linee guida per la pratica clinica sono documenti redatti da professionisti sanitari e scienziati. Sono destinate principalmente al personale medico e paramedico e offrono raccomandazioni basate sulle migliori evidenze mediche e scientifiche disponibili. Le Linee guida contribuiscono a garantire che i pazienti ricevano la migliore assistenza possibile.

In che modo questo documento mi sarà utile?

La presente guida si basa sulle [Linee guida della Società Europea di Cardiologia \(ESC\) per la gestione delle malattie cardiovascolari e della gravidanza](#) ed è destinata a pazienti e alle loro famiglie.

La guida aiuta a spiegare come gestire la gravidanza nelle pazienti che soffrono di malattie cardiovascolari (MCV) preesistenti e include consigli pre-gravidanza e informazioni su diversi aspetti quali il parto, l'allattamento al seno e l'assistenza materna a lungo termine.

Il documento mira a dare la sicurezza necessaria per collaborare con la propria équipe sanitaria al fine di prendere decisioni consapevoli.



Malattie cardiovascolari

Cardiopatia congenita	Cardiopatia valvolare
Insufficienza cardiaca	Patologia aortica
Ipertensione polmonare	Disturbi del ritmo cardiaco
Tromboembolia	Disturbi ipertensivi
Cardiomiopatie	



Perché concentrarsi sulla gravidanza?

La gravidanza provoca cambiamenti nel sistema cardiovascolare per soddisfare le maggiori esigenze della madre e del feto. Questi cambiamenti si verificano sin dalle prime fasi della gravidanza. Ad esempio, a partire dalle prime 6 settimane di gravidanza si registra un aumento della frequenza cardiaca della madre e della quantità di sangue pompato dal cuore. La pressione sanguigna e il carico di lavoro del cuore aumentano ulteriormente durante il travaglio, per poi diminuire rapidamente dopo il parto. È necessario tenere conto delle maggiori sollecitazioni a cui è sottoposto il cuore nelle donne con un rischio materno più elevato (vedi sotto).

Inoltre, la gravidanza è associata a un rischio maggiore di coagulazione del sangue.

Alcune MCV hanno una base genetica, il che significa che esiste la possibilità che i figli possano ereditarle.

È importante sottolineare che alcuni farmaci cardiovascolari comuni non devono essere utilizzati durante la gravidanza e l'allattamento.

Valutazione del rischio materno

Sebbene molte donne affette da MCV abbiano una gravidanza sana, è importante che le donne in età fertile con MCV si sottopongano a un check-up personalizzato per capire se la gravidanza potrebbe influire sulla loro salute o su quella del bambino.

La valutazione del rischio include il tipo di MCV di cui soffre la donna, la sua capacità di svolgere le attività quotidiane e il suo regime terapeutico, nonché i fattori di rischio quali età, storia di tabagismo, obesità, eventuali altre malattie concomitanti e problemi riscontrati in gravidanze precedenti.

A seconda della MCV sottostante, le [linee guida](#) valutano il rischio per la salute della madre utilizzando diverse classi (I-IV).

Classificazione modificata dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (mWHO) 2.0:

Classe I: Nessun aumento rilevabile del rischio di morte e aumento del rischio per la salute assente o lieve

Classe II: Lieve aumento del rischio di morte o moderato aumento del rischio per la salute

Classe II-III: Aumento intermedio del rischio di morte o aumento da moderato a grave del rischio per la salute

Classe III: Aumento significativo del rischio di morte o grave rischio per la salute

Classe IV: Rischio estremamente elevato di morte o grave rischio per la salute

Si raccomanda che le donne con CVD di classe di rischio II-III e superiore siano valutate e gestite da un' [Équipe cardio-ostetrica](#) dal momento in cui iniziano a pianificare una gravidanza, durante tutta la gravidanza e il parto, e per almeno 6 settimane dopo la nascita del bambino.

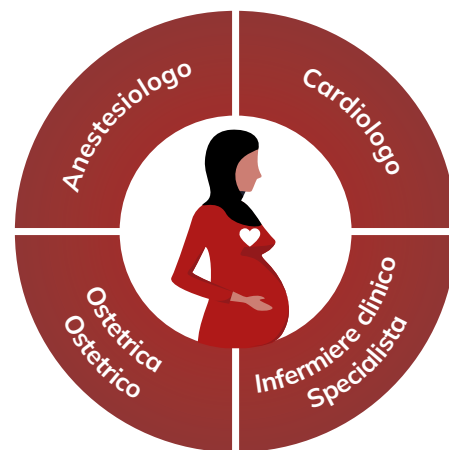
L'Équipe cardio-ostetrica

L'Équipe cardio-ostetrica comprende un cardiologo, un anestesista, un'ostetrica, un ginecologo e un infermiere clinico specializzato. Le responsabilità dell'équipe comprendono la valutazione dei rischi, lo sviluppo di un piano di assistenza collaborativo e il monitoraggio.

A seconda del problema clinico, l'équipe potrebbe essere ampliata per includere altri professionisti sanitari, ad esempio un medico di base, un chirurgo, uno specialista di terapia intensiva, uno psicologo e un consulente genetico.

Per le donne con condizioni ad alto rischio (classe IV), è importante discutere approfonditamente con l'équipe cardio-ostetrica i gravi rischi che la gravidanza può comportare sia per la madre che per il bambino. Insieme, sarà possibile discutere tutte le opzioni, compresa la possibilità di interrompere la gravidanza, e prendere la decisione che verrà ritenuta più opportuna. Alla paziente verrà offerto supporto emotivo e psicologico. Verranno discusse anche le opzioni contraccettive per aiutare la paziente a pianificare il futuro in sicurezza.

Le preferenze materne dovrebbero essere esaminate in modo approfondito come parte del processo decisionale condiviso.



Consulenza genetica

Alcune MCV hanno una base genetica. Qualora il bambino possa essere affetto da una condizione ereditaria, si raccomanda di sottoporsi a **consulenza genetica e test genetici** prima della gravidanza presso un centro cardiogenetico specializzato.

Se uno dei genitori presenta un'anomalia genetica nota, può essere consigliato il test genetico preimpianto. Questa procedura comporta la fecondazione *in vitro* (FIV) e test genetici per verificare se l'embrione è affetto dalla malattia. Questo servizio potrebbe non essere disponibile in tutte le località e potrebbe non essere applicabile a tutte le malattie genetiche.

Un'altra opzione prevede il test genetico del liquido amniotico o della placenta quando il feto è ancora nell'utero. Poiché alcune di queste opzioni richiedono tempo per essere organizzate, è necessario rivolgersi tempestivamente a uno specialista.

È necessario fornire istruzione e supporto psicologico per consentire alla paziente e al suo partner di fare le proprie scelte e comprendere appieno le proprie decisioni, nel rispetto del quadro etico e legale locale.

Contraccezione

Tutte le ragazze e le donne affette da MCV dovrebbero ricevere informazioni sulla contraccezione, a partire dal loro primo ciclo mestruale, per aiutare a prevenire gravidanze indesiderate e trovare il metodo **più sicuro e adatto**. Ad esempio, alcuni metodi, come la “minipillola” a base di solo progestinico, le spirali a rilascio di ormoni o gli impianti contraccettivi, possono essere più sicuri per le donne che presentano un rischio più elevato di sviluppare coaguli di sangue. È inoltre importante essere informate su cosa fare nel caso in cui fosse necessaria una contraccezione d'emergenza.

Farmaci

Prima di pianificare una gravidanza, è importante consultare il proprio medico per individuare il miglior regime farmacologico durante la gravidanza, il parto e l'allattamento.

Durante la gravidanza, l'organismo metabolizza i farmaci in modo diverso. Inoltre, alcuni farmaci non devono essere utilizzati durante la gravidanza e l'allattamento a causa dei loro effetti nocivi sul bambino.

Dopo aver consultato il medico, alcuni farmaci possono essere continuati, modificati, interrotti o potenzialmente iniziati.

È importante non interrompere l'assunzione dei farmaci senza prima consultare il medico.

Gravidanza

La gestione della gravidanza varia in base al tipo e alla gravità della MCV, ma in ogni caso **è sempre opportuno eseguire un follow-up e una valutazione regolari della madre e del bambino**.

Sebbene i rischi possano essere più elevati nelle donne con MCV rispetto a quelle senza MCV, in molti casi i rischi per la madre e il bambino sono comunque **bassi**, soprattutto se si effettua un attento monitoraggio. Durante la gravidanza, le donne con MCV più gravi hanno maggiori possibilità di andare incontro a complicanze.

I rischi materni durante la gravidanza includono: peggioramento delle MCV, insufficienza cardiaca, aritmie, ipertensione/pre-eclampsia o formazione di coaguli di sangue nelle gambe e nei polmoni. I rischi per il feto includono: aborto spontaneo, natimortalità, parto prematuro o rallentamento della crescita a causa di riduzione del flusso sanguigno, farmaci o alimentazione.

Durante la gravidanza, insieme all'équipe sanitaria verrà elaborato un **piano di parto personalizzato**. Il piano definirà se sia necessario indurre il travaglio, come gestire il travaglio e il parto e quale monitoraggio potrebbe essere necessario dopo la nascita del bambino.



Parto

Le donne in gravidanza con MCV sono più soggette a sviluppare complicanze o altre condizioni durante il parto rispetto a quelle senza MCV, e alcune potrebbero richiedere un monitoraggio e ulteriori cure gestiti da un'équipe cardio-ostetrica. Tuttavia, molte donne con MCV possono essere assistite durante il parto presso l'ospedale locale.

L'induzione del travaglio prima della 39ª settimana non è raccomandata per motivi cardiaci nella maggior parte delle donne con MCV stabili, a causa dei potenziali rischi per il bambino.

La maggior parte delle donne con MCV sarà incoraggiata ad avere un **parto vaginale** perché le complicanze associate al parto vaginale sono generalmente minori. Le donne con MCV possono scegliere di sottoporsi a un taglio cesareo, ma questo dovrà essere discusso con l'équipe ostetrica.

In determinate circostanze, può essere raccomandato un taglio cesareo. Tra queste, vi sono le donne che hanno assunto anticoagulanti orali come il warfarin nelle ultime 2 settimane prima della gravidanza. Si raccomanda di pianificare il momento del parto nelle donne in terapia con anticoagulanti, al fine di garantire un'anticoagulazione sicura ed efficace durante il travaglio e il parto. Altre ragioni per un taglio cesareo includono MCV gravi o instabili.

Allattamento al seno

L'allattamento al seno favorisce il ritorno del corpo della madre allo stato precedente alla gravidanza. È stato dimostrato che riduce il rischio futuro di MCV e mortalità. L'allattamento al seno può ridurre il peso corporeo e migliorare la pressione sanguigna, il colesterolo e i livelli di zucchero nel sangue.

L'équipe sanitaria fornirà consigli sull'allattamento al seno e sui farmaci che è possibile (o non è possibile) assumere durante l'allattamento.

Esiti avversi della gravidanza

Gli esiti avversi della gravidanza sono condizioni quali:

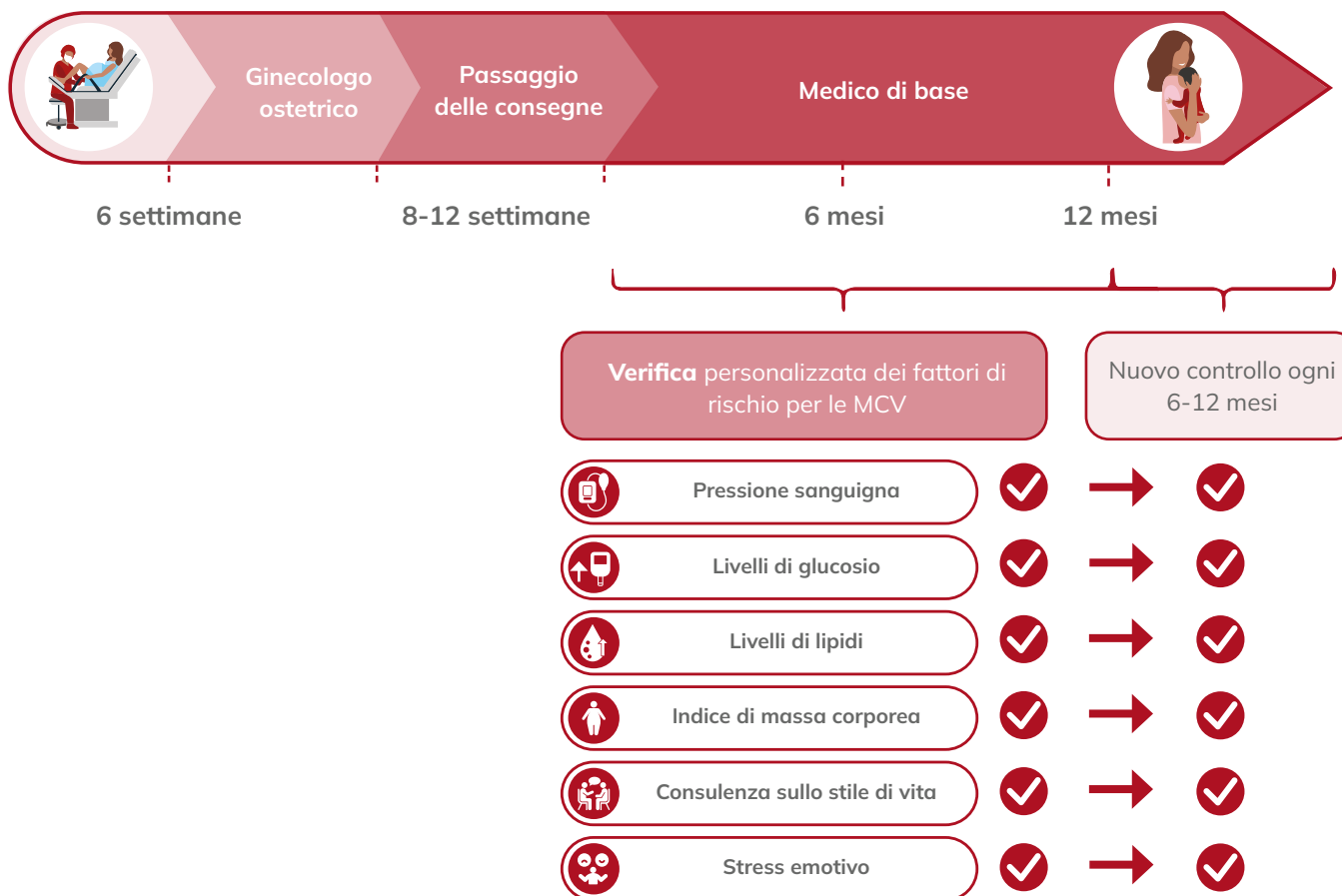
- Disturbi ipertensivi (pressione alta):
 - Ipertensione preesistente
 - Ipertensione gestazionale: Si sviluppa dopo le 20 settimane di gestazione e di solito si risolve entro 6 settimane dal parto
 - Preeclampsia: Ipertensione gestazionale con proteine nelle urine e/o disfunzione d'organo (ad es. complicanze renali, epatiche o ematiche)
- Diabete gestazionale
 - Una forma di diabete che insorge per la prima volta durante la gravidanza
- Parto pretermine
 - Parto prima delle 37 settimane di gestazione
- Piccolo o grande per l'età gestazionale
 - Quando il bambino ha un peso alla nascita ridotto o elevato

Le donne con esiti avversi della gravidanza hanno un'incidenza più elevata di MCV a lungo termine. Si raccomanda che queste donne siano **monitorate regolarmente** nelle settimane successive al parto e sottoposte a una valutazione completa del rischio cardiovascolare con follow-up ripetuti da parte di un'équipe multidisciplinare di professionisti sanitari.

Potrebbero essere necessari ulteriori trattamenti. Ad esempio, le donne che hanno sviluppato ipertensione potrebbero aver bisogno di farmaci per abbassare la pressione sanguigna adatti all'allattamento al seno.

È importante che le donne con esiti avversi della gravidanza ricevano consigli sull'importanza di adottare uno stile di vita sano per consentire loro di prendersi cura della propria salute cardiovascolare a lungo termine.

Parto



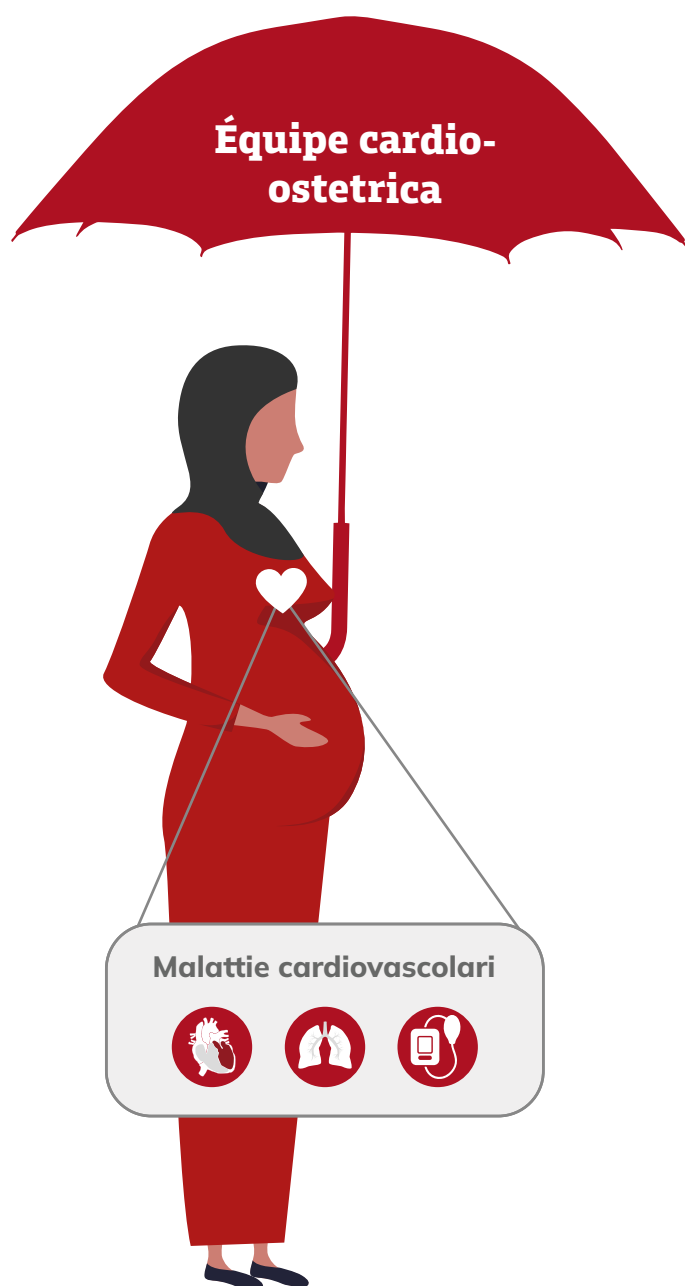
Salute mentale

Il rischio di sviluppare depressione tra le neomamme nella popolazione generale è di circa il 10-20%. Tale rischio aumenta in presenza di patologie sottostanti come le MCV. È importante che le donne affette da MCV siano sottoposte a **screening regolari della salute mentale** da parte della propria équipe sanitaria, in modo da individuare tempestivamente eventuali problemi e fornire un supporto personalizzato.

Se si avverte un senso di preoccupazione o sono presenti sintomi di depressione, è opportuno parlarne con il proprio medico curante. La [guida per il paziente sulla salute mentale e le MCV](#) fornisce anche informazioni sulle fonti di supporto disponibili.

Messaggi chiave

- Le donne con MCV nota che desiderano una gravidanza dovrebbero sottoporsi a una valutazione clinica prima della gravidanza per stimare i rischi, ottimizzare il trattamento e ridurre il rischio di complicanze.
- Prima della gravidanza, l'équipe cardio-ostetrica dovrebbe essere coinvolta nella valutazione del rischio, nella consulenza e nella gestione delle donne in classe di rischio II-III o superiore.
- La gestione dovrebbe essere personalizzata e condotta attraverso un processo decisionale condiviso, nel rispetto delle scelte della donna.
- A seconda del tipo e della gravità della MCV, le donne dovrebbero essere valutate durante la gravidanza e concordare in anticipo un piano dettagliato per il parto.
- Il parto vaginale è la prima scelta per la maggior parte delle donne affette da MCV.
- Le donne con esiti avversi della gravidanza devono essere informate sui rischi a lungo termine, ricevere consigli su scelte di vita sane e altre strategie preventive, e ricevere un follow-up adeguato.
- In caso di dubbi, è importante rivolgersi a un professionista sanitario.



La presente guida per le pazienti è una versione semplificata delle [Linee guida ESC 2025 per la gestione delle malattie cardiovascolari e della gravidanza](#).

Autori:

Michèle de Hosson, Cardiologia, Ospedale universitario di Gand, Gand, Belgio

Eva Goossens, Centro per la ricerca e l'innovazione nell'assistenza sanitaria, Dipartimento di Infermieristica e Ostetricia, Facoltà di Medicina e Scienze della Salute, Università di Anversa, Anversa, Belgio, e Dipartimento di Sanità Pubblica e Assistenza Primaria, KU Leuven, Lovanio, Belgio, e Dipartimento di Assistenza ai Pazienti, Ospedale Universitario di Anversa, UZA, Anversa

Françoise Steinbach, Forum dei pazienti ESC, Sophia Antipolis, Francia

Nina Eide Hasselberg, Dipartimento di Cardiologia, Ospedale Universitario di Oslo, Rikshospitalet, Oslo, Norvegia

Matthew Cauldwell, Ostetricia, St George's Hospital, Londra, Regno Unito

Julie De Backer, Cardiologia, Ospedale Universitario di Gand, Gand, Belgio, e Centro di Genetica Medica, Ospedale Universitario di Gand, Gand, Belgio

Kristina H. Haugaa, Dipartimento di Cardiologia, Ospedale Universitario di Oslo, Oslo, Norvegia, e Istituto di Medicina Clinica, Università di Oslo, Oslo, Norvegia

Dichiarazione di non responsabilità

Il presente materiale è stato adattato dalle Linee guida ESC 2025 per la gestione delle malattie cardiovascolari e della gravidanza (European Heart Journal 2025 - doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf192) pubblicate il 29 agosto 2025.

Copyright © Società Europea di Cardiologia 2026 - Tutti i diritti riservati.

Il presente materiale è stato pubblicato esclusivamente per uso personale e didattico. Non è consentito alcun uso commerciale. Nessuna parte del presente documento può essere tradotta o riprodotta in alcuna forma senza l'autorizzazione scritta dell'ESC. L'autorizzazione può essere ottenuta presentando una richiesta scritta all'ESC, Dipartimento Linee guida per la pratica clinica, Les Templiers - 2035, Route des Colles - CS 80179 Biot - 06903 Sophia Antipolis Cedex - Francia. E-mail: guidelines@escardio.org

Questo materiale è stato adattato dalle Linee guida ESC come ausilio per i pazienti e gli operatori sanitari. Rappresenta il punto di vista dell'ESC ed è stato redatto dopo un'attenta valutazione delle conoscenze scientifiche e mediche e delle evidenze disponibili al momento della pubblicazione. L'ESC non è responsabile di contraddizioni, discrepanze e/o ambiguità tra le Linee guida ESC e qualsiasi altra raccomandazione o linea guida ufficiale emessa dalle autorità sanitarie pubbliche competenti, in particolare in relazione al corretto utilizzo dell'assistenza sanitaria o delle strategie terapeutiche. Per ulteriori informazioni sul ruolo delle Linee guida per la pratica clinica e sulla responsabilità individuale degli operatori sanitari nel prendere decisioni relative alla cura dei pazienti, si prega di fare riferimento al preambolo delle linee guida originali.