



Argomento del Gruppo di Esperti: Nascita e trasferimento

Informazioni alle donne sul rischio di parto pretermine

Schlembach D, Simeoni U, NagyBonnard L, Bernloehr A, Cetin I, Gente M, Grosek S, Johnston L, Jourdain G, Kainer, Ratnavel N, Rossi R, Roth-Kleiner M, Visser G

Chi beneficia dello standard

Donne gravide ed i loro partner

Chi applica lo standard

Professionisti sanitari, unità perinatali, ospedali e servizi sanitari

Dichiarazione dello standard

Tutte le donne (in gravidanza) ricevono, con tempistica adeguata, informazioni e counseling sui potenziali fattori di rischio, sui segni e sintomi di parto pretermine e su a chi rivolgersi. (vedi GdE Follow-up e cure post-dimissione)

Razionale

Identificare i fattori di rischio per parto pretermine e formare le gravide a riconoscerne i segni ed i sintomi di allarme, rappresentano elementi essenziali e irrinunciabili nella presa in carico ostetrica, in quanto un intervento precoce può essere efficace nel ridurre l'incidenza di parto pretermine. I professionisti sanitari (sia che si tratti di un'ostetrica, di un medico di medicina generale o di un ginecologo) dovrebbero essere in grado di consigliare adeguatamente e di effettuare un triage adeguato nelle pazienti a rischio di parto pretermine. (1-10)

La differenziazione tra gravidanze a basso e ad alto rischio è importante per valutare la migliore strategia di prevenzione del parto pretermine e per gestire le gravide a rischio. In questi casi andrebbero adottati specifici standard assistenziali. La diagnosi precoce e l'erogazione di cure specialistiche possono ridurre l'incidenza della nascita pretermine e le complicanze feto/neonatali e materne associate. (1-10)

Sebbene la maggior parte dei parti pretermine abbia una eziologia sconosciuta, esiste una particolare combinazione di fattori di rischio a cui le gravide ed i professionisti sanitari dovrebbero prestare attenzione.

Benefici (4,7,11–22)

Benefici a breve termine

- Migliore informazione per le donne ed i loro partners (6,11-14,17,20-24)
- Migliore follow-up della gravidanza (4,11,15,17,20,21)
- Riconoscimento più precoce di complicanze acute (4,11,15,19-21)
- Trasferimento/invio più precoce ad uno specialista (4,11,15,17,19-21)
- Migliore e più precoce impiego di strategie profilattiche o terapeutiche (4,11,15,17-21)
- Minore mortalità e morbilità perinatale (12,15-21,24)
- Minore mortalità e morbilità materna (12,17-19,23,24)
- Minori costi sanitari (12,17)



Benefici a lungo termine

- Migliori outcome a breve e lungo termine (madre e neonato/bambino) (consensus)
- Riduzione dei costi sanitari (consensus)
- Maggiore consapevolezza della popolazione sulle complicanze legate alla gravidanza (consensus)

Componenti dello standard

Componente	Grado di evidenza	Indicatore di conformità allo standard
Per i genitori e la famiglia		
1. Le donne in gravidanza sono informate dai professionisti sanitari sui fattori di rischio e sui sintomi e/o segni di complicanze imminenti della gravidanza. (13,14,20-24)	A (Qualità alta) B (Qualità alta)	Materiale informativo per il paziente
2. È disponibile una comunicazione accurata (contenente tutte le informazioni essenziali). (13,14)	A (Qualità alta) B (Qualità alta)	Feedback dai genitori
Per i professionisti sanitari		
3. Tutti i professionisti sanitari coinvolti sono stati formati a riconoscere i fattori di rischio, utilizzando gli strumenti adeguati, ed i segni di un parto pretermine imminente. (25-30)	A (Qualità alta) B (Qualità alta)	Evidenza documentale della formazione
4. Viene effettuata una comunicazione professionale ed empatica. (13,14)	A (Qualità alta) B (Qualità alta)	Feedback dai professionisti sanitari, feedback dai genitori
5. Le donne a rischio di parto molto pretermine vengono assistite esclusivamente in centri specializzati. (31-33)	A (Qualità alta) B (Qualità alta)	Report dell'audit
Per il reparto di neonatologia		
6. Una linea guida di reparto sulle procedure e sugli algoritmi per la gestione della minaccia di parto pretermine e sulle condizioni sottostanti, è disponibile e regolarmente aggiornata. (34)	A (Qualità alta) B (Qualità alta)	Linea guida
7. Le donne a rischio di parto molto pretermine vengono riferite e trasferite in tempo utile ad un punto nascita appropriato. (31-33)	A (Qualità alta) B (Qualità alta)	Report dell'audit



Per l'ospedale

8. Viene garantita la formazione per potere identificare precocemente i fattori di rischio ed i segni di un parto pretermine imminente, sapendo al contempo utilizzare gli strumenti adeguati.	B (Qualità alta)	Evidenza documentale della formazione
9. È in atto un programma di miglioramento continuo della qualità. (35)	A (Qualità alta) B (Qualità moderata)	Report dell'audit

Per il servizio sanitario

10. Una linea guida nazionale sulle procedure e sugli algoritmi per la gestione della minaccia di parto pretermine, e sulle condizioni che lo determinano, è disponibile e regolarmente aggiornata	B (Qualità alta)	Linea guida
11. Vengono istituite reti regionali per l'assistenza perinatale. (36).	A (Qualità alta)	Gruppo di lavoro regionale
12. Sono in atto programmi per ridurre il rischio di parto pretermine.	B (Qualità moderata)	Report dell'audit
13. I datori di lavoro forniscono un ambiente di lavoro adeguato alle donne in gravidanza. (37)	C (Qualità alta)	Legislazione sui luoghi di lavoro

Dove andare – Sviluppi futuri dell'assistenza

Sviluppi futuri

Grado di evidenza

Per i genitori e la famiglia

- Promuovere il prolungamento dei congedi di maternità e paternità.

B (Qualità alta)

Per i professionisti sanitari

N/A

Per il reparto di neonatologia

N/A

Per l'ospedale

N/A

Per il servizio sanitario

- Incoraggiare o promuovere l'aumento dei finanziamenti per la ricerca sulle cause e la prevenzione del parto pretermine.

B (Qualità moderata)

Per iniziare

Passi iniziali

Per i genitori e la famiglia

- I genitori vengono informati verbalmente, con tempistica adeguata, sulla gravidanza fisiologica e sulle complicanze della gravidanza da parte dei professionisti sanitari.

Per i professionisti sanitari

- Frequentare la formazione sui fattori di rischio, sui segni di una nascita pretermine imminente nonché sugli strumenti a disposizione per valutare tale il rischio; formarsi anche sulle possibili complicanze della gravidanza.



- Fornire counseling alle donne/coppie da parte, ad esempio, di ostetriche, medici di medicina generale, ostetrici/ginecologi.

Per il reparto di neonatologia

- Sviluppare e implementare linee guida sulle procedure e gli algoritmi per la gestione della minaccia di parto pretermine e delle condizioni sottostanti.
- Distribuire materiale informativo sulla gravidanza fisiologica e sulle possibili complicanze ai futuri genitori.

Per l'ospedale

- Supportare i professionisti sanitari a partecipare alla formazione sui rischi e segni della nascita pretermine e sugli strumenti per la valutazione del rischio di parto pretermine imminente.

Per il servizio sanitario

- Sviluppare e attuare una linea guida nazionale sulle procedure e sugli algoritmi per la gestione della minaccia di parto pretermine e sulle condizioni che lo determinano.
- Sviluppare materiale informativo sulla gravidanza fisiologica e sulle possibili complicanze della gravidanza per i futuri genitori.

Descrizione

Fattori di rischio per il parto pretermine (3–10)

Condizioni legate alla gravidanza

- Storia riproduttiva: storia di nascita pretermine (spontanea) o aborto
- Travaglio pretermine: può essere causato da diverse condizioni: gravidanza multipla, polidramnios, infezione,
- Gravidanza multipla
- Complicanze della gravidanza: diabete gestazionale, disturbi ipertensivi (preeclampsia), ritardo di crescita intrauterina, sanguinamento vaginale all'inizio della gravidanza, insufficienza cervicale
- Tecniche di riproduzione assistita: più alto numero di gemelli e aumento del rischio di complicanze della gravidanza
- Infezioni uterine/cervicali

Condizioni fetali

- Malformazioni fetali
- Ritardo di crescita intrauterina

Condizioni mediche di base

- Anomalie uterine o cervicali
- Patologie croniche: ipertensione, insufficienza renale, diabete mellito, malattie autoimmuni, anemia

Fattori demografici

- Età materna: <17 anni o > 35 anni
- Etnia: rischio più elevato di parto pretermine nelle donne di etnia africana
- Contesto socioeconomico: basso livello di istruzione, basso reddito, scarso sostegno sociale
- Influenza genetica: determinati genotipi fetali e materni



Fattori di rischio legati a stili di vita modificabili

- Breve intervallo intergravidico
- Fumo o abuso di sostanze
- Esposizione a inquinanti ambientali
- Sottopeso e sovrappeso (obesità)
- Dieta squilibrata
- Elevato livello di stress
- Assistenza prenatale non ottimale

Fonti

1. Rubens CE, Sadovsky Y, Muglia L, Gravett MG, Lackritz E, Gravett C. Prevention of preterm birth: harnessing science to address the global epidemic. *Sci Transl Med*. 2014 Nov 12;6(262):262sr5.
2. Delnord M, Blondel B, Zeitlin J. What contributes to disparities in the preterm birth rate in European countries? *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2015 Apr;27(2):133–42.
3. Frey HA, Klebanoff MA. The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2016 Apr;21(2):68–73.
4. Koullali B, Oudijk MA, Nijman T a. J, Mol BWJ, Pajkrt E. Risk assessment and management to prevent preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2016 Apr;21(2):80–8.
5. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet Lond Engl*. 2016 Feb 6;387(10018):587–603.
6. Mehta-Lee SS, Palma A, Bernstein PS, Lounsbury D, Schlecht NF. A Preconception Nomogram to Predict Preterm Delivery. *Matern Child Health J*. 2017 Jan;21(1):118–27.
7. Robinson J, Norwitz E. Risk factors for preterm labor and delivery [Internet]. 2016. Available from: www.uptodate.com
8. Sørbye IK, Wanigaratne S, Urquia ML. Variations in gestational length and preterm delivery by race, ethnicity and migration. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2016 Apr;32:60–8.
9. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet Lond Engl*. 2008 Jan 5;371(9606):75–84.
10. Keller M, Saugstad OD, van Steenbrugge G, Mader S, Thiele N. Caring for Tomorrow. EFCNI White Paper on Maternal and Newborn Health and Aftercare Services [Internet]. European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI); 2011. Available from: http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures_Reports_Factsheets_Position_Papers/EFCNI_White_Paper/EFCNI_WP_01-26-12FIN.pdf
11. Chandiramani M, Shennan A. Preterm labour: update on prediction and prevention strategies. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2006 Dec;18(6):618–24.
12. Kiss H, Pichler E, Petricevic L, Husslein P. Cost effectiveness of a screen-and-treat program for asymptomatic vaginal infections in pregnancy: towards a significant reduction in the costs of prematurity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2006 Aug;127(2):198–203.
13. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*. 2007 Jul 7;335(7609):24–7.
14. Johnson B, Abraham M, Conway J, Simmons L, Edgman-Levitan S, Sodomka P, et al. Institute for Healthcare Improvement: Partnering with Patients and Families to Design a Patient- and Family-Centered Health Care System: Recommendations and Promising Practices [Internet]. [cited 2017 Nov 3]. Available from: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/PartneringwithPatientsandFamiliesRecommendationsPromisingPractices.aspx>



15. Lim K, Butt K, Crane JM, DIAGNOSTIC IMAGING COMMITTEE, FAMILY PHYSICIANS ADVISORY COMMITTEE, MATERNAL FETAL MEDICINE COMMITTEE. SOGC Clinical Practice Guideline. Ultrasonographic cervical length assessment in predicting preterm birth in singleton pregnancies. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*. 2011 May;33(5):486–99.
16. Romero R, Nicolaides K, Conde-Agudelo A, Tabor A, O'Brien JM, Cetingoz E, et al. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data. *Am J Obstet Gynecol*. 2012 Feb;206(2):124.e1-19.
17. Heller HM, van Straten A, de Groot CJM, Honig A. The (cost) effectiveness of an online intervention for pregnant women with affective symptoms: protocol of a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Aug 14;14:273.
18. Lassi ZS, Haider BA, Bhutta ZA. Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Nov 10;(11):CD007754.
19. Conde-Agudelo A, Romero R. Vaginal progesterone to prevent preterm birth in pregnant women with a sonographic short cervix: clinical and public health implications. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Feb;214(2):235–42.
20. Ellings JM, Newman RB, Hulseley TC, Bivins HA, Keenan A. Reduction in very low birth weight deliveries and perinatal mortality in a specialized, multidisciplinary twin clinic. *Obstet Gynecol*. 1993 Mar;81(3):387–91.
21. Hobel CJ, Ross MG, Bemis RL, Bragonier JR, Nessim S, Sandhu M, et al. The West Los Angeles Preterm Birth Prevention Project. I. Program impact on high-risk women. *Am J Obstet Gynecol*. 1994 Jan;170(1 Pt 1):54–62.
22. Hofmanova I. Pre-conception care and support for women with diabetes. *Br J Nurs Mark Allen Publ*. 2006 Feb 26;15(2):90–4.
23. Ota E, Hori H, Mori R, Tobe-Gai R, Farrar D. Antenatal dietary education and supplementation to increase energy and protein intake. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jun 2;(6):CD000032.
24. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 14;2:CD001055.
25. Chang E. The role of simulation training in obstetrics: a healthcare training strategy dedicated to performance improvement. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2013 Dec;25(6):482–6.
26. Daniels K, Auguste T. Moving forward in patient safety: multidisciplinary team training. *Semin Perinatol*. 2013 Jun;37(3):146–50.
27. Bogne V, Kirkpatrick C, Englert Y. [Simulation training in the management of obstetric emergencies. A review of the literature]. *Rev Med Brux*. 2014 Dec;35(6):491–8.
28. Ameh CA, van den Broek N. Making It Happen: Training health-care providers in emergency obstetric and newborn care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015 Nov;29(8):1077–91.
29. Moran NF, Naidoo M, Moodley J. Reducing maternal mortality on a countrywide scale: The role of emergency obstetric training. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015 Nov;29(8):1102–18.
30. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Patient Safety and Quality Improvement, American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 657 Summary: The Obstetric and Gynecologic Hospitalist. *Obstet Gynecol*. 2016 Feb;127(2):419.
31. Viisainen K, Gissler M, Hartikainen AL, Hemminki E. Accidental out-of-hospital births in Finland: incidence and geographical distribution 1963-1995. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1999 May;78(5):372–8.



32. Lui K, Abdel-Latif ME, Allgood CL, Bajuk B, Oei J, Berry A, et al. Improved outcomes of extremely premature outborn infants: effects of strategic changes in perinatal and retrieval services. *Pediatrics*. 2006 Nov;118(5):2076–83.
33. Sudo A, Kuroda Y. The impact of centralization of obstetric care resources in Japan on the perinatal mortality rate. *ISRN Obstet Gynecol*. 2013;2013:709616.
34. Imamura M, Kanguru L, Penfold S, Stokes T, Camosso-Stefinovic J, Shaw B, et al. A systematic review of implementation strategies to deliver guidelines on obstetric care practice in low- and middle-income countries. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2017 Jan;136(1):19–28.
35. Bennett IM, Coco A, Anderson J, Horst M, Gambler AS, Barr WB, et al. Improving maternal care with a continuous quality improvement strategy: a report from the Interventions to Minimize Preterm and Low Birth Weight Infants through Continuous Improvement Techniques (IMPLICIT) Network. *J Am Board Fam Med JABFM*. 2009 Aug;22(4):380–6.
36. American College of Obstetricians and Gynecologists and Society for Maternal–Fetal Medicine, Menard MK, Kilpatrick S, Saade G, Hollier LM, Joseph GF, et al. Levels of maternal care. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Mar;212(3):259–71.
37. European Agency for Safety and Health at Work. EUR-Lex - 01992L0085-20140325 - EN - EUR-Lex [Internet]. [cited 2017 Nov 3]. Available from: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A01992L0085-20140325>

Prima edizione, Novembre 2018

Ciclo vitale

5 anni/ prossima revisione: 2023

Citazione raccomandata

EFCNI, Schlembach D, Simeoni U et al. European Standards of Care for Newborn Health: Information provision for women about the risk for preterm birth. 2018.

Un ringraziamento speciale a Maurizio Gente e Roberto Aufieri per aver tradotto questo standard in italiano