



Raccomandazioni O.M.S. sulla qualità dell'assistenza prenatale per un'esperienza positiva di gravidanza

Traduzione a cura di *Ostetriche: Donne Per Donne* con il gentile contributo delle Ostetriche: Giulia Eleuteri, Cecilia Gori, Cristina Stura, Elena Iannelli, Greta Meroni, Lucia Branchini, Manuela Pagliaro, Mariacristina Ricci, Susanna Sandrelli.

Revisione a cura di: Roberta Alicino, Marialuisa Rota, Virginia Terzi, Daniela Torrisi.

Si ringraziano le Ostetriche che hanno collaborato all'opera di traduzione della Linea Guida e *WHO Permissions team* per aver acconsentito alla sua traduzione e diffusione pubblica.

Riferimenti alla pubblicazione originale in lingua inglese

Sintesi: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250800/1/WHO-RHR-16.12-eng.pdf?ua=1>

Linea Guida integrale: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf>

28 Novembre 2016

Ostetriche: Donne per Donne

Le Ostetriche: Roberta Alicino, Daiana Foppa, Marialuisa Rota, Virginia Terzi

www.facebook.com/OstetricheDonnePerDonne/

Raccomandazioni O.M.S. sulla qualità dell'assistenza prenatale per un'esperienza positiva di gravidanza

Sommario

Il vissuto della donna rispetto all'assistenza ricevuta è la chiave per modificare l'assistenza in gravidanza ed è ciò che porta a famiglie e comunità prospere



Nel 2016, all'inizio dell'era degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (Sustainable Development Goals - SDGs), la morbosità e la mortalità correlate alla gravidanza, rimangono inaccettabilmente alte. Nonostante siano stati ottenuti progressi sostanziali, gli Stati devono consolidare e incrementare questi miglioramenti ed aumentare il loro impegno per andare oltre la mera sopravvivenza, con l'obiettivo di massimizzare lo stato di salute e i potenziali delle loro popolazioni.

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha come obiettivo un mondo dove ogni donna e ogni neonato ricevano assistenza di qualità durante la gravidanza, il parto e il puerperio. Nel contesto del continuum di cura rispetto alla salute riproduttiva, le cure prenatali forniscono una base di partenza per importanti attività di assistenza sanitaria, tra le quali promozione della salute, procedure di screening e diagnosi, e prevenzione delle malattie. È stato dimostrato che implementando pratiche appropriate e tempestive basate sulle evidenze scientifiche, le cure prenatali possono salvare vite. In modo cruciale, l'assistenza in gravidanza fornisce anche l'opportunità di comunicare con le donne, le famiglie e le comunità e sostenerle in un momento critico della vita di una donna. Nello sviluppare queste raccomandazioni sull'assistenza alla gravidanza è emersa l'importanza di fornire una comunicazione efficace su argomenti di fisiologia, biomedici, comportamentali, socioculturali e un supporto efficace, che includa sostegno sociale, culturale, emozionale e psicologico alle donne gravide, in maniera rispettosa. Queste funzioni di comunicazione e di supporto del percorso di assistenza alla gravidanza sono la chiave, non solo

per salvare vite, ma anche per migliorarle e per migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria e la qualità dell'assistenza. Esperienze positive da parte delle donne durante l'accesso alle cure prenatali e durante il parto possono creare le basi per una maternità in buona salute.

Questa è una linea guida OMS esaustiva sulle cure prenatali di routine per donne ed adolescenti in gravidanza. Lo scopo di queste raccomandazioni è di completare le linee guida OMS già esistenti per gestione di specifiche complicanze ostetriche. Questa guida è intesa per attuare riflessioni e fornire risposte alla complessa natura dei temi che circondano la pratica e le prestazioni assistenziali in gravidanza e per dare priorità alla salute ed al benessere centrati sulla persona - non solo per la prevenzione di morte e morbosità - secondo un approccio basato sui diritti umani.

Il tema di questa linea guida deriva da una revisione sistematica delle opinioni delle donne, che rivela che esse desiderano ricevere dall'assistenza prenatale una esperienza positiva di gravidanza.

Un'esperienza positiva della gravidanza è definita come la preservazione dell'integrità fisica e

2. Raccomandazioni OMS sulla qualità dell'assistenza prenatale per un'esperienza positiva di gravidanza

socioculturale, vivere una gravidanza sana per madre e neonato (che include la prevenzione o il trattamento di rischi, malattie e morte), il realizzarsi di un'efficace transizione verso un travaglio ed un parto positivo, ed il raggiungimento di un'esperienza di maternità positiva (che comprende autostima, competenza ed autonomia). Riconoscendo che il vissuto della donna, rispetto all'assistenza ricevuta, è la chiave per trasformare l'assistenza prenatale e per favorire la prosperità di famiglie e comunità, questa linea guida affronta le seguenti domande:

- Durante l'assistenza prenatale quali sono le pratiche basate sulle evidenze scientifiche che migliorano i risultati e portano ad una esperienza positiva della gravidanza?
- Come dovrebbero essere implementate queste pratiche?

Metodi di sviluppo delle linee guida

Queste raccomandazioni sulle cure prenatali sono intese per dar forma allo sviluppo di politiche sanitarie pertinenti e protocolli clinici. Esse sono state sviluppate da procedure operative standard in conformità con il processo descritto dal manuale per lo sviluppo di linee guida dell'OMS. Brevemente, queste procedure includono: (i) l'identificazione di argomenti prioritari e i risultati; (ii) la ricerca e sintesi delle evidenze; (iii) la valutazione delle evidenze; (iv) la formulazione delle raccomandazioni; (v) la pianificazione per la realizzazione, la diffusione, la valutazione dell'effetto e l'aggiornamento delle linee guida. La qualità delle evidenze scientifiche che sostengono tali raccomandazioni è stata classificata rispettivamente secondo il Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research (GRADE-CERQual), rispettivamente per le evidenze quantitative e qualitative. Le revisioni sistematiche aggiornate sono state utilizzate per individuare argomenti prioritari. La struttura DECIDE (Developing and Evaluating Communication Strategies to support Informed Decisions and Practice based on Evidence), uno strumento dall'evidenza alla decisione che include effetti degli interventi, qualità, risorse, equità, criteri di accettabilità e attuabilità, è stata utilizzata dal gruppo

di sviluppo linee guida (GDG – Guideline Development Group) per guidare la formulazione e l'approvazione delle raccomandazioni - un gruppo internazionale di esperti riunito allo scopo di sviluppare questa linea guida - in tre Consultazioni Tecniche tra Ottobre 2015 e Marzo 2016.

Raccomandazioni

La Consultazione Tecnica dell'OMS ha condotto allo sviluppo di 39 raccomandazioni correlate a cinque tipi di intervento: A. intervento nutrizionale, B. valutazione materna e fetale, C. misure preventive, D. interventi per comuni sintomi fisiologici, E. interventi per migliorare l'utilizzo e la qualità dell'assistenza prenatale. Gli interventi sono stati raccomandati, non raccomandati o raccomandati a seconda di determinate condizioni in base alle decisioni del GDC ed in accordo ai criteri del DECIDE, che hanno dato forma sia alla finalità, sia al contesto, dove presente, delle raccomandazioni. Per garantire che ogni raccomandazione sia correttamente compresa ed attuata nella pratica, il contesto di tutte le raccomandazioni che presuppongono un contesto specifico, è specificato chiaramente all'interno di ognuna di esse ed i collaboratori esperti hanno fornito ulteriori osservazioni dove necessario. Gli utilizzatori della linea guida dovrebbero fare riferimento a tali osservazioni che, nella versione integrale della linea guida, sono presentate insieme ai riepiloghi delle evidenze. Inoltre, le raccomandazioni di questa linea guida riguardanti l'assistenza prenatale prodotte da altri dipartimenti dell'OMS, sono identificate sistematicamente e dieci di queste sono state aggiunte all'interno di questa linea guida allo scopo di fornire un documento esauriente per chi la utilizza. Tutte le 49 raccomandazioni per l'assistenza prenatale per un'esperienza positiva della gravidanza sono raggruppate nella tabella 1.

Secondo gli standard di sviluppo della linea guida dell'OMS, queste raccomandazioni saranno riviste ed aggiornate in base all'individuazione di nuove evidenze, con revisioni ed aggiornamenti rilevanti almeno ogni cinque anni. L'OMS accoglie con favore suggerimenti riguardanti argomentazioni aggiuntive che possono essere incluse negli aggiornamenti futuri di tali linee guida.

3. Raccomandazioni OMS sulla qualità dell'assistenza prenatale per un'esperienza positiva di gravidanza

Durante le Consultazioni Tecniche sono state discusse le considerazioni di attuazione di ciascuna raccomandazione e della linea guida nel suo complesso. Il GDG, enfatizzando le evidenze che indicano l'aumento delle morti fetali e la diminuzione della soddisfazione materna con il modello delle quattro visite (anche conosciuto come assistenza prenatale specifica o di base), ha deciso di aumentare il numero di contatti, raccomandato tra le madri e i professionisti sanitari, ad un numero di volte che possa facilitare la valutazione del benessere e la disposizione di interventi per migliorare gli outcomes qualora vengano identificati dei problemi (rimando alla raccomandazione E.7 nella tabella 1). Le raccomandazioni in questa linea guida dovrebbero essere attuate insieme ad altre attività per il miglioramento della qualità. I prodotti derivanti da questa linea guida includeranno un manuale di attuazione pratica per i professionisti sanitari che comprenderà le raccomandazioni per l'assistenza prenatale ed una validata buona pratica clinica. La tabella 1 riassume la lista di tutti gli interventi considerati dal GDG e pertanto include gli interventi raccomandati, quelli raccomandati solo in base a determinate condizioni (inclusa la ricerca) e gli interventi che non sono raccomandati.

Tabella 1: elenco riassuntivo delle raccomandazioni OMS sulla qualità dell'assistenza prenatale per un'esperienza positiva di gravidanza

Queste raccomandazioni sono adatte per donne in gravidanza e ragazze adolescenti nel contesto dell'assistenza prenatale di routine.

A. Interventi nutrizionali		
	Raccomandazioni	Tipo di raccomandazione
Interventi sulla dieta	A.1.1: Il counselling riguardante la sana alimentazione e l'attività fisica durante la gravidanza è raccomandato alle donne in gravidanza per rimanere in salute e per prevenire l'eccessivo aumento ponderale in gravidanza. ¹	Raccomandato
	A.1.2: Nelle popolazioni denutrite, l'educazione nutrizionale ad un incremento del fabbisogno calorico e proteico giornaliero è raccomandato alle donne in gravidanza per ridurre il rischio di neonati con basso peso alla nascita.	Raccomandazione contesto-specifica
	A.1.3: Nelle popolazioni denutrite, una dieta bilanciata in termini calorici e l'integrazione di proteine sono raccomandati alle donne in gravidanza per ridurre il rischio di morti intrauterine e neonati piccoli per epoca gestazionale.	Raccomandazione contesto-specifica
	A.1.4: Nelle popolazioni denutrite, un'integrazione iperproteica non è raccomandata alle donne in gravidanza per migliorare l'outcome materno e perinatale.	Non raccomandato
Integratori di ferro e acido folico	A.2.1: L'integrazione giornaliera orale di ferro e acido folico da 30 mg a 60 mg di ferro ² elementare e 400 µg (0.4 mg) di acido folico ³ è raccomandata alle donne in gravidanza per prevenire anemia materna, sepsi puerperale, basso peso alla nascita e parto pretermine. ⁴	Raccomandato
	A.2.2: L'integrazione orale intermittente di ferro ed acido folico con 120 mg di ferro elementare ⁵ e 2800 µg (2.8 mg) di acido folio una volta alla settimana sono raccomandati alle donne in gravidanza per migliorare gli outcomes materni e neonatali se il ferro giornaliero non è tollerato a causa degli effetti collaterali e nelle popolazioni con una prevalenza di anemia, nelle donne in gravidanza, inferiore al 20%. ⁶	Raccomandazione contesto-specifica
Integratori di calcio	A.3: Nelle popolazioni con una dieta povera di calcio, un'integrazione giornaliera di calcio (1.5-2.0 g di calcio elementare orale) è raccomandata alle donne in gravidanza per ridurre il rischio di pre-eclampsia. ⁷	Raccomandazione contesto-specifica
Integratori di vitamina A	A.4: L'integrazione di vitamina A è raccomandata solo alle donne in gravidanza nelle aree geografiche dove la carenza di vitamina A è un grave problema di salute pubblica ⁸ , per prevenire la cecità notturna. ⁹	Raccomandazione contesto-specifica

- Una alimentazione sana contiene adeguati livelli di energia, proteine, vitamine e minerali, ottenuti tramite il consumo di una varietà di cibi, incluse verdure verdi ed arancioni, carne, pesce, fagioli, noci, cereali integrali e frutta.
- L'equivalente di 60 mg di ferro elementare sono 300 mg di ferro solfato eptaidrato, 180 mg di ferro fumarato o 500 mg di ferro gluconato.
- L'assunzione di acido folico andrebbe iniziata il prima possibile (idealmente prima del concepimento) per prevenire difetti del tubo neurale
- Queste raccomandazioni sostituiscono le precedenti raccomandazioni che sono state pubblicate dall'OMS nella Linea Guida: "daily iron and folic acid supplementation in pregnant women". (1)
- L'equivalente di 120 mg di ferro elementare corrisponde a 600 mg di ferro solfato eptaidrato, 360 mg di ferro fumarato o 1000 mg di ferro gluconato.
- Questa raccomandazione sostituisce le precedenti raccomandazioni che sono state pubblicate dall'OMS nella Linea Guida: "intermittent iron and folic acid supplementation in non-anaemic pregnant women". (2)
- Questa raccomandazione è in accordo con le Linee Guida OMS "WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia" (3) e sostituisce le precedenti raccomandazioni che sono state pubblicate dall'OMS nella Linea Guida: "calcium supplementation in pregnant women". (4)
- La carenza di vitamina A è un grave problema di salute pubblica se $\geq 5\%$ delle donne nella popolazione ha sofferto di cecità notturna nella gravidanza più recente nei precedenti 3 - 5 anni che è terminata con un nato vivo, o $\geq 20\%$ delle donne in gravidanza che hanno un livello di retinolo $< 0.70 \mu\text{mol/l}$. La determinazione della carenza di vitamina A come problema di salute pubblica comporta la valutazione della prevalenza della carenza in una popolazione utilizzando specifici indicatori biochimici e clinici dello stato della vitamina A.
- Questa raccomandazione sostituisce le precedenti raccomandazioni che sono state pubblicate dall'OMS nella Linea Guida: "vitamin A supplementation in pregnant women". (5)

5. Raccomandazioni OMS sulla qualità dell'assistenza prenatale per un'esperienza positiva di gravidanza

Integratori di zinco	A.5: L'integrazione di zinco alle donne in gravidanza è raccomandata esclusivamente nel contesto di specifiche ricerche.	Raccomandazione contesto-specifica (ricerca)
Integratori di micronutrienti multipli	A.6: L'integrazione di micronutrienti multipli non è raccomandata alle donne in gravidanza per migliorare gli outcomes materni e perinatali.	Non raccomandato
Integratori di vitamina B6 (piridossina)	A.7: L'integrazione di vitamina B6 (piridossina) non è raccomandata alle donne in gravidanza per migliorare gli outcomes materni e perinatali.	Non raccomandato
Integratori di vitamina E e C	A.8: L'integrazione di vitamina E e C non è raccomandata alle donne in gravidanza per migliorare gli outcomes materni e perinatali.	Non raccomandato
Integratori di vitamina D	A.9: L'integrazione di vitamina D non è raccomandata alle donne in gravidanza per migliorare gli outcomes materni e perinatali. ¹⁰	Non raccomandato
Riduzione dell'apporto di caffeina	A.10: Per le donne in gravidanza con un'elevata assunzione giornaliera di caffeina (più di 300 mg al giorno), ¹¹ è raccomandata la riduzione del consumo di caffeina per ridurre il rischio di aborto spontaneo e di neonati con basso peso alla nascita.	Raccomandazione contesto-specifica

B. Valutazione materno-fetale¹²

	Raccomandazione	Tipo di raccomandazione
B.1: Valutazione materna		
Anemia	B.1.1: L'emocromo completo è il metodo raccomandato per diagnosticare l'anemia in gravidanza. In contesti in cui non è possibile eseguire un emocromo, testare l'emoglobina in loco con un emoglobinometro è il metodo da preferire per la diagnosi di anemia (rispetto all'utilizzo della scala del colore dell'emoglobina).	Raccomandazione contesto-specifica
Batteriuria asintomatica	B.1.2: L'urinocoltura da mitto intermedio è il metodo raccomandato per la diagnosi della batteriuria asintomatica in gravidanza (ABS). In contesti in cui l'urinocoltura non è disponibile, la colorazione di Gram su urina da mitto intermedio è preferibile all'utilizzo di striscette reattive.	Raccomandazione contesto-specifica
Violenza domestica	B.1.3: Indagini cliniche riguardo alla possibilità di violenza da parte del partner (IPV) dovrebbero essere seriamente considerate quando, durante le visite antenatali, si incontrano condizioni che potrebbero essere causate o complicate da essa, per migliorare le diagnosi cliniche e la successiva assistenza, dove sia possibile provvedere ad un sistema di supporto (incluso il riferimento alle appropriate strutture dove necessario) e dove siano soddisfatti requisiti minimi dell'OMS. ^{13 14}	Raccomandazione contesto-specifica

10. Questa raccomandazione sostituisce le precedenti raccomandazioni che sono state pubblicate dall'OMS nella Linea Guida: "vitamin D supplementation in pregnant women" (6)

11. Questo include qualunque prodotto, bevanda o cibo che contiene caffeina (ad esempio caffè istantaneo, tè, cola e soft drinks, energy drinks contenenti caffeina, cioccolato, pastiglie di caffeina).

12. Evidenze sulle attività tipiche dell'assistenza clinica prenatale, come misurare il peso e la pressione sanguigna materni, rilevare proteinuria e peso, ed ascoltare il battito fetale, non sono state valutate dal Gruppo di Sviluppo delle Linee Guida in quanto queste attività sono considerate parte integrante di una buona pratica clinica.

13. I requisiti minimi sono: protocollo/procedura operativa standard; addestramento su come porre domande riguardo la violenza domestica e su come provvedere al supporto e a quali livelli; un luogo privato in cui parlare; assicurare confidenzialità delle informazioni; sistema di riferimento a strutture e servizi attivi, e fornire il tempo appropriato alla paziente per la rivelazione della sua condizione.

14. Questa raccomandazione è in accordo con le linee guida OMS: Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO *clinical and policy guidelines*. (7)

6. Raccomandazioni OMS sulla qualità dell'assistenza prenatale per un'esperienza positiva di gravidanza

Raccomandazioni integrate da altre linee guida OMS che sono rilevanti per la valutazione materna dell'assistenza prenatale		
Diabete mellito gestazionale (GDM)	B.1.4: L'iperglicemia identificata in prima istanza in qualunque momento durante la gravidanza dovrebbe essere classificata come diabete mellito gestazionale (GDM) o come diabete mellito in gravidanza, in accordo con i criteri OMS. ¹⁵	Raccomandato
Uso di tabacco	B.1.5: Gli operatori sanitari dovrebbero chiedere a tutte le donne in gravidanza informazioni rispetto all'uso di tabacco (passato ed attuale) ed all'esposizione al fumo passivo, il prima possibile in gravidanza e ad ogni visita prenatale. ¹⁶	Raccomandato
Uso di sostanze	B.1.6: Gli operatori sanitari dovrebbero chiedere a tutte le donne in gravidanza informazioni rispetto all'uso di alcool ed altre sostanze (passato ed attuale) il prima possibile in gravidanza e ad ogni visita prenatale. ¹⁷	Raccomandato
Virus da immunodeficienza acquisita (HIV) e sifilide	B.1.7: In contesti ad alta prevalenza ¹⁸ , la proposta attiva di test per l'HIV e counselling da parte dell'operatore (PITC Provider-Initiated Testing and Counselling) dovrebbe essere considerata una componente di routine facente parte delle cure prenatali per tutte le donne in gravidanza, in tutti i contesti assistenziali. In contesti a bassa prevalenza, tale proposta attiva può ugualmente essere presa in considerazione per le donne in gravidanza durante le cure prenatali come componente chiave nel tentativo di eradicare la trasmissione verticale dell'HIV da madre a neonato e per integrare il test HIV con i test per la sifilide, per le altre malattie virali o con altri test rilevanti per lo specifico contesto e per rafforzare il relativo sistema sanitario materno-fetale sottostante. ¹⁹	Raccomandato
Tubercolosi (TB)	B.1.8: In contesti dove la prevalenza di tubercolosi (TB) nella popolazione generale è ≥ 100 casi su 100000 abitanti, lo screening sistematico per la TB attiva dovrebbe essere preso in considerazione per le donne in gravidanza come parte integrante dell'assistenza prenatale. ²⁰	Raccomandazione contesto-specifica

B.2: Valutazione fetale

Conteggio quotidiano dei movimenti fetali	B.2.1: La conta giornaliera dei movimenti fetali, come le tabelle "conta fino a dieci", è raccomandata esclusivamente in un contesto di rigorosa ricerca.	Raccomandazione contesto-specifica (ricerca)
Misura dell'altezza sinfisi-fondo	B.2.2: Sostituire la palpazione addominale con la misurazione sinfisi-fondo per la valutazione della crescita fetale non è raccomandato per migliorare gli outcomes perinatali. Non è raccomandato un cambiamento rispetto alla metodica utilizzata abitualmente (palpazione addominale o misurazione sinfisi-fondo) in contesti particolari.	Raccomandazione contesto-specifica
Cardiotocografia	B.2.3: La cardiotocografia di routine ²¹ non è raccomandata alle donne in gravidanza per migliorare gli outcomes materni e perinatali.	Non raccomandato

15. Questa non è una raccomandazione sullo screening di routine per l'iperglicemia in gravidanza. Questa raccomandazione è stata adattata ed integrata dalla pubblicazione OMS "Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy" (8) che indica che dovrebbe essere posta diagnosi di GDM in qualunque momento della gravidanza se si verificano uno o più dei seguenti criteri:

- Glicemia 5.1-6.9 mmol/L (92-125 mg/dl) a digiuno
- Glicemia ≥ 10.0 mmol/L (180 mg/dl) 60 minuti dopo carico orale di 75g di glucosio
- Glicemia 8.5-11.0 mmol/L (153-199 mg/dl) 120 minuti dopo carico orale di 75g di glucosio

Dovrebbe essere posta diagnosi di GDM in gravidanza se si verificano uno o più dei seguenti criteri:

- Glicemia > 7.0 mmol/L (126 mg/dl) a digiuno
- Glicemia ≥ 11.1 mmol/L (200 mg/dl) 120 minuti dopo carico orale di 75g di glucosio
- Glicemia ≥ 11.1 mmol/L (200 mg/dl) in qualunque momento in presenza di sintomi di diabete.

16. Integrato dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy". (9)

17. Integrato dalle linee guida OMS "Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy". (10)

18. Vengono definiti contesti ad alta prevalenza di HIV quei contesti in cui c'è una prevalenza di HIV maggiore del 5% nella popolazione che ha fatto il test. Vengono definiti contesti a bassa prevalenza di HIV quei contesti in cui c'è una prevalenza di HIV minore del 5% nella popolazione che ha fatto il test. In contesti con un'epidemia di HIV generalizzata o concentrata, le donne in gravidanza HIV negative dovrebbero ripetere il test nel terzo trimestre di gravidanza per l'alto rischio di contrarre l'HIV durante la gravidanza.

19. Adattato ed integrato dalle linee guida OMS "Consolidated guidelines on HIV testing services". (11)

20. Adattato ed integrato dalle raccomandazioni OMS "Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations". (12)

21. La cardiotocografia è la registrazione continua del battito fetale e delle contrazioni uterine rilevata tramite una sonda ad ultrasuoni posizionata sull'addome materno.

7. Raccomandazioni OMS sulla qualità dell'assistenza prenatale per un'esperienza positiva di gravidanza

Ecografia	B.2.4: Un'ecografia prima delle 24 settimane gestazionali (ecografia precoce) è raccomandata alle donne in gravidanza per la stima dell'epoca gestazionale, per migliorare la rilevazione di anomalie fetali e di gravidanze multiple, ridurre le induzioni di travaglio di parto per gravidanza oltre il termine e migliorare l'esperienza della gravidanza per la donna.	Raccomandato
Doppler dei vasi sanguigni fetali	B.2.5: L'utilizzo di routine dell'ecografia Doppler non è raccomandato alle donne in gravidanza per migliorare gli outcomes materni e perinatali. ²²	Non Raccomandato

C. Misure preventive		
	Raccomandazione	Tipo di raccomandazione
Antibiotici per batteriuria asintomatica (ABS)	C.1: Un ciclo di antibiotici di 7 giorni è raccomandato per tutte le donne in gravidanza con batteriuria asintomatica (ASB) al fine di prevenire una batteriuria persistente, parto pretermine e basso peso alla nascita.	Raccomandato
Profilassi antibiotica per la prevenzione delle infezioni ricorrenti del tratto urinario	C.2: La profilassi antibiotica, al fine di prevenire le infezioni ricorrenti del tratto urinario in gravidanza, è raccomandata solo nell'ambito di rigorose ricerche cliniche.	Raccomandazione contesto-specifica (ricerca)
Somministrazione immunoglobuline anti-D in gravidanza	C.3: La somministrazione profilattica di immunoglobuline anti-D alle donne in gravidanza Rh-negative non sensibilizzate a 28 e 34 settimane gestazionali al fine di ridurre l'alloimmunizzazione Rh, è raccomandata solo nell'ambito di rigorose ricerche cliniche.	Raccomandazione contesto-specifica (ricerca)
Trattamento antielmintico preventivo	C.4: In aree endemiche, ²³ la profilassi antielmintica è raccomandata dopo il primo trimestre di gravidanza nell'ambito del programma di riduzione delle infezioni da elminti. ²⁴	Raccomandazione contesto-specifica
Vaccinazione antitetanica	C.5: La vaccinazione antitetanica è raccomandata a tutte le donne in gravidanza, a seconda della precedente somministrazione della vaccinazione antitetanica, al fine di diminuire la mortalità neonatale causata dal tetano. ²⁵	Raccomandato
Raccomandazioni integrate da altre linee guida OMS che sono rilevanti per l'assistenza prenatale		
Prevenzione della malaria: trattamento preventivo intermittente in gravidanza (IPTp)	C.6: Nelle zone dell'Africa dove la malaria è endemica, la profilassi intermittente con sulfadoxine-pirimetamina (IPTp-SP) è raccomandata a tutte le donne in gravidanza. La somministrazione dovrebbe iniziare nel secondo trimestre e le dosi dovrebbero essere eseguite ad almeno un mese di distanza, con l'obiettivo di assicurare l'assunzione di almeno tre dosi. ²⁶	Raccomandazione contesto-specifica
Profilassi pre-esposizione (PrEP) per la prevenzione dell'HIV	C.7: La profilassi orale pre-esposizione (PrPE) contenente tenofovir disoproxil fumarato (TDF) dovrebbe essere offerta come ulteriore opzione preventiva alle donne in gravidanza a concreto rischio di infezione da HIV, come parte degli approcci di prevenzione combinati. ²⁷	Raccomandazione contesto-specifica

22. La tecnologia Doppler ad ultrasuoni valuta la forma d'onda dell'arteria ombelicale (e delle altre arterie fetali) al fine di valutare il benessere fetale nel terzo trimestre di gravidanza.

23. Aree con una prevalenza di infezioni elmintiche trasmesse da qualsiasi terreno superiore al 20%.

24. In accordo con la pubblicazione dell'OMS "Guideline: preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in high-risk groups". (13)

25. Questa raccomandazione è in accordo con le linee guida OMS "Maternal immunization against tetanus" (14). Il calendario vaccinale dipende dalla precedentemente somministrazione della vaccinazione antitetanica.

26. Integrato dalla linea guida OMS "Guidelines for the treatment of malaria" (15), che indica anche che: "L'OMS raccomanda che, in aree dell'Africa con rischio di trasmissione della malaria da moderato ad elevato, la profilassi IPTp-SP sia somministrata a tutte le donne in gravidanza ad ogni visita prenatale programmata, iniziando il prima possibile nel secondo trimestre, assicurandosi che le dosi di SP siano somministrate ad almeno 1 mese di distanza l'una dall'altra. L'OMS raccomanda un pacchetto di interventi per la prevenzione della malaria durante la gravidanza, che include la promozione e l'uso di zanzariere trattate con insetticidi, oltre alla profilassi IPTp-SP". Per garantire che le donne in gravidanza nelle aree endemiche inizino la profilassi IPTp-SP il prima possibile

8. Raccomandazioni OMS sulla qualità dell'assistenza prenatale per un'esperienza positiva di gravidanza

27. nel secondo trimestre, i responsabili delle politiche locali dovrebbero assicurare un contatto sanitario con le donne a 13 settimane gestazionali.
28. Integrato dalla linea guida OMS "Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV" (16). Il rischio sostanziale di infezione da HIV è definito dall'incidenza di infezione da HIV in assenza di profilassi orale pre-esposizione (PrPE) sufficientemente elevata (incidenza >3%) da tradurre potenzialmente l'offerta della profilassi pre-esposizione (PrPE) in un risparmio (o in un buon rapporto costo/beneficio). Offrire la profilassi orale pre-esposizione (PrPE) agli individui a rischio concreto di infezione da HIV massimizza i benefici relativi ai rischi ed ai costi.

D. Interventi per i comuni sintomi fisiologici		
	Raccomandazione	Tipo di raccomandazione
Nausea e vomito	D.1: Zenzero, camomilla, vitamina B6 e/o agopuntura sono raccomandati per alleviare la nausea nelle fasi iniziali della gravidanza, in base alle preferenze della donna ed alle opzioni disponibili.	Raccomandato
Brucciore di stomaco, pirosi gastrica	D.2: Consigli sull'alimentazione e sullo stile di vita sono raccomandati per prevenire ed alleviare il bruciore di stomaco in gravidanza. Gli antiacidi possono essere offerti alle donne con sintomi problematici che non si sono alleviati modificando lo stile di vita.	Raccomandato
Crampi alle gambe	D.3: Magnesio, calcio o opzioni di trattamento non farmacologico possono essere utilizzati per alleviare i crampi alle gambe in gravidanza, in base alle preferenze della donna ed alle opzioni disponibili.	Raccomandato
Dolore lombare e pelvico	D.4: Un'attività fisica regolare è raccomandata durante tutta la gravidanza per prevenire il dolore lombare e pelvico. Per il trattamento esistono numerose opzioni tra cui scegliere, come la fisioterapia, l'uso di fasce di sostegno e l'agopuntura, in base alle preferenze della donna e alle opzioni disponibili.	Raccomandato
Stipsi	D.5: Per alleviare la stipsi in gravidanza, quando il disturbo non risponde a modifiche nell'alimentazione, possono essere utilizzati supplementi di crusca di frumento o di altre fibre, in base alle preferenze della donna ed alle opzioni disponibili.	Raccomandato
Vene varicose ed edema	D.6: Opzioni non farmacologiche, come l'utilizzo di calze compressive, tenere le gambe sollevate e l'immersione in acqua, possono essere utilizzate per la gestione di vene varicose ed edema in gravidanza, in base alle preferenze della donna ed alle opzioni disponibili.	Raccomandato

E: Interventi del sistema sanitario, per migliorare l'uso e la qualità dell'assistenza prenatale		
	Raccomandazione	Tipo di raccomandazione
Cartella clinica tenuta della donna	E.1: E' raccomandato che ogni donna porti con se la propria cartella clinica, durante tutta la gravidanza per migliorare la continuità, la qualità dell'assistenza e la sua esperienza di gravidanza.	Raccomandato
La continuità dell'assistenza ostetrica	E.2: Sono raccomandati, per la donna in gravidanza, modelli di continuità assistenziale a conduzione ostetrica, in cui un'ostetrica conosciuta, o un piccolo gruppo di ostetriche conosciute, supporta la donna lungo il continuum di cura prenatale, intrapartum e periodo post-natale, in ambienti dove ci siano programmi di ostetricia efficaci.	Raccomandazione contesto-specifica
Gruppi di assistenza prenatale	E.3: L'assistenza prenatale, fornita da professionisti sanitari qualificati, può essere offerta in gruppo, come alternativa all'assistenza individuale per la donna in gravidanza in un contesto di ricerca rigoroso, in base alle preferenze della donna e purché siano disponibili risorse ed infrastrutture per fornire l'assistenza prenatale di gruppo.	Raccomandazione contesto-specifica (ricerca)

9. Raccomandazioni OMS sulla qualità dell'assistenza prenatale per un'esperienza positiva di gravidanza

Interventi basati sulla comunità per migliorare comunicazione ed sostegno	E.4.1: L'implementazione del coinvolgimento della comunità attraverso lo svolgimento di cicli di incontri teorico-pratici tra donne condotti da un facilitatore è raccomandata per migliorare la salute materna e neonatale, specialmente in ambienti rurali dove l'accesso ai servizi sanitari è ridotto. ²⁸ Questi gruppi partecipativi di donne rappresentano un'opportunità per le donne per discutere delle loro necessità durante la gravidanza, compresa la difficoltà di accesso all'assistenza, e per aumentare il sostegno alle donne in gravidanza.	Raccomandazione contesto-specifica
	E.4.2: Sono raccomandati pacchetti di interventi che includano il coinvolgimento della famiglia e della comunità e visite prenatali a domicilio per migliorare l'utilizzo dell'assistenza prenatale e gli esiti della salute perinatale, specialmente in contesti rurali dove l'accesso ai servizi sanitari è ridotto.	Raccomandazione contesto-specifica
Elementi di redistribuzione dei compiti nell'assistenza in gravidanza ²⁹	E.5.1: È raccomandato dare il compito di promuovere comportamenti salutari per il benessere materno e neonatale ³⁰ ad un ampio gruppo di figure, incluso personale non sanitario, infermiere ausiliarie, infermiere, ostetriche e medici.	Raccomandato
	E.5.2: È raccomandato dare il compito di distribuire gli integratori nutrizionali consigliati ed il trattamento intermittente preventivo per la malaria (IPTp) ad un ampio gruppo di figure, incluse infermiere ausiliarie, infermiere, ostetriche e medici.	Raccomandato
Reclutamento e mantenimento del personale nelle aree rurali e remote ³¹	E.6: I responsabili delle politiche locali dovrebbero considerare interventi educativi, normativi, finanziari e di supporto personale e professionale per il reclutamento e la mantenimento di personale qualificato in ambito sanitario nelle aree rurali e remote.	Raccomandazione contesto-specifica
Pianificazione di incontri per l'assistenza prenatale	E.7: Sono raccomandati modelli di assistenza prenatale con un minimo di otto contatti per ridurre la mortalità perinatale e migliorare l'esperienza di assistenza per le donne.	Raccomandato

29. Integrato dalle raccomandazioni OMS "WHO recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health". (17)

30. Raccomandazione adattata ed integrata dalla linea guida "Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting". (18)

31. Include la promozione di quanto segue: comportamenti che ricerchino l'assistenza e l'utilizzo dell'assistenza prenatale; preparazione alla nascita e prontezza in caso di complicanze; dormire sotto zanzariere trattate con insetticidi; assistenza qualificata alla nascita; possibilità di avere con se una persona di fiducia durante il travaglio di parto ed il parto; consigli nutrizionali; integratori nutrizionali; altri integratori ed interventi contesto-specifici; test dell'HIV in gravidanza, allattamento al seno esclusivo; assistenza durante il puerperio e pianificazione familiare, vaccinazioni in accordo con le linee guida nazionali.

32. Raccomandazioni adattate ed integrate dalla pubblicazione OMS "Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations". (19)

Riferimenti:

- Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77770/1/9789241501996_eng.pdf?ua=1).
- Guideline: intermittent iron and folic acid supplementation in non-anaemic pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75335/1/9789241502016_eng.pdf).
- WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44703/1/9789241548335_eng.pdf).
- Guideline: calcium supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85120/1/9789241505376_eng.pdf).
- Guideline: vitamin A supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44625/1/9789241501781_eng.pdf).
- Guideline: vitamin D supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85313/1/9789241504935_eng.pdf).

10. Raccomandazioni OMS sulla qualità dell'assistenza prenatale per un'esperienza positiva di gravidanza

7. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://apps.who.int/rhl/guidelines/9789241548595/en/>).
8. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85975/1/WHO_NMH_MND_13.2_eng.pdf?ua=1).
9. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94555/1/9789241506076_eng.pdf).
10. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/).
11. Consolidated guidelines on HIV testing services 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/03_HTS_GL_909090short_CCJ.pdf?ua=1).
12. Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/tb/publications/Final_TB_Screening_guidelines.pdf).
13. Guideline: preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in high-risk groups. Geneva: World Health Organization; 2016 (in stampa).
14. Maternal immunization against tetanus: integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Standards for maternal and neonatal care. Geneva: Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf).
15. Guidelines for the treatment of malaria, third edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162441/1/9789241549127_eng.pdf).
16. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf).
17. WHO recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/).
18. WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization; 2012 (<http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2012/whotaskshiftingrecom/en/>).
19. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/>)



WHO/RHR/16.12 © World Health Organization 2016

All rights reserved. Publications of the World Health Organization are available on the WHO website (www.who.int) or can be purchased from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications – whether for sale or for non-commercial distribution – should be addressed to WHO Press through the WHO website (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

For more information, please contact: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland

Email: reproductivehealth@who.int

Website: www.who.int/reproductivehealth