

AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

10 Prestazioni indifferibili

Nuova circolare del Ministero della Salute
con le prestazioni ostetriche e ginecologiche
"indifferibili"

11 Da Epicentro (Iss)

Gli aggiornamenti nazionali internazionali

27 La gravidanza ai tempi del Coronavirus

Consigli per operatori sanitari
e mamme in gravidanza

Gyneco Aogoi

NUMERO 2 - 2020 - BIMESTRALE - ANNO XXXI

SPECIALE

CORONAVIRUS

COVID-19

**LA NUOVA
SFIDA**



CARISSIMA/O

Inutile cercare di descrivere la gravità del momento in cui ci troviamo e le condizioni drammatiche in molti di noi lavorano.

AOGOI SIAMO TUTTI NOI e stiamo cercando ognuno di fare la propria parte, anche in questo momento di emergenza.

Come dice un detto inglese "non nascondiamo l'elefante nel salotto" (*the elephant in the room*), abbiamo deciso prendere di punta ciò che angoschia tutti noi, le nostre famiglie, le donne che si rivolgono a noi e le loro famiglie. Abbiamo preso la decisione di fare un numero monotematico di *GynecoAogoi* dedicato solo al coronavirus: partiamo da un breve riassunto della pandemia e di tutte le informazioni relative alla Sars CoV-2 fino alla condivisione di tutto quanto abbiamo cercato di fare sull'argomento.

ABBIAMO PARTECIPATO alle varie iniziative Istituzionali, abbiamo realizzato comunicati stampa, abbiamo promosso un'indagine e stiamo raccogliendo i documenti aziendali/regionali per capire quale sia la situazione nel nostro Paese (sul sito www.aogoi.it trovate tutti i documenti man mano che ci vengono inviati), abbiamo preparato un breve vademecum per le donne e per gli operatori che troverete in questo numero.

Come sapete, tutte le società dell'area materno-infantile stanno collaborando ad un gruppo multidisciplinare (ginecologi, neonatologi, ostetriche, pediatri, anestesisti) coordinato dalle

dott.sse Serena Donati ed Angela Giusti dell'Istituto Superiore di Sanità con lo scopo di fornire una informazione omogenea ed il suo più possibile completa sui dati di letteratura: sul sito di Epicentro vi sono gli aggiornamenti in tempo reale (<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gravidanza-parto-allattamento>).

CI TENGO A PRECISARE la differenza fra il lavoro fatto dal gruppo multidisciplinare di Epicentro (aggiornare i dati di letteratura e fornire una informazione omogenea) ed i documenti istituzionali, come i documenti aziendali e regionali, si assumono la responsabilità di prendere delle decisioni di politica sanitaria a tutela della salute dei cittadini, nel nostro caso donne e neonati, e degli operatori sanitari. Troverete su internet molte diffide o presunte tali contro Istituzioni, tra le più svariate. Come Aogoi abbiamo deciso di fare un comunicato stampa condiviso con tutte le Società della Federazione Sigo e con le ostetriche per sensibilizzare l'opinione pubblica e le Istituzioni.

IN OGNI MODO abbiamo incaricato i nostri avvocati di studiare e valutare come agire in modo attivo e proficuo, non ci interessa essere sui giornali ma fare qualcosa di utile per le donne, per le famiglie, per gli operatori. La proposta concreta ora è quella di avere un quadro della situazione nazionale il più possibile realistica in modo da poterla rappresentare alle

Istituzioni competenti, per la tutela della salute delle donne in gravidanza e degli operatori coinvolti. Su questo numero pubblichiamo i risultati relativi alle prime risposte alla nostra indagine: l'adesione è stata superiore alle nostre aspettative ed in pochi giorni abbiamo raccolto oltre 300 risposte. Chi di voi lo desidera può ancora rispondere al questionario accedendo al link (<https://it.surveymonkey.com/r/VDB6C98>): sono necessari pochi minuti! Finita la tempesta (ci auguriamo al più presto, ma sappiamo che non è così), dovremo fare tesoro di questa terribile esperienza e ricordare a tutti ciò che i medici, le ostetriche, tutte le figure professionali in ambito sanitario hanno fatto, l'importanza delle risorse umane e strumentali, della rete organizzativa del Servizio Sanitario, che i "criteri essenziali" non sono una parola per riempirsi la bocca ma abbiano un significato ben preciso in termini di sicurezza delle cure per mamma e neonato.

Dobbiamo essere propositivi, raccogliere i dati, diffondere il più possibile le informazioni disponibili e lavorare tutti insieme. Grazie a tutte/i



ELSA VIORA
Presidente Aogoi

Buona lettura!

**Gyneco
Aogoi**

Organo Ufficiale
dell'Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 2 - 2020
Anno XXXI

Presidente
Elsa Viora

Comitato Scientifico
Claudio Crescini
Giovanni Monni
Pasquale Pirillo
Carlo Sbiroli
Sergio Schettini
Carlo Maria Stigliano
Vito Trojano
Sandro Viglino

Direttore Responsabile
Ester Maragò
e.marago@hcom.it

Editore
Edizioni Health
Communication

Pubblicità
Edizioni Health
Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma

Stampa
STRpress
Pomezia - Roma

Abbonamenti
Annuo: Euro 26.
Singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano
del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa -
Spedizione in abbonamento
postale 70% - Dcb - Roma
Finito di stampare:
marzo 2020
Tiratura 5.000 copie.

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della

rivista, anche per l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Testata associata

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA
PERIODICA SPECIALIZZATA



I coronavirus (CoV) sono un'ampia famiglia di virus respiratori che possono causare malattie. Sono chiamati così per le punte a forma di corona che sono presenti sulla loro superficie

COVID-19

la nuova

ERA IL 9 GENNAIO quando l'Oms ha dichiarato che le autorità cinesi avevano individuato un nuovo ceppo di coronavirus mai individuato prima nell'uomo. Il virus, ufficialmente classificato come Sars-CoV-2, è associato a un focolaio di casi di polmonite registrati già alla fine del 2019 nella ormai conosciuta Wuhan, città della Cina centrale.

L'11 GENNAIO l'Oms definisce la malattia con il nome che ormai tutti conosciamo: Covid 19 (Corona Virus Disease). Da quel momento in poi il coronavirus entra prepotentemente nella nostra quotidianità. In Italia, i primi casi confermati dall'Istituto Superiore di Sanità, il 30 gennaio scorso, sono stati due turisti cinesi ricoverati all'Istituto nazionale per le malattie infettive "Lazzaro Spallanzani".

Dopo poco più di 20 giorni viene confermato il primo caso autoctono in Italia, risultato positivo all'Ospedale Sacco di Milano, e il comune di Codogno nel lodigiano diventa la prima zona rossa d'Italia.

L'11 MARZO l'Oms dichiara la pandemia. Il resto è cronaca. Medici, ostetriche, infermieri e tutto il personale sanitario sono stati chiamati a combattere una guerra durissima contro un nemico invisibile.

Una battaglia che vede schierate, accanto ai professionisti in prima linea nelle terapie intensive e nei reparti Covid-19, anche tutte le anime dell'area materno-infantile.

IN QUESTO NUMERO SPECIALE di *Gyneco* dedicato al Covid 19 abbiamo raccolto le informazioni utili e tutti gli aggiornamenti necessari per capire cosa sta accadendo, pur sapendo che è un campo in continua evoluzione e proprio per questo è stato istituito un gruppo di lavoro nazionale che pubblica aggiornamenti settimanali.



Medici, ostetriche, infermieri e tutto il personale sanitario sono stati chiamati a combattere una guerra durissima contro un nemico invisibile. Una battaglia che vede schierate, accanto ai professionisti in prima linea nelle terapie intensive e nei reparti Covid-19, tutte le anime dell'area materno-infantile



sfida

Un po' di informazioni

I coronavirus (CoV) sono un'ampia famiglia di virus respiratori che possono causare malattie da lievi a moderate, dal comune raffreddore a sindromi respiratorie come la Mers (sindrome respiratoria mediorientale, *Middle East respiratory syndrome*) e la Sars (sindrome respiratoria acuta grave, *Severe acute respiratory syndrome*). Sono chiamati così per le punte a forma di corona che sono presenti sulla loro superficie.

I coronavirus sono comuni in molte specie animali (come i cammelli e i pipistrelli) ma in alcuni casi, se pur raramente, possono evolversi e infettare gli esseri umani per poi diffondersi nella popolazione. Un nuovo coronavirus è un nuovo ceppo di coronavirus che non è stato precedentemente mai identificato nella specie umana.

I coronavirus umani conosciuti ad oggi, comuni in tutto il mondo, sono sette, alcuni identificati diversi anni fa (i primi a metà degli anni Sessanta) e alcuni identificati negli ultimi anni.

CORONAVIRUS UMANI COMUNI

- 1 - 229E (coronavirus alpha)
- 2 - NL63 (coronavirus alpha)
- 3 - OC43 (coronavirus beta)
- 4 - HKU1 (coronavirus beta)

ALTRI CORONAVIRUS UMANI

- 5 - Mers-CoV (il coronavirus beta che causa la *Middle East respiratory syndrome - Mers*)
- 6 - Sars-CoV (il coronavirus beta che causa la *Severe acute respiratory syndrome - Sars*)
- 7 - Sars-CoV-2 (il coronavirus che causa la Covid-19)

Sars-CoV-2

Il virus responsabile della Covid-19 è un virus respiratorio e si trasmette da persona a persona principalmente

- attraverso le minuscole goccioline emesse con starnuti o colpi di tosse (le cosiddette "goccioline di Flugge" dal nome del batteriologo tedesco Carl Flugge che per primo ha dimostrato la possibilità di un contagio diretto attraverso tosse o starnuti, ora è anche molto usato il termine inglese "droplet" che significa la stessa cosa)
- portando le mani alla bocca, al naso o agli occhi dopo aver toccato superfici od oggetti contaminati di recente.

Il virus può sopravvivere alcune ore sulle superfici e la trasmissione può avvenire attraverso oggetti contaminati per cui è opportuno, per prevenire infezioni, anche respiratorie, lavarsi frequentemente e accuratamente le mani, soprattutto dopo aver toccato oggetti e superfici potenzialmente sporchi, prima di portarle al viso, agli occhi e alla bocca.

Ad oggi non c'è alcuna evidenza scientifica di una trasmissione attraverso artropodi vettori, quali zecche, zanzare o altri insetti che succhiano il sangue, che invece possono veicolare altri tipi di virus (detti arbovirus), responsabili di malattie completamente diverse dalla Covid-19, come ad esempio la dengue e la febbre gialla.

La principale via di trasmissione del virus, secondo l'Oms, in base ai dati attuali disponibili,



avviene attraverso il contatto stretto con persone sintomatiche. È ritenuto possibile che persone nelle fasi prodromiche della malattia, e quindi con molto lievi, oppure persone che hanno contratto l'infezione ma siano asintomatiche possano trasmettere il virus.

Sars-CoV-2 è un virus poco resistente: viene inattivato se esposto a una temperatura di 56°C per 30 minuti, o se trattato con etanolo al 75%, o con disinfettanti a base di cloro e acido peracetico

TEMPO DI INCUBAZIONE Le informazioni sulle caratteristiche cliniche delle infezioni da SarsCoV-2 stanno aumentando. Si stima che il periodo di incubazione vari in media tra 2 e 14 giorni.

CATEGORIE A RISCHIO

Gli operatori sanitari sono particolarmente a rischio perché sono a contatto con molte persone rispetto alla popolazione generale e durante l'attività assistenziale possono venire a contatto con soggetti portatori del virus senza conoscere il loro stato e senza quindi prendere le adeguate misure di protezione individuali.

L'Oms raccomanda agli operatori sanitari di applicare sistematicamente le misure adeguate al controllo delle infezioni.

Anche l'Istituto Superiore di Sanità ed il Ministero hanno prodotto un documento in cui è ben esplicitato l'utilizzo appropriato dei dispositivi di protezione individuale (Dpi).

È fondamentale la distinzione fra le misure

- che vanno messe in atto come prevenzione che sono da applicare a tutta la popolazione (vedi Poster a pagina di fianco) e servono a prevenire la diffusione dell'infezione Covid-19
- quelle da mettere in atto in caso di contatto con soggetti con infezione da Sars-CoV 2 documentata o sospetta, quindi da applicare a tutti coloro che sono a diretto contatto con persone che possono trasmettere l'infezione, cioè gli operatori sanitari che lavorano in Ambulatori ed Ospedali (Pronto Soccorso o Reparti) oppure che svolgono assistenza domiciliare.



I GUANTI PROTEGGONO DAL VIRUS A PATTO CHE...". Ecco le indicazioni Iss per un uso corretto

L'uso dei guanti in lattice, come quello delle mascherine, aiuta a prevenire le infezioni ma solo a determinate condizioni. Diversamente, il dispositivo di protezione può diventare un veicolo di contagio.

Per questo l'Istituto superiore di sanità (Iss) fornisce le indicazioni per un loro utilizzo corretto, eccole:

SÌ AI GUANTI A PATTO CHE:

- non sostituiscano la corretta igiene delle mani che deve avvenire attraverso un lavaggio accurato e per 60 secondi;
- siano ricambiati ogni volta che si sporcano ed eliminati correttamente nei rifiuti indifferenziati;
- come le mani, non vengano a contatto con bocca naso e occhi;
- siano eliminati al termine dell'uso, per esempio, al supermercato;
- non siano riutilizzati.

DOVE SONO NECESSARI?

- In alcuni contesti lavorativi come per esempio personale addetto alla pulizia, alla ristorazione o al commercio di alimenti.
- Sono indispensabili nel caso di assistenza ospedaliera o domiciliare a malati.

GLOSSARIO

Sars-CoV-2

Nome del corona virus identificato a fine 2019

Covid-19 (Corona Virus Disease)

È il nome della malattia causata da Sars-CoV-2

Dpi

Dispositivi di protezione individuali. Nell'assistenza clinica si fa riferimento a mascherine, guanti, camici, protezione per gli occhi, soprascarpe, cuffia

Meows

Modified Early Obstetric Warning Score. È una scala per la valutazione dell'instabilità clinica di una donna in gravidanza

DEFINIZIONI

(tratte dalla circolare ministeriale del 9 marzo 2020)

Caso sospetto di Covid 19

che richiede esecuzione di test diagnostico

1. Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse e difficoltà respiratoria) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica e storia di viaggi o residenza in un Paese/area in cui è segnalata trasmissione locale durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi; **oppure**
2. Una persona con una qualsiasi infezione respiratoria acuta e che è stata a stretto contatto con un caso probabile o confermato di Covid-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi; **oppure**
3. Una persona con infezione respiratoria acuta grave (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria es. tosse, difficoltà respiratoria) e che richieda il ricovero ospedaliero e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica.

Nell'ambito dell'assistenza primaria o nel pronto soccorso ospedaliero, tutti i pazienti con sintomatologia di infezione respiratoria acuta devono essere considerati casi sospetti se in quell'area o nel Paese è stata segnalata trasmissione locale.

Caso probabile

Un caso sospetto il cui risultato del test per Sars-CoV-2 è dubbio o inconcludente utilizzando protocolli specifici di Real Time PCR per Sars-CoV-2 presso i Laboratori di Riferimento Regionali individuati o è positivo utilizzando un test pan-coronavirus.

Caso confermato

Un caso con una conferma di laboratorio per infezione da Sars-CoV-2, effettuata presso il laboratorio di riferimento nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss) o da laboratori Regionali di Riferimento, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici.





SALUTE.GOV.IT/NUOVOCORONAVIRUS



Ministero della Salute



Come usare correttamente i Dispositivi di protezione individuali e quali usare. Le indicazioni dell'Iss

“Oltre a utilizzare il Dispositivo di protezione individuale (Dpi) adeguato, è necessario effettuare sempre l'igiene delle mani e l'igiene respiratoria. Il Dpi non riutilizzabile dopo l'uso deve essere smaltito in un contenitore per rifiuti appropriato e deve essere effettuata l'igiene delle mani prima di indossare e dopo aver rimosso i Dpi”.



⁵ In UTI l'operatore che passa da un paziente ad un altro effettuando procedure differenziate dovrebbe indossare sempre FFP2/FFP3, per un minor consumo di dispositivi o FFP3 o Powered Air Purifying Respirator (PAPR) o sistemi equivalenti.

⁶ In contesti assistenziali ove vengono concentrati numerosi pazienti COVID-19, se sottoposti a CPAP/NIV, è necessario il ricorso a FFP2. Anche laddove non sia praticata CPAP/NIV è comunque preferibile, ove disponibili, il ricorso a filtranti facciali in base a una appropriata valutazione del rischio che tenga conto anche del significativo incremento del tempo di esposizione, effettuata a livello della struttura dal datore di lavoro con la collaborazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione e del medico competente.

⁷ Ad esempio rianimazione cardiopolmonare, intubazione, estubazione, broncoscopia, induzione di espettorato, terapie in grado di generare nebulizzazione, NIV, BiPAP, CPAP, tampone nasofaringeo.

⁸ I visitatori al momento della redazione di questo documento non sono consentiti in base alla circolare del Ministero della Salute del 24/2/2020. Se i visitatori devono entrare nella stanza di un paziente con COVID-19, devono ricevere istruzioni chiare su come indossare e rimuovere i DPI e sull'igiene delle mani da effettuare prima di indossare e dopo aver rimosso i DPI; questo dovrebbe essere supervisionato da un operatore sanitario.

⁹ In alcuni ambiti assistenziali sanitari, si valuti la possibilità di uso della mascherina chirurgica come presidio utilizzare all'interno dell'ospedale tout court per tutti i sanitari al fine di ridurre la trasmissione da eventuali operatori sanitari infetti.

¹⁰ In contesti assistenziali sul territorio ove vengono assistiti numerosi pazienti COVID-19, può essere preso in considerazione il ricorso a FFP2, in base a una appropriata valutazione del rischio che tenga conto del significativo incremento del tempo di esposizione, effettuata a livello della struttura dal datore di lavoro con la collaborazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione e del medico competente.

¹¹ Questa categoria include l'utilizzo di termometri senza contatto, termocamere e la limitazione del tempo di osservazione e di domande, il tutto mantenendo una distanza spaziale di almeno 1 metro.

¹² In contesti assistenziali omologabili a quelli ospedalieri, quali strutture residenziali ad alta intensità assistenziale, hospice, ospedali di comunità, e altri contesti domiciliari ove siano concentrati pazienti con COVID-19, va preso in considerazione l'utilizzo di FFP2, ove disponibili, anche sulla base di una valutazione del rischio.

QUESTE LE PRIME INDICAZIONI generali dell'Iss alle quali sono seguiti il 28 marzo importanti aggiornamenti sull'utilizzo dei Dpi durante l'assistenza ai pazienti. “Le indicazioni fornite – sottolinea l'Iss – tengono conto delle evidenze scientifiche ad oggi disponibili a tutela della salute dei lavoratori e dei pazienti e degli orientamenti delle più autorevoli organizzazioni internazionali, e sono state redatte sulla base delle evidenze che giornalmente emergono da medici ed infermieri impegnati in prima linea nei reparti e nei servizi del Ssn”.

Per quanto riguarda sia le aree di degenza che gli ambulatori ospedalieri e del territorio, per l'assistenza diretta a pazienti affetti da Covid-19 viene consigliato l'utilizzo non solo delle mascherine chirurgiche ma anche di quelle FFP2 in contesti assistenziali dove vengono concentrati numerosi pazienti positivi.

Per l'assistenza a domicilio, si continua a consigliare l'utilizzo della mascherina chirurgica. Ma ora, a differenza delle primissime indicazioni fornite, l'Iss consiglia di prendere in considerazione anche l'utilizzo di FFP2, se disponibili, in contesti assistenziali omologabili a quelli ospedalieri, quali strutture residenziali ad alta intensità assistenziale, hospice, ospedali di comunità, e altri contesti domiciliari dove siano concentrati pazienti con Covid-19. Anche per le ambulanze ora si consiglia il ricorso alle FFP2 in caso di rischio aumentato per intensità e durata o autambulanza con rianimatore. Nel documento si aggiunge poi che assume fondamentale importanza che tutti gli operatori sanitari coinvolti in ambito assistenziale:

- siano opportunamente formati e aggiornati in merito ai rischi di esposizione professionale, alle misure di prevenzione e protezione disponibili, nonché alle caratteristiche del quadro clinico di Covid-19, al fine di permettere uno screening degli accessi o dei pazienti ricoverati che permetta una quanto più rapida identificazione dei casi sospetti. La partecipazione a corsi disponibili online dovrebbe essere resa obbligatoria, laddove non siano già state effettuate iniziative di formazione.

- siano edotti sull'importanza di adottare, nell'assistenza a tutti i pazienti, le precauzioni standard, con particolare attenzione all'igiene delle mani prima e dopo ciascun contatto con il paziente, prima di manovre asettiche e dopo esposizione a liquidi biologici o contatto con le superfici vicine al paziente.

Si suggerisce poi come in questo contesto emergenziale e di carenza di Dpi, “i filtranti facciali devono prioritariamente essere raccomandati per gli operatori sanitari impegnati in aree assistenziali dove vengano effettuate procedure a rischio di generazione di aerosol. L'attività assistenziale prolungata e/o continuata con pazienti sospetti/probabili/confermati, in via precauzionale è considerata a maggiore rischio, e come tale, è necessario valutare l'uso dei filtranti facciali in base alla disponibilità e in base alla valutazione del rischio della struttura, effettuata dal datore di lavoro con la collaborazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione e del medico competente”.

DPI raccomandati per la prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 per contesto lavorativo e destinatari dell'indicazione

Contesto di lavoro	Destinatari dell'indicazione (operatori/pazienti)	Attività	Tipologia di DPI o misure di protezione
Aree di degenza			
Stanza di pazienti COVID-19 ⁵	Operatori sanitari (Si raccomanda riduzione al minimo del numero di operatori esposti; formazione e addestramento specifici)	Assistenza diretta a pazienti COVID 19	Mascherina chirurgica o FFP2 in specifici contesti assistenziali ⁶ Camice monouso /grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Procedure o setting a rischio di generazione di aerosol ⁷	FFP3 o FFP2 Camice /grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Esecuzione tampone oro e rinofaringeo (stessi DPI anche per tamponi effettuati in comunità)	FFP2 o mascherina chirurgica se non disponibile Camice /grembiule monouso Occhiali di protezione (occhiale a mascherina/visiera) Guanti
	Addetti alle pulizie (Si raccomanda riduzione al minimo del numero di addetti esposti; formazione e addestramento specifici)	Accesso in stanze dei pazienti COVID-19	Mascherina chirurgica Camice /grembiule monouso Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse
	Visitatori (necessario limitare l'accesso) ⁸	Accesso in stanze dei pazienti COVID-19, qualora eccezionalmente permesso	Mascherina chirurgica Camice monouso Guanti
Altre aree di transito e trasporto interno dei pazienti (ad esempio reparti, corridoi)	Tutti gli operatori inclusi gli operatori sanitari	Nessuna attività che comporti contatto con pazienti COVID-19	Non sono necessari DPI ⁹ Indossare mascherina chirurgica e guanti monouso solo in caso di trasporti prolungati (tempo superiore a 15 minuti)
Aree di degenza senza pazienti COVID accertati o sospetti, incluse unità di lungodegenza, Day Hospital, Day Services	Operatori sanitari	Contatto diretto con pazienti non sospetti COVID-19	DPI previsti per l'ordinario svolgimento della propria attività
Triage (in ambito ospedaliero per accettazione utenti)	Operatori sanitari (Si raccomanda riduzione al minimo del numero di esposti; formazione e addestramento specifici)	Screening preliminare che non comporta il contatto diretto	Vetrata Interfono citofono. In alternativa mantenere una distanza dal paziente di almeno 1 metro se possibile o indossare Mascherina chirurgica
		Screening con contatto diretto paziente COVID 19 positivo o sospetto	Mascherina chirurgica Camice monouso /grembiule monouso Guanti monouso occhiali /visiera protettivi
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mantenere una distanza dall'operatore di almeno 1 metro (in assenza di vetrata e interfono) Mascherina chirurgica se tollerata dal paziente Isolamento in stanza singola con porta chiusa e adeguata ventilazione se possibile; alternativamente, collocazione in area separata sempre a distanza di almeno 1 metro da terzi
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Non sono necessari DPI Mantenere una distanza dagli altri pazienti di almeno 1 metro
Laboratorio Locale o di riferimento regionale e nazionale ISS	Tecnici di laboratorio (Si raccomanda riduzione al minimo del numero di operatori esposti; formazione e addestramento specifici)	Manipolazione di campioni respiratori	Laboratorio BSL di classe 3 (coltura per isolamento del virus) con procedure e DPI conseguenti Laboratorio BSL di classe 2 (diagnostica con tecniche di biologia molecolare) con procedure e DPI conseguenti
Aree amministrative	Tutti gli operatori inclusi gli operatori sanitari	Attività amministrative che non comportano contatto con pazienti COVID-19	Non sono necessari DPI Mantenere una distanza dagli utenti di almeno 1 metro

Contesto di lavoro	Destinatari dell'indicazione (operatori/pazienti)	Attività	Tipologia di DPI o misure di protezione
Ambulatori ospedalieri e del territorio nel contesto di COVID-19			
Ambulatori	Operatori sanitari	Esame obiettivo di pazienti con sintomi respiratori	Mascherina chirurgica (FFP2 in specifici contesti assistenziali) ¹⁰ Camice / grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Esame obiettivo di pazienti senza sintomi respiratori	I DPI previsti per l'ordinario svolgimento della propria mansione con maggiore rischio.
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica se tollerata
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Non sono necessari DPI
	Operatori addetti alle pulizie	Dopo l'attività di visita di pazienti con sintomi respiratori. Areare gli ambienti dopo l'uscita del paziente e prima di un nuovo ingresso.	Mascherina chirurgica Camice / grembiule monouso Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse
Sale d'attesa	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica se tollerata Isolare immediatamente il paziente in area dedicata o comunque separata dagli altri; se tale soluzione non è adottabile assicurare la distanza di almeno 1 metro dagli altri pazienti
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Non sono necessari DPI. Distanza di almeno 1 metro
Aree amministrative	Tutti gli operatori inclusi gli operatori sanitari	Attività amministrative	Non sono necessari DPI
Accettazione utenti	Operatori sanitari	Screening preliminare senza contatto diretto ¹¹	Non sono necessari DPI mantenuta la distanza di almeno un metro, altrimenti mascherina chirurgica
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mantenere la distanza di almeno 1 metro Mascherina chirurgica se tollerata
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Non sono necessari DPI
	Accompagnatori	Accesso in stanza del paziente senza prestare cure o assistenza diretta	Mascherina chirurgica
Assistenza a domicilio	Operatori sanitari	Assistenza diretta al domicilio di pazienti COVID-19	Mascherina chirurgica ¹² Camice / grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/ occhiale a mascherina/visiera
	Caso sospetto con sintomi respiratori - paziente COVID-19	Assistenza diretta al domicilio di pazienti COVID-19	Mascherina chirurgica se tollerata dal paziente

Nuova circolare del Ministero della Salute con le prestazioni ostetriche e ginecologiche “indifferibili”

Dalle ecografie, alle visite di controllo passando per i monitoraggi fino alle Ivg. Sono solo alcune delle prestazioni indicate in una circolare emanata il 30 marzo dal Ministero della Salute “Linee di indirizzo per la rimodulazione dell’attività programmata differibile in corso di emergenza da Covid-19” e considerate non procrastinabili.

Il Ministero, in particolare, precisa le misure contenute nelle circolari del 16 (relativa al rinvio di prestazioni ambulatoriali e ospedaliere non urgenti) e del 25 marzo (linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali) e fornisce un elenco dettagliato delle prestazioni che non possono essere rinviate e che riportiamo di seguito. Precisa inoltre che non sono procrastinabili sia le attività ambulatoriali che di ricovero programmate di ambito oncologico (incluse le prestazioni di II livello previste dalle campagne di screening

oncologico).

“Siamo molto soddisfatti che il ministero abbia recepito le nostre richieste di tutelare le prestazioni indispensabili nel Percorso nascita e per la tutela della salute della donna – ha affermato la presidente Aogoi **Elsa Viora** – comprendiamo e sosteniamo con forza la necessità di poter contrastare la pandemia da Covid 19, ma nel contempo riteniamo sia fondamentale dare risposte alle difficoltà che le donne in gravidanza si trovano ad affrontare in questo

periodo nel prenotare visite ed accertamenti essenziali per una assistenza appropriata. Il Percorso nascita deve essere tutelato per tutte le gravidanze, a basso ed alto rischio, per evitare un aumento del tasso di complicanze e di patologie materno-fetali, annullando così il lungo lavoro fatto negli ultimi decenni dai ginecologi e dalle ostetriche. È un problema che coinvolge tutte le donne in gravidanza e le loro famiglie: in questa fase di emergenza non possiamo non pensare al futuro. Ed il futuro sono i giovani, le mamme ed i

Prestazioni indifferibili

Ostetricia:

1. Esami ematochimici previsti nell'allegato 10.B DPCM 12.1.17
2. Prima visita ostetrica da eseguirsi entro la 12 settimana come da linea guida ISS per la gravidanza fisiologica
3. Visite ostetriche urgenti per:
 - contrazioni uterine
 - minaccia di aborto
 - minaccia di parto pretermine
4. Test di screening delle aneuploidie test combinato (se previsto dal SSR)
5. Ecografia Ostetriche I° Trimestre
6. Ecografia V mese morfologica
7. Ecografie Ostetriche III° Trimestre solo se sussistono fattori di rischio

- quali diabete gestazionale, ritardo di crescita, pregresso taglio cesareo, ipertensione etc .
8. Ambulatorio Gravidanza a Rischio Ospedaliero (dove verranno effettuate visite ed ecografie ostetriche)
 9. Diagnosi Prenatale (villocentesi, amniocentesi, esami correlati)
 10. Monitoraggio del benessere fetale (cardiotocografia...)
 11. Tampone vagino-rettale ricerca SGB a 37 settimane
 12. Prelievi microbiologici per sospetta infezione vulvo-vaginale
 13. Garantire tecniche farmacologiche e non farmacologiche per il controllo del dolore in travaglio

14. Visita post-partum
 15. Consulenza psicologica se sussistono fattori di rischio per gravida o puerpera
- Si raccomanda l'esecuzione dei Corsi di accompagnamento alla Nascita esclusivamente in modalità on line. 0008076-30/03/2020-DGPROGS-MDS-P - Allegato Utente 1 (A01)

Ginecologia:

16. Certificato interruzione volontaria di gravidanza con ecodatazione
17. IVG (Interruzioni volontarie di gravidanza)
18. Visite ginecologiche per:
19. Perdite ematiche anomale

20. Emorragie
21. Algie pelviche significative
22. Infezioni vulvo vaginali acute
23. Ecografia ginecologica per sospetto oncologico
24. Screening colpo-citologico di II° livello per pazienti ad aumentato rischio di K portio (H SIL, AGC etc)
25. Isteroscopie per sospetto oncologico
26. Procedure di PMA (Procreazione medicalmente assistita) esclusivamente per pazienti già in trattamento che devono effettuare prelievo ovocitario ed embriotransfer
27. Interventi chirurgici ginecologici per patologia oncologica

Plauso ginecologi a iniziative degli Ordini Forensi locali: “Serve una linea dura contro studi legali che speculano su emergenza”

La Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) e l'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (Aogoi) plaudono alle iniziative portate avanti dagli Ordini degli Avvocati di Napoli, di Roma e della Lombardia.

Hanno deciso di adottare una linea dura per arginare e contrastare le azioni di sciacallaggio che stanno dilagando in questi giorni ad opera di alcuni studi legali che promuovono campagne pubblicitarie per indurre i cittadini a presentare azioni di risarcimento contro medici e strutture sanitarie, per presunti episodi di malasanità legati all'epidemia da Covid-19

“Desidero esprimere tutto il mio apprezzamento nei confronti dei Consigli dell'Ordine Forense locali che hanno pubblicamente censurato la condotta inaccettabile di questi studi legali che sfruttano il difficile momento storico che stiamo vivendo per fare profitti, facendo leva sulle paure e la vulnerabilità degli italiani” – ha commentato **Antonio Chiàntera**, Presidente Sigo.

“Il loro atteggiamento – aggiunge **Elsa Viora**, Presidente Aogoi – suona come un insulto nei confronti di quei medici, ostetriche, infermieri e dirigenti sanitari che stanno operando con il massimo impegno, talvolta fino allo stremo delle forze, per proteggere la salute dei cittadini e salvare vite umane”.

Nei giorni scorsi le Società scientifiche di Ginecologia avevano sollecitato il Consiglio Nazionale Forense e tutti i Consigli dell'Ordine locali a prendere provvedimenti contro simili condotte che, oltre a costituire un grave oltraggio all'impegno dei medici italiani, risultano offensive per la stessa classe forense. A seguito delle delibere adottate, gli Ordini degli Avvocati si riservano di valutare attentamente gli episodi di speculazione che dovessero essere riscontrati, al fine di inoltrare le notizie acquisite ai competenti Consigli Distrettuali di Disciplina per l'accertamento e il perseguimento delle violazioni della deontologia forense.



DA EPICENTRO (ISS)

Portale di epidemiologia per gli operatori sanitari

Gli aggiornamenti nazionali e internazionali

Tutte le società stanno collaborando ad un gruppo multidisciplinare coordinato da Serena Donati ed Angela Giusti dell'Istituto Superiore di Sanità con lo scopo di fornire una informazione omogenea e il più possibile completa sui dati di letteratura.

In queste pagine pubblichiamo tutti gli aggiornamenti nazionali e internazionali, presenti al momento di andare in stampa, forniti da Epicentro dell'Iss (sul sito di Epicentro è possibile reperire tutti i riferimenti bibliografici).

Da dove siamo partiti...

LE DONNE IN GRAVIDANZA sono considerate una popolazione a rischio per le infezioni respiratorie virali, come le infezioni da Covid-19 e l'influenza stagionale, per le possibili conseguenze sulla madre e sul feto. Per quest'ultima è raccomandato il vaccino in gravidanza all'inizio della stagione influenzale. In assenza di un vaccino contro il Sars-CoV-2, virus responsabile della Covid-19, alle donne in gravidanza e ai loro contatti sono raccomandate le comuni azioni di prevenzione primaria che prevedono l'igiene frequente e accurata delle mani e l'attenzione a evitare il contatto con soggetti malati o sospetti, secondo le raccomandazioni del Ministero della Salute e delle istituzioni internazionali.

La trasmissione del virus avviene attraverso il contatto diretto da persona a persona, mediante le goccioline del respiro che possono trasmettersi con la saliva, la tosse o gli starnuti delle persone infette e mediante le mani contaminate (non ancora lavate) portate alla bocca, naso od occhi. Non è noto se avvenga la trasmissione verticale, cioè dalla madre al feto, del Sars-CoV-2. Dai primi 19 casi di donne in gravidanza e neonati nati da madri con sintomatologia clinica da Covid-19 descritti in letteratura, sappiamo che il virus non è stato rilevato nel liquido amniotico o nel sangue neonatale prelevato da cordone ombelicale. Non esistono pertanto evidenze a supporto di una trasmissione verticale del virus. Qualora non sussistano specifiche indicazioni cliniche materne o fetali, per le donne con sospetta infezione da Sars-CoV-20 affette da Covid-19 non sembra opportuno ricorrere elettivamente al taglio cesareo, rimanendo valide le indicazioni correnti all'espletamento del parto per via vaginale o chirurgica.



CORONAVIRUS

EPICENTRO (ISS)



Per quanto riguarda la gestione ospedaliera dei casi sospetti o certi si rimanda a quanto raccomandato per la gestione delle condizioni infettive incluso, qualora necessario, l'isolamento di madre e/o neonato/a. L'eventuale separazione temporanea del/la neonato/a dalla madre durante il ricovero dev'essere attentamente ponderata dal team ospedaliero insieme alla madre, valutando i rischi e i benefici di questa scelta, incluso il potenziale protettivo del colostro, del latte materno e dell'allattamento.

Il virus responsabile della Covid-19 non è stato rilevato nel latte materno raccolto dopo la prima poppata (colostro) delle donne affette; in almeno un caso sono stati invece rilevati anticorpi anti Sars-CoV-2.

Dalle informazioni scientifiche disponibili alla fine del mese di febbraio e considerando il potenziale protettivo del latte materno, si ritiene che, nel caso di donna con sospetta infezione o positiva al virus, in condizioni cliniche che lo consentano e nel rispetto del suo desiderio, l'allattamento debba essere avviato e/o mantenuto direttamente al seno o con latte materno spremuto.

Per ridurre il rischio di trasmissione al bambino/a, si raccomanda l'adozione delle procedure preventive come l'igiene delle mani e l'uso della mascherina durante la poppata, secondo le raccomandazioni del Ministero della Salute. Nel caso in cui madre e bambino/a debbano essere temporaneamente separati, si raccomanda di aiutare la madre a mantenere la produzione di latte attraverso la spremitura manuale o meccanica che dovrà essere effettuata seguendo le stesse indicazioni igieniche.

Per tutti gli operatori e professionisti che entrano in contatto con donne in gravidanza e bambini piccoli, si raccomanda di seguire le raccomandazioni preventive. Si richiama, inoltre, la guida operativa "L'alimentazione dei lattanti e dei bambini piccoli nelle emergenze" per gli aspetti relativi alla gestione dei piccolissimi (0-2 anni) in caso di emergenza da nuovo coronavirus.

I primi aggiornamenti nazionali e internazionali



Il virus responsabile della Covid-19 non è stato rilevato nel latte materno raccolto dopo la prima poppata (colostro) delle donne affette; in almeno un caso sono stati invece rilevati anticorpi anti Sars-CoV-2.

LA COMUNITÀ SCIENTIFICA italiana dei neonatologi, pediatri, ginecologi e ostetriche (Sin, Simp, Sip, Sigo, Aogoi, Agui e Fnopo) agli inizi di marzo ha aderito all'iniziativa dell'Iss di istituire un gruppo di lavoro, coordinato dal Centro Nazionale di Prevenzione delle Malattie e di Promozione della Salute (CNaPPS), per prendere in esame e divulgare gli aggiornamenti della letteratura scientifica sul tema Covid-19 in gravidanza, parto e allattamento.

L'obiettivo dell'iniziativa è quello di fornire indicazioni utili alla pratica clinica destinate ai professionisti sanitari che nel Paese assistono la nascita.

Il CNaPPS dell'Iss ha quindi assunto la responsabilità di interrogare le banche dati (PubMed, Scopus, Embase e Cinalh) includendo tutti i tipi di disegno di studio e tutte le lingue di pubblicazione a partire da gennaio 2000 per la disamina della letteratura, nonché di ricercare la letteratura e i documenti prodotti dalle agenzie governative internazionali e dalle società scientifiche di settore sul tema Covid-19 in gravidanza, parto e puerperio.

Una pubblicazione in lingua cinese descrive le caratteristiche cliniche e l'esame istopatologico della placenta di 3 casi di donne in gravidanza con infezione da nuovo Coronavirus che hanno partorito mediante taglio cesareo. Le donne, che avevano contratto l'infezione al terzo trimestre di gravidanza, erano febbrili senza significativa leucopenia e linfopenia e una aveva sviluppato una polmonite virale. I tamponi dei 3 neonati sono risultati negativi alla ricerca del virus e non è stata rilevata alcuna trasmissione verticale materno-fetale dell'infezione. L'analisi istopatologica della placenta non ha rilevato cambiamenti morfologici correlati all'infezione virale e la ricerca del virus nei tessuti placentari è risultata negativa.

Gli autori raccomandano l'esame anatomopatologico della placenta e di qualsiasi materiale abortivo nelle donne in gravidanza con infezione da Covid-19.

Sono stati attivati diversi trial sull'uso delle cellule staminali mesenchimali derivate dal sangue del cordone ombelicale del neonato per il trattamento della polmonite da Sars-CoV-2. Sono anche in corso studi sull'uso dei farmaci antivirali respiratori nelle madri allattanti.

A fronte delle scarse evidenze attualmente disponibili le opinioni relative all'allattamento diretto al seno non sono univoche. La posizione dei CvcS è orientata a tutelare la relazione madre-neonato nel rispetto di rigide norme igienico-sanitarie e prevede l'uso, qualora il contatto in sicurezza non sia possibile, di latte materno spremuto. Le indicazioni si basano sulle prove disponibili secondo cui, in questa e nelle precedenti epidemie Sars e Mers, non esistono casi documentati e plausibilità biologica di trasmissione verticale madre-bambino o attraverso il latte materno. Alcuni autori cinesi invece suggeriscono di interrompere l'allattamento senza far riferimento all'uso del latte materno spremuto. Favre et al, in una corrispondenza su Lancet, suggeriscono l'isolamento temporaneo del neonato e che l'allattamento non sia diretto al seno in madri positive.

La gestione clinica, organizzativa e logistica delle madri e dei bambini rappresenta una sfida per i servizi sanitari già sovraccaricati dalla gestione dell'emergenza e, a fronte delle stesse scarse prove disponibili, diverse istituzioni e autori sembrano applicare in modo differente il principio di precauzione. Ogni qualvolta possibile è importante preservare la fisiologia della nascita, la relazione madre-bambino/a e l'allattamento che, anche nell'incertezza, garantiscono un potenziale protettivo per il bambino ampiamente documen-

“ Raccomandabile una valutazione multidisciplinare caso-per-caso per definire il migliore approccio assistenziale, tenendo conto del tempo di esposizione materna al coronavirus



tato in letteratura, incluse le precedenti epidemie di Sars o Mers.

In questa fase d'incertezza nessuno è in grado di fornire raccomandazioni conclusive per le madri positive e/o con sintomatologia clinica da Covid-19, sottolinea l'Iss: "Appare pertanto raccomandabile una valutazione multidisciplinare caso-per-caso per definire il migliore approccio assistenziale, tenendo conto del tempo di esposizione materna al coronavirus, dell'epoca gestazionale, del trattamento in corso, della situazione individuale di risposta immunitaria e di tutte le variabili che possono influenzare il quadro clinico".

Proseguono gli aggiornamenti

IL ROYAL COLLEGE of Obstetricians & Gynaecologists (Rcog) Coronavirus Infection in Pregnancy ha diffuso nella prima metà del mese di marzo un documento informativo sull'infezione in gravidanza da Sars-CoV-2 rivolto ai professionisti sanitari. Oltre a una breve introduzione che riassume le evidenze disponibili sul virus, le sue modalità di trasmissione materno fetale e gli effetti dell'infezione su madre e neonato, il documento contiene informazioni da offrire alle donne in gravidanza sane o con infezione sospetta o confermata, istruzioni per il trasporto, l'accoglienza, il ricovero e l'offerta di procedure assistenziali e indicazioni per le donne che sono guarite. Il documento è finalizzato alla migliore gestione dell'emergenza, tuttavia si tratta di informazioni contestualizzate alla realtà del Regno Unito che potrebbero discostarsi da quanto applicabile in Italia. Il primo capitolo riporta le indicazioni che i professionisti sanitari possono offrire alle donne

in gravidanza che chiedono informazioni sulla possibilità di effettuare viaggi, la preoccupazione di essere state esposte al virus, le modalità per la quarantena e per accedere al test diagnostico. Il secondo capitolo descrive le indicazioni per il trasporto, l'accoglienza, il ricovero e le procedure assistenziali per le donne in gravidanza con infezione sospetta o confermata. I diversi paragrafi prendono in esame in maniera sistematica ogni possibile condizione materna e/o bisogno assistenziale. Questo sforzo descrittivo rappresenta una risorsa utile a chiunque in Italia abbia necessità di organizzare le procedure assistenziali per le donne in gravidanza con infezione da Sars-CoV-2. Il terzo capitolo descrive le indicazioni per l'assistenza da offrire alle donne in gravidanza che sono guarite da una infezione certa. Il documento si chiude con una flow-chart per la definizione del rischio da Covid per le donne che si rivolgono alle unità di ostetricia e con una bibliografia relativa alle evidenze disponibili.

Una pubblicazione su *The Lancet* (Liu D, Li L, Wu X, Zheng D et al *Pregnancy and perinatal outcomes of women with Covid-19 Pneumonia: a preliminary analysis*. -D-20-02737) descrive un'analisi preliminare dei dati clinici di 15 donne in gravidanza con diagnosi di Covid-19 tra il 20 gennaio e il 10 febbraio 2020 in Cina. Sul totale delle 15 donne prese in esame, 11 hanno partorito (1 per via vaginale e 10 mediante TC) e 4 sono ancora in gravidanza (3 nel secondo e 1 nel terzo trimestre). I sintomi più comuni sono la febbre (13/15) e la tosse (9/15), due pazienti erano asintomatiche e la linfocitopenia (12/15) e l'aumento della Pcr (10/15) sono i parametri di laboratorio risultati più frequentemente associati. Tutte le pazienti sono state sottoposte a Tac del torace a basso dosaggio che ha permesso di diagnosticare polmoniti lievi

(nessuna forma grave né Ards) e di seguirne il decorso attraverso uno score semi quantitativo descritto dagli autori. L'evoluzione benigna del quadro clinico è risultata analoga a quella delle donne non in gravidanza. La terapia ha previsto la somministrazione di ossigeno per via nasale e un trattamento antibiotico empirico oltre al trattamento antivirale dopo il parto. Le quattro donne in gravidanza non sono state trattate con farmaci antivirali e sono ugualmente guarite. Sul totale delle 15 donne affette 14 sono risultate negative al test dopo la terapia. Per quanto riguarda gli esiti perinatali nessun neonato è risultato positivo al virus, tutti avevano un Apgar normale e non sono riportati casi di aborto, asfissia grave o morte perinatale. Gli autori osservano che la gravidanza e il parto, al contrario di quanto osservato per l'influenza H1N1 e per la Sars, non sembrano aggravare il decorso sintomatologico né il quadro della polmonite virale.

In Poon et al, la *International Society of Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* (Isuog) ha pubblicato un documento di indirizzo sul management della infezione da Sars-CoV-2 in gravidanza e puerperio che gli autori presentano come una integrazione a quanto già diffuso dalle principali agenzie di salute pubblica a livello internazionale. Il documento approfondisce gli aspetti diagnostici, terapeutici e gestionali dell'infezione in gravidanza, al parto e nel dopo parto suggerendo che l'assistenza alle donne gravide con infezione confermata sia offerta in ospedali di riferimento. All'interno dei presidi sanitari i casi sospetti/probabili dovrebbero essere assistiti in regime di isolamento e i casi confermati in camere isolate con sistemi di areazione a pressione negativa da allestire nei reparti, nel blocco travaglio/parto e in terapia intensiva. Per la diagnosi della condizione l'imaging del torace, preferibilmente mediante la

EPICENTRO (ISS)

Tac, è raccomandato per tutte le donne in gravidanza con infezione da Sars-CoV-2 sospetta, probabile o confermata. Non sono disponibili evidenze di trasmissione verticale del virus e il timing e le modalità del parto come la scelta dell'anestesia generale o regionale dipendono dalle condizioni cliniche della donna, dall'età gestazionale e dalle condizioni fetali. È raccomandabile una gestione multidisciplinare che oltre ai ginecologi-ostetrici e agli specialisti di medicina materno-fetale preveda il coinvolgimento di ostetriche, anestesisti, intensivisti, virologi, microbiologi, neonatologi e specialisti in malattie infettive.

Rispetto all'avvio e al proseguo dell'allattamento, diverse Agenzie e gruppi internazionali si stanno pronunciando o mantengono le raccomandazioni già rilasciate. Il Cdc conferma come, al momento, non sia stato trovato il virus nel latte materno in donne affette da Covid-19. L'Oms, in un documento, disponibile anche in lingua italiana, non raccomanda la separazione madre-bambino e indica che la madre può continuare ad allattare "considerati i benefici dell'allattamento e il ruolo insignificante del latte materno nella trasmissione di altri virus respiratori". L'Oms, così come l'Unicef, raccomanda alle madri di rispettare tutte le misure igieniche, tra cui il lavaggio delle mani e l'uso della mascherina quando si trova nelle vicinanze del bambino o della bambina. Le stesse indicazioni sono riportate dal Royal College of Midwives in un documento destinato alle ostetriche inglesi.

L'Academy of Breastfeeding Medicine (Abm), in uno Statement del 10 marzo 2020 ribadisce quanto già sostenuto dalle Agenzie Internazionali e riporta indicazione sulla gestione domiciliare e ospedaliera delle madri sospette o affette da Covid-19, sintomatiche o asintomatiche. Quando possibile bisognerebbe mantenere il rooming in, rispettando le indicazioni di sicurezza, e allattare il neonato direttamente al seno o con latte spremuto, qualora le condizioni cliniche o la scelta materna implicino il non allattamento. Rispetto alla gestione ospedaliera, l'Abm pone l'accento sul fatto che "la scelta di allattare è della madre e della famiglia".

Nel documento per la presa in carico della madre con infezione confermata o in attesa di risultato, aggiornato il 9 marzo 2020, il Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français indica la valutazione caso per caso dell'eventuale separazione della diade madre-bambino e delle modalità di allattamento.

Nell'incertezza legata alla poca evidenza disponibile, la interim guidance prodotta da Poon et al, offre una sintesi di quanto già raccomandato dalle principali agenzie di salute pubblica e società scientifiche. Se la madre "è asintomatica o con sintomatologia moderata, l'allattamento e il rooming in possono essere considerati dalla madre in collaborazione con i professionisti sanitari". Nel caso in cui la madre presenti un quadro clinico critico, "la separazione sembra l'opzione migliore, provando a spremere il latte per mantenere la produzione". Gli autori non specificano l'eventuale uso del latte materno spremuto o di latte umano donato.

Alcuni autori (Wang, L., Shi, Y., Xiao, T., Fu, J., Feng, X., Mu, D., ... Zhou, W.) suggeriscono invece di interrompere l'allattamento e l'isolamento temporaneo del neonato. A fronte della stessa evidenza, che indica come la trasmissione attraverso il latte materno sia poco plausibile, tali indicazioni sembrano essere basate su una diversa applicazione del principio di precauzione



Gli aggiornamenti della seconda metà di marzo...

IL 18 MARZO IL RCOG, in collaborazione con il *Royal College of Midwives, Royal College of Paediatrics and Child Health, Public Health England and Health Protection Scotland*, ha pubblicato il terzo aggiornamento del documento su infezione da Coronavirus e gravidanza.

Le principali novità riguardano la raccomandazione di sottoporre a test per la ricerca del Sars-CoV-2, tutte le donne che al momento del ricovero per parto manifestano sintomi suggestivi di infezione e di considerare tutte quelle sintomatiche come potenzialmente contagiate. L'evidenza di cluster e di co-infezioni all'interno di alcuni nuclei familiari ha inoltre promosso la richiesta di misure preventive, come il frequente lavaggio delle mani e la mascherina, ai partner asintomatici che desiderano accedere all'unità di ostetricia per assistere alla nascita mentre sono categoricamente esclusi i partner positivi al virus che devono rispettare l'indicazione all'isolamento.

I Royal Colleges raccomandano che quando la donna gravida viene ricoverata in ospedale per peggioramento dei sintomi e sospetta/confermata infezione da Covid-19 si effettui prima possibile un incontro di valutazione multidisciplinare che coinvolga, idealmente, un infettivologo, un ostetrico-ginecologo, un'ostetrica e un anestesista responsabile per le cure ostetriche. La di-

scussione e le conclusioni dovrebbero essere discusse con la donna, includendo: le priorità assistenziali, il luogo di cura più appropriato (es. terapia intensiva, stanza d'isolamento nel reparto di malattie infettive o altre stanze d'isolamento) e gli specialisti coinvolti, le preoccupazioni del team rispetto a considerazioni specifiche in gravidanza, in particolare le condizioni del bambino.

Per quanto riguarda il parto, in caso di sintomi materni suggestivi di infezione sospetta o certa, l'aggiornamento del RcoG raccomanda, quando possibile, di rimandare i cesarei e le induzioni programmate per ridurre il rischio di trasmissione dell'infezione all'interno dell'ospedale.

Un altro aggiornamento riguarda la raccomandazione di evitare il parto in acqua per le donne con infezione da Sars-CoV-2 a seguito dell'evidenza di una trasmissione del virus per via fecale. Meritevole di attenzione un nuovo statement sull'importanza di utilizzare la Tac del torace che è ritenuta un esame essenziale nella valutazione delle pazienti con complicazioni polmonari da Covid 19. In caso di indicazione clinica il documento raccomanda di eseguire la Tac senza ritardi motivati dal timore di danni fetali.

Per quanto riguarda l'allattamento, ulteriore conferma dell'assenza di trasmissione verticale attraverso il latte materno viene fornita da Li et al. Mentre uno studio precedente aveva testato il colostro



PROTEZIONI INDIVIDUALI NELL'ASSISTENZA ALLE DONNE IN GRAVIDANZA E AL PARTO AFFETTE DA COVID-19

- ❖ Il personale assistenziale è formato e dotato di dispositivi di protezione individuale appropriati per i diversi contesti di lavoro e le tipologie di attività
- ❖ Il RCOG afferma che l'assistenza al parto vaginale non rientra tra le "procedure che generano aerosol" per cui per l'assistenza al parto vaginale sono sufficienti i seguenti dispositivi di protezione:
 - mascherina chirurgica
 - camice monouso /grembiule monouso
 - guanti
 - occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
- ❖ L'unica procedura assistenziale che genera aerosol è l'intubazione per l'anestesia generale in occasione di un cesareo.
- ❖ Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 - Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2
http://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID+2_+Protezioni.pdf/1007d757-1780-3191-073f-b11721a63768?t=1584350316025

COVID-19 IN GRAVIDANZA

- ❖ La gravidanza è una condizione di rischio per lo sviluppo di infezioni delle vie respiratorie con possibili gravi complicazioni cliniche, di conseguenza la presa in carico di una donna gravida con sintomatologia respiratoria richiede una appropriata valutazione
- ❖ Le donne in gravidanza, al contrario di quanto osservato per l'influenza H1N1 e per la SARS, non sembrano manifestare una maggiore suscettibilità all'infezione rispetto alla popolazione generale né sviluppare quadri clinici altrettanto drammatici
- ❖ In questa fase d'incertezza non sono disponibili raccomandazioni conclusive per le madri SARS-COV-2 positive e/o con sintomatologia clinica da COVID-19
- ❖ La gestione clinica, organizzativa e logistica delle madri e dei bambini rappresenta una sfida per i servizi sanitari già sovraccaricati dalla gestione dell'emergenza, tuttavia è importante preservare la fisiologia della nascita ogni volta che le condizioni cliniche materno-fetali e organizzative dei presidi assistenziali lo consentono

LA TRASMISSIONE MATERNO FETALE DEL VIRUS E LA MODALITÀ DEL PARTO

- ❖ Allo stato attuale delle conoscenze si ritiene che il virus SARS-CoV-2 non si trasmetta per via verticale da madre a feto.
- ❖ L'OMS, il CDC e il RCOG non raccomandano il taglio cesareo elettivo per le donne con sospetta infezione da SARS-CoV-2 o affette da COVID-19 salvo specifiche indicazioni cliniche materne o fetali
- ❖ Il timing e le modalità del parto e la scelta dell'anestesia dipendono dalle condizioni cliniche della donna, dall'età gestazionale e dalle condizioni fetali
- ❖ È raccomandata una gestione multidisciplinare e una definizione individuale del migliore approccio assistenziale, tenendo conto del tempo di esposizione materna al coronavirus, dell'epoca gestazionale e di tutte le variabili che possono influenzare il quadro clinico materno e feto/neonatale

L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

- ❖ Le Regioni deliberano in merito all'organizzazione delle procedure assistenziali per le donne in gravidanza con infezione da SARS-CoV-2 sospetta o confermata, i modelli organizzativi adottati ad oggi in Italia sono diversi
- ❖ Ogni punto nascita definisce indicazioni operative per il triage, il ricovero e le procedure assistenziali delle donne in gravidanza con infezione da SARS-CoV-2 sospetta o confermata
- ❖ Ogni pronto soccorso ostetrico, reparto, blocco travaglio/parto e terapia intensiva allestisce percorsi protetti garantendo:
 - per i casi sospetti/probabili un luogo di isolamento (stanza con bagno)
 - per i casi confermati camere isolate, se possibile, con sistemi di areazione a pressione negativa
- ❖ Il Servizio di Trasporto Materno Assistito (STAM) avviene secondo modalità concordate a livello regionale

LE AZIONI PROMOSSE DALL'ISS A SOSTEGNO DELLE ORGANIZZAZIONI E DEI PROFESSIONISTI SANITARI CHE ASSISTONO LA NASCITA

- ❖ È stato istituito un gruppo di lavoro, coordinato dall'ISS, composto dalle società scientifiche di settore (SIN, SIMP, SIP, SIGO, AOGOI, AGUI, FNOPO e SIAARTI) che settimanalmente divulga gli aggiornamenti della letteratura scientifica e informazioni rivolte ai professionisti sanitari sul tema COVID-19 in gravidanza, parto e allattamento attraverso il portale di Epicentro (<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gravidanza-parto-allattamento>) e i siti delle società scientifiche
- ❖ L'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS) sta avviando un progetto di ricerca nazionale con l'obiettivo di rilevare e analizzare i casi di infezione certa da virus SARS-CoV-2 nelle donne in gravidanza che si rivolgono ai presidi ospedalieri per visite ambulatoriali o per il ricovero.
 Per informazioni: serena.donati@iss.it

INFEZIONE DA SARS-COV-2 E ALLATTAMENTO

OMS, CDC si sono pronunciati già a inizio epidemia, e ribadiscono le indicazioni relative all'allattamento e al contatto madre-bambino

Relativamente a neonati/neonate da madri sospette, probabili o confermate COVID-19¹:

- dovrebbero essere alimentati secondo gli standard definiti dalle linee guida*, mentre si adottano le necessarie misure di controllo e prevenzione dell'infezione (IPC)
- le madri che allattano o praticano il pelle-a-pelle o KMC dovrebbero adottare misure igieniche (uso mascherina, igiene delle mani, pulizia delle superfici)
- un sostegno psicosociale di base e un supporto pratico per l'alimentazione dei lattanti, dovrebbe essere offerto a tutte le donne in gravidanza e madri di bambini piccoli
- nelle situazioni in cui il quadro clinico materno le impedisca di prendersi cura del suo bambino o di proseguire l'allattamento diretto al seno, le madri dovrebbero essere incoraggiate e sostenute per la spremitura del latte, che dovrebbe essere somministrato in sicurezza al bambino (con misure IPC)
- le madri e i bambini/e dovrebbero essere messe in grado di rimanere insieme e praticare il contatto pelle-a-pelle, la KMC e il rooming-in giorno e notte, soprattutto dopo il parto e durante l'avvio dell'allattamento, se loro o i loro bambini sono sospetti, probabili o confermati COVID-19
- i genitori, i padri e caregiver che fossero separati dai propri bambini, e i bambini/e che potrebbero avere necessità di essere separati dai propri caregiver primari (madre, padre) dovrebbero avere accesso a personale sanitario e non, formato sulla salute mentale e il supporto psicologico

*« Gli standard per l'alimentazione infantile sono allattamento iniziato entro 1 ora dalla nascita e continuato in maniera esclusiva per almeno 6 mesi, poi complementato con adeguata alimentazione complementare fino a 2 anni e oltre. »

¹Fonte OMS

I QUATTRO ROYAL COLLEGES UK (RCOG, RCM, RCPCH, RCOA) INSIEME A PH ENGLAND E SCOTLAND HANNO RILASCIATO UNA INTERIM GUIDANCE, COSTANTEMENTE AGGIORNATA

- Le indicazioni della Commissione Cinese sono di isolare la madre infetta e il suo bambino per 14 giorni. Questa applicazione del principio di precauzione alla madre e al suo lattante sano non dovrebbe essere presa alla leggera, dati i potenziali effetti dannosi sull'allattamento e sul bonding. Data l'attuale limitata evidenza, consigliamo (advice) che le donne e i lattanti sani, che non richiedano altrimenti cure neonatali, siano tenuti insieme alle proprie madri nell'immediato periodo post-partum.
- È raccomandata la discussione dei rischi/benefici con i neonatologi e le famiglie che dovrebbe essere finalizzata a individualizzare l'assistenza nei bambini più suscettibili (interim guidance).
- Tutti i bambini/e nati da madri COVID-19 positive dovrebbero essere soggetti a un monitoraggio stretto e appropriato e presi in carico tempestivamente per le cure neonatali, qualora necessario. I bambini nati da madri risultate positive al tampone dovranno essere soggetti a follow up e sorveglianza dopo la dimissione.
- Alla luce dell'evidenza disponibile, consigliamo (advice) che i benefici dell'allattamento superano qualsiasi rischio potenziale di trasmissione del virus attraverso il latte materno. I rischi e i benefici dell'allattamento, incluso il rischio di tenere il bambino a stretto contatto con la madre, dovrebbero essere discussi con lei (interim guidance).

a cura di SERENA DONATI e ANGELA GIUSTI
 Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie
 Promozione della Salute Istituto Superiore di Sanità

EPICENTRO (ISS)



alla prima poppata (Li et al.) hanno testato l'assenza del virus anche a 5, 6 e 7 giorni dal parto. Sulla base degli studi già descritti in precedenza, diversi autori ribadiscono la non plausibilità della trasmissione verticale attraverso il latte materno. Xia et al. descrivono 20 casi di bambini di età inferiore a 14 anni con malattia, di cui 3 di età inferiore a un mese. Gli autori ritengono che la trasmissione possa essere legata al contatto stretto con una persona infetta. Le manifestazioni cliniche nei bambini sono simili a quelle degli adulti, come febbre, tosse, in alcuni casi diarrea; la sintomatologia generale è risultata comunque lieve. La Società Italiana di Neonatologia ha pubblicato le indicazioni ad interim su "Allattamento e infezione da Sars-CoV-2". Il documento, sostenuto anche dalla Union of European Neonatal & Perinatal Societies, fa una disamina della letteratura esistente, considera i diversi approcci presenti in ambito internazionale e dà indicazioni sulla gestione di madre-neonato in corso di epidemia di da Sars-CoV-2. Indicazioni allineate con quanto raccomandato dal Cdc.

Il documento del Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (Cngof) del 4 marzo scorso per la presa in carico della madre con infezione confermata o in attesa di risultato indicava la valutazione pediatrica caso per caso dell'eventuale separazione della diade madre-bambino e delle modalità di allattamento. Nell'aggiornamento del 15 marzo il Cngof sostiene le posizioni della Société Française de Néonatalogie e del Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique che "attualmente non raccomandano la separazione madre bambino e non controindicano l'allattamento". Suggestiscono l'uso della mascherina e le misure d'igiene per la madre; nessuna mascherina, invece, per il bambino/a. L'Associazione dei Neonatologi Cinesi supporta invece le posizioni già sostenute da altri autori, raccomandando la separazione della madre dal neonato e la sospensione dell'allattamento; in una serie di 4 case studies è riportato l'uso di formula per lattanti dalla nascita, in sostituzione del latte materno, in neonati poi risultati negativi al tampone.

L'Oms e il Cdc, che si erano pronunciati già a inizio epidemia, ribadiscono le indicazioni relative all'allattamento e al contatto madre-bambino. Relativamente a neonati/neonate da madri sospette, probabili o confermate Covid -19, nella sua



La Società Italiana di Neonatologia ha pubblicato le indicazioni ad interim su "Allattamento e infezione da Sars-CoV-2". Il documento, sostenuto anche dalla Union of European Neonatal & Perinatal Societies, fa una disamina della letteratura esistente, considera i diversi approcci presenti in ambito internazionale e dà indicazioni sulla gestione di madre-neonato in corso di epidemia di da Sars-CoV-2. Indicazioni allineate con quanto raccomandato dal Cdc

interim guidance del 13 marzo l'Oms riporta che:

- dovrebbero essere alimentati secondo gli standard definiti dalle linee guida (ovvero: Gli standard per l'alimentazione infantile sono allattamento iniziato entro 1 ora dalla nascita e continuato in maniera esclusiva per almeno 6 mesi, poi integrato con adeguata alimentazione complementare fino a 2 anni e oltre), mentre si adottano le necessarie misure di controllo e prevenzione dell'infezione;
- le madri che allattano o praticano il pelle-a-pelle o KMC dovrebbero adottare misure igieniche (uso mascherina, igiene delle mani, pulizia delle superfici);
- un sostegno psicosociale di base e un supporto pratico per l'alimentazione dei lattanti, dovrebbero essere offerti a tutte le donne in gravidanza e madri di bambini piccoli;
- nelle situazioni in cui il quadro clinico materno le impedisca di prendersi cura del suo bambino o di proseguire l'allattamento diretto al seno, le madri dovrebbero essere incoraggiate e sostenute per la spremitura del latte, che dovrebbe essere somministrato in sicurezza al bambino (con misure di controllo e prevenzione dell'infezione);
- le madri e i bambini/e dovrebbero essere messe in grado di rimanere insieme e praticare il contatto pelle-a-pelle, la KMC e il rooming-in giorno e notte, soprattutto dopo il parto e durante l'avvio dell'allattamento, se loro o i loro bambini sono sospetti, probabili o confermati Covid -19
- i genitori, i padri e caregiver che fossero separati dai propri bambini, e i bambini/e che potrebbero avere necessità di essere separati dai propri caregiver primari (madre, padre) dovrebbero avere accesso a personale sanitario e non, formato sulla salute mentale e il supporto psicologico.

I quattro Royal Colleges, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Paediatrics and Child Health, Royal College of Anaesthetists, e l'Obstetric Anaesthetists' Association hanno rilasciato una interim guidance, costantemente aggiornata. Relativamente alla gestione post natale e all'allattamento il documento riporta:

- le indicazioni della Commissione Cinese sono di isolare la madre infetta e il suo bambino per 14 giorni. Questa applicazione del principio di precauzione alla madre e al suo lattante sano non dovrebbe essere presa alla leggera, dati i potenziali effetti dannosi sull'allattamento e sul bonding. Data l'attuale limitata evidence, consigliamo (advice) che le donne e i lattanti sani, che non richiedano altrimenti cure neonatali, siano tenuti insieme alle proprie madri nell'immediato periodo post-partum;
- è raccomandata la discussione dei rischi/benefici con i neonatologi e le famiglie che dovrebbe essere finalizzata a individualizzare l'assistenza nei bambini più suscettibili (interim guidance);
- tutti i bambini/e nati da madri Covid-19 positive dovrebbero essere soggetti a un monitoraggio stretto e appropriato e presi in carico tempestivamente per le cure neonatali, qualora necessario. I bambini nati da madri risultate positive al tampone dovranno essere soggetti a follow up e sorveglianza dopo la dimissione;
- alla luce dell'evidenza disponibile, consigliamo (advice) che i benefici dell'allattamento superano qualsiasi rischio potenziale di trasmissione del virus attraverso il latte materno. I rischi e i benefici dell'allattamento, incluso il rischio di tenere il bambino a stretto contatto con la madre, dovrebbero essere discussi con lei (interim guidance).

Contemplazione, un dipinto dell'artista GIOVENALE



Gli ultimi aggiornamenti...



Il sito saperidoc.it ha pubblicato una ricca pagina di approfondimento sul tema Covid-19 in gravidanza, parto e puerperio. La pagina offre materiali di approfondimento rivolti ai professionisti sanitari e, come d'abitudine, materiali divulgativi destinati alle donne

IL 24 MARZO IL SITO SAPERIDOC ha pubblicato una ricca pagina di approfondimento sul tema Covid-19 in gravidanza, parto e puerperio dal sottotitolo: "Informazioni sul nuovo coronavirus e sulla gestione delle donne gravide e dei loro neonati con diagnosi sospetta o confermata di malattia". La pagina offre interessanti materiali di approfondimento rivolti ai professionisti sanitari e, come d'abitudine, materiali divulgativi destinati alle donne. Questi ultimi comprendono indicazioni per le donne in gravidanza che includono la descrizione dei percorsi assistenziali offerti dai consultori familiari, materiali informativi per il pubblico utili alle organizzazioni sanitarie, una sezione dedicata alle risorse per il sostegno a distanza sotto forma di gruppi di auto-aiuto e sostegno psicologico attraverso numeri verdi, la mappa del sostegno gratuito a distanza, curata dal Mami, rivolta alle donne in gravidanza e alle mamme che desiderano allattare.

Il 21 marzo il RcoG, in collaborazione con il Royal College of Midwives, Royal College of Paediatrics and Child Health, Public Health England and Health Protection Scotland, ha pubblicato il quarto aggiornamento del documento su infezione da Coronavirus e gravidanza. La principale novità riguarda l'introduzione nel documento di una breve sezione completamente dedicata all'assistenza delle donne in gravidanza dopo un periodo di isolamento a causa di sintomatologia sospetta o a seguito della guarigione da una infezione confermata da Sars-CoV-2.

A fronte di un case report cinese che descrive una sospetta trasmissione verticale dell'infezione che non è stato possibile confermare a causa dell'esecuzione tardiva del tampone orofaringeo neonatale, effettuato dopo 36 ore dalla nascita, continuano ad accumularsi evidenze a sostegno della mancata trasmissione verticale del virus Sars-CoV-2 da madre a neonato.

Un'analisi retrospettiva della documentazione clinica di 9 donne con diagnosi confermata di polmonite Covid-19 sottoposte a taglio cesareo in Cina non ha riscontrato alcuna trasmissione verticale dell'infezione da madre a neonato. La ricerca del virus su liquido amniotico, sangue del cordone ombelicale e tampone naso-faringeo dei neonati è risultata sempre negativa.

In un altro lavoro gli autori descrivono i dati clinici, di laboratorio e virologici di 38 donne cinesi che hanno contratto l'infezione Covid-19 in gravidanza e confermano l'assenza di trasmissione transplacentare dell'infezione.

Un interessante lavoro pubblicato sulla rivista *Virus* passa in rassegna le evidenze sulle infezioni da Coronavirus in gravidanza ed evidenzia come le poche conoscenze disponibili siano riconducibili alle epidemie di Sars e Mers responsabili di gravi esiti materni e neonatali sia in termini di morbosità che di mortalità. Gli autori sottolineano come per entrambi i Coronavirus responsabili delle epidemie di Sars e Mers non sia mai stata dimostrata una trasmissione verticale dell'infezione, al contrario di quanto avvenuto nelle infezioni da virus Zika ed Ebola.

Un capitolo emergente nella letteratura sul nuovo Coronavirus riguarda il ruolo e i bisogni dei professionisti sanitari coinvolti nell'emergenza della pandemia. Una news del BMJ, pubblicata il 23 marzo riprendendo le raccomandazioni del RcoG, affronta la problematica delle operatrici sanitarie che sono esposte professionalmente al rischio di contrarre la malattia durante la gravidanza.

Un recente lavoro affronta il tema della pandemia Covid-19 dal punto di vista dei professionisti della medicina materno-fetale e offre indicazioni operative per prevenire la diffusione dei contagi e per proteggere le pazienti in gravidanza suggerendo una rivisitazione del calendario delle visite prenatali, degli appuntamenti per i controlli ecografici o cardiocografici e suggerendo una policy per i servizi ambulatoriali. Anche le Interim Guidance della International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (Isuog) offrono indicazioni per il management delle donne positive alla Sars-CoV-2 durante la gravidanza e il puerperio.

In considerazione dell'alta contagiosità del virus e dell'elevata probabilità di trasmissione dell'infezione da parte del personale medico a stretto contatto con i pazienti, un lavoro pubblicato in lingua cinese raccomanda l'adozione di rigorose misure di protezione facendo riferimento al setting operatorio in caso di cesareo d'emergenza. Le indicazioni prevedono l'istituzione di un solido sistema di gestione, l'istituzione di efficaci misure di disinfezione e isolamento e la rigorosa attuazione delle procedure operative per prevenire la trasmissione iatrogena del nuovo coronavirus. Una Consensus e altri lavori riassumono indicazioni sulla gestione perinatale e neonatale per la prevenzione e il controllo delle infezioni da nuovo Coronavirus. Attraverso una revisione retrospettiva delle cartelle cliniche di 17 donne cinesi positive al Sars CoV-2 e sottoposte a taglio cesareo, Chen e collaboratori descrivono l'anestesia epidurale e generale come sicure ed efficaci per le pazienti e i neonati.

Un recente lavoro italiano descrive l'utilizzo della ecografia polmonare quale tecnica di diagnostica

EPICENTRO (ISS)



Prima linea, un dipinto dell'artista GIOVENALE

Opera dedicata a tutti gli operatori che combattono in prima linea per sconfiggere il nemico invisibile

per immagini nella valutazione clinica delle donne affette da Sars CoV-2 con complicazioni respiratorie. Gli autori descrivono il possibile impiego della tecnica nella pratica clinica da parte degli ostetrici/ginecologi.

Un altro lavoro riassume le raccomandazioni cliniche per la prevenzione e la gestione delle infezioni Covid-19 in gravidanza e passa in rassegna le principali criticità organizzative e assistenziali della condizione sottolineando la necessità e l'urgenza di raccogliere e diffondere dati epidemiologici sull'infezione in gravidanza durante la corrente pandemia.

È stata pubblicata una prima revisione sistematica di letteratura sulle infezioni Covid-19 nei neonati e bambini che ha selezionato 45 articoli e lettere pertinenti. Sul totale delle infezioni diagnosticate l'1-5% riguarda i bambini che presentano un decorso clinico meno grave rispetto a quello della popolazione adulta. Il quadro sintomatologico più frequente è caratterizzato da febbre e sintomi respiratori che raramente esitano in polmonite. Rispetto agli adulti anche i marker infiammatori risultano meno frequentemente alterati. La terapia prevede la somministrazione di ossigeno, inalazioni, supporto nutrizionale e controllo dell'equilibrio idro-elettrolitico. Gli autori concludono che l'infezione nei bambini ha un decorso e una prognosi migliore rispetto agli adulti e che i decessi sono estremamente rari. Ad oggi, sempre più studi dimostrano l'assenza della trasmissione verticale madre-bambino durante la gravidanza o in allattamento. Cuifang et al., presentano due casi di madri affette da Covid-19 durante il terzo trimestre di gravidanza. Sono stati raccolti campioni di siero materno, sangue cordonale, tessuto placentare, liquido amniotico, tampone vaginale, latte materno e tampone orofaringeo da madre e neonato. Ad eccezione del tampone orofaringeo delle madri risultato positivo, gli altri elementi analizzati sono risultati tutti negativi. Nonostante i neonati siano stati separati dalle madri immediatamente dopo la nascita,

“Ad oggi, sempre più studi dimostrano l'assenza della trasmissione verticale madre-bambino durante la gravidanza o in allattamento”

ta, gli autori forniscono l'evidenza di un basso rischio di trasmissione verticale intrauterina e suggeriscono il possibile effetto protettivo sui neonati degli anticorpi materni trasmessi attraverso il latte, sebbene in questi due casi l'allattamento sia stato scoraggiato per evitare il contatto ravvicinato.

Sempre più autori confermano l'indicazione all'allattamento per le mamme sospette, confermate (sintomatiche o asintomatiche) Sars CoV-2.

Nel loro precedente articolo su *The Lancet*, Favre et al. sconsigliavano l'allattamento al seno. Rispondendo in proposito a un commento di Schmid et al., Baud rivede la posizione iniziale degli autori alla luce delle nuove informazioni disponibili. Le nuove indicazioni includono il clampaggio ritardato del cordone e la non rimozione della vernice caseosa fino a 24 ore dopo la nascita. L'allattamento durante l'infezione materna Covid-19 non è più controindicato e dovrebbero essere adottate le misure igieniche idonee. Raccomandano inoltre, nei casi in cui la separazione madre-bambino risulti necessaria, la spremitura del latte.

L'interim guidance dell'Inter-Agency Standing Committee (Iasc) sull'epidemia e le situazioni di emergenza più in generale, indica per le donne malate di continuare l'allattamento perché il bambino che è già stato esposto al virus dalla madre e/o dalla famiglia trarrà maggiori benefici dall'allattamento diretto. Pertanto, qualsiasi interruzione dell'allattamento può effettivamente aumentare il rischio del bambino di ammalarsi o di ammalarsi gravemente.

Alcuni autori cinesi proseguono nella raccomandazione della separazione madre-neonato "per almeno due settimane", sconsigliando l'allattamento diretto, per "minimizzare il rischio di trasmissione virale evitando il contatto stretto e prolungato con la madre infetta. Al contrario, l'Oms, i Royal Colleges inglesi e il Cdc confermano l'indicazione all'allattamento.

Rispetto al post partum, l'Oms raccomanda che "madri e bambini dovrebbero essere messi in grado di

rimanere insieme e fare il contatto pelle-a-pelle, la kangaroo mother care e rimanere insieme e praticare il rooming-in giorno e notte, soprattutto immediatamente dopo il parto e durante l'avvio dell'allattamento. I Royal Colleges indicano che le donne e i loro bambini sani, che non richiedano altrimenti cure neonatali, siano tenuti insieme nell'immediato periodo post partum".

L'Oms e il RcoG offrono, inoltre, queste informazioni sui propri siti web anche alle donne e alla popolazione generale, attraverso una serie di domande e risposte.

Nell'ultima versione delle proprie indicazioni ad interim, la Società Italiana di Neonatologia suggerisce ogni qualvolta possibile di gestire in modo congiunto madre e bambino, ai fini di facilitare l'interazione e l'avvio dell'allattamento; qualora la madre sia sintomatica e con un quadro clinico compromesso, madre e bambino vengono transitoriamente separati. La decisione se separare o meno madre e bambino va comunque presa per ogni singola coppia, tenendo conto "del consenso informato della madre, della situazione logistica dell'ospedale ed eventualmente anche della situazione epidemiologica locale relativa alla diffusione del Sars CoV-2". In caso di separazione del neonato dalla madre, si raccomanda l'uso del latte materno fresco spremuto, per cui non è indicata la pastorizzazione.

Diverse testate italiane riportano casi di neonati di madri positive nati sani e allattati direttamente al seno.

Le Regioni stanno elaborando le proprie indicazioni e percorsi per gravide e puerpere con infezione da Sars-CoV-2. Si rilevano differenze, in particolare nella gestione dell'immediato post partum. Tali differenze possono essere legate a fattori locali, logistici e organizzativi, oltre che al quadro epidemiologico delle diverse aree interessate.

Un'altra componente dell'assistenza al percorso nascita sono i servizi territoriali e la rete di supporto alle donne, che hanno un ruolo di rilevanza sempre maggiore nel corso dell'epidemia da Covid-19. Tra le strategie volte a ridurre l'accesso alle strutture ospedaliere e il rischio di contagio per le donne in gravidanza, le società scientifiche ostetriche Syrio e Sisogn raccomandano il rinforzo delle strategie di dimissione protetta di madre e bambino dopo il parto e attività cliniche e di sostegno a domicilio per l'area ostetrica-neonatale. Raccomandano, inoltre, il rinforzo dei servizi di teleassistenza (idealmente con videocchiamata) anche per assicurare occasioni di counselling in relazione a specifici bisogni informativi e di sostegno. Le stesse strategie possono essere adottate con successo in gravidanza (ad esempio con l'offerta di incontri di accompagnamento alla nascita, individuali o di gruppo), in puerperio e in allattamento.

Sono numerose le Aziende Sanitarie ad aver attivato servizi di assistenza e supporto nel percorso nascita attraverso videocchiamate e visite domiciliari; non sempre, però, le informazioni relative all'offerta di tali servizi sono facilmente accessibili all'utenza. Ad alcune Aziende Sanitarie afferiscono, inoltre, gruppi di sostegno tra pari che, nel caso delle Comunità Amiche dei Bambini riconosciute da Unicef, sono parte integrante dell'offerta di supporto nel territorio. La rete dei gruppi di sostegno da-mamma-a-mamma ha messo a disposizione delle neo-mamme l'opportunità di partecipare gratuitamente a incontri individuali o di gruppo per via telematica (videocchiamate o incontri via web).

COVID-19 IN GRAVIDANZA, PARTO E ALLATTAMENTO

Come reagiscono al nuovo Coronavirus le donne in gravidanza? Quali precauzioni seguire? Esiste un rischio di trasmissione materno-fetale? È sempre consigliato l'allattamento al seno?

Le società scientifiche fanno il punto della situazione

Per rispondere a questi dubbi ricorrenti delle mamme, ma soprattutto per orientare la pratica clinica dei professionisti sanitari coinvolti nel percorso della gravidanza e della nascita nel nostro Paese, le Società scientifiche dei neonatologi, pediatri, ginecologi, ostetriche e anestesisti rianimatori (Sin, Simp, Sip, Sigo, Aogoi, Agui, Siaarti e Fnopo), sotto l'egida dell'Istituto Superiore di Sanità, hanno dato vita ad un Gruppo di lavoro multidisciplinare, impegnato a promuovere un'informazione univoca sul tema Covid-19 in gravidanza, parto e allattamento, basata sui più recenti aggiornamenti della letteratura scientifica



“Abbiamo accolto con soddisfazione la disponibilità delle società scientifiche dell'area materno-infantile a collaborare con l'Iss per garantire una sistematica disamina della letteratura scientifica e dei documenti prodotti dalle agenzie governative internazionali sul Covid-19, al fine di promuovere il miglior approccio assistenziale possibile alle donne in gravidanza e nel puerperio – afferma Serena Donati, Direttore del Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva dell'Iss, che coordina il progetto insieme ad Angela Giusti del Centro Nazionale di Prevenzione delle Malattie e di Promozione della Salute – lavoriamo con grande impegno, Istituzioni e società scientifiche insieme, per tutelare la salute di donne e neonati in questa fase di grave emergenza sanitaria”.

MA QUALI SONO LE EVIDENZE DISPONIBILI PIÙ RECENTI?

- **INNANZITUTTO**, gli esperti raccomandano alle donne sane in gravidanza di attenersi alle azioni di prevenzione primaria valide per tutta la popolazione, che prevedono l'igiene frequente e accurata delle mani, l'attenzione a evitare il contatto con soggetti malati o sospetti, il rispetto della distanza di sicurezza interpersonale di almeno un metro, secondo quanto indicato dal Ministero della Salute. Il tampone va effettuato solo in presenza di sintomi conclamati.
- **AD OGGI** non sono state raccolte evidenze a supporto di una trasmissione verticale, da madre a feto, del virus Sars Cov-2. Inoltre, la gravidanza e il parto, al contrario di quanto osservato per l'influenza H1N1 e per la Sars, non sembrano aggravare il decorso sintomatologico, né il quadro della polmonite virale.
- **AD OGGI** non esistono indicazioni a eseguire il taglio cesareo d'elezione, cioè non motivato da

altre cause, per le donne con sospetta infezione da Sars-Cov-2. o affette da Covid-19. La scelta dipende dalle condizioni cliniche della donna, dall'età gestazionale e dalle condizioni fetali. Si raccomanda una gestione multidisciplinare del parto che, oltre ai ginecologi e agli specialisti di medicina materno-fetale, preveda il coinvolgimento di ostetriche, anestesisti, intensivisti, virologi, microbiologi, neonatologi e specialisti in malattie infettive.

- **IL LATTE MATERNO**, in base alle attuali evidenze scientifiche, non viene ritenuto veicolo di trasmissione del virus da donne affette da Covid-19. Secondo le indicazioni dell'Oms, la madre può continuare ad allattare, considerati i benefici dell'allattamento e il ruolo insignificante del latte materno nella trasmissione di altri virus respiratori. Per ridurre il rischio di trasmissione al neonato, si raccomanda l'adozione delle procedure preventive come l'igiene delle mani e l'uso della mascherina durante la poppata, secondo le raccomandazioni del Ministero della Salute. In caso di gravi condizioni cliniche materne può essere raccomandata la temporanea separazione della madre dal neonato. Quando possibile, è raccomandato usare latte materno spremuto.

Gli studi scientifici su Covid-19 e gravidanza, attualmente disponibili, riguardano un campione di donne numericamente ancora limitato, che rende necessario un monitoraggio continuo delle nuove evidenze, per indirizzare la pratica clinica dei professionisti e operatori sanitari, a tutela della salute di mamme e neonati. Fondamentale resta l'impegno delle donne a seguire le raccomandazioni del Ministero della Salute per proteggere se stesse e i neonati dal contagio.

COVID-19 IN GRAVIDANZA

Parte lo studio prospettico dell'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS)



L'Iss, sotto la responsabilità della Dottoressa Serena Donati dell'Iss, ha avviando un progetto osservazionale di ricerca dal titolo: **“L'infezione da Sars-CoV-2 in gravidanza: studio prospettico dell'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS)”** con l'obiettivo di raccogliere informazioni sui casi di Covid -19 che colpiscono le donne in gravidanza e di produrre conoscenza utile alla pratica clinica. L'urgenza di studiare questa nuova condizione, nel Paese europeo che attualmente detiene il maggior numero di casi, risponde alla necessità di ampliare le poche evidenze disponibili e migliorare le opportunità assistenziali.

In questa fase di incertezza, ricorda l'Iss, l'auspicio è quindi che il progetto “possa offrire tempestivamente informazioni a sostegno della gestione clinica, organizzativa e logistica della gravidanza complicata da Covid -19 in Italia e nei Paesi che si troveranno ad affrontare l'epidemia nei prossimi mesi”.



Gli obiettivi specifici del progetto sono: definire l'incidenza delle infezioni da virus in gravidanza e puerperio individuate nei presidi sanitari; descrivere gli esiti materni e neonatali a seguito dell'infezione in gravidanza; studiare l'associazione delle caratteristiche socio-demografiche, ostetriche e della gestione clinica/organizzativa dei casi di infezione in gravidanza con gli esiti materni e neonatali; studiare la trasmissione verticale dell'infezione attraverso la ricerca del virus nei fluidi corporei materni, negli annessi fetali, nel sangue cordonale, nell'orofaringe neonatale alla nascita e nel latte materno, e infine rilevare la risposta anticorpale materna al virus Sars-CoV-2 nel siero e nel latte.

La metodologia. Sarà utilizzata la rete del sistema di sorveglianza ostetrico italiano (ItOSS) che coinvolge tutti i presidi sanitari dotati di unità di ostetricia in 12 regioni del Paese (Lombardia, Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Marche, Toscana, Lazio, Campania, Calabria, Puglia, Sardegna e Sicilia). La presenza di un referente all'interno di ciascun presidio sanitario rende infatti la rete ItOSS lo strumento ideale per organizzare la raccolta dati segnalando le donne ospedalizzate per infezione da nuovo Coronavirus in gravidanza e rilevando i dati di interesse sulla loro gestione e sugli esiti materni e neonatali. Questa rete ha dimostrato la sua efficacia nel raccogliere dati population-based di qualità, sia per la sorveglianza della mortalità materna (18,19) che per gli studi prospettici sulla grave morbosità materna.

Le regioni che ancora non ne fanno parte (Valle D'Aosta, Liguria, Umbria, Abruzzo, Molise, Basilicata e le PA di Trento e Bolzano) saranno coinvolte per definire le modalità di segnalazione dei casi e di raccolta dati. Il progetto prevede, oltre alla segnalazione dei casi e alla compilazione del-

la scheda on-line, la raccolta di campioni biologici al fine di studiare le possibili vie di trasmissione materno-fetale dell'infezione. I campioni biologici prelevati nei singoli presidi sanitari dove vengono ricoverate le donne saranno inviati presso strutture di riferimento identificate nelle 3 aree geografiche del Paese (Nord, Centro e Sud) in collaborazione con le regioni in modo da garantire l'uniformità e la qualità degli esami.

È stato inoltre costituito un gruppo multidisciplinare di esperti, con la partecipazione delle principali società/federazioni scientifiche di settore che ha revisionato il protocollo e la scheda di raccolta dati. Gli esperti saranno coinvolti anche nella interpretazione dei risultati e nella produzione del rapporto finale e delle raccomandazioni per la pratica clinica che, grazie al progetto di ricerca, potranno essere redatte.

Arruolamento delle donne nello studio. Saranno arruolate le donne in gravidanza e in puerperio, con diagnosi certa di infezione da Sars-CoV-2 che si rivolgono ai presidi ospedalieri per visite ambulatoriali o per il ricovero.

La certezza della diagnosi richiede la conferma mediante tampone naso faringeo e/o la positività della ricerca di anticorpi su sangue periferico e/o la Tac del torace senza escludere eventuali nuovi test di screening validati. Al momento dell'arruolamento sarà consegnata alla donna la nota informativa sullo studio e sarà raccolto il consenso informato alla partecipazione e alla raccolta di campioni biologici tramite compilazione dell'apposito modulo, inoltre, verranno fornite anche le informazioni sulla privacy e il modulo del consenso sia della donna arruolata nello studio che dei genitori del nascituro. Nel caso al momento del parto la conferma del test non fosse ancora disponibile, alla donna con diagnosi sospetta di infezione saranno comunque eseguiti i prelievi previsti dal protocollo. Una volta ricevuta la risposta del test, saranno analizzati solo i campioni biologici delle donne con diagnosi di infezione da Sars-CoV-2 confermata.

Criteri di inclusione/esclusione. La coorte di donne in esame comprenderà donne in gravidanza e in puerperio con diagnosi di infezione confermata dalla positività del tampone nasofaringeo e/o la positività della ricerca di anticorpi su sangue periferico e/o mediante diagnostica per immagini (Tac, RX del torace) senza escludere eventuali nuovi test di screening validati, che si rivolgono ai presidi ospedalieri per 4 visite ambulatoriali o per il ricovero. Il denominatore sarà costituito dalla popolazione delle donne che partoriscono nelle regioni che partecipano.

I criteri di esclusione comprenderanno: età materna < 18 anni; rifiuto di partecipare allo studio; incapacità della paziente di prestare consenso alla partecipazione.

È stato inoltre contattato il comitato etico Iss per garantire la valutazione del progetto in tempi rapidi.

L'APPELLO DI GINECOLOGI E OSTETRICHE:

Mancano Dpi. Si faccia quanto possibile a difesa delle sale parto

“Siamo in prima linea per tutelare le donne in gravidanza e i loro bambini, ma mancano i dispositivi di protezione individuale per operare in sicurezza”. Sigo, Aogoi, Augui, Agite, Fnopo e Aio invitano le istituzioni a intervenire

“IL PERSONALE OSTETRICO non è rifornito del materiale di protezione individuale necessario, ed in alcuni punti nascita è ancora segnalata una carenza insostenibile. L'insufficienza di materiale ha comportato una esposizione al virus che ha pesantemente colpito ginecologi, ostetriche e personale infermieristico. Si faccia tutto quanto possibile a difesa delle sale parto e di chi presta oggi la propria coraggiosa e delicatissima azione”. Questo l'appello lanciato da ginecologi e ostetriche (Sigo, Aogoi, Augui, Agite, Fnopo e Aio) alle istituzioni. “La situazione in cui versa il Paese a seguito dell'emergenza epidemiologica da Covid -19 è drammatica, in particolare oggi in Lombardia, Emilia Romagna e Veneto, e domani potrebbe verosimilmente esserlo nelle altre regioni. La mortalità è altissima nella popolazione molto anziana ormai affidata alle Rsa, mentre i posti nelle terapie intensive allargate sono in esaurimento anche per pazienti in età non avanzata – hanno scritto ginecologi e ostetriche – l'enorme mole di lavoro viene eroicamente sostenuta da un personale sanitario che dopo essere stato per anni sottovalutato, depotenziato e talvolta umiliato, adesso viene invocato come salvatore.

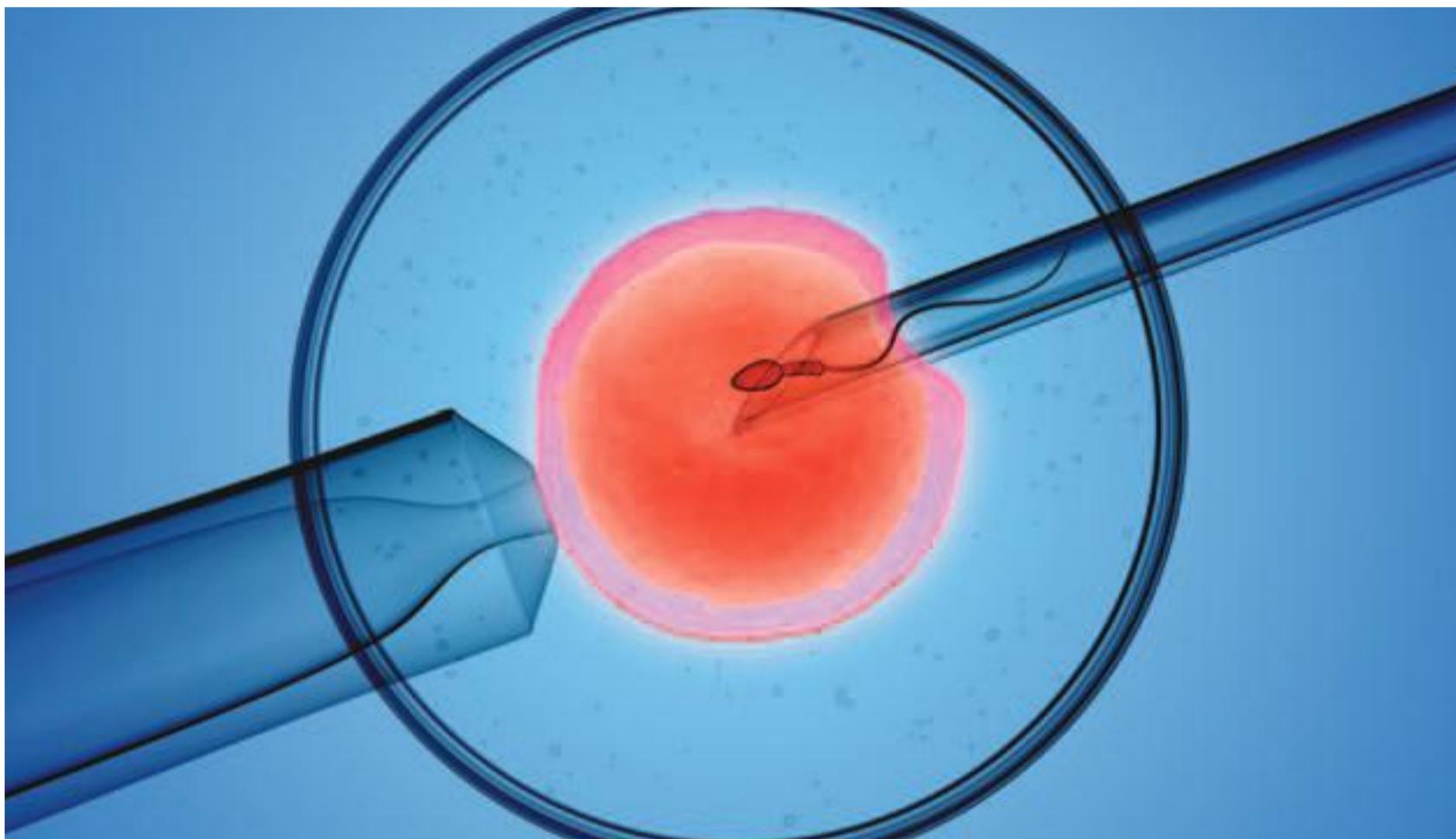
Purtroppo medici, infermieri, ostetriche e tutto il personale che tenta di fronteggiare questo uragano è in condizioni difficilissime: stremato, provato e sull'orlo del collasso nelle aree più colpite”. Si contano già le prime vittime anche nel personale medico, ostetrico e sanitario, ricordano i professionisti: “È vitale per tutti che, in questo momento, coloro ai quali è stata affidata la gestione della sanità pubblica mettano in atto immediatamente tutto quanto necessario per sostenere e proteggere le donne e gli uomini che stanno facendo di tutto per salvare quante più vite possibili”.

In particolare, il personale ostetrico sta conducendo una estenuante battaglia per proteggere le donne in gravidanza e i loro bambini. I professionisti dell'area materno-infantile, ricordano, già da tempo si sono attrezzati elaborando protocolli di gestione della crisi con triage e percorsi ben definiti ed assistenza alle gravide Covid positive. Questo lavoro organizzativo di applicazione dei protocolli redatti sulla base delle poche evidenze scientifiche disponibili provenienti prevalentemente dalla Cina, sono oggetto di costanti adattamenti man mano che le osservazioni aumentano.

Si è attivata una rete spontanea di scambio di informazioni scientifiche e organizzative che ha permesso fino ad oggi di mantenere ancora le aree del parto in condizioni migliori rispetto ad altre aree ospedaliere.

“Purtroppo il personale ostetrico non è rifornito del materiale di protezione individuale necessario – aggiungono ginecologi e ostetriche – ed in alcuni punti nascita è ancora segnalata una carenza insostenibile. Tale insufficienza di materiale ha comportato una esposizione al virus che ha pesantemente colpito ginecologi, ostetriche e personale infermieristico. Non è il momento delle polemiche ma della solidarietà e della fratellanza. Ginecologi, ostetriche e personale infermieristico hanno responsabilità enormi che impongono massima attenzione. In un momento di emergenza e forte incertezza scientifica per l'area ostetrico-ginecologica e neonatale, una delle poche certezze è l'importanza dei dispositivi di protezione individuale.

Per questo motivo – hanno concluso – tutto il mondo ginecologico ed ostetrico rivolge un accorato appello alle istituzioni affinché si faccia tutto quanto possibile a difesa delle sale parto e di chi presta oggi la propria coraggiosa e delicatissima azione”.



Coronavirus e Pma: “È meglio sospendere i trattamenti non urgenti”

È quanto raccomanda un documento congiunto del Centro nazionale trapianti e del Registro Pma dell'Istituto superiore di sanità, pur sottolineando che tali misure sono da intendersi come raccomandazioni tecniche e non come disposizioni vincolanti, che spettano alle Regioni. Anche Sigo e Giss in un position paper consigliano la sospensione della Pma: “Attendere il passaggio del picco delle infezioni prima di intraprendere nuovi cicli”

ANCHE L'ATTIVITÀ di fecondazione assistita va ristretta per contenere la trasmissione del Covid-19 in Italia. È quanto raccomanda un documento congiunto del Centro nazionale trapianti e del Registro Pma dell'Istituto superiore di sanità. Cnt e Registro Pma chiedono ai centri Pma di sospendere tutti i trattamenti non urgenti, pur sottolineando che tali misure sono da intendersi come raccomandazioni tecniche e non come disposizioni vincolanti, che spettano alle Regioni. La sospensione delle attività riguarda sia la donazione di gameti che i trattamenti di Pma in generale (con o senza donazione di cellule riproduttive): l'interruzione, in via precauzionale, è da applicarsi alle coppie che non abbiano già iniziato il protocollo di stimolazione farmacologica o che non sono considerate casi urgenti, per via dell'età o di particolari condizioni cliniche. Il Cnt e il Registro Pma invitano i centri a mante-

nere invece attive le procedure di crioconservazione dei gameti volte a preservare la fertilità dei pazienti oncologici e di tutti quelli che sono sottoposti ad altre terapie considerate tossiche per l'apparato riproduttivo.

Le raccomandazioni raccolgono quanto espresso anche dalle società scientifiche di settore come la Società italiana di riproduzione umana (Siru) e la Società italiana fertilità sterilità - medicina della riproduzione (Sifes-Mr) e dalla Fondazione Pma Italia.

Anche la Federazione Sigo, volendo essere vicina a tutte le coppie desiderose di prole, ha ritenuto utile condividere con loro le attuali conoscenze sull'impatto del virus Sars-CoV-2 sulle tecniche di Procreazione Medicalmente assistita (Pma). Attraverso gli specialisti in Medicina della Riproduzione del Gruppo di Interesse Speciale Sterilità (Giss) ha indicato le sue raccomandazioni in merito alla esecuzione di trattamenti di Pma nella attuale fase di pandemia.

“Allo stato attuale non sussistono prove scientifiche che indichino un rischio specifico di trasmissione dell'infezione da coronavirus attraverso le pratiche di Procreazione Medicalmente Assistita. Mentre vi sono dati preliminari sui rischi in donne Covid-19 positive in gravidanze avanzate (terzo trimestre), non si conosce nulla sull'effetto del virus in questione sulle gravidanze iniziali sia per la madre che per il nascituro. È necessario quindi evitare che le pazienti possano, in caso di contagio, trovarsi in condizione di gravidanza, alla fine di un lungo percorso, con le

complesse decisioni terapeutiche e diagnostiche che inevitabilmente si determinerebbero. Per questi motivi, in accordo con altre società scientifiche internazionali del settore, si ritiene che sia un approccio corretto e appropriato attendere il passaggio del picco delle infezioni (e la successiva possibile immunizzazione) prima di intraprendere cicli di Pma ad eccezione dei trattamenti non differibili”.

Per la Sigo si ritiene inoltre opportuno sospendere temporaneamente le terapie di Pma anche per i seguenti motivi: “È necessario evitare lo spostamento delle persone e l'accesso alle strutture cliniche per contenere i possibili contagi. L'aumento esponenziale dei casi di positività al Covid-19, nonostante le cautele derivate dalla applicazione dei decreti del Governo dell'8, 9 e 11 marzo, accresce il rischio di contaminazione dei pazienti infertili e del personale dei centri di medicina della riproduzione.

È eticamente e deontologicamente corretto non contribuire a determinare alcuna situazione che possa rendere necessario un accesso al pronto soccorso o un ricovero ospedaliero dopo un ciclo di Pma. Ridurre i rischi della necessità di utilizzare posti letto ospedalieri, sale chirurgiche o terapie intensive legati ad eventuali complicanze derivate dalla esecuzione di programmi di concepimenti assistiti risulta oggi un atto dovuto nei confronti della popolazione e dei colleghi che stanno combattendo una lotta al limite delle risorse umane ed economiche”.

Il Giss ritiene in conclusione che l'unica eccezione alla sospensione debbano essere i cicli con stimolazione già iniziata e le attività di crioconservazione della fertilità in pazienti oncologici/oncologiche, che saranno garantite dalle strutture deputate, in considerazione della loro urgenza e indifferibilità.

La infezione da coronavirus è una nuova infezione, per la quale a oggi le informazioni scientifiche sono limitate. La Federazione Sigo si impegna quindi a raccogliere tutte le informazioni che emergeranno nel prossimo futuro riguardanti l'interazione tra il virus Sars-CoV-2, la riproduzione e le terapie di Pma.

Guida per prevenire e affrontare lo stigma sociale.

Il documento include raccomandazioni del Johns Hopkins Center for Communication Programs, READY Network.

È la traduzione italiana di "Social Stigma associated with Covid-19" prodotto da IFRC (International Federation of Red Cross, and Red Crescent Societies), Unesco e WHO

Destinatari: Istituzioni governative, media e organizzazioni locali che lavorano nel campo della nuova malattia da Coronavirus (Covid-19)

CHE COS'È LO STIGMA SOCIALE?

Lo stigma sociale, nel contesto della salute, è l'associazione negativa tra una persona o un gruppo di persone che hanno in comune determinate caratteristiche e una specifica malattia. In una epidemia, ciò può significare che le persone vengono etichettate, stereotipate, discriminate, allontanate e/o sono soggette a perdita di status a causa di un legame percepito con una malattia. Tale esperienza può avere un effetto negativo sulle persone colpite dalla malattia, nonché sui loro caregiver, sulla loro famiglia, sui loro amici e sulla loro comunità. Anche le persone che non hanno la malattia ma condividono alcune caratteristiche con questo gruppo possono essere oggetto di stigma. L'attuale epidemia di Covid-19 ha provocato stigma sociale e comportamenti discriminatori nei confronti di persone appartenenti a determinate etnie e di chiunque si ritenga essere stato in contatto con il virus.

PERCHÉ IL COVID-19 STA CAUSANDO TANTO STIGMA?

Il livello di stigma associato al Covid-19 si basa su tre fattori principali:

1. È una malattia nuova per la quale esistono ancora molte incognite;
2. Abbiamo spesso paura dell'ignoto;
3. È facile associare quella paura agli "altri".

È comprensibile che ci sia confusione, ansia e paura tra la gente.

Sfortunatamente, questi fattori stanno anche alimentando la crescita di stereotipi dannosi.

QUAL È L'IMPATTO?

Lo stigma può minare la coesione sociale e può indurre ad un isolamento sociale dei gruppi. Ciò potrebbe contribuire a creare una situazione in cui il virus potrebbe avere maggiore - non minore - probabilità di diffusione. Ciò può comportare problemi di salute più gravi e maggiori difficoltà a controllare l'epidemia.

Lo stigma può:

- Spingere le persone a nascondere la malattia per evitare discriminazioni
- Indurre a non cercare immediatamente assistenza sanitaria.
- Scoraggiare l'adozione di comportamenti sani.

Stigma sociale associato a Covid-19

COME AFFRONTARE LO STIGMA SOCIALE

Le evidenze mostrano chiaramente che lo stigma e la paura nei confronti delle malattie trasmissibili ostacolano la corretta risposta. Serve creare fiducia nei servizi sanitari e nelle raccomandazioni sanitarie affidabili, serve mostrare empatia con le persone colpite, spiegare la malattia e adottare misure efficaci e facili da mettere in pratica in modo che le persone stesse possano proteggersi e possano proteggere i propri cari.

Il modo con cui parliamo di Covid-19 è fondamentale per supportare le persone a intraprendere azioni efficaci per aiutare a combattere la malattia e per impedire di alimentare la paura e lo stigma. È necessario creare un clima in cui la malattia e il suo impatto possano essere discussi e affrontati in modo aperto, onesto ed efficace. Ecco alcuni suggerimenti su come affrontare il crescente stigma sociale e come evitarlo:

1. **Le parole contano: cosa fare e cosa non fare quando si parla del nuovo coronavirus (Covid-19)**
2. **Fai la tua parte: idee semplici per allontanare lo stigma**
3. **Suggerimenti e messaggi di comunicazione.**

Le parole contano

Quando si parla di coronavirus, alcune parole (per esempio, "caso sospetto", "isolamento") e in generale il linguaggio utilizzato nella comunicazione possono avere un significato negativo per alcune persone e dunque possono alimentare atteggiamenti stigmatizzanti. Le parole utilizzate possono consolidare stereotipi o ipotesi negative, rafforzare false associazioni tra la malattia e altri fattori, creare una paura diffusa o "disumanizzare" coloro che sono colpiti dalla malattia.

Tutto ciò può indurre le persone a non farsi controllare, a non farsi visitare e non rimanere in quarantena. Raccomandiamo anzitutto l'uso di un linguaggio adatto alla gente in tutti i canali di comunicazione, compresi i media, un linguaggio che sia rispettoso delle persone e che possa essere facilmente recepito. Le parole usate nei media sono particolarmente importanti, perché daranno forma al linguaggio popolare e alla comunicazione sul nuovo coronavirus (Covid-19). Espressioni negative nel racconto della malattia hanno il potenziale di influenzare il modo in cui poi sono percepite e trattate le persone che si pensa possano avere il nuovo coronavirus (Covid-19) e cioè i malati, le loro famiglie e le comunità colpite dal virus. Ci sono molti esempi concreti di come l'uso di un linguaggio inclusivo e di una terminologia meno stigmatizzante possano contribuire a controllare epidemie e pandemie, come nel caso dell'HIV, della TB e dell'influenza H1N1. (1)

Cosa fare e cosa non fare

Di seguito sono riportate alcune cose da fare e altre da non fare in termini di linguaggio quando si parla della nuova malattia da coronavirus (Covid-19):

COSA FARE - parlare della nuova malattia da coronavirus (Covid-19)

Cosa non fare - Associare luoghi o etnie alla malattia, questo non è un "virus di Wuhan", un "virus cinese" o un



Stigma sociale associato a Covid-19

“virus asiatico”. Il nome ufficiale della malattia è stato scelto deliberatamente per evitare la stigmatizzazione: “CO” sta per Corona, “VI” per virus e “D” per malattia, il 19 è perché la malattia è emersa nel 2019.

COSA FARE - parlare di “persone che hanno Covid-19”, “persone che sono in cura per Covid-19”, “persone che si stanno riprendendo da Covid-19” o “persone che sono morte dopo aver contratto Covid-19”

Cosa non fare – Riferirsi a persone con la malattia come “casi Covid-19” o “vittime”.

COSA FARE - parlare di “persone che potrebbero avere Covid-19” o “persone che si presume abbiano il Covid-19”

Cosa non fare - Parlare di “sospetti Covid-19” o di “casi sospetti”.

COSA FARE – parlare di persone che “hanno preso” o “hanno contratto” il Covid-19.

Cosa non fare Parlare di persone che “trasmettono Covid-19”, “infettano gli altri” o “diffondono il virus” poiché implica una trasmissione intenzionale e attribuisce una colpa. L'uso della terminologia criminalizzante o disumanizzante crea l'impressione che chi ha la malattia abbia in qualche modo fatto qualcosa di sbagliato o sia meno umano di noi, alimentando così lo stigma, minando l'empatia e potenzialmente alimentando una maggiore riluttanza a farsi curare o a sottoporsi a screening, test e quarantena.

COSA FARE - parlare in modo accurato del rischio derivante da Covid-19, sulla base di dati scientifici e delle più recenti raccomandazioni fornite dalle istituzioni preposte, che operano per la salute.

Cosa non fare - ripetere o condividere voci non confermate ed usare un linguaggio iperbolico creato per generare paura ad esempio utilizzando parole come “peste”, “apocalisse”, ecc.

COSA FARE - parlare in modo positivo ed enfatizzare l'efficacia delle misure di prevenzione e trattamento. Per la maggior parte delle persone questa è una malattia dalla quale si guarisce. Ci sono semplici passi che tutti possiamo fare per mettere al sicuro noi stessi, i nostri cari e i più vulnerabili.

Cosa non fare - enfatizzare o soffermarsi sul negativo o sui messaggi di minaccia. Dobbiamo lavorare insieme per aiutare a proteggere le persone più vulnerabili.

COSA FARE - sottolineare l'efficacia dell'adozione di misure protettive per prevenire l'acquisizione del nuovo coronavirus, effettuare screening, test e farsi curare.

Fai la tua parte

I Governi, i cittadini, i media, gli influencer chiave e la comunità hanno un ruolo importante da svolgere nel prevenire e fermare lo stigma che oggi colpisce le persone che vengono dalla Cina e dall'Asia in generale. Dobbiamo essere tutti molto attenti e accoglienti quando comunichiamo sui social media e su altre piattaforme di comunicazione, mostrando comportamenti di supporto relativamente alla nuova malattia da coronavirus (Covid-19). Ecco alcuni esempi e suggerimenti su possibili azioni per contrastare gli atteggiamenti stigmatizzanti:

- **Fornire informazioni:** lo stigma può essere intensificato da una conoscenza insufficiente relativamente a come il nuovo coronavirus (Covid-19) viene trasmesso e trattato e come si può prevenire l'infezione. Di conseguenza, dare la priorità alla raccolta, al consolidamento e alla diffusione di informazioni accurate e specifiche per ogni paese e comunità, per quanto riguarda: le aree interessate, la vulnerabilità individuale e di gruppo a Covid-19, le opzioni di trattamento e cosa fare per avere assistenza sanitaria e informazioni sulla malattia. Usare un linguaggio semplice e evitare termini clinici. I social media sono utili per raggiungere un gran numero di persone per fornire informazioni sulla salute a costi relativamente bassi (3).
- **Coinvolgere gli influencer sociali** (4) ad esempio persone famose, celebrità, o leader religiosi, per favorire una attenta riflessione sulle persone che sono stigmatizzate e come sostenerle, e per amplificare i messaggi che riducono lo stigma. Le informazioni fornite da queste persone dovrebbero

essere ben mirate e le celebrità alle quali viene chiesto di comunicarle dovranno sentirsi direttamente coinvolti, essere giuste per il contesto geografico e culturale al quale si rivolgono e adeguate al pubblico che si vuole influenzare. Un esempio potrebbe essere un sindaco (o altro influencer chiave) che va in diretta sui social media e stringe la mano al leader della comunità cinese.

- **Amplificare le voci,** le storie e le immagini delle persone locali che hanno avuto il coronavirus (Covid-19) e sono guarite o che hanno supportato una persona cara durante la malattia per sottolineare che la maggior parte delle persone guarisce dal Covid-19. Inoltre, l'implementazione di una campagna denominata “eroe” per onorare chi si prende cura dei malati e gli operatori sanitari che potrebbero essere stigmatizzati. Anche i volontari svolgono un ruolo importante per ridurre lo stigma nelle comunità.
- **Assicurarsi di rappresentare diversi gruppi etnici.** Tutti i materiali prodotti dovrebbero mostrare diverse comunità colpite dal Covid-19 che lavorano insieme per prevenirne la diffusione. È bene assicurarsi che i caratteri, i simboli e i formati utilizzati siano, neutrali e non suggeriscano alcun gruppo particolare.
- **Seguire un “giornalismo etico”:** gli articoli che si concentrano eccessivamente sul comportamento individuale e sulla responsabilità dei pazienti di avere preso e di “diffondere Covid-19” possono aumentare lo stigma delle persone che potrebbero avere la malattia. Alcuni media si sono concentrati, ad esempio, sull'origine di Covid-19, cercando di identificare il “paziente zero” in ciascun paese. Enfatizzare gli sforzi per trovare un vaccino e un trattamento può aumentare la paura e dare l'impressione che non siamo in grado di arrestare le infezioni. Vanno invece promosse informazioni relative alle pratiche di prevenzione delle infezioni di base, ai sintomi di Covid-19 e a quando cercare assistenza sanitaria.
- **Stare uniti:** esistono diverse iniziative per affrontare lo stigma e gli stereotipi. È fondamentale collegarsi alle attività esistenti per creare un movimento e un ambiente positivo che mostri attenzione ed empatia per tutti.

Suggerimenti e messaggi utili per la comunicazione

L'“infodemia” di disinformazione e di voci infondate si sta diffondendo più rapidamente dell'attuale epidemia del nuovo coronavirus (Covid-19). Ciò contribuisce agli effetti negativi tra cui la stigmatizzazione e la discriminazione delle persone delle aree colpite dall'epidemia. Abbiamo bisogno di solidarietà collettiva e di informazioni chiare e facilmente applicabili per sostenere le comunità e le persone colpite da questo nuovo epidemia.

Informazioni sbagliate, voci infondate e disinformazione in generale stanno contribuendo allo stigma e alla discriminazione ostacolando gli sforzi di contenimento.

- Correggere le credenze sbagliate, allo stesso tempo riconoscere che i sentimenti che prova la gente e i comportamenti a questi associati sono molto reali, anche se l'assunto di base è falso.
- Promuovere l'importanza della prevenzione, delle azioni salvavita, dello screening precoce e della cura.

La solidarietà collettiva e la cooperazione globale sono necessarie per prevenire un'ulteriore trasmissione della malattia e alleviare le preoccupazioni delle comunità.

- Condividere racconti che generano empatia o storie che umanizzano le esperienze e le difficoltà delle persone o dei gruppi di persone colpiti dal nuovo coronavirus (Covid-19)
- Comunicare supporto e incoraggiamento per coloro che sono in prima linea nella risposta a questa epidemia (operatori sanitari, volontari, leader della comunità ecc.).

I fatti, non la paura, fermeranno la diffusione del nuovo coronavirus (Covid-19)

- Condividi fatti e informazioni accurate sulla malattia.
- Sfida miti e stereotipi.
- Scegli le parole con attenzione. Il modo in cui comunichiamo può influire sugli atteggiamenti degli altri.



1. UNAIDS terminology guidelines: from ‘AIDS victim’ to ‘people living with HIV’; from ‘fight against AIDS’ to ‘response to AIDS’

2 UNAIDS terminology guidelines: from ‘AIDS victim’ to ‘people living with HIV’; from ‘fight against AIDS’ to ‘response to AIDS’.

3 Nigeria successfully contained the 2014 Ebola outbreak that affected three other countries in West Africa partly through employing targeted social media campaigns to disseminate accurate information and correct hoax messages circulating on Twitter and Facebook. The intervention was particularly effective because international non-governmental organisations (NGOs), social media influencers, celebrities and bloggers used their broad platforms to forward and share information and opinions on the health communication shared. Fayoyin, A. 2016. Engaging social media for health communication in Africa: Approaches, results and lessons. Journal of Mass Communication and Journalism, 6(315).

4 The term “Angelina Jolie effect” was coined by public health communication researchers to account for increased Internet searches about breast cancer genetics and testing for several years after 2013 actress Angelina Jolie underwent a much-reported preventative double mastectomy. The “effect” suggests that celebrity endorsements from trusted sources can be effective at influencing the public to seek health knowledge, their attitudes towards and uptake of healthcare services for Covid-19.

Indagine Aogoi

In questo momento di grande difficoltà abbiamo bisogno di dare proposte concrete.

Aogoi, per avere un quadro della situazione nazionale il più possibile realistica, capire in modo oggettivo cosa sta succedendo e rappresentarlo alle Istituzioni competenti al fine di tutelare la salute delle donne in gravidanza e quella degli operatori coinvolti, ha quindi pensato di lanciare una indagine.

Con la sua rete capillare di segretari regionali, segretari provinciali, soci presenti in tutti i Punti Nascita, in tutte le realtà con ambulatori di ostetricia, la nostra Associazione è infatti in grado di raccogliere dati in tutta Italia in tempi rapidi per capire qual è l'organizzazione nelle differenti realtà e quanto è disponibile per la protezione individuale.

“Punti Nascita e Covid-19”

(Al 30 marzo abbiamo ricevuto 311 risposte)

Chiediamo pertanto a tutte/i voi di continuare a rispondere al questionario accedendo al link (<https://it.surveymonkey.com/r/VDB6C98>): sono necessari pochi minuti.

Grazie di cuore
Aogoi siamo tutti noi!

Dall'analisi dei dati ricevuti al momento di andare in stampa emerge che nella stragrande maggioranza delle realtà locali è stato emanato un documento sul percorso diagnostico-assistenziale per le donne con infezione da Covid 19, sospetta o documentata. L'ospedale rimane il punto di riferimento dell'attività ambulatoriale di Ostetricia non differibile, anche perché la maggior parte delle attività ambulatoriali di ginecologia non urgenti sono state bloccate nella prima metà del mese di marzo. Nelle unità operative di quanti hanno risposto, sono state osservate al massimo dieci gravidanze in donne positive al Covid. Per quanto riguarda i Dpi, sono il punto debole di questa emergenza: la maggioranza dei ginecologi dispone di mascherine chirurgiche (il 53%), ma appena il 3,4% può contare sulle mascherine FFP2-FFP3. Meno del 10% è stato fornito di guanti, nessuno di stivali o calzari. Irrisoria la percentuale di chi ha camici monouso. Tirando le somme appena tre ginecologi su dieci dichiarano di avere accesso a tutti i dispositivi.

Soprattutto alla domanda se i DPI disponibili nella propria Unità operativa sono sufficienti, il 78%

risponde di no e solo il 22% da una risposta affermativa.

Nonostante circa otto ginecologi su dieci affermino di aver ricevuto indicazioni precise rispetto a quali usare e quando usarli, rimane il fatto che due su dieci non hanno ricevuto alcun tipo di indicazione.

Veniamo poi al tampone orofaringeo: alla domanda a quali operatori è stato fatto, appena il 2,62% risponde a tutti, è stato effettuato a chi è entrato in contatto con soggetti infetti nel 15,73% dei casi, a chi ha sintomi suggestivi di infezione (13,48%) e su specifica richiesta (2,62%). Il 45,32% a nessuno.

Ma in molti hanno risposto che non sono mai stati fatti i tamponi oppure “non si sa”, “non è dato saperlo” e “pare che in altre aree ci siano medici positivi ma non vengono comunicati i nomi ed è stato chiesto loro di non farne pubblicità”

Quanti medici ed ostetriche sono risultati positivi al tampone: le risposte sono state: da 0 a 20

VI È NEL TUO OSPEDALE/AZIENDA/REGIONE UN DOCUMENTO SCRITTO SUL PERCORSO DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALE PER LE DONNE CON INFEZIONE DA COVID-19, SOSPETTA O DOCUMENTATA

Si	73,26%
No	25,64%

IN CHE DATA HAI AVUTO COMUNICAZIONE DEL CENTRO HUB RIFERIMENTO PER LE GRAVIDE CON INFEZIONE DA COVID 19

Le date variano dal 20 febbraio al 25 marzo, nella gran parte dei casi nei primi 16 giorni di marzo

QUANTE GRAVIDE COVID POSITIVE HAI OSSERVATO FINO AD OGGI

Da 0 a 10



“Punti Nascita e Covid 19”

(Al 30 marzo abbiamo ricevuto 311 risposte)

Indagine Aogoi

DOVE VIENE SVOLTA L'ATTIVITÀ AMBULATORIALE DI OSTETRICIA NON DIFFERIBILE?

Ospedale	68,66%
Ambulatori esterni, ma parte dell'ospedale	13,81%
Consultorio	10,07%
Servizi territoriali	7,46%

QUANDO SONO STATE CHIUSE TUTTE LE ATTIVITÀ AMBULATORIALI DI GINECOLOGIA NON URGENTI NEL TUO OSPEDALE?

Date variabili comprese fra il 21 febbraio e 24 marzo, nella gran parte dei casi nei primi 15 giorni di marzo

QUALI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI) AVETE A DISPOSIZIONE

Mascherine chirurgiche	52,27%
Mascherine FFP2 – FFP3	3,41%
Camici monouso	0,76%
Guanti	9,47%
Stivali/calzari	0,00%
Tutti	34,09%

SONO SUFFICIENTI I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI) DISPONIBILI NELLA TUA UNITÀ OPERATIVA

Si	22%
No	78%

VI SONO INDICAZIONI PRECISE RISPETTO A QUALI USARE E QUANDO USARLI

Si	75,47%
No	24,53%

A QUALI OPERATORI È FATTO IL TAMPONE OROFARINGEO (OF)

A tutti	2,62%
Solo a chi è entrato in contatto con soggetti infetti	15,73%
Solo a chi ha sintomi suggestivi di infezione	13,48%
Solo a chi ha entrambi i requisiti (contatto e sintomi)	20,22%
A nessuno	45,32%
Su specifica richiesta	2,62%

QUANTI MEDICI ED OSTETRICHE SONO RISULTATI POSITIVI AL TAMPONE OF

Le risposte sono state: da 0 a 20

Ma in molti hanno risposto che non sono mai stati fatti i tamponi oppure “non si sa”, “non è dato saperlo” e “pare che in altre aree ci siano medici positivi ma non vengono comunicati i nomi ed è stato chiesto loro di non farne pubblicità”

I commenti arrivati:

“Non ci sono mascherine chirurgiche, una a testa ogni 4-5 giorni, lavate e riciclate, fino ad oggi, devono arrivare... FFP2 e FFP3 niente”

“Non abbiamo avuto alcuna comunicazione dall'Azienda né cosa fare né dove inviare le pazienti solo il distanziamento orario e nessuno in attesa”

“Un paio di volte mascherine prese in reparti diversi, ora nel nostro ospedale classificato all-covid i colleghi ginecologi entrano in turno ad affiancare giorno e notte e colleghi internisti, così pure per ortopedici chirurghi generali otorinolaringoiatri etc”

“Tutti i DPI sono a disposizione nelle aree deputate ai sospetti ed agli affetti”

“Disorganizzazione massima, direzione sanitaria assente”

“Mancano mascherine, camici, divise. Scarse le mascherine chirurgiche, inesistenti quelle Ffp2/3”

“Non abbiamo dispositivi, scarseggiano anche le mascherine chirurgiche, usiamo mascherine artigianali fatte dal personale”

“Le mascherine sono scarse e vengono utilizzate per più giorni”

“Non ci sono calzari e guanti, scarseggiano camici monouso e FFP2 solo per assistenza parto gravide positive. FFP3 non ci sono”

“Urge avere DPI. Molto difficile reperirli”

“Dispositivi contati e sotto chiave mascherina chirurgica utilizzata per più giorni per la attività di routine non chirurgica”

“Abbiamo i Dpi ma in numero limitatissimo e da utilizzare solo per Covid positive o sospette”

“Ho da due settimane due mascherine chirurgiche che disinfetto a casa e riutilizzo. Mi sento come i nostri soldati nella seconda guerra mondiale mandati al fronte con un armamento obsoleto”

“Ricevute mascherine ‘Swiffer’”

“Carenza di DPI preoccupante, sono appena sufficienti”

“I Dpi non ci sono proprio”

“Sono sufficienti le mascherine chirurgiche (da una settimana); gli altri presidi sono riservati ad un eventuale contatto con paziente sospetto”

“Abbiamo mascherine chirurgiche, guanti monouso, kit appositi per assistenza e TC di ev pazienti infette”

“Esaurite le mascherine chirurgiche, unica mascherina FFP2 in dotazione per emergenza, scorte ridotte”



LA GRAVIDANZA AL TEMPO DEL CORONAVIRUS

Pre-triage telefonico

da parte di personale sanitario, ove possibile. Se la donna presenta uno dei seguenti sintomi: tosse, ipertermia con temperatura superiore a 37.5°C, difficoltà a respirare oppure in caso di diagnosi di Covid-19 da meno di due settimane, oppure ha avuto contatto con persona con sospetta infezione verificare se la visita/ecografia è procrastinabile di 14 giorni, o fino a risoluzione dei sintomi ed invitarla a contattare il medico di famiglia e/o la struttura ambulatoriale od ospedaliera presso cui è seguita per la gravidanza. In caso di isolamento domiciliare per una possibile/confermata infezione Covid -19, informare la donna di contattare la struttura ambulatoriale od ospedaliera presso cui è seguita per la gravidanza.

Triage pre-visita:

- Misurazione temperatura corporea
 - Compilazione di questionario (vedi allegato)
- Indipendentemente dalla negatività del triage è necessario prestare attenzione e utilizzare le norme igieniche e i dispositivi a disposizione in quanto ogni persona che visitiamo potrebbe essere potenzialmente infetta. Sembra plausibile infatti che esista una coorte di persone asintomatiche o con sintomi lievi, ma in grado di trasmettere l'infezione. L'utilizzo di precauzioni per il controllo dell'infezione, applicate da tutto lo staff, in tutti i centri, per ogni donna, sono alla base della prevenzione e della possibilità di ridurre la diffusione del virus SARS-CoV-2.

In seguito alla diffusione del Sars-CoV-2 e alle restrizioni imposte dal Governo, tutte le visite e gli esami strumentali considerati non urgenti sono stati annullati e rimandati. La gravidanza rappresenta una situazione a parte in quanto alcuni esami devono essere eseguiti in un momento preciso della gravidanza e, come ribadito anche dal Ministero della salute, il Percorso Nascita deve essere garantito a tutte le donne, anche in questo momento di emergenza.

Non intendiamo pubblicare nuove Raccomandazioni o Linee-guida, ma semplicemente abbiamo voluto riassumere quanto pubblicato fino ad ora nella letteratura internazionale e fornire consigli pratici per ridurre il rischio di contagio in modo da tutelare la salute delle donne e degli operatori sanitari, pur mantenendo le visite prestabilite e gli accertamenti non differibili, comprese le ecografie.

CONSIGLI PRATICI PER GLI OPERATORI SANITARI

In caso di donna potenzialmente non infetta, cioè senza sintomi né contatto con persone malate o positive al test, è opportuno attenersi alle seguenti regole:

PRE VISITA

- Informare la donna di recarsi alla visita da sola e di arrivare in orario per l'appuntamento e non in anticipo
- Rispettare i tempi di visita per ridurre al minimo il numero di persone in sala di attesa
- Far rispettare la distanza di sicurezza nelle sale di attesa, almeno un metro tra una persona e l'altra
- Informare sulle misure igieniche necessarie (lavaggio delle mani, utilizzo di fazzoletti monouso in caso di tosse/sternuti da eliminare in appositi contenitori e nuovo lavaggio delle mani)

VISITA/ECOGRAFIA

- Aumentare la distanza tra operatore e donna allontanando le sedie dalla scrivania
- In caso di visita/ecografia in cui la distanza si riduce a meno di un metro si suggerisce di far indossare la mascherina chirurgica alla donna

- L'operatore dovrebbe indossare una mascherina chirurgica e i guanti in quanto la distanza tra donna e operatore può diventare inferiore a 1 metro. Dopo la visita i guanti devono essere rimossi e smaltiti in contenitori appositi
- Eliminare dalla stanza tutti i dispositivi non utili (esempio: riporre in altra stanza le sonde ecografiche che non vengono utilizzate)

AZIONI TRA UNA VISITA/ECOGRAFIA E LA SUCCESSIVA

- Disinfettare le mani tra una visita e l'altra mediante lavaggio con acqua e sapone per 40-60 secondi o con soluzione alcolica per 20-30 secondi,
- In caso di ecografia, disinfettare la sonda convex o la sonda transvaginale con una soluzione a base di ipoclorito di sodio, mentre al termine della seduta sembra consigliabile procedere a disinfezione con soluzione adeguata a base di cloro derivati in concentrazione >1250ppm.
- Durante la giornata aprire ciclicamente le finestre e/o le porte in modo da garantire il ricambio di aria il più possibile e favorire la diradazione di eventuali particelle di saliva infette

BIBLIOGRAFIA

RCOG Coronavirus (Covid-19) infection in pregnancy. Information for healthcare professionals. 9 march 2020; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals

Documentazione SIEOG relativa alla Pandemia SARS-CoV-2: Informativa e Raccomandazioni (www.sieog.it)

The Society for Maternal-Fetal Medicine Covid-19 Ultrasound Practice Suggestions. Developed with guidance from Alfred Abuhamad, MD and Joanne Stone, MD 3.24.20 (this is an update from draft posted on 3-23-2020)

Interim Additional Guidance for Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Covid-19 in Outpatient Hemodialysis Facilities; Coronavirus Disease 2019 (Covid-19), Healthcare Facilities; 24 march 2020; Centers for Disease Control and Prevention

Interim Guidance for Healthcare Facilities: Preparing for Community Transmission of Covid-19 in the United States; Coronavirus Disease 2019 (Covid-19), Healthcare Facilities; 29 february 2020; Centers for Disease Control and Prevention

Segue

CONSIGLI PRATICI PER GLI OPERATORI SANITARI

In caso di donna potenzialmente infetta

Se possibile destinare una stanza dedicata a questo percorso dove visitare oppure eseguire accertamenti, compresa l'ecografia.

In caso di sospetto o confermato Covid-19 rimandare se possibile gli appuntamenti di routine (ecografia per controllo crescita, OGTT, controllo di gravidanza fisiologica) fino al termine del periodo di isolamento.

In caso di gravidanza a rischio l'ambulatorio oppure il ginecologo curante valuterà il singolo caso prendendo in considerazione i rischi ed i benefici. Se la visita o l'ecografia non è rimandabile, è indicato l'invio della donna in un Centro con percorso dedicato. Se ciò non è possibile:

- Programmare la visita/ecografia alla fine della seduta
- Utilizzare mascherina con filtro 3M o FFP2, visiera (occhiali da vista non sono dispositivi di protezione individuale), camice monouso, guanti dopo la visita smaltire tutti i dispositivi in contenitori appositi
- Far indossare mascherina chirurgica alla donna
- Far durare la visita/l'esame il minor tempo possibile e con la maggiore distanza possibile tra operatore/donna
- Presenza nella stanza del minor numero possibile di operatori
- Disinfettare superfici e sonde con detergente adeguato
- Disinfezione della stanza alla fine della visita/ecografia

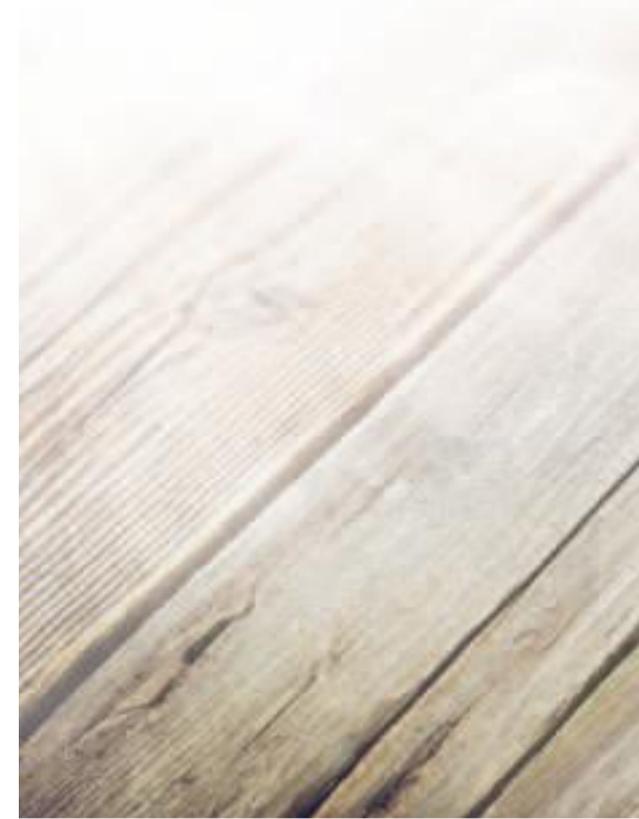
Potrebbe essere utile l'utilizzo di divise durante il periodo di lavoro. Al termine del servizio inviare in lavanderia la divisa o lavarla a domicilio separata dagli altri vestiti, alla massima temperatura possibile per quel tessuto.

È importante che vi sia una rete tra medici di famiglia, ambulatori, consultori, Punti Nascita, SISP per notificare e individuare le donne con conferma di Covid-19 per garantire la prosecuzione delle visite compatibilmente con la diagnosi, per identificare operatori a rischio per recente esposizione e per classificarli in basso o alto rischio.

I contatti ad alto rischio devono essere segnalati alle autorità e se asintomatici vanno posti in quarantena domiciliare con monitoraggio dei sintomi.

LA GRAVIDANZA AL TEMPO DEL CORONAVIRUS

DOMANDE E RISPOSTE PER LE MAMME IN GRAVIDANZA



SONO IN GRAVIDANZA COME POSSO PROTEGGERMI DAL CORONAVIRUS?

Devi seguire le indicazioni date per tutta la popolazione, principalmente:

- Lavarti spesso le mani
- Mantenere la distanza tra te e gli altri (almeno 1 metro)
- Evitare di toccarti occhi, naso e bocca
- Mantenere norme igieniche adeguate (se tossisci o starnutisci usa fazzoletti monouso, butta subito il fazzolettino usato, in alternativa starnutisci o tossisci nella piega del gomito, ecc...).

SONO IN GRAVIDANZA DEVO FARE TUTTI I CONTROLLI (VISITE ED ESAMI) PREVISTI?

Sì, li devi concordare con chi ti segue in gravidanza.

I tempi e le modalità per l'esecuzione delle visite ed esami previsti saranno stabiliti sulla base delle tue condizioni cliniche e dell'epoca di gravidanza in cui gli accertamenti sono raccomandati.

IL MIO STATO DI GRAVIDANZA MI SOTTOPONE AD UN RISCHIO MAGGIORE DI CONTAGIO DA CORONAVIRUS?

Le donne in gravidanza, al contrario di quanto osservato per l'influenza H1N1 e per la SARS, non sembrano manifestare una maggiore suscettibilità all'infezione rispetto alla popolazione generale né a sviluppare quadri clinici importanti.

SONO UNA DONNA IN GRAVIDANZA, SONO PIÙ A RISCHIO DI INFEZIONI RESPIRATORIE?

La gravidanza può essere una condizione di rischio per lo sviluppo di infezioni delle vie respiratorie con possibili gravi complicazioni cliniche. Di conseguenza, se presenti sintomatologia respiratoria, rivolgiti al tuo medico di famiglia oppure al professionista che ti segue in gravidanza.





SONO IN GRAVIDANZA E SONO CORONAVIRUS POSITIVA, POSSO TRASMETTERE IL VIRUS AL MIO BAMBINO?

Allo stato attuale le conoscenze scientifiche escludono che il virus Sars-CoV-2 attraversi la placenta e quindi il feto è protetto. Dopo la nascita, dovrai seguire le indicazioni che ti verranno fornite dal personale del Punto Nascita.

SONO IN GRAVIDANZA E SONO CORONAVIRUS POSITIVA CON SINTOMI RESPIRATORI. IL MEDICO MI HA DETTO CHE DEVO FARE LA TAC (TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA)

MA IO HO PAURA PER IL MIO BAMBINO.

La Tac è ritenuta, in questo momento, un esame essenziale per la valutazione delle complicanze polmonari. È importante che ti sottoponga agli esami che ti sono proposti in quanto servono per impostare la terapia più opportuna per la tua salute e quella del tuo bambino.

SONO IN GRAVIDANZA E SONO CORONAVIRUS POSITIVA, È MEGLIO CHE ESEGUA IL PARTO CESAREO?

Le conoscenze scientifiche ad oggi disponibili non raccomandano il taglio cesareo elettivo. Rimangono valide tutte le indicazioni legate al decorso della gravidanza/parto ed alla salute del feto.

SONO IN GRAVIDANZA E SONO CORONAVIRUS POSITIVA, POSSO PARTORIRE IN ACQUA?

Il parto in acqua per le donne con infezione da Sars-CoV-2 va evitato a seguito dell'evidenza di una trasmissione del virus per via fecale.

SONO UNA DONNA IN TRAVAGLIO E SONO CORONAVIRUS POSITIVA.

POSSO ESSERE FONTE DI CONTAGIO PER I SANITARI CHE MI ASSISTONO?

Sì, infatti per il parto vaginale, come per il cesareo, sono raccomandate specifiche misure di protezione per gli operatori sanitari.

SONO IN GRAVIDANZA, IL MIO PARTNER È POSITIVO, DEVO FARE IL TAMPONE NASO-FARINGEO PER IL VIRUS SARS-COV-2?

Avverti il tuo medico di famiglia ed il medico ginecologo/ostetrica che ti segue in gravidanza e ti verranno fornite le informazioni su quali comportamenti adottare.

SONO CORONAVIRUS POSITIVA OPPURE MANIFESTO SINTOMI INFLUENZALI E NON HO ESEGUITO IL TAMPONE PER LA RICERCA DEL VIRUS SARS-COV-2, QUANDO ENTRERÒ IN TRAVAGLIO DOVRÒ SCEGLIERE UN PUNTO NASCITA SPECIFICO?

Tutti i nostri Ospedali si sono organizzati per avere percorsi protetti in modo da fornire una assistenza adeguata.

SONO IN GRAVIDANZA AL III TRIMESTRE E SONO CORONAVIRUS POSITIVA, DOVRÒ PARTORIRE PRIMA? POTRÒ FARE LA PERIDURALE?

Non ci sono, al momento, indicazioni scientifiche che suggeriscano di anticipare il parto.

La scelta dell'anestesia peridurale va concordata con l'équipe che ti assiste al parto (medico ginecologo, ostetrica, anestesista) in base alle tue condizioni cliniche ed a quelle del feto.

IL MIO PARTNER È CORONAVIRUS POSITIVO, POTRÀ ASSISTERE AL MIO PARTO?

È categoricamente vietato l'accesso ai reparti di Ostetricia ai partner positivi al virus che devono rispettare l'indicazione all'isolamento.

SONO DIVENTATA MAMMA, HO SINTOMI INFLUENZALI (OPPURE SONO CORONAVIRUS POSITIVA). POSSO ALLATTARE?

L'allattamento al seno è possibile e va sostenuto. Tutto il personale sanitario coinvolto, neonatologi, ostetriche, infermiere, ginecologi, valuteranno la tua specifica situazione e ti aiuteranno a mettere in atto le misure adeguate per la prevenzione ed il controllo dell'infezione durante l'allattamento.

SONO DIVENTATA MAMMA, HO SINTOMI INFLUENZALI (OPPURE SONO CORONAVIRUS POSITIVA). MENTRE ALLATTO POSSO EVITARE DI USARE LA MASCHERINA?

NO, dovrai sempre adottare tutte le precauzioni igieniche come l'uso della mascherina, accurato lavaggio delle mani, pulizia delle superfici.

E SE IO O IL MIO BAMBINO DOVESSIMO ESSERE SEPARATI PER LE NOSTRE CONDIZIONI CLINICHE?

Questo verrà fatto solo se indispensabile e solo per il tempo necessario

SONO DIVENTATA MAMMA MA, ANCHE SE NON SONO POSITIVA AL VIRUS, HO PAURA CHE IL MIO BAMBINO POSSA ESSERE CONTAGIATO

È opportuno seguire tutte le indicazioni fornite alla popolazione generale, quindi mettere in atto le norme igieniche (lavarsi le mani, usare fazzoletti monouso ecc) ed evitare le visite, anche dei nonni e parenti.



SOTTO LA LENTE

di Carlo Maria Stigliano



“Oggi veniamo applauditi, coccolati, apprezzati anche dai media: sono lontanissimi i tempi del “mostro in prima pagina”, del medico colpevole “a prescindere”

A che servono i medici

Oggi non è tempo di polemiche ma di unità di intenti e di azioni concrete e condivise da parte di istituzioni e cittadini; ma certo qualche riflessione andava fatta e soprattutto andrà ricordata per rendere il rapporto tra cittadinanza e classe medica più sereno e collaborativo

QUANDO L'EMERGENZA coronavirus sarà finita, sicuramente l'Italia e gli Italiani saranno un poco cambiati. Sarà probabilmente cambiato anche il loro rapporto con i medici ed il personale sanitario in genere: oggi sono considerati angeli che con i loro sacrifici, con la loro dedizione, con l'accettazione di rischi pesanti per loro e per i loro congiunti hanno affrontato - a volte con strumenti inadeguati o insufficienti - un nemico insidioso e pericoloso.

Ma solo fino a qualche settimana addietro questo amore, questa considerazione per il difficile lavoro dei medici veniva riconosciuto? Purtroppo l'opinione di molti nostri concittadini era molto critica nei nostri confronti; da alcuni venivamo considerati veniali e venduti alle multinazionali del farmaco; ogni risultato imperfetto, ogni accidente veniva classificato come 'malasanità' e addebitato a noi medici. Le denunce per presunti errori in medicina erano all'ordine del giorno e i pazienti guardavano con diffidenza l'operato dei sanitari. Che fine hanno fatto i giudizi sui ginecologi accusati di causare danni o addirittura morti in sala parto per presunta superficialità, per incompetenza o peggio per scarsa professionalità? E gli studi legali che garantivano cospicui risarcimenti per presunti danni da errori medici stanno ancora preparando insidiose e malevole cause contro i medici?

Oggi veniamo applauditi, coccolati, apprezzati anche dai media: sono lontanissimi i tempi del “mostro in prima pagina”, del medico colpevole “a prescindere”.

Quando tutto sarà finalmente finito, ci si ricorderà dei medici che non smontavano dai turni per giorni e settimane per curare a rischio della propria vita i malati di coronavirus e prestare cure a tutti gli altri che avevano bisogno, alle donne che dovevano partorire pur in queste condizioni? Il pensiero ritornerà riconoscente a quei colleghi che hanno addirittura perso la vita per fare quel-

lo che consideravano il loro dovere, al di là di ogni ragionevole impegno contrattuale?

E i magistrati guarderanno con comprensione i nostri colleghi da giudicare, consapevoli finalmente delle difficoltà di una professione che non è fatta di scelte frutto di algoritmi matematici ma che in realtà richiede decisioni a volte difficili ma comunque immediate e purtroppo inevitabilmente non sempre perfette?

Un'altra cosa: di fronte al dilagare della pandemia tutti, ma proprio tutti, invocano un vaccino contro il corona virus. Ma quando sarà eventualmente realizzato siamo certi che tutti, ma proprio tutti, saranno d'accordo per la vaccinazione? E i famosi “no vax” che diranno? Grideranno contro le multinazionali farmaceutiche che speculano sulla pelle delle persone imponendo un vaccino che non è necessario? E le anime belle nostrane, certi presunti paladini dei consumatori, denunceranno ancora gli uomini di scienza adombrando inesistenti sospetti sul loro spendersi per la vaccinazione?

E certi politici acqua e sapone tratteranno ancora gli esperti e gli scienziati come degli inutili e fastidiosi rappresentanti di un mondo fatuo in nome del tanto uno vale uno e tutti sono esperti?

Siamo sicuri che l'attenzione oggi riservata con tanto rispetto ai virologi, ai microbiologi, agli epidemiologi, ai medici in generale, continuerà anche dopo la fine dell'emergenza pandemica? O tutto finirà nel dimenticatoio?

Oggi non è tempo di polemiche ma di unità di intenti e di azioni concrete e condivise da parte di istituzioni e cittadini; ma certo qualche riflessione andava fatta e soprattutto andrà ricordata per rendere il rapporto tra cittadinanza e classe medica più sereno e collaborativo.

Oggi intanto e purtroppo, per dirla con il poeta, “si sta come d'autunno sugli alberi le foglie”. Ha da passà a nuttata. Ce la faremo!



CARLO MARIA STIGLIANO