

Attuiamo procedure di raffreddamento di questo Autunno caldo

Purtroppo il timore di un autunno caldo, che probabilmente dilaterà fino all'inverno, è diventato realtà. Il virus Sars-CoV-2 ha aumentato la velocità con cui si diffonde ed inizia a circolare anche quello dell'influenza



MAURIZIO SILVESTRI
Dirigente medico
Consultorio familiare
Spoleto
e Tesoriere Aogoi

IL PROFESSORE Claudio Crescini, con semplicità, è riuscito a farmi capire perché il coronavirus procura danni in noi "sapiens sapiens". *Contro il virus, cioè il nemico che attacca le nostre vie aeree, il sistema immunitario innato manda subito cellule che distruggono quelle infettate dal virus. Praticamente un bombardamento a tappeto con il napalm. Reazione massiva, rapida ma altamente distruttiva. Non rimane nessun ricordo del nemico e delle sue armi. Successivamente interviene la seconda linea di difesa, il sistema immunitario adattativo cioè le cellule T e B ossia i corpi di élite specializzati: paracadutisti, cecchini, guastatori ecc. Tutte truppe specializzate per combattere quel nemico specifico. Per raccogliere queste truppe, le cellule T e B, ci vogliono due settimane ma, giunte sul campo, agiranno selettivamente mantenendo la memoria del nemico; ricorderanno quindi le divise e le armi. Vinta la guerra si ritirano ma, se il nemico dovesse ritornare anche dopo anni, lo riconosceranno immediatamente e lo attaccheranno con precisione. È la strategia utilizzata con i vaccini. Il Sars-CoV-2 è purtroppo un virus nuovo per noi, quindi lo attacchiamo violentissimamente con il sistema innato: bombardamento a tappeto con il napalm nelle vie respiratorie. Polmoni in fiamme!*

Come afferma nelle "Pillole di ottimismo" il professore Guido Silvestri (al quale mi accomuna oltre al cognome anche il colore dei capelli) *sta arrivando la cavalleria degli anticorpi monoclonali per il trattamento di pazienti affetti da Covid-19, seguita subito dopo dalla cavalleria dei vaccini anti Covid.*

Nel frattempo che fare?

Dobbiamo rispettare le misure di igiene e di protezione individuale **come fosse un galateo sociale.**

Dobbiamo promuovere la vaccinazione antiinfluenzale per: ridurre i casi sospetti di Covid 19 (sintomi respiratori simili nelle due infezioni), ridurre il rischio di complicazioni che possono aversi durante l'influenza (soprattutto nei soggetti a rischio) e di conseguenza gli accessi ai pronto soccorso e nei reparti di cura (riducendo lo stress sui presidi assistenziali ed abbassare il rischio d'infezione ospedaliera

da coronavirus), ma anche contrastare l'assenza per questa malattia negli operatori sanitari, divenuti nel contesto pandemico ancora più preziosi ed essenziali.

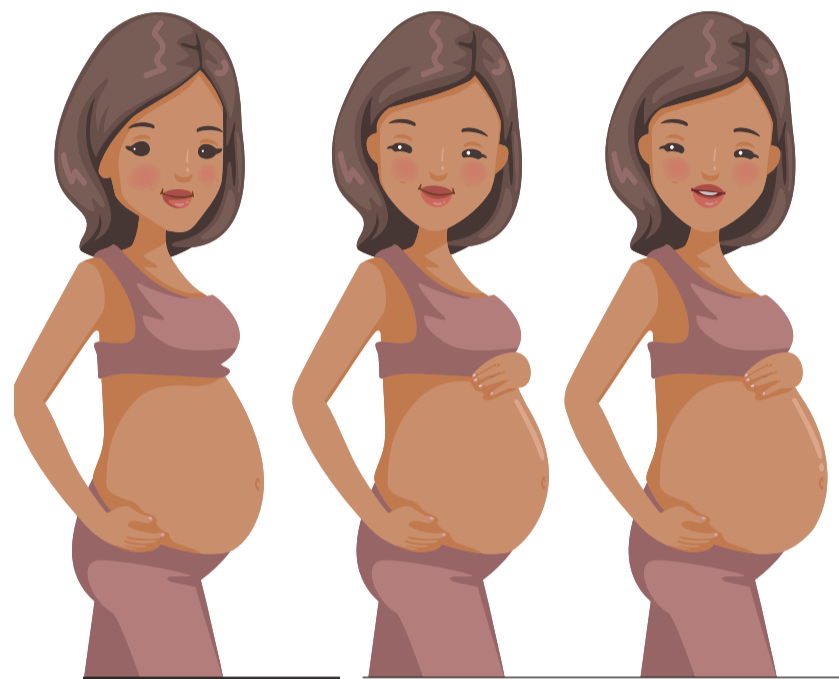
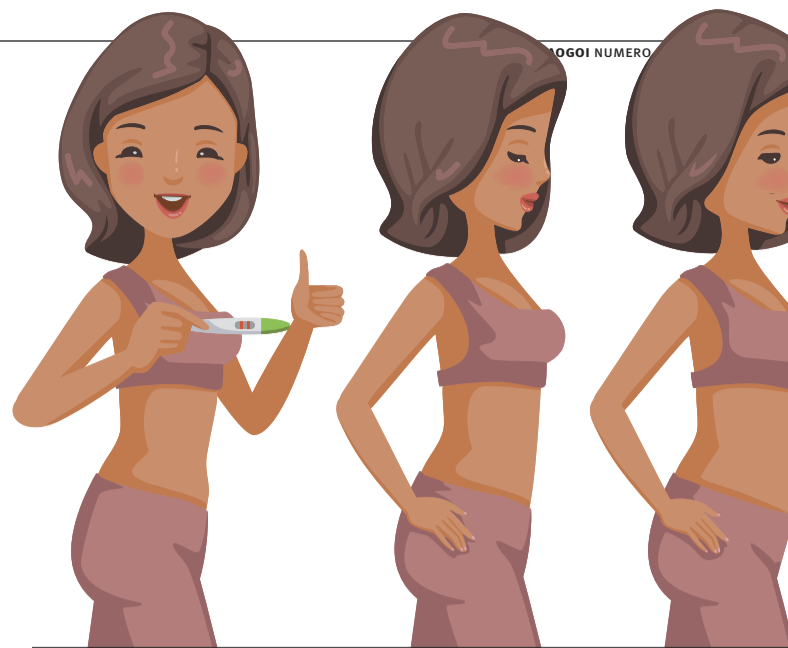
Nelle circolari del ministero della Salute, **le donne che all'inizio della stagione epidemica si trovano in gravidanza e nel periodo post partum**, rientrano fra le categorie ad **alto rischio** di complicanze o ricoveri correlati all'influenza per le quali la vaccinazione è raccomandata e offerta attivamente e gratuitamente.

La stessa vaccinazione è raccomandata, e offerta attivamente e gratuitamente, anche ai Medici ed altro personale sanitario che, attraverso le loro attività assistenziali, possono trasmetterla alle persone ad alto rischio di complicanze influenzali; quindi anche ai sanitari dei punti nascita.

È **l'immunità solidale**, la protezione delle persone più deboli attraverso la vaccinazione dei soggetti più sani. **Il valore sociale delle vaccinazioni.**

Si stanno accumulando evidenze scientifiche che, durante questo **autunno-inverno caldo**, con la co-circolazione di questi due virus e la possibile co-infezione, aumenti in maniera sostanziale la gravità clinica da Covid 19. Nei co-infettati il rischio di morte è circa 6 volte superiore rispetto ai negativi per entrambi i virus e circa 2 volte superiore rispetto ai solo positivi per Sars-CoV-2. Ancora, da un'analisi condotta in Brasile in soggetti positivi al Sars-CoV-2, gli autori hanno rilevato che i soggetti vaccinati contro l'influenza corrono un rischio significativamente più basso di incorrere nelle manifestazioni cliniche più severe del Covid 19. Anche altri vaccini sono stati segnalati come modulatori delle manifestazioni cliniche del Covid 19: quello contro la tubercolosi ma anche quello contro la pertosse. Il vaccino contro l'influenza conferirà anche un **vantaggio collaterale nel raffreddamento di queste stagioni.**

L'emergenza Covid 19 sta migliorando l'accettazione dei vaccini per le malattie prevenibili da vaccinazione Vpd (vaccine preventable disease), indebolendo la vaccino-fobia che sta ostacolando l'adesione a questa opportunità di salute. La necessità planetaria di disporre del vaccino contro il Sars-CoV-2 influenza in maniera positiva l'accettazione dei programmi vaccinali in atto nei vari paesi. Si accolgono in misura maggiore tutte le proposte vaccinali. Si torna a percepire il pericolo delle malattie infettive e, soprattutto, la possibilità di prevenirle attraverso i vaccini.



13

CONTRIBUTI

Gravidanze a Modelli assistenziali,



ROBERTO JURA
Consigliere nazionale SIGO

TRA I TANTI OBIETTIVI della nostra attività c'è quello di promuovere e uniformare modelli assistenziali per la donna con gravidanza/travaglio/parto a basso rischio, che possano e debbano essere applicati e seguiti in tutti i luoghi in cui l'evento venga seguito. L'area funzionale all'interno di una Uoc di Ostetricia, i Centri nascita esterni ai presidi sanitarie e le aree funzionali collocate nella stessa struttura della Uoc, direttamente collegati o adiacenti, sono le tre le modalità organizzative che, pur avendo caratteristiche diverse, possono essere idonee al perseguimento di questo obiettivo. *Conditio sine qua non* è che queste modalità organizzative rispondano a criteri di sicurezza e qualità definiti e condivisi da tutte le figure professionali coinvolte nel percorso. Con questi presupposti, possono quindi essere accolte le gravide a basso rischio seguite sul territorio dalla figura professionale dell'ostetrica che nel corso della gravidanza si è avvalsa dell'integrazione con il ginecologo sulla base dei protocolli e delle griglie di definizione del rischio. Lo stesso modello può essere adottato anche al momento della presa in carico della gravida da parte del personale ostetrico previa verifica dell'intero percorso della gravidanza. Questi modelli devono permettere oltre all'accoglienza anche l'eventuale

14

CONTRIBUTI

Organizzare il percorso nascita

Quando, perché e come esce da quello della gravidanza fisiologica. L'esperienza toscana

NON C'È DUBBIO che la gravidanza rappresenta un evento "normale" della vita e come tale anche le associazioni scientifiche si sono sempre occupate di promuoverla.

Negli ultimi anni in realtà, abbiamo assistito ad una serie di modifiche rispetto a questo percorso perché si fanno sempre meno figli, si fanno sempre in età più avanzata e le donne stesse vivono la loro gravidanza con una preoccupazione e un'ansia che di normale ha molto poco.

In effetti si pensi come in una Regione come la nostra Regione Toscana si è assistito ad una riduzione del 27,7% dei nuovi nati dal 2010 al 2019, con una riduzione che coinvolge anche le donne straniere (-20,5 vs 2010), come continui ad innalzarsi l'età media al parto (32,4 vs 31,5 del 2010), con un 10% di over 40 e si può comprendere come la percezione sia dei sanitari che delle nostre assistite sia lontana dalla normalità e sempre più si avvicini invece a quell'idea di "bambino prezioso" che non ha niente di scientifico ma che ben rappresenta un aspetto sociale che caratterizza la nostra epoca.

Del resto questi fattori condizionano anche la gravidanza stessa. Il ricorso alle tecniche di fecondazione assistita è raddoppiato rispetto a 10 anni fa e rappresenta il 4,1% e certamente l'età sempre più avanzata porta con sé possibili problematiche di salute e complicanze della gravidanza che compaiono con maggiore frequenza, con il passare degli anni. Si può comprendere dunque quel senso di incertezza che accompagna molte delle nostre assistite che vanno cercando punti di riferimento e rassicurazioni, non sempre corrette come le informazioni che si trovano su internet.

Il nostro ruolo di professionisti, allora, deve essere quello di promuovere il più possibile una assistenza appropriata nei confronti delle nostre assistite, restituendo loro un senso di sicurezza e contemporaneamente di "competenza". Il Who già dal 1975 parlava di promozione della normalità proponendo una griglia per la valutazione delle gravidanze a basso rischio: e dava già allora indicazione che per queste la professionista più adeguata fosse l'ostetrica. Sono passati molti anni e la griglia Oms risulta ancora un valido strumento anche se in qualche punto necessario di adeguamento ai tempi attuali: nel frattempo il recepimento delle normative europee ha portato anche nel nostro Paese la concreta possibilità per le ostetriche di seguire le gravidanze a basso rischio assumendone a tutti gli effetti la responsabilità.

Perché questo si realizzi e possa diventare un valore condiviso per tutti i professionisti e per le nostre assistite, si rende necessaria un'organizzazione ben strutturata che preveda una rete ben definita dedicata al percorso nascita nella quale le donne possano trovare risposte a tutti i livelli e sia ben predisposta la possibilità di passare da un nodo all'altro della rete in modo fluido e senza ricadute negative per le nostre assistite. Il percorso nascita ha l'indubbia caratteristica di potere trovare il territorio come luogo più appropriato: il prima e il dopo l'espletamento del parto dovrebbe infatti essere seguito a questo livello, tranne per situazione di particolare complessità che richiedano interventi complessi che possano essere svolti solo a livello ospedaliero.

Non si può tra l'altro trascurare il fatto che il terri-

torio possa offrire una équipe multidisciplinare per una presa in carico di tutti gli aspetti che interessano la gravidanza compreso quello sociale e psicologico, che anche le indagini dell'Iss hanno individuato essenziale per la prevenzione di una serie di patologie che arrivano fino alla morte materna (il suicidio rappresenta la prima causa di morte materna anche nel nostro Paese).

Il percorso nascita ben si presta ad immaginare modelli innovativi che alleggeriscano gli Ospedali lasciando loro le prestazioni più complesse e dunque più adeguate al loro ruolo.

Anche nel periodo della pandemia ci siamo dovuti rendere conto di quanto il territorio, se adeguatamente attrezzato e rafforzato, possa essere una risorsa strategica per il proseguo delle attività necessarie e indifferibili del percorso nascita.

Nella nostra organizzazione abbiamo individuato percorsi ben precisi: il percorso per la fisiologia viene seguito dall'ostetrica consultoriale, il percorso per il rischio cosiddetto "intermedio" viene seguito dai ginecologi consultoriali con possibilità di centralizzazione presso una struttura intermedia qualora insorgano problematiche per le quali sono necessari approfondimenti.

La struttura intermedia è rappresentata da un ospedale "territoriale" dove si trova anche la diagnosi prenatale e dove vengono effettuate anche tutte le ecografie di protocollo: qui è inoltre possibile eseguire anche la diagnosi invasiva e piccoli interventi, se necessari. L'ostetrica consegna nel consultorio il "libretto di gravidanza" che prevede già un'assistenza standardizzata per le gravidanze fisiologiche, concordata a livello regionale da un gruppo di lavoro nel quale erano presenti medici-ostetrici e ostetriche. Alla consegna del libretto viene proposta la griglia Who e se la gravidanza risulta a basso rischio le viene proposta un'assistenza ostetrica. Chiaramente questo presuppone una rete di professionisti medici-ostetrici di riferimento, i quali supportano e talvolta intervengono qualora si renda necessario. Contemporaneamente alla consegna del libretto vengono offerte e prenotate le ecografie di protocollo (che nella nostra regione sono 3) che vengono effettuate nella struttura cosiddetta "intermedia". Qualora si verificassero problematiche che determinino la fuoriuscita dal percorso fisiologico le donne vengono prese in carico dai professionisti territoriali di riferimento.

In caso di problematiche transitorie o che, ad un approfondimento, non risultino sussistenti è possibile tornare al percorso della fisiologia.

Se dalla griglia Who risulta invece la presenza di qualche fattore di rischio allora la donna viene indirizzata direttamente al percorso medico e, qualora questo si complichino, al percorso gravidanze a rischio della struttura intermedia.

Il passaggio all'ospedale avviene, previa una accurata relazione che testimonia il percorso, effettuato presso il termine o con presa in carico anticipata nel caso di complicanze importanti che rendano necessario un ricovero o l'anticipazione del parto. Questo modello "a rete" è stato preceduto da un periodo di confronto e formazione sia per i medici che per le ostetriche ed è in grado di garantire passaggi fluidi e continuità.

Si sta lavorando su protocolli e percorsi specifici per le situazioni che deviano dalla fisiologia.

Si tratta di un modello semplice e integrato in grado di garantire equità e sostenibilità delle cure a tutti i livelli con una buona adeguatezza dei percorsi offerti. Insomma "individuare il professionista giusto" per il percorso più adeguato rappresenta una garanzia di efficienza ed efficacia e la riduzione di eccesso di interventi inadeguati se non inu-



VALERIA DUBINI
Direttore Area Assistenza Sanitaria Territoriale e Continuità
Responsabile Aziendale della Rete Codice Rosa Azienda Sanitaria Usl Centro Presidio P. Palagi

basso rischio modalità organizzative e percorsi

uscita dalle stesse per insorgenza di eventi complicanti il percorso travaglio parto. Questo fatto, che sembra scontato, è il punto cruciale di tutto il percorso in quanto determina che è l'ostetrica di riferimento ad essere, in prima battuta, la responsabile del monitoraggio e della valutazione dell'iter fisiologico del percorso stesso introducendo il concetto di responsabilità.

Percorso. Al momento dell'insorgenza del travaglio deve essere effettuata una rivalutazione del rischio materno e feto neonatale, da parte di entrambi gli operatori, medico e ostetrica ai fini dell'ammissione nell'area funzionale scelta, mediante check list condivise. Si ritiene indispensabile che l'ostetrica inerita nel team che opera in queste aree a gestione autonoma abbia completato un volume di attività non inferiore a 50 parti *one to one*, con l'impegno da parte delle strutture sanitarie, direttamente coinvolte o di riferimento a strutture esterne, di promuovere l'affiancamento da parte del personale già formato nei casi necessari al fine di implementare l'autonomia gestionale. Medici ginecologi, pediatri/neonatologi e ostetriche devono condividere periodici percorsi di aggiornamento interdisciplinare includenti la gestione di condizione di urgenza/emergenza. Tutte queste aree funzionali, tutte le procedure e tutti i protocolli devono

inoltre essere oggetto di Audit clinici con scadenza definita. Audit che comprendano i professionisti direttamente coinvolti e i professionisti di riferimento non coinvolti direttamente, al fine di monitorare i motivi e le modalità di uscita dal percorso per sopravvenute problematiche durante il percorso iniziale. Per uniformare strutture, percorsi e linguaggi è poi indispensabile: la presa in carico della donna e una valutazione iniziale; una raccolta dell'anamnesi personale o una valutazione di quella raccolta; la rilevazione dei parametri vitali e delle condizioni materne e fetali (attività cardiaca e movimenti attivi fetali, contrazioni, modificazioni cervicali, Perdite vaginali, accrescimento, situazione, presentazione, impegno); e, ultimo ma non ultimo, instaurare un rapporto empatico con la donna finalizzato alla comprensione delle aspettative sull'evento travaglio/parto se non ancora sondat. Pur rendendomi conto che queste mie poche raccomandazioni possono sembrare banali, ritengo che vadano sempre ricordate e applicate in quanto l'obiettivo che tutti noi ci prefiggiamo è sì quello di offrire la più ampia scelta alle nostre pazienti, ma sempre con il massimo delle garanzie possibili per il binomio madre-feto.