

Salute & Benessere



Caldo e caldi di pressione, cosa fare?

Mariolina De Angelis*



Caldo e caldi di pressione arteriosa, cosa fare?

L'innalzamento della temperatura e l'aumento del tasso di umidità possono essere causa di ipotensione. Ciò accade perché il nostro organismo, per adattarsi a questa nuova condizione climatica deve ricorrere a meccanismi fisiologici. Si tratta di veri e propri meccanismi di difesa che hanno come scopo quello di disperdere il calore. Tra questi certamente c'è la vasodilatazione e la sudorazione,

entrambi evidenti e necessari. La conseguenza diretta sarà la deplezione dei sali minerali e con essi la possibilità di disidratazione. L'ipotensione è un disturbo comune e anche complesso. Si verifica soprattutto se cambiamo in maniera repentina la nostra postura. Dopo sforzi fisici o con un clima afoso. Certamente chi lavora al chiuso o in luoghi in cui le temperature sono alte, come ad esempio le cucine di ristorante, sarà molto più probabile che avvenga. E' certamente una situazione che può costituire un handicap. A volte anche di non poco conto. I sintomi dell'ipotensione sono diversi: capogiri, mal di testa, abbassamento della vista, fi-

schio all'orecchio, debolezza, stanchezza e difficoltà di concentrazione. A volte la sintomatologia è anche associata a sudorazione eccessiva e nausea ed inappetenza. Ma il sintomo che generalmente accompagna una crisi ipotensiva è lo svenimento che può causare anche delle cadute accidentali con conseguenti danni gravi. Ma quali sono i rimedi per prevenire l'ipotensione? anzitutto bere liquidi durante la giornata e mantenersi sempre idratati. Prediligere bevande non gassate e mai alcoliche; alimentarsi con cibi leggeri e facilmente digeribili, prediligendo frutta e verdura di stagione; evitare alimenti ipercalorici,

grassi o salati. Inoltre è importante non svolgere attività fisica nelle ore più calde della giornata, avendo anche cura di rinfrescare i locali dove si vive la quotidianità. Evitare di cambiare posizione passando per esempio da quella supina a quella sdraiata in modo veloce. E' importante farlo in modo graduale per evitare capogiri e instabilità posturale. Inoltre, cerchiamo di mantenere alti livelli di potassio e di magnesio, consumando pesche, albicocche, patate e fagioli; sarà utile anche un consumo di mandorle, cacao amaro e pistacchi. Nel caso in cui ci dovessimo trovare di fronte ad un calo di pressione improvviso è comun-

mente importante sdraiarsi, tenendo sollevate le gambe e bere un bicchiere d'acqua. Potremmo anche consumare dei rimedi naturali quali la liquirizia amara o la radice della stessa. Potremmo mettere anche dei grani di sale grosso sotto la lingua. Basterà questo per far alzare velocemente i livelli della pressione arteriosa. Errore è pensare che sia importante assumere zuccheri, in realtà basta un bicchiere d'acqua, che sarà capace di attivare gli osmorecettori, che determineranno una vasocostrizione periferica che velocemente aumenterà la pressione arteriosa.

* Farmacista

► SOCIETÀ' *Diventa prioritario sensibilizzare i cittadini*

Fermiamo una nuova ondata

L'unico strumento per vincere il Coronavirus resta la vaccinazione

Gianpaolo Palumbo*



Tutti i cittadini italiani oggi sono in zona bianca, eppure lentamente aumentano i contagi ed il numero dei ricoveri. Non sono dati particolarmente simpatici perché riguardano la percentuale dei positivi sul numero dei tamponi (3,5%). In questo caso doppio allarme perché sale tale percentuale e si abbassa la popolazione sottoposta ai controlli. Altro dato da tenere d'occhio è il numero secco dei contagi che è salito dell'85% nell'ultima settimana anche con 120 ricoveri giornalieri in reparti ordinari. Al di là del numero conta la tipologia ormai standard nelle strutture degli ospedali italiani: la maggior parte dei pazienti ha un'età media di 40 anni e non è vaccinata, una quota è "no-vax" ed un 3% è costituito da vaccinati con una bassa intensità clinica di malattia. La deduzione logica di questa semplice nota matematica è un imperativo categorico: salvare le vite delle persone e l'economia della nazione. L'unico strumento, al momento, per vincere la guerra contro il coronavirus è la vaccinazione.

Bisogna evitare nuove "ondate" che sarebbero di una negatività assoluta. In Gran Bretagna dichiarano che non è terminata la loro quarta, mentre la Spagna è entrata nella quinta. Non sono gli "urti" pandemici o il loro numero che cambiano le situazioni. Le situazioni mutano solo se le popolazioni si faranno trovare immuni dal virus. Comunque dopo quindici settimane di contagi in discesa si sta registrando una rapida impennata, anche se è certo che, al momento, si tratta di piccoli incrementi che non hanno impatto sull'occupazione dei posti letto negli ospedali, ma che certificano l'aumentata circolazione del virus. Se a ciò si aggiunge la considerazione che il numero dei vaccinati è in costante aumento, il numero dei casi che si rivolgono agli ospedali ed anche alle terapie intensive dovrebbe essere minore. Nonostante ciò vanno perseguiti sempre i comportamenti che dall'inizio della pandemia sono più che raccomandati a tutti i cittadini del mondo di qualunque età ed in particolare a quelli al di sopra dei 50 anni.

I dati che abbiamo riportato di per sé non sono allarmistici ma il loro trend in salita non può non essere preso in seria considerazione. Non c'è un sovraccarico degli ospedali, ma ci potrebbe essere una ripresa della diffusione proprio perché la popolazione non è stata ancora immunizzata. Solo trentasei milioni di italiani ha ricevuto una sola dose di vaccino e ventotto milioni sono stati sottoposti a due inculi

A queste considerazioni va aggiunta che alcune varianti virali (tipo l'Indiana o Delta) sono particolarmente aggressive. Proprio la Delta rappresenterà nella prima parte del mese di agosto il 70% della tipologia infettiva in Europa ed il 90% nei primi giorni del mese di settembre.

I grandi eventi sportivi e le vacanze estive potrebbero peggiorare la situazione. Basta vedere ciò che è successo tra i gruppi di giovani nell'Algarve portoghese, a Palma de Maiorca nelle Baleari spagnole e negli spostamenti degli irriducibili tifosi del calcio, che sono quelli più numerosi.

All'inizio della pandemia, complici le pluripatologie, c'è stata una vera e propria strage di persone ultra ottantenni, mentre a giugno scorso si è quadruplicato il numero dei contagi tra giovani e giovanissimi.

Il ciclo vaccinale deve essere completo per avere una grande efficacia nel prevenire l'infezione nell'88% dei casi ed i ricoveri ospedalieri fino al 97,4% nella fascia tra i 40 ed i 59 anni, nell'evitare fino al 100% i ricoveri in terapia intensiva ed il rischio di morte del 96% per le persone sotto i 60 anni.

Abbiamo riportato questi dati per sottolineare ancora una volta di come sia utile vaccinarsi. La popolazione ha iniziato a meglio comprendere l'utilità di immunizzarsi, tanto è vero che nel corso del 2020 la vaccinazione antiinfluenzale, in pieno lock-down, è aumentata del 23,6% con una parallela diminuzione dell'utilizzo degli antibiotici del 21,0%. Bisogna continuare e non fermarsi perché il "gregge" non è ancora immunizzato.

Per questo motivo possiamo davvero ritenere che la quarta ondata sia sempre più vicina? La risposta è positiva se ci riferiamo, come già sottolineato, al numero dei contagi che stanno aumentando in maniera esponenziale. Ma chechè ne dicano i "catastrofisti", sicuramente sarà un'ondata diversa dalle altre per i vaccini e per il fatto che metà della popolazione è immunizzata; per il Green Pass obbligatorio e per le nuove misure che si stanno mettendo in atto al fine di evitare le tanto temute chiusure a causa della variante Delta. Tuttavia bisogna sempre tenere conto della diffusione delle varianti e della loro capacità di "arginare" i vaccini.

Dunque, perché si possa parlare di ultima estate con l'incubo del Covid, affinché si possa garantire nel terzo anno dell'era Covid una generalizzata didattica in presenza, non solo dobbiamo ringraziare la scienza, ma diventa prioritario sensibilizzare gli irresponsabili che non hanno compreso appieno l'emergenza e la gravità della situazione e sperare nel recupero di un diffuso senso civico tra coloro fin



qui dimostratisi riottosi!

È di incontrovertibile evidenza che si naviga tuttora al buio, ci si ritrova tra certe cose che hanno invaso la nostra vita e tendono alla trasformazione del mondo intero in una immensa «trappola» di scelte.

"L'insostenibile leggerezza dell'essere", famosissimo romanzo di Milan Kundera, è un titolo straordinariamente efficace per ritrarre l'unicità della vita di ogni individuo che si confronta con l'impossibilità di decretare se effettivamente

le scelte che fa, su ogni qualsivoglia questione, siano giuste o sbagliate, perché non c'è e non ci sarà mai il termine di paragone per poterlo stabilire. Per questo, tornando ai nostri giorni, possiamo permetterci una possibile leggerezza nel prendere qualsiasi scelta, perché non avremmo mai la possibilità di stabilire se sarebbe stato meglio o peggio scegliere un'altra cosa.

*Medico Federazione medici sportivi italiani



- PREPARAZIONI GALENICHE E MAGISTRALI
- FARMACI VETERINARI
- PUNTOBLU. PRENOTAZIONE & TICKET



Farmacia Amodeo

Via Tagliamento, 42/44 - 83100 Avellino - Tel. 0825 36917
www.farmaciamodeo.it - farmaciamodeo@libero.it

- CONTROLLO DELLA PRESSIONE
- CONSULENZE DERMOCOSMETICHE
- MC CLUB FIDELITY

**► PREVENZIONE.** Dalle gravidanze oltre il termine agli episodi di rottura anticipata delle acque

Il miracolo della nascita, il parto indotto

Mario Polichetti*



Il parto indotto è l'induzione del travaglio di parto con metodi artificiali.

Il parto indotto è una pratica indicata in determinate

condizioni, tra cui: le gravidanze oltre il termine, gli episodi di rottura anticipata delle acque e la presenza di una qualche anomalia a carico della placenta.

Attualmente, le tecniche di attuazione del parto indotto a disposizione di ginecologi e ostetrici sono più d'una; poiché si tratta in tutti i casi di procedure non completamente esenti da pericoli sia per la madre che per il feto, prima della realizzazione di una di loro il medico dovrà valutare rischi e benefici della specifica tecnica scelta.

In genere, il parto indotto si conclude con un parto vaginale; tuttavia, in determinati frangenti, può capitare che richieda l'esecuzione di un taglio cesareo o l'uso di forcipe o ventosa.

Il parto indotto è quindi una pratica medica che serve a "forzare" la nascita.

Conosciuto anche come induzione del parto, il parto indotto è una procedura delicata, la cui attuazione deve sempre seguire un'accurata valutazione del rapporto rischi/benefici.

Parto Indotto in Italia

In Italia, secondo alcuni dati statistici, il parto indotto trova impiego nel 20-25% delle gravidanze e rappresenta uno degli interventi di ostetricia e ginecologia più attuati.

Solitamente, quando si parla di parto indotto, non rientrano nel computo delle gravidanze totali i cosiddetti cesarei elettivi, in quanto questi interventi non prevedono il travaglio (travaglio che, invece, è previsto in caso di induzione del parto).

Quando si Esegue il Parto Indotto

Il parto indotto è una metodica che può trovare indicazione in varie circostanze, tra cui:

- Gravidanza protratta oltre il tempo limite. Ricordando che la durata di una normale gravidanza è di 40 settimane, una gestazione che supera di un paio di settimane la durata suddetta (quindi 42 settimane) rappresenta un'ottima candidata all'induzione del parto con metodi artificiali. In occasione di gravidanze troppo lunghe, se i medici non agiscono con il parto indotto, c'è il rischio concreto che il feto cresca troppo, risultando dannoso per la placenta e pericoloso per la madre.

- Rottura prematura delle acque. La rottura delle acque rappresenta, solitamente, uno dei segni iniziali del travaglio, quindi è un evento che precede di poco il parto; in alcuni sfortunati frangenti, però, questo fenomeno, noto anche come rottura delle membrane, può verificarsi prima del previsto (rottura prematura delle acque). Se la rottura prematura delle acque avviene diverse ore prima del travaglio di parto, madre e feto sono a rischio di infezioni; se invece la rottura prematura delle acque ha luogo settimane prima della data presunta di parto, l'intera situazione potrebbe evolvere in un parto pretermine, cioè nella nascita prematura del bambino).

- Scarso contenuto di liquido amniotico (oligoidramnios). In genere, questa condizione non crea disturbi particolari; in quei casi, però, in cui dimostra di essere pericolosa per il futuro nascituro, diviene una candidata al parto indotto.

- Distacco di placenta. Questo fenomeno ha luogo, quando la placenta si separa dalla parete interna dell'utero. Gli effetti del distacco di placenta possono essere anche molto gravi e mettere in pericolo di vita sia la madre che il feto. Il distacco di placenta rappresenta una delle cause più importanti di emorragia ante-partum (perdita di sangue prima del parto).

- Infezione intra-amniotica. Conosciuta anche come corioamnionite, è l'infezione di una delle membrane fetali (amnios o co-

rión).

- Deterioramento della placenta. I medici parlano di deterioramento della placenta quando quest'ultima è oggetto di invecchiamento precoce.

- Preeclampsia. La preeclampsia è la condizione di cui soffrono le donne incinte che presentano, contemporaneamente, ipertensione, edema e proteinuria. La preeclampsia può degenerare in eclampsia, una patologia grave tipica della gravidanza che può causare la morte della madre e del feto.

- Ritardo nella crescita del feto. Si parla di ritardo nella crescita del feto, quando quest'ultimo non è sufficientemente sviluppato per l'epoca gestazionale che sta vivendo.

Il parto indotto, inoltre, è indicato in caso di aborto spontaneo in una fase avanzata della gravidanza oppure quando la madre soffre di una condizione tra diabete gestazionale, malattia renale cronica e colestasi gravidica o presenta un alto indice di massa corporea (in altre parole, è affetta da obesità).

In caso di rottura prematura delle acque

Se la rottura delle acque avviene prima della 34esima settimana, il ginecologo pratica il parto indotto solo se è l'unica soluzione possibile; se la rottura delle acque avviene tra la 34esima e la 37esima settimana, il medico illustra alla madre i pericoli e benefici del parto indotto e decide con lei il da farsi; infine, se la rottura delle acque avviene alla 37esima settimana o poco dopo, la strategia dei medici è tenere in osservazione continua madre e feto, al fine di indurre artificialmente il travaglio nel momento più opportuno.

Altre circostanze in cui può essere utile il Parto Indotto

Le indicazioni al parto indotto riportate finora sono tutte condizioni di natura patologica.

L'induzione del parto, tuttavia, può trovare impiego anche in situazioni non prettamente morbosa; infatti, può risultare utile a:

- Le donne incinte che vivono distanti da un centro ospedaliero



ben equipaggiato per un parto;

- Le donne incinte che hanno necessità di partorire prima di un determinato momento della loro vita (in tali circostanze, il parto indotto è una richiesta della futura partoriente, piuttosto che un'esigenza del medico).

Preparazione

Prima di una pratica come il parto indotto, il ginecologo deve valutare una serie di parametri fondamentali a stabilire l'idoneità della madre e l'indispensabilità della procedura.

Tra i parametri presi in considerazione, figurano:

- Lo stato di salute generale della madre e del feto;

- L'età gestazionale del feto e le sue dimensioni;

- La posizione intrauterina (cioè dentro l'utero) del futuro nascituro;

- Lo stato di salute della cervice uterina materna.

Sulla base dei parametri appena citati, i medici sono in grado di stilare un rapporto rischi/benefici relativo al parto indotto, così da poter agire con il più ampio margine di sicurezza.

Anche quando il rapporto rischi/benefici è sbilanciato ampiamente verso i benefici, il parto indotto rimane comunque una pratica delicata, che potrebbe nascondere degli spiacevoli inconvenienti.

Il parto indotto è una tecnica praticata nei centri nascita e negli ospedali con un reparto di ostetricia equipaggiato a monitorare la madre e il futuro nascituro anche dopo il parto.

Procedura

Esistono varie tecniche per eseguire il parto indotto; la scelta della metodica d'esecuzione spetta al ginecologo che ha in cura la gestante e dipende, sostanzialmente, dal motivo che ha reso necessaria l'induzione del parto.

Ogni donna gravida che si sottopone a parto indotto rappresenta un caso a sé stante.

A prescindere dalla modalità d'esecuzione, il parto indotto richiede sempre l'anestesia epidurale, in quanto produce contrazioni uterine molto forti e dolorose (in genere, è responsabile di dolori molto più intensi del parto naturale).

In genere, l'induzione del parto termina con il parto vaginale; alcune situazioni particolari, però, impongono al medico di ricorrere ad altre strategie per far nascere il bambino, come il taglio cesareo o l'uso di forcipe o ventosa.

Tra le diverse tecniche di esecuzione del parto indotto, le principali sono:

- Lo scollamento delle membrane;

- L'induzione della maturazione e della dilatazione cervicali;

- L'amniotomia;

- La somministrazione intravenosa di ossitocina.

SCOLLAMENTO DELLE MEMBRANE

Lo scollamento delle membrane è una metodica valida sia per indurre il parto, sia per velocizzarlo.

Nell'eseguirlo, il ginecologo inserisce una mano direttamente nell'utero e pratica una serie di delicate manovre, mirate a separare il sacco amniotico dalle pareti uterine interne.

Gli effetti dello scollamento delle membrane non sono sempre immediati.

Avvertenze ed effetti indesiderati: dopo lo scollamento delle membrane (anche a distanza di diverse ore), è possibile che si verifichi un'emorragia, simile a quella mestruale. Se tale emorragia è copiosa, è bene allertare il proprio ginecologo.

INDUZIONE DELLA MATURAZIONE E DELLA DILATAZIONE CERVICALI

Premessa: la maturazione cervicale (o maturazione della cervice uterina) è il processo che anticipa la dilatazione e l'assottigliamento dell'utero, i quali, a loro volta, precedono il parto vero e proprio.

Attualmente, per stimolare la maturazione delle cervice e dilatare di conseguenza l'utero, il ginecologo può utilizzare:

- Prostaglandine sintetiche, somministrate per bocca (pastiglie) o direttamente nella vagina (gel);

- Il pessario, che è un anello in silicone realizzato per il suo collocamento in vagina;

- Un dilatatore meccanico, come il catetere di Foley o un derivato dell'agla laminaria.





Avvertenze ed effetti indesiderati: l'uso di prostaglandine sintetiche richiede un monitoraggio continuo della paziente, perché potrebbe indurre un'alterazione della frequenza cardiaca fetale.

Il catetere di Foley è un sottile tubicino di gomma flessibile, dotato, a un'estremità, di un palloncino gonfiabile.

Il suo impiego nel parto indotto prevede che il medico inserisca l'estremità dotata di palloncino nel canale cervicale e inietti, attraverso l'estremità opposta, una soluzione salina, al fine di gonfiare il suddetto palloncino e allargare, grazie a un meccanismo di spinta, le pareti della cervice.

I derivati della laminaria (digitata e japonica) non sono altro che i gambi di queste alghe marine, che, una volta essiccati, diventano ideali per l'inserimento nel canale cervicale.

Una volta nel canale cervicale, i derivati di laminaria sono in grado di favorire i processi di maturazione e dilatazione della cervice.

AMNIOTOMIA

L'amniotomia è la rottura volontaria delle acque.

Il ginecologo esegue questa operazione incidendo il sacco amniotico con un piccolo gancio di plastica; tale incisione produce perdita di liquido amniotico dalla vagina.

L'amniotomia è particolarmente indicata quando la cervice è già parzialmente dilatata e assottigliata.

Avvertenze ed effetti indesiderati: bisogna porre sotto osservazione il feto sia prima che dopo l'amniotomia, in quanto possono verificarsi delle variazioni del suo ritmo cardiaco.

SOMMINISTRAZIONE INTRAVENOSA DI OSSITOCINA

Premessa: l'ossitocina è l'ormone che l'organismo di una donna incinta al termine della gravidanza produce in grandi quantità, al fine di stimolare le contrazioni uterine e il travaglio.

La somministrazione intravenosa di ossitocina sintetica permette di indurre le contrazioni uterine in modo artificiale.

Questa pratica rappresenta la soluzione ideale quando la cervice

è già parzialmente dilatata e assottigliata; tuttavia può avere effetto anche nel processo di maturazione cervicale.

Avvertenze ed effetti indesiderati: come nei casi precedenti, anche la somministrazione di ossitocina richiede il monitoraggio continuo della frequenza cardiaca del feto.

Durata del Parto Indotto

La durata del parto indotto è variabile da gestante a gestante e dipende, principalmente, dallo stato di maturazione della cervice uterina al momento dell'inizio della pratica medica finalizzata all'induzione del travaglio di parto e, secondariamente, dalla tecnica esecutoria impiegata.

In termini temporali, la durata di un parto indotto può essere di poche ore, se la maturazione della cervice uterina è già a buon punto, oppure di qualche giorno, se la cervice uterina è ancora molto immatura.

Il tempo che trascorre dall'applicazione del rimedio all'inizio del travaglio indotto dipende dalla tecnica d'induzione e dallo stato di maturazione della cervice uterina (immatura, matura, parzialmente dilatata ecc). Per esempio, in caso di cervice uterina ancora immatura, possono vedersi anche due giorni, prima di vedere i primi effetti; viceversa, in caso di cervice matura o già in parte dilatata, il tempo richiesto è di qualche ora.

Se la stimolazione del parto non è andata a buon fine, il medico può fare un altro tentativo, a patto che le condizioni di salute del bambino lo permettano.

Qualora, infatti, risultasse pericoloso indurre nuovamente il travaglio, è opportuno optare per altre soluzioni, come per esempio il taglio cesareo.

Si possono combinare più metodi per stimolare meglio il travaglio di parto, il ginecologo può adottare più tecniche contemporaneamente, per ottenere un effetto migliore. Chiaramente, devono sussistere le condizioni idonee alla pratica dell'induzione del parto.

In caso di complicanze è previsto l'uso di forcipe o ventosa.

Non ci sono prove che i rimedi naturali, come omeopatia, agopuntura, avere rapporti sessuali

durante la gravidanza ecc., siano in grado di stimolare il parto indotto. Anzi, è opportuno ricordare che, in alcuni frangenti, le suddette circostanze potrebbero rivelarsi pericolose.

Rischi

Il parto indotto è una procedura delicata, perché espone la gestante e il feto a diversi rischi; ciò spiega perché, prima della sua esecuzione, i ginecologi hanno il dovere di valutare il rapporto rischi/benefici della pratica medica in questione e decidere il da farsi solo una volta conclusa la valutazione.

Tra i rischi connessi al parto indotto, rientrano:

- Le possibili complicanze di un eventuale taglio cesareo. In caso di induzione del parto, la situazione ideale è che la nascita del bambino avvenga con parto vaginale; tuttavia, in alcuni casi, ciò non è possibile e il medico è costretto a praticare il taglio cesareo. Come ogni intervento chirurgico, il taglio cesareo non è esente da rischi e complicanze.

- La nascita prematura del bambino. Questo rischio riguarda tutti i parti indotti nelle gravidanze non a termine. Come ribadito più volte, per indurre il travaglio, il medico ha il dovere di fare le opportune valutazioni e chiedersi cosa sia meglio per la madre e per il bambino. Uno dei disturbi più comuni tra i bambini nati prematuri è il distress respiratorio.

- La riduzione, nel bambino, del ritmo cardiaco. Alcuni medicinali impiegati per l'induzione del parto hanno, come possibile effetto collaterale, la riduzione della frequenza cardiaca fetale e il calo dell'apporto di ossigeno che la madre destina al feto.

- Infezioni. Il rischio di sviluppare infezioni aumenta sia nella madre sia nel feto.

- Il prolasso del cordone ombelicale. Questa situazione si verifica quando il cordone ombelicale discende nel canale cervicale prima della testa del bambino; il prolasso del cordone ombelicale comporta una riduzione dell'ossigeno destinato al feto.

- La rottura dell'utero. È una complicazione molto rara, tuttavia possibile.

- Emorragie post-partum. Queste sono dovute alla mancata contrazione spontanea delle pareti muscolari dell'utero (atonìa uterina); talvolta, le emorragie post-partum sono anche molto copiose.

Controindicazioni

Rappresentano una controindicazione alla pratica del parto indotto:

- L'esecuzione, in passato, del taglio cesareo (specialmente se dopo induzione del parto) o di un intervento chirurgico all'utero;

- La presenza di placenta previa (condizione in cui la placenta si sviluppa in corrispondenza del fondo dell'utero);

- Il feto in posizione trasversale;

- La presenza di un'infezione da herpes simplex genitale;

- Un canale cervicale di piccole dimensioni (ostacola il parto vaginale).

Risultati

La maggior parte dei parti indotti (secondo una statistica inglese, poco meno di 2/3) non richiede altri interventi e si conclude, favorevolmente, con un semplice parto vaginale.

Un 15% circa, invece, esige l'uso di forcipe o ventosa, mentre quasi un 20% richiede il taglio cesareo.

Il taglio cesareo effettuato al termine di un'induzione del parto non vieta gravidanze successive, tuttavia sconsiglia qualsiasi ulteriore pratica di parto indotto.

***Direttore Unità Operativa Gravidanza a Rischio Azienda Universitaria di Salerno**

Basilico, una pianta dalle mille proprietà benefiche

Maria Luisa D'Amore*



Re assoluto dell'estate ed elemento cardine della cucina italiana, come si può non conoscere il basilico?

Esso è forse la pianta aromatica più apprezzata e conosciuta del nostro continente, e il suo utilizzo ricorrente in cucina ne è una prova schiacciante: piccolo, verde e rigoglioso, si tratta di un arbusto annuale appartenente alla famiglia delle Lamiaceae, caratterizzato da un fusto erbaceo sottile con

grandi foglie dal colore verde intenso; la pianta risente molto dei climi freddi, non sopravvivendo a temperature inferiori ai 10 gradi; per questo motivo, il periodo di coltivazione è principalmente quello tardo-primaverile o estivo.

Oltre alla pianta in sé, quello che di certo rende ancora più noto il basilico è l'aroma, che lo ha reso protagonista indiscusso di numerose ricette della tradizione italiana; sarebbe infatti impossibile immaginare una pizza privata di una verdissima foglia di basilico! Ma questo arbusto non è solo un concentrato di colore e profumo: esso nasconde numerose proprietà. Il basilico si caratterizza per un apporto calorico decisamente trascurabile ed un indice glicemico molto molto basso; è però molto ricco di vitamine, soprattutto quelle del gruppo B e la vitamina C, e Sali minerali come ferro, calcio, potassio e zinco. I grassi in esso contenuti sono soprattutto grassi polinsaturi ed in prevalenza Omega 3, dalla potente attività antinfiammatoria.

Come si ripercuote tutto ciò in termini di benefici per il nostro organismo? Scopriamolo.



- Proprietà ipoglicemicizzanti e anti-diabetiche: uno studio condotto sui topi, i cui risultati devono ancora essere confermati sull'uomo, ha dimostrato che il consumo di basilico vanta proprietà ipoglicemicizzanti quando il suo consumo è comparato con l'assunzione di metformina.

- Aiuta la salute di cuore e fegato: analogamente al diabete, lo stesso studio ha dimostrato come il basilico sia un

ottimo alleato per la diminuzione dei livelli ematici di colesterolo e trigliceridi.

- Antifungino e antibatterico: estratti di basilico sembrerebbero essere utili per contrastare le infezioni da candida albicans ed infezioni batteriche a carico delle vie urinarie.

- Ottimo digestivo: il basilico è noto fin dall'antichità per le sue proprietà digestive; tisane a base di basilico sono utilizzate per favorire la digestione dopo un pasto abbondante e contrastare i dolori addominali.

- Utile in allattamento e per combattere l'ansia: il basilico sembrerebbe avere proprietà galattogene, ovvero in grado di stimolare la produzione di latte durante il periodo dell'allattamento, e proprietà calmanti. I risultati però, sono ancora oggetto di studi ed approfondimenti, è bene quindi agire sempre sotto consiglio del proprio medico curante.

Il basilico non ha controindicazioni: per diverso tempo è stato sostenuto che la presenza di estragoli, rendesse la pianta un'arma a doppio taglio per la potenziale cancerogenicità.

Ad oggi, però, non ci sono studi in grado di sostenere tale ipotesi.

*Biologa-Nutrizionista

FEDERFARMA AVELLINO INFORMA

COVID -19: differenze Self Test Sierologico e Srlf Test Neutralising

Covid-19 Self Test Sierologico IgG/IgM

Test rapido per la rilevazione qualitativa di anticorpi IgG e IgM contro SARS-CoV-2 in campioni di sangue umano. Le IgM sono generalmente prodotte come prima risposta ad una nuova infezione, garantendo una protezione a breve termine. La concentrazione di questi anticorpi aumenta per alcune settimane per poi diminuire al termine dell'infezione. Le IgG (contro la proteina Nucleocapside), invece, rappresentano circa il 70-80% delle immunoglobuline del sangue e vengono di solito prodotte più tardi rispetto alle IgM. I livelli di IgG tendono ad aumentare per qualche settimana per poi stabilizzarsi. Questo tipo di test è destinato ad essere utilizzato da coloro che pensano di aver contratto l'infezione negli ultimi mesi o che sono entrati in contatto con persone risultate infette prima delle ultime due settimane. Da non utilizzare per verificare la risposta immunitaria post-vaccinazione.

Per questo scopo specifico bisogna utilizzare un tipo di test sierologico che identifichi una diversa tipologia di immunoglobuline G neutralizzanti (IgG) contro la regione RBD della proteina Spike del Covid-19.

Covid-19 Self Test Neutralising

Test rapido per la rilevazione qualitativa di anticorpi prodotti in seguito a vaccinazione (IgG diretti contro la regione RBD - receptor binding domain - della proteina Spike di SARS-CoV-2) in campioni di sangue umano. La proteina Spike è una delle più importanti nel processo di infezione del virus e ricopre tutta la superficie del virus.

Questa si suddivide in due parti: la prima contiene una regione detta RBD (Receptor Binding Domain) che le permette di legarsi alla cellula ospite attraverso il recettore ACE2; la seconda consente invece l'ingresso nella cellula in una seconda fase. tale evidenza permette di assumere che un anticorpo capace di inibire l'interazione tra la proteina Spike e il recettore ACE2 sarebbe potenzialmente in grado di prevenire l'infezione da coronavirus e, di conseguenza, la malattia associata. E' importante che il test sia specifico contro la regione RBD e non vada a rilevare l'intera regione S1 della proteina Spike. Questa tipologia di test è rivolta a tutti coloro che vogliono verificare la propria risposta immunitaria in seguito a vaccinazione.

► SOCIETÀ' | *Garantire maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria*

Il PNRR, occasione da non perdere

Pino Rosato*



La seconda componente M6C2 del PNRR prevede: innovazione, formazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria. Questa componente integra interventi per potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello centrale e regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria:

- Migliorando la qualità e la tempestività delle cure;
- Valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale;
- Garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dall'analisi dei dati nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela degli stessi e delle informazioni.

L'obiettivo è quello di fare evolvere l'attuale modello organizzativo non solo con riferimento agli strumenti tecnologici, ma anche di sviluppo di capitale umano con il potenziamento della formazione e della ricerca biomedica attraverso la creazione di reti di eccellenza. Questa riforma interviene sul rapporto tra salute e ricerca sostenendo quest'ultima al fine di rafforzare le capacità del SSN alle emergenze sanitarie, alla transizione epidemiologica e ai fabbisogni sanitari legati al quadro demografico. In particolare, prevede una revisione del regime giuridico degli Istituti di Ricovero a Carattere Scientifico (IRCCS) e delle politiche della ricerca afferenti al Ministero della Salute.

a) L'ammodernamento tecnologico e digitale è finalizzato:

- All'innovazione delle infrastrutture digitali e tecnologiche in uso negli ospedali per garantire una migliore risposta ai bisogni di salute della popolazione;
- Ad un significativo miglioramento strutturale della sicurezza degli ospedali, attraverso interventi di adeguamento alla vigente normativa antisismica;
- Al completamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), attraverso una profonda revisione dei sistemi tecnologici informativi sia a livello nazionale che regionale al fine di fornire un unico punto di accesso ai servizi sanitari per i cittadini e i pazienti;
- Al rafforzamento del nuovo sistema sanitario (NSIS), come strumento unico per il monitoraggio e l'erogazione dei LEA sul territorio nazionale, da realizzare attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari e degli strumenti digitali a livello centrale e locale.

b) La ricerca scientifica e il trasferimento tecnologico sono finalizzati a:

- Potenziare il sistema della ricerca biomedica in Italia, rafforzando la capacità di risposta dei centri di eccellenza presenti nel settore delle patologie rare;
- Rafforzare la formazione in medicina di base, introducendo un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere e garantendo un rafforzamento delle competenze manageriali della dirigenza;
- Individuare un centro di eccellenza per le epidemie.

Nell'ambito dell'Aggiornamento tecnologico e digitale:

- Intervento n°1

Le infrastrutture tecnologiche e digitali ospedaliere presentano un significativo grado di obsolescenza e risultano carenti in molte strutture. Ciò rischia di compromettere la qualità delle prestazioni e l'efficienza del sistema e può avere un effetto negativo sulla fiducia dei cittadini nel sistema sanitario. L'investimento prevede l'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero, sia in termini di sostituzione con l'acquisto di 3133 nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico (TAC, risonanze ma-



gnetiche, acceleratori lineari, sistema radiologico fisso, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, mammografi, Ecotomografi) caratterizzate da una vetustà maggiore di 5 anni, sia con interventi finalizzati al potenziamento del livello di digitalizzazione di 280 strutture sanitarie sedi di Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di I e II livello.

Inoltre, l'intervento prevede il rafforzamento strutturale degli Ospedali del SSN attraverso l'adozione di un piano specifico di potenziamento dell'offerta ospedaliera da garantire:

Il potenziamento della dotazione dei posti letto di terapia intensiva (+3500) e semi intensiva (+4225);

La separazione dei percorsi all'interno del Pronto Soccorso;

L'incremento del numero dei mezzi per i trasporti secondari.

La spesa complessiva per l'investimento è pari a 4,05 miliardi di euro. Una spesa di 1,19 miliardi di euro per la sostituzione delle apparecchiature sanitarie; una spesa pari a 1,71 miliardi di euro per la digitalizzazione dei DEA di I e II livello; una spesa pari a 1,41 miliardi di euro entro il secondo semestre 2026 per il rinnovamento della dotazione esistente di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva.

- Intervento n°2
L'intervento n°2 mira a delineare un percorso di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica, soprattutto nella consapevolezza che, tra gli edifici pubblici, gli ospedali rivestono un ruolo strategico in caso di disastro.

Sulla base di una ricognizione condotta dal Ministero della Salute nel 2020, è stata individuata la necessità di realizzare 675 interventi per l'adeguamento alle norme antisismiche.

- Intervento n°3
L'intervento n°3 mira ad imprimere un profondo cambiamento di passo nell'infrastrutturazione tecnologica, prevedendo due azioni distinte:

Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) potenziato al fine di garantire la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte dei cittadini e operatori sanitari. Il FSE svolgerà tre funzioni chiave:

I. punto di accesso per i cittadini e pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN;

II. base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente;

III. Strumento per le ASL che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare le prestazioni dei Servizi Sanitari.

Le risorse complessive assorbite dal progetto sono pari a 1,38 miliardi di euro.

Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA e la sorveglianza e vigilanza sanitaria.

Lo scopo del progetto è il rafforzamento del nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), ovvero dell'infrastruttura e degli strumenti per il monitoraggio dei LEA e la programmazione dei servizi di assistenza sanitaria alla popolazione che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico.

Il progetto assorbe risorse per un totale di 0,29 miliardi di euro.

Altro capitolo di spese riguarda la Ricerca scientifica e lo sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del SSN.

Il progresso scientifico e l'innovazione tecnologica richiedono che gli operatori siano regolarmente aggiornati e formati per garantire l'efficacia, l'adeguatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza fornita dal SSN. Tale necessità è apparsa evidente anche in coincidenza della crisi pandemica. L'investimento prevede:

- L'incremento delle borse di studio in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli di apprendimento triennale;

- L'avvio di un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere a tutto il personale sanitario e non sanitario degli ospedali;

- L'attivazione di un percorso di acquisizione di competenze di management per tutti i dirigenti apicali degli enti del SSN, al fine di prepararli a fronteggiare le sfide attuali e future in una prospettiva integrata, sostenibile, innovativa, flessibile, sempre orientata al risultato;

- L'incremento dei contratti di specialistica per affrontare il cosiddetto "IMBUTO FORMATIVO", vale a dire la differenza tra il numero di laureati in medicina e il numero di posti di specializzazione post-lauream previsto, e garantire così un adeguato turn over dei medici specialisti del SSN.

Il costo complessivo di questi interventi è stimato in 0,74 miliardi.

Non c'è dubbio che, in particolare dopo la pandemia, il ruolo e la funzione dell'ospedale debbano essere rivalutati, nel senso che l'ospedale deve emanciparsi da quelle politiche che negli anni passati si sono sforzate di contenerlo, di ridurlo come costo, di ridimensionarlo come struttura e come sistema.

Le pesanti politiche di deospedalizzazione ci hanno castigati. Oggi dobbiamo puntare decisamente su un ospedale che deve essere messo nella condizione di funzionare al meglio delle sue possibilità e riconoscere ad esso il diritto di rinnovarsi, di modernizzarsi e di crescere.

Certo, la sicurezza delle cure passa anche attraverso un ammodernamento degli edifici e delle tecnologie, ma le risorse non sono la bacchetta magica capaci di trasformare edifici antisismici in ospedali se privi di posti letto, personale e flessibilità organizzativa. Ciò che più colpisce è, però, l'assenza di quel capitale umano che nelle organizzazioni complesse, come la sanità, rappresenta la maggiore risorsa. Senza di esso, i Presidi Ospedalieri, ancorché antisismici,

sono destinati ad essere quinte teatri, le nuove tecnologie elementi di arredo e il territorio puro riferimento geografico.

Ci vorrebbe più coraggio allocando risorse da investire sul capitale umano, avviando così una nuova stagione di assunzioni che recuperi i tagli del passato, come richiede l'UE, escludendo il precario non contrattualizzato e riducendo l'eterogeneità nei rapporti di lavoro ospedaliero.

Giustamente, l'ospedale è entrato a pieno titolo nei programmi di investimento del PNRR con una parte di fondi riservati all'ammodernamento strutturale e tecnologico e alla messa in sicurezza dei Presidi. Ma mentre per il territorio il PNRR prevede una riforma della medicina territoriale, per l'ospedale non c'è analogo disegno riformatore e nella sostanza si pensa di intervenire su una rete ospedaliera invariata per quanto concerne i suoi principi e assetti fondamentali.

Questo è senza dubbio un errore perché il maxi-finanziamento di 8,6 miliardi di euro del PNRR, riservato a ospedali e tecnologie, dovrebbe essere accompagnato da un progetto di riassetto del sistema ospedaliero pensato in sinergia con quanto si prevede per il territorio, ma soprattutto anche in grado di ridisegnare complessivamente la rete nosocomiale nelle sue caratteristiche e finalità. Infine, come già è stato detto da autorevoli esperti del settore, il Recovery plan ha ridotto in modo drastico le sue promesse di finanziamento al nostro settore, per cui la distribuzione dei 20 miliardi concessi per la missione 6 risulta, rispetto ai problemi sul tappeto, molto problematica.

Sono troppo pochi rispetto alle tante criticità della Sanità.

Il finanziamento previsto di 8,6 miliardi per gli ospedali è oggettivamente insufficiente. Lo scatto che serve alla Sanità, oggi, è un'innovazione profonda dell'organizzazione della governance per valorizzare il suo capitale umano, in una rotta nuova per la quale non servono solo risorse economiche, ma anche una merce altrettanto preziosa, per quanto più accessibile, come la volontà politica.

Per separare il passato dal futuro molti sono i temi da affrontare, quali gli assetti istituzionali, cioè i correttivi al federalismo imperante, anche nella versione dell'autonomia differenziata, e alle disuguaglianze prodotte nella esigibilità di un diritto come quello alla salute, ma anche la mancanza di luoghi in cui il lavoro e le professioni del SSN abbiano voce nei confronti delle scelte di politica sanitaria.

Insomma, c'è molto lavoro da fare e allora speriamo che lo si faccia bene e presto.

* **Cardiologo**
Presidente C.d.A. "Casa di Cura Villa dei Pini" - Avellino