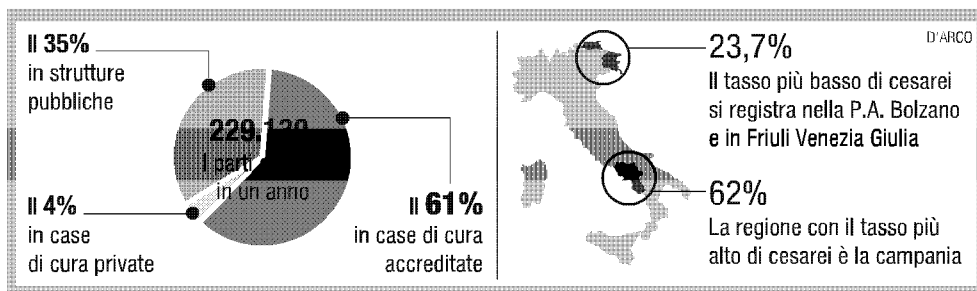


Criticità Nuovi dati lo confermano: il maggior numero degli interventi avviene nelle strutture private e al Sud

In Italia ancora troppi cesarei, per disorganizzazione o per paura



È l'ennesima conferma che in Italia la «piaga» dei parti cesarei non accenna a sanarsi. Negli ospedali pubblici, il 35% delle nascite avviene con il taglio cesareo, mentre le case di cura private accreditate raggiungono quasi il 61%.

A livello nazionale, la media si attesta al 38,4% con valori più alti nelle regioni del Centro Sud Italia. La «maglia nera» è di nuovo la Campania con oltre il 60% di cesarei.

Ce lo racconta il Rapporto annuale sulle attività di ricovero ospedaliero del 2009, pubblicato sul sito del ministero della Salute, che si basa sull'analisi delle schede di dimissione ospedaliera.

Lo testimonia la cronaca recente. Non più tardi di un mese fa, all'ospedale di Leonforte in provincia di Enna, una donna di 34 anni è morta dopo un cesareo e quattro medici sono stati indagati. Ma quali sono i motivi e gli ostacoli ancora disseminati sulla strada della «normalizzazione» delle nascite in Italia? Lo spiega bene il ministero della Salute, nelle Linee guida sul taglio cesareo pubblicate nel gennaio 2010 e

messe a punto in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità, le principali società scientifiche di settore e per la prima volta un'associazione di genitori: «Accanto alle classiche indicazioni cliniche, materne e fetali, coesistono, con sempre maggior frequenza e con un ruolo importante, indicazioni non cliniche o meglio non mediche, alcune delle quali riconducibili a carenze strutturali, tecnologiche ed organizzativo-funzionali, quali organizzazione della sala parto, preparazione del personale, disponibilità dell'équipe ostetrica completa, del neonatologo e dell'anestesista 24 ore su 24, unitamente a convenienza del medico, medicina difensiva, incentivi finanziari». Analisi condivisa dalle Società scientifiche. «In molte occasioni, tuttavia, sono le partorienti stesse a richiedere il cesareo per paura», aggiunge Paolo Giliberti, presidente della Società italiana di neonatologia (Sin).

Secondo l'Associazione parto naturale (www.partonaturale.org) però la «colpa» non è delle donne. «Quando lo chiedono è perché non ci sono strutture che incentivino il parto naturale — dice Barbara

Siliquini, presidente dell'associazione che ha anche attivato una web Tv per aiutare i genitori a orientarsi (www.genitorichannel.it) —. La questione è più generale. In Italia, la cultura dominante e quindi la formazione degli operatori ha reso il parto un evento non fisiologico ma patologico. Il cesareo tende a diventare dunque la "norma" e viene presentato come privo di dolore. Invece bisognerebbe almeno cominciare a dire che è un'operazione chirurgica addominale».

Da qui nasce anche un problema di formazione della classe medica. «Tra le ginecologhe, il tasso di cesarei è altissimo e questo la dice tutta», aggiunge Siliquini.

Anche Nicola Surico, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo) concorda sulla necessità di modificare la formazione dei medici, ma punta soprattutto su quella continua dei camici bianchi che lavorano nei piccoli centri: «Per questi colleghi dobbiamo prevedere un periodo di aggiornamento, magari con l'istituto del comando, negli ospedali dove si fanno più parti».

R. Cor.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dove è meglio nascere

Il Ministero della Salute prevede di chiudere i reparti di maternità più piccoli, che sono anche quelli dove si fanno più cesarei. I criteri per scegliere l'ospedale sicuro per il parto

di **RUGGIERO CORCELLA**
alle pagine 54-55

Maternità Reparti migliori e vere «eccellenze» per assistere i parti rischiosi

Meno «punti nascita» ma più sicuri per mamme e bebè

Chiusure

I reparti ospedalieri che assistono meno di 500 parti all'anno saranno eliminati

Esperienza

Se l'équipe è poco allenata, di fronte a un'emergenza è maggiormente in difficoltà

Riforma

In tre anni la rete dei servizi ospedalieri di ostetricia sarà ridisegnata

Se già il «parto» è stato a rischio, anche il periodo di «puerperio» del programma nazionale di riforma dei punti nascita si preannuncia lungo e travagliato. Fuor di metafora, ministero della Salute e Regioni si sono dati tre anni per realizzare la rivoluzione che dovrebbe condurre l'Italia fuori dalle secche dell'emergenza-nascita evidenziata soprattutto dal numero spropositato di cesarei.

Già, ma come ottenere «la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e la riduzione del taglio cesareo», evocati nel chilometrico titolo del programma di riforma?

Le Linee di indirizzo ridisegnano il sistema dell'assistenza alla madre e al bambino su due assi fondamentali: ospedali e territorio. I primi andranno incontro a una «razionalizzazio-

ne» che porterà i punti nascita che assistono meno di 500 parti all'anno a scomparire, mentre quelli tra i 500 e i 1.000 saranno accorpati. Le strutture di "primo livello" della nuova rete dovranno dare una risposta adeguata ai parti "normali". Per quelli difficili o che potrebbero complicarsi, invece, le mamme avranno a disposizione gli ospedali di "secondo livello". Il tutto con una dotazione di personale e mezzi che assicurino un salto di qualità negli standard di sicurezza (si veda lo schema a destra).

Così i reparti di primo livello avranno la guardia sulle 24 ore di ostetriche, ginecologi, anestesisti, neonatologi e pediatri, come la disponibilità dei servizi di diagnostica e di laboratorio. Ogni ospedale dovrà organizzare un servizio di trasporto d'emergenza per il trasferimento delle mamme e dei neonati. Per quanto riguarda il territorio, invece, la parola d'ordine è garantire la «continuità assi-

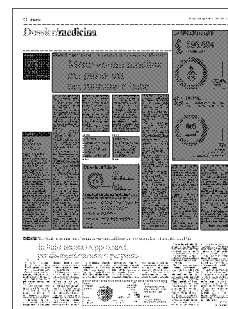
stenziale». Si prevede perciò la creazione di un modello dipartimentale fra ospedale, distretto socio-sanitario, consultorio familiare e altri servizi dell'area materno-infantile. Un'altra novità importante della riforma riguarda l'incentivazione del parto naturale, anche economicamente, e l'epidurale garantita a tutte le donne.

La soglia dei 500 parti l'anno non nasce dal caso. Per l'Organizzazione mondiale della sanità è la cifra minima perché un punto nascita possa garantire sicurezza. «Gli studi hanno mostrato chiaramente che la mortalità infantile aumenta con il diminuire del numero di nati — spiega Alberto Ugazio, presidente della Società italiana di pediatria —. Insomma, 500 parti l'anno significa farne uno e mezzo al giorno. Se l'équipe è poco allenata, di fronte a un'emergenza è maggiormente in difficoltà». La stessa Federazione dei collegi delle ostetriche testimonia il fallimento del

contenimento dei cesarei legato al Progetto obiettivo materno-infantile di dieci anni fa: «Erano stati previsti ospedali da 500 parti l'anno — dice Miriam Guana, presidente della Federazione — per la gestione di gravidanze e parti fisiologici. In realtà si è visto che anche negli ospedali piccoli i tagli cesarei raggiungevano il 50 per cento».

Il motivo è semplice. Nei piccoli ospedali a volte mancano strumenti e attrezzature necessari, i medici non sono di guardia sulle 24 ore e quindi per non rischiare si abusa del cesareo anche in casi dove c'è poco o nulla di patologico.

Per questo, la Società italia-



na di ginecologia e ostetricia (Sigo) è scesa in campo contro ipotesi di deroghe alla riforma. «Non sono ammissibili — taglia corto Nicola Surico, presidente Sigo — e saremo noi ginecologi, per primi, a spiegare alle donne che è meglio sopportare alcuni disagi logistici, ma avere strutture che garantiscono al meglio la salute di madre e bambino».

Sigo, Società italiana di neonatologia (Sin) e Società italiana medici manager (Simm) sono invece a buon punto con un progetto di certificazione di qualità dei punti nascita. Insomma, una specie di «bollino» per quegli ospedali che rispondono ai parametri messi a punti dallo Iom (*Institute of medicine*, che raggruppa le Società scientifiche Usa): sicurezza, efficacia, efficienza, equità centralità dei pazienti e delle loro famiglie, tempestività di intervento. «La bozza dovrebbe essere pronta entro fine mese aprile — dice Paolo Giliberti, presidente Sin —. Per adesso è un'iniziativa di tipo privatistico e vale solo come indicazione. Ci candidiamo tuttavia a verificare la presenza dei requisiti richiesti e speriamo che il ministero faccia proprio questo percorso».

Il provvedimento del ministro Fazio ha ottenuto l'approvazione di massima delle società medico-scientifiche (ginecologi-ostetrici, neonatologi e pediatri), della Federazione sindacale dei medici dirigenti e di quella dei collegi delle ostetriche, come dell'Associazione di volontariato parto naturale tut-

te coinvolte nell'elaborazione del progetto.

Approvazione di massima, si diceva, perché il presidente di Fesmed, Carmine Gigli, proprio questa settimana ha ribadito davanti alla Commissione igiene e sanità del Senato (una delle quattro che indagano sullo stato dei reparti maternità) la necessità di rivedere organici, carichi di lavoro e anche formazione universitaria dei medici ospedalieri.

Per la Società italiana di pediatria, invece, la vera riforma avverrà quando seguirà anche la riqualificazione dei pediatri resi disponibili dalla chiusura dei punti nascita e il loro utilizzo nei settori in cui c'è maggior bisogno: da un lato nuove terapie intensive pediatriche attrezzate in grado di assistere i bambini con malattie acute gravi, come i politraumatizzati da incidenti stradali che sono oggi la principale causa di mortalità infantile, e dall'altro lato i grandi reparti pediatrici attrezzati in grado di far fronte alle malattie croniche complesse.

Ma tutti i protagonisti del «nuovo corso» sanno che gli scogli più ostici da superare fin da subito saranno gli investimenti necessari e soprattutto la resistenza alla chiusura dei piccoli centri. I tamburi di guerra stanno già rullando. Lo testimoniano le prime interrogazioni parlamentari peraltro bipartizan.

Ruggiero Corcella

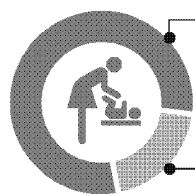
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tariffe

Il taglio che fa salire il rimborso

Dietro l'alto numero di parti chirurgici ci sono anche questioni di interesse, legate ai Drg, cioè ai rimborsi riconosciuti ai punti nascita? Nella sanità federalista, il sistema dei rimborsi varia da regione a regione. Un parto normale vale dai 1.200 ai 2 mila euro, meno cioè di un'artroscopia e quanto un'appendicectomia. Un cesareo, in media, viene pagato almeno un terzo in più e cioè dai 1.600 ai circa 2.700 euro. Finora, poco è cambiato. In Lombardia, già dal 2005 le tariffe di rimborso dei parti naturali sono state parificate a quelle dei cesarei: 2.097 euro. In Sicilia, l'adeguamento è arrivato solo l'anno scorso sull'onda dei casi di cronaca livellando i due tipi di nascita ai 1.900 euro del parto naturale, contro i precedenti 2.400 del cesareo. Per molti, tuttavia, bisognerebbe si equipararli, ma al rialzo. I Drg di ostetricia e ginecologia sono fra i più bassi della sanità e quindi, si sottolinea, le aziende sanitarie avrebbero poca convenienza ad investire in questo settore.

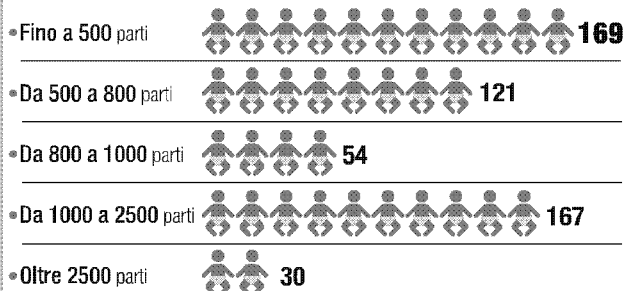
Dove si partorisce



80%
I punti nascita
in **STRUTTURE PUBBLICHE**

20%
I punti nascita
in **STRUTTURE PRIVATE**

Suddivisione dei punti nascita (su 541 censiti) secondo il numero di parti assistiti in un anno



Dati: SDO 2008

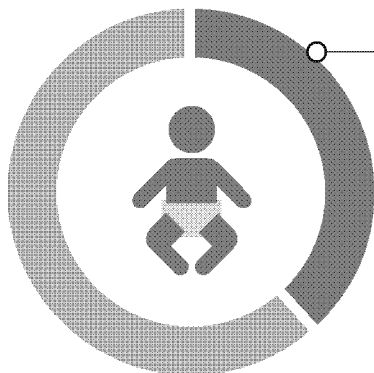
D'ARCO

La situazione oggi



596.694

Le nascite in Italia



il **38,4%**
avviene con
parto cesareo



10-15%

Quanti dovrebbero essere i cesari secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità



665
I punti nascita
oggi in Italia

221

I punti nascita da chiudere
(il 30% circa del totale)
secondo il Ministero della Salute

Fonte: SDO 2009

Così in futuro

Entro 3 anni si dovranno ridurre i punti nascita con un numero di parti inferiore ai 1.000 l'anno. Si dovrebbe così creare una rete ospedaliera modulata su due livelli

PUNTI NASCITA DI PRIMO LIVELLO

Quelli dove si seguono non **meno di 1.000 parti l'anno**, per le gravidanze che raggiungono almeno le 34 settimane e che presumibilmente non richiedono interventi tecnologici e assistenziali di elevata complessità

DOVRANNO GARANTIRE:

- 1 **Presenza di ostetriche, ginecologi, anestesisti, neonatologi e pediatri 24 ore su 24**
- 2 **Diagnostica per immagini, laboratorio d'urgenza ed emotrasfusionale sulle 24 ore**
- 3 **Servizio di trasporto d'emergenza per mamme e neonati**
- 4 **Sala operatoria 24 ore su 24 e reparto di terapia sub-intensiva**

PUNTI NASCITA DI SECONDO LIVELLO

Dove si seguono **almeno 5000 parti l'anno** (3.500 se in zone a bassa densità di popolazioni e con difficoltà per territorio). Saranno i centri di riferimento per le gravidanze e i parti a rischio, nonché per l'assistenza ai neonati con un peso alla nascita inferiore al chilo e mezzo

DOVRANNO GARANTIRE, OLTRE A TUTTO QUELLO CHE È PREVISTO PER I CENTRI DI PRIMO LIVELLO (POTENZIATI IN BASE AL NUMERO DEI PARTI), ANCHE:

- 1 **Terapia intensiva neonatale**
- 2 **Servizio di pronta disponibilità (reperibilità) di psicologia, cardiologia, neurologia e nefrologia**
- 3 **Centro di diagnosi prenatale collegato al centro regionale o interregionale per le malformazioni congenite**

D'ARCO

Esperimenti pericolosi

Leggende e timore di «complotti» anche dietro all'Aids e al virus H1N1

Chi si ricorda di Cassandra Crossing, quel vecchio film del 1976, dove i passeggeri di un treno, partito da Norimberga e diretto a Stoccolma, erano stati contagiati da un terrorista, infettato da un virus letale durante un attentato a Ginevra, all'Organizzazione Mondiale della Sanità? La fuga di germi dai laboratori di massima sicurezza ha sempre fatto paura. E ancora di più la possibilità che possano essere creati, di proposito o incidentalmente, da qualche ricercatore nuovi virus, pericolosi per il genere umano. Esempi del primo tipo ce ne sono, come quello di Sverdlovsk, nell'ex Unione Sovietica; le possibilità del secondo tipo (a parte l'ultima, raccontata qui sopra) sembrano più appartenere a fantasie di qualche appassionato di teoria dei complotti.

Nel 1946, a Sverdlovsk, l'attuale Ekaterinburg, 42 persone, che vivevano nelle aree circostanti un laboratorio dove si studiavano armi batteriologiche, erano state contaminate con un bacillo dell'antrace modificato ed erano morte.

In tempi più recenti si è parlato di Aids e di influenza. Secondo le teorie del complotto, sostenute da un biologo dell'ex Germania Est, Jacob Segal, il virus dell'Aids sarebbe stato costruito dagli americani per sterminare (a seconda dei casi) i sovietici, i gay e gli africani, per costruire un "nuovo ordine mondiale".

Teorie che sono state tutte smentite, nonostante siano ancora presenti nella comunità afro-americana negli Stati Uniti. Più recentemente, si è parlato di contaminazioni di laboratorio anche nel caso del virus dell'influenza H5N1, quella dei polli, e di influenza H1N1, quella suina che ha fatto temere la grande pandemia del nuovo Millennio. Nel 2009, un virus H5N1 era stato mischiato accidentalmente, nei laboratori austriaci dell'industria farmaceutica Baxter, produttrice di vaccini, con virus dell'influenza stagionale, ma senza conseguenze. Poi è arrivato l'H1N1. Quando il timore dell'epidemia teneva con il fiato sospeso mezzo mondo, un ricercatore australiano, Adrian Gibbs, uno dei padri dell'antivirale oseltamivir, aveva ipotizzato, basandosi su analisi genetiche, che il virus poteva essere "nato" in laboratorio, durante procedure di coltivazione dei virus influenzali in uova di pollo alla ricerca di vaccini. Anche questa teoria non è stata confermata.

A. Bz.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Al cinema

Anche film, come Cassandra Crossing, si basano sull'ipotesi della contaminazione volontaria



La trama Una sindrome senza spiegazioni. Una scoperta sorprendente. Una manipolazione sbagliata. Un finale ancora da scrivere

Stanchezza cronica: il giallo del virus nato in laboratorio

di ADRIANA BAZZI

Sembrava fatta. Sembrava che i ricercatori avessero finalmente scoperto il colpevole della sindrome da stanchezza cronica: un virus chiamato *Xmrv*, lontano cugino di quello dell'Aids. Non è così e c'è di più: il microrganismo non esiste in natura, ma sarebbe il prodotto accidentale di manipolazioni sulle cellule.

Ecco come la storia di un virus, cominciata cinque anni fa, si è rapidamente trasformata in un giallo da laboratorio.

Il primo capitolo nasce nel marzo del 2006, quando un ricercatore americano dell'Ohio University, Robert Silverman scrive, sulla rivista *PLoS Pathogens*, di una scoperta stupefacente: per la prima volta documentata la presenza di un virus, l'*Xmrv* appunto, nei tessuti di certi tumori alla prostata.

La pubblicazione fa discutere: il virus era conosciuto, ma soltanto perché poteva provocare leucemie nel topo (*Xmrv* significa appunto: *Xenotropic murine leukemia virus-related virus*: cioè virus correlato alla leucemia murina virale). Il fatto che possa giocare un ruolo anche nei tumori umani è intrigante e se così fosse davvero, la ricerca sarebbe da Nobel. L'*Xmrv* andrebbe ad aggiungersi ad altri quattro retrovirus (si chiamano così perché si inseriscono nel Dna delle cellule umane e le sfruttano per la loro moltiplicazione) capaci di infettare l'uomo e cioè: l'Hiv 1 e 2, agenti dell'Aids, e l'Htlv 1 e 2, responsabili di certe forme di leucemia.

Il secondo capitolo arriva dopo tre anni. Nell'autunno del 2009, Judy Mikovits, un'immunologa del Whittemore Peterson Institute a Reno, nel Nevada, pubblica uno studio che dimostra uno stretto legame fra il virus *Xmrv* e la sindrome da stanchezza cronica.

Una notizia che fa scalpore e circola su tutti i mass media, tanto più che il lavoro è stato pubblicato su una delle più autorevoli riviste, *Science*. La ricercatrice ha trovato il virus nel 67% dei

campioni di sangue prelevati da persone malate e solo nel 3-4% di quelle sane. Per spiegare i sintomi sono state fatte varie ipotesi (vedi box in alto accanto al disegno).

Ultimo imputato l'*Xmrv* che ha fatto sperare in nuove soluzioni terapeutiche. La stanchezza cronica interessa, infatti, molte persone: sarebbero 300 mila in Italia, soprattutto giovani.

Il terzo capitolo, lo scrivono, nei successivi 24 mesi, gruppi di ricercatori, al di là e al di qua dell'Atlantico, che tentano di riprodurre i risultati della Mikovits. Ed ecco il colpo di scena: i gruppi europei (in Francia, Gran Bretagna, Spagna e Olanda) non riescono a trovare il virus, che sembra presente solo negli Usa. Intanto nasce il sospetto del conflitto di interesse: il Whittemore Peterson Institute ha venduto a un'azienda la licenza per mettere a punto il test per la ricerca del virus e il sito Web indirizza addirittura i navigatori al sito dove possono acquistarlo per 549 dollari. Con il quarto capitolo si arriva ai primi mesi di quest'anno.

In marzo, la rivista *Retrovirology* pubblica un lavoro di ricercatori dell'University College di Londra e della Oxford University che, confrontando il Dna del virus del topo con quello isolato nei pazienti senza trovare differenze, arrivano alla conclusione che il virus non causa la malattia, ma è il risultato di una contaminazione di laboratorio. I virus, infatti, passando dall'animale all'uomo, si evolvono e mutano le loro caratteristiche.

Sempre in marzo a Boston, in occasione della 18ma Conferenza sui retrovirus, l'affaire sembra avviarsi a una conclusione.

Vinay Pathak del National Cancer Institu-

Chi è



Esperta di retrovirus, in particolare di quello dell'Aids, Judy Mikovits, dopo vent'anni al National Cancer Institute, ha raggiunto Reno, dove ha condotto le ricerche sul virus *Xmrv*



te americano dimostra che l'Xmrv non è un vero virus, ma è una chimera accidentalmente creata in laboratorio.

Per capire che cosa è avvenuto, occorre fare un passo indietro fino agli anni Novanta. Allora, nei laboratori della Case Western Reserve University a Cleveland, in Ohio, si tentava di creare una linea di cellule cancerose da studiare in laboratorio. Per farlo, i ricercatori avevano più volte trapiantato cellule umane di cancro prostatico nei topi.

La linea cellulare (chiamata 22 Rv1), che avevano ottenuto, ha fatto il giro di molti laboratori negli Stati Uniti. Studiando tutti i passaggi che sono serviti per produrre questa linea cellulare, Vinay Pathak scopre, con un collega, due virus, entrambi somiglianti al Xmrv, ma non uguali.

Per farla breve: l'Xmrv è la somma di questi due virus. Un mélange genetico, insomma, che non esisteva in natura e che ha fatto la sua comparsa fra il 1993 e il 1996.

Ma come era finito il virus nel laboratorio dell'esperta di stanchezza cronica a Reno? Lo svela lei stessa, martedì 29 marzo

2011, durante un seminario organizzato dalla New York Academy of Science: alcuni dei suoi campioni di sangue, prelevati da persone affette da stanchezza cronica, sono stati esaminati nel laboratorio di Robert Silverman, protagonista del capitolo numero uno, il ricercatore che aveva isolato il virus dai tumori della prostata umani e che il 17 marzo aveva dichiarato al Chicago Tribune che aveva sempre utilizzato la famosa linea cellulare 22Rv1. Quindi, la contaminazione da parte del virus chimera era proprio partita dal suo laboratorio: ecco spiegato il perché il virus è stato trovato sia in tumori umani della prostata, sia nei casi di stanchezza cronica.

Fine della storia? Non ancora. Il quinto capitolo, tutto da scrivere, dovrà chiarire perché i campioni di sangue delle persone con sindrome da stanchezza risultano più "contaminati" dal virus rispetto a quelli di soggetti sani. E dovrà accertare se incidenti di laboratorio di questo tipo potranno succedere di nuovo. La fantascienza ci ha sempre creduto.

abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Retrovirus

Il virus Xmrv, lontano parente dell'Hiv, responsabile dell'Aids, era conosciuto, ma soltanto perché poteva provocare leucemie nel topo