

Rassegna del 22/11/2009

CORRIERE DELLA SERA MILANO - Valzer di primari, polemiche al San Paolo - Nomine primari, San Paolo nella bufera "Troppe imposizioni dell'università" - Ravizza Simona 1

CORRIERE DELLA SERA - Fertilità: un test legge la scadenza - Meli Elena 3

Rapporto sui tre neonati morti: «Troppo turnover». Inchiesta per omicidio colposo Valzer di primari, polemiche al San Paolo

di SIMONA RAVIZZA

Troppi cambi di primari all'Unità di ostetricia e ginecologia: «Tutto ciò comporta un decadimento del livello di attenzione nello staff». È scritto in un documento riservato portato all'attenzione nei giorni scorsi di Giuseppe Catarisano, direttore generale del San Paolo. L'ospedale è nella bufera dopo la vicenda dei tre bambini morti durante il parto nel giro di otto giorni.

Mentre la Procura indaga per omicidio colposo, in settimana dovrà essere deciso il nuovo direttore del reparto: «Una cosa è certa — dicono i vertici di via Di Rudinì —. Finora ci sono stati troppi condizionamenti da parte dell'Università, basta imposizioni».

A PAGINA 9

Polemiche In settimana la decisione sui vertici del reparto di ginecologia-ostetricia

Nomine primari, San Paolo nella bufera «Troppe imposizioni dell'università»

Indagine per omicidio colposo dopo la morte dei tre bimbi in sala parto

Il documento / 1

«Tropi cambi di primari, con un calo di comportamenti volti ad assicurare la qualità»

Tropi cambi di primari. È polemica al San Paolo in vista della nomina, attesa a giorni, del nuovo direttore dell'Ostetricia e della Ginecologia, un reparto nella bufera dopo la vicenda dei tre bambini morti durante il parto nel giro di otto giorni (dal 29 ottobre al 5 novembre). Mentre la Procura indaga per omicidio colposo, i vertici dell'ospedale di via Di Rudinì sono preoccupati per l'eccessivo turnover di medici, sempre di nomina universitaria, a capo del reparto: «Tutto ciò comporta un decadimento del li-

Il documento / 2

«L'eccessivo turnover comporta un decadimento del livello di attenzione nello staff»

vello di attenzione nello staff». È scritto in un documento riservato portato all'attenzione nei giorni scorsi del direttore generale, Giuseppe Catarisano. In sei anni si sono dati il cambio quattro primari (considerati, comunque, tra i migliori d'Italia): «È venuto meno il senso di appartenenza al reparto — continua lo scritto firmato dal direttore sanitario Danilo Gariboldi — con progressivo calo di motivazioni e di comportamenti volti ad assicurare la qualità dell'assistenza».

Adesso la direzione strategica

del San Paolo che, dopo i tragici eventi, ha immediatamente chiamato in causa la magistratura, vuole un cambio di rotta: «Una cosa è certa — dicono i vertici di



via Di Rudinì —. Finora ci sono stati troppi condizionamenti da parte dell'Università, basta imposizioni».

Quello delle nomine — e di chi le deciderà — è un problema, dunque, all'ordine del giorno. Dal 1° novembre, infatti — con il passaggio di Massimo Candiani al San Raffaele — il primario ad interim per 60 giorni è Anna Maria Marconi, che a fine mese vedrà chiudersi il processo a suo carico per la morte del feto sano in un aborto selettivo. A breve dovrà essere decisa la sua conferma o un'eventuale sostituzione (in *pole position* c'è il ginecologo della San Giuseppe, Stefano Bianchi).

Sono ore di tensione: «Nei confronti del San Paolo è partita un'operazione di delegittimazione che strumentalizza episodi drammatici, frutto di fatalità, per fini di politica sanitaria», ripetono i medici. Il momento è delicato. Lo si capisce anche dal comunicato di ieri della Società italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo): «Quanto successo non deve condizionare una serena riorganizzazione dell'Ostetricia e Ginecologia», scrive il presidente della Sigo, Giorgio Vittori. Si vedrà.

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

Procreazione Nuova analisi genetica messa a punto a New York

Fertilità: un test legge la data di scadenza

Calcola quanti ovociti sono ancora disponibili



ALLAS IRWIN

Limiti

Il test non dice nulla della qualità degli ovociti. E a 40 anni gli ovuli sono comunque meno "buoni" rispetto a quelli prodotti a 25 anni

Prima gli studi, poi la gavetta e solo dopo, a trent'anni superati da un po', pensano alla maternità. In tempi di precariato a vita, molte magari si decidono prima, ma, comunque, sono tante le donne che si trovano a chiedersi: quanto a lungo posso ignorare il tic-tac dell'orologio biologico? La risposta potrebbe arrivare da un test genetico messo a punto dal Center for Human Reproduction di New York, in commercio entro il 2010: un prelievo di sangue, l'analisi di uno specifico gene e così già a 20 anni si potrà sapere la "data di scadenza" della fertilità, ovvero con che velocità si è destinate a veder diminuire la propria riserva di ovuli.

Il gene si chiama FMR1 e regola la maturazione degli ovociti, ma se al suo interno una specifica sequenza di DNA si

ripete troppo spesso sono guai: con più di 200 ripetizioni si sviluppa la sindrome dell'X fragile, caratterizzata da deficit mentali; nelle donne con 50-200 ripetizioni, invece, c'è un alto rischio di menopausa precoce. Norbert Gleicher, il ginecologo che ha ideato il test, ha pensato perciò di verificare se il numero di ripetizioni della sequenza incriminata fosse correlato con la riserva ovarica, ovvero con la quantità di ovociti che possono ancora maturare per diventare fecondabili. Dai risultati su 316 donne, in cui la riserva di ovuli è stata valutata misurando l'ormone antimulleriano (vedi box), emerge che avere più di 33 sequenze ripetute implica una tendenza all'invecchiamento ovarico precoce. La vera novità è che, trattandosi di un test genetico, in teoria ciascuna potrebbe sapere se è destinata a una riserva ovarica più o meno scarsa perfino prima di aver mai avuto le mestruazioni.



«Molto suggestivo, mi chiedo però se serva: di solito il problema dell'orologio biologico si pone dopo i trent'anni» osserva Emilio Arisi, del Consiglio direttivo della Società italiana di ginecologia e ostetricia. Inoltre, a partire dalla dotazione di circa 400 mila ovociti primari disponibili alla pubertà, nel corso della vita la donna produce in media 400 ovuli utili: una selezione talmente forte che il numero di ovociti rimasti è indicativo fino a un certo punto. «Il test genetico poi non dice nulla della qualità degli ovociti — aggiunge Arisi —. E a 40 anni gli ovuli saranno comunque meno "buoni" rispetto a quelli prodotti a 25 anni. In più, sapere grosso modo quanti ovociti avremo a disposizione non predice il grado di fertilità, perché nella faccenda entrano in gioco tantissimi elementi». Oltre all'età della donna, contano ad esempio la capacità dell'ovocita di sopravvivere nel viaggio verso l'utero e le possibilità di attecchimento dell'embrione. E siccome un figlio si fa in due, pesano anche il numero di rapporti e la quantità e qualità degli spermatozoi.

«Poi ci sono fattori imprevedibili: se si sviluppa una tiroidite autoimmune, tutt'altro che rara, e compaiono anticorpi antiovaio, in pochi mesi la riserva ovarica può sparire — dice Arisi —. Il test genetico potrebbe dare false speranze, spingendo a rimandare una gravidanza che poi non è detto di ottenere. O potrebbe spronare ad affrettare i tempi caricando la donna di ansie che, non di rado, impediscono di restare incinte».

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Fecondazione assistita

L'entità della «riserva» guida le scelte

Tre anni fa in Inghilterra fece discutere l'arrivo in commercio di Plan Ahead (pianifica in anticipo), un altro test di valutazione della riserva ovarica, che si spingeva a prevedere l'andamento della quantità di ovuli nell'arco di un paio di anni misurando tre ormoni: il follicolo-stimolante o FSH, che cresce all'avvicinarsi della menopausa; l'inibina B, secreta dai follicoli ovarici in minor quantità man mano che la riserva ovarica si assottiglia; l'ormone antimulleriano o AMH, che indica la quantità di ovuli in maturazione e cala perciò quando la riserva ovarica diminuisce. Anche in questo caso, visti i molti fattori in gioco quando si cerca un figlio, previsioni da prendere con le pinze. Tutto sommato, allora, è meglio sottoporsi ai test solo se serve davvero: «La valutazione della riserva ovarica si fa quando una donna non riesce a restare incinta, per capire se all'origine c'è una scarsa quantità di ovociti a disposizione — spiega Emilio Arisi —. Si misurano FSH ed estradiolo e si fa l'ecografia ovarica: dalle dimensioni dell'ovaio capiamo se ci sono ancora ovuli a sufficienza. Nei laboratori più attrezzati si eseguono anche i test dell'inibina B e di AMH per un quadro più completo». In questi casi conoscere la riserva ovarica ha un risvolto immediato sulle scelte di fecondazione assistita: se la riserva è scarsa, la capacità di rispondere alle stimolazioni con terapie ormonali è praticamente nulla e non ha senso tentare.