

Salute La normativa in vigore dal 13 agosto. «I cittadini hanno la denuncia facile». I camici bianchi preparano una protesta per il 22 luglio

La polizza obbligatoria dei medici costa fino a 14mila euro

ROMA — Si arriva fino a 14mila euro l'anno. I medici sono preoccupati dall'obbligatorietà della polizza assicurativa che scatta tra poco più di un mese.

Anestesisti, ortopedici, otorinolaringoiatri, specialisti di chirurgia vascolare, pediatria o toracica, odontoiatri dovranno sobbarcarsi cifre poco al di sotto dei diecimila euro. Secondo un'inchiesta tra i broker svolta dall'Ordine dei medici di Roma, per l'attività privata si arriva a una media di 14mila euro circa l'anno, massimali 1 milione e mezzo di euro. La protezione assicurativa dal rischio di un contenzioso per presunta «malpractice» in un parto costa a un ginecologo circa 9 mila euro l'anno, con un massimale di 500mila euro. Tariffa simile per l'autore di un intervento che, ad esempio, dovesse difendersi dall'accusa di non aver operato tempestivamente un paziente con un tumore raro. Più fortunati medici e pediatri di famiglia, che appartengono all'area delle convenzioni, quindi non di-

pendenti pubblici: da 750 a 2 mila euro all'anno. Il problema dello scudo assicurativo contro le cause di risarcimento, pericolo incombente su tutti i camici bianchi (nel 2010 trentamila casi), sta agitando la categoria. Il 13 agosto diventerà obbligatorio per gli iscritti all'Ordine dei medici equipaggiarsi di una polizza. Lo prevede il decreto dall'ex ministro della Salute, Renato Balduzzi. Funziona un po' come l'Rc auto. L'obbligo ricade in egual modo sul neolaureato senza attività e sullo specialista con 30 anni di carriera. Sul dipendente del servizio sanitario e su coloro che non lavorano in ospedale o esercitano l'attività privata in regime extramurario.

E saranno in particolar modo questi ultimi a trovarsi in difficoltà visto che i colleghi del settore pubblico possono almeno usufruire della copertura della propria Asl (se esiste) o di agevolazioni previste dall'azienda di appartenenza e sindacati. Si profila una proroga. «Bene l'obbligatorietà. Anzi, ritenia-

mo arrivi in ritardo perché la nostra professione comporta rischi enormi», chiarisce Giuseppe Lavra, segretario regionale Cimo Lazio (la Confederazione medici ospedalieri) - Però le compagnie stanno speculando. I premi aumentano, le polizze sono diventate salatissime. Oltretutto le grosse compagnie non mostrano interesse per questo settore di mercato». Per facilitare l'accesso alle polizze, il decreto Balduzzi prevedeva l'istituzione, entro il 30 giugno, di un Fondo nazionale da realizzare attraverso un regolamento.

È stato aperto un tavolo di lavoro, ancora infruttuoso. Il primo luglio per sollevare il problema sono scesi in sciopero gli ortopedici. A gennaio lo sciopero dei ginecologi.

«I cittadini hanno la denuncia facile, rischiamo di pagare per presunti errori che potrebbero non dipendere da noi ma dalla disorganizzazione della struttura», fa notare Mario Morbidi, ortopedico con oltre 20 anni di carriera che allo scudo assi-

curativo della Asl ne ha aggiunti due, integrativi, per coprire eventuali condanne per colpa grave (1.800 euro l'anno) più una terza per l'attività privata. Denuncia Domenico Iscaro, presidente dell'associazione Anaao (medici ospedalieri): «La situazione è sempre più critica. La crescita del contenzioso è esponenziale, spesso dettato da motivi di opportunità. Le compagnie possono imporre le loro regole e scegliere il prezzo del premio. Devono essere fissati dei paletti altrimenti resteremo vittime di speculazione. Vale anche per i dipendenti pubblici. Il pericolo è che le Asl in deficit non mantengano i loro impegni e disdichino i contratti che comunque coprono solo la colpa lieve».

Massimo Cozza, di FpCgil, esprime il malcontento della categoria: «Sarà uno dei temi della protesta del 22 luglio. Le norme Balduzzi sono insufficienti. Serve una legge».

Margherita De Bac
 mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le differenze

I dottori privati i più esposti, quelli del pubblico hanno la copertura delle Asl

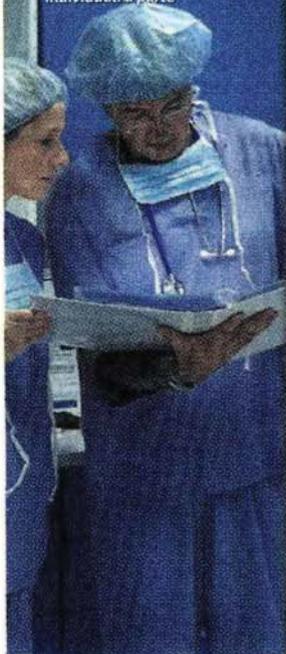
I rischi

L'Anaao: «Devono essere fissati dei paletti altrimenti resteremo vittime di speculazioni»



Le polizze dei medici*

* cifre in euro ** o dipendente ospedaliero con extramoenia che effettua interventi chirurgici *** Medico di medicina generale, Pediatra di libera scelta, Medico di continuità assistenziale, Medico non specialista. I medici dipendenti del Ssn in intramoenia godono delle polizze della Asl ma se vogliono coprirsi anche per la colpa grave devono stipulare polizze individuali a parte



Liberi professionisti**

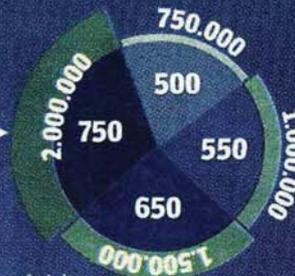
Specialità: Andrologia, Anestesia e Rianimazione, Angiologia, Cardiocirurgia, Chirurgia dell'apparato digerente, Chirurgia generale, Chirurgia maxillo facciale, Chirurgia pediatrica, Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare, Endocrinocirurgia, Neurochirurgia, Odontoiatria, Oftalmologia e oculistica, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria, Pneumologia, Urologia

Importo totale
Massimale per anno e per sinistro



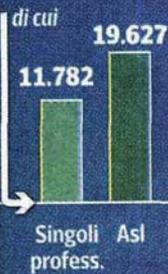
Medici e pediatri di famiglia***

Importo totale
Massimale per anno e per sinistro



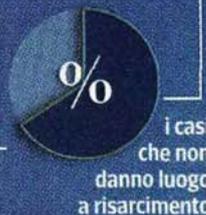
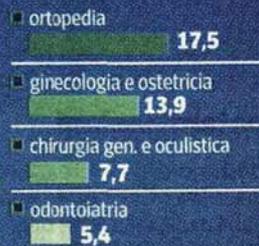
Denunce ai medici (anno 2011, fonte Ania)

31.409



66

Le specialità più a rischio di cause (in %)



D'ARCO

www.ecostampa.it

La polemica



Il docente Il professore Docimo è l'organizzatore del convegno

tutela diretti a sgravare il medico dal pesante problema dell'abuso delle denunce».

«Il coinvolgimento di tutti i professionisti, in prima linea i Chirurghi, ma anche degli Amministratori ed in qualche misura anche degli stessi pazienti, ha indotto la Snac ad approfondire il tema della responsabilità del medico».

Obbligo polizza medici oggi a confronto

«L'assicurazione del medico: dalla scelta all'obbligo» è il tema del convegno organizzato dal consiglio direttivo della Snac (Società Napoletana di chirurgia) che si svolge oggi presso la sede dell'Ordine dei Medici. Ad introdurre i lavori sarà l'organizzatore, il presidente della Snac, Ludovico Docimo, professore ordinario di Clinica Chirurgica della Seconda Università di Napoli, insieme con Bruno Zuccarelli, presidente dell'ordine dei Medici della provincia di Napoli. Moderatori Biagio Troianiello e Alfonso Ruffo. Previsti gli interventi di Claudio Buccelli, Raffaele Calabrò, Giorgio De Toma, Carmine Gigli, Luana Pepe. Al dibattito interverranno anche i direttori generali Pasquale Corcione, Maurizio D'Amora, Ernesto Esposito, Giovanni Ferraro, Antonio Giordano, Rocco Granata, Anna Maria Minicucci, Tonino Pedicini, Giovanni Persico e i professionisti di specialità Nicola Colacurci, Francesco D'Andrea, Mario Misasi e Fabrizio Schonauer.

Dice, tra l'altro, Ludovico Docimo (nella foto): «La copertura assicurativa per il rischio professionale del medico, e del chirurgo in particolare, rappresentava in passato una scelta di tutela. Oggi diventa un obbligo dettato da leggi che inducono il medico ad un atteggiamento difensivo tutt'altro che tutelato, con una serie di pericolose conseguenze anche e soprattutto per i cittadini. L'aumento delle denunce contro i medici ha determinato infatti una crescita esponenziale dei premi, in particolare per le specialità esposte a maggiore rischio: ginecologi, ortopedici. In altri paesi sono stati addirittura organizzati fondi di



Lavoro. Gli obblighi del datore Il dipendente con una patologia va garantito

Aldo Monea

Il datore di lavoro, che conosca (o, comunque, abbia possibilità di conoscere) la situazione di rischio di una dipendente per una precedente patologia, è responsabile se non prova di avere adottato tutte le misure di **sicurezza** che, in concreto, la fattispecie presenti come necessarie. Così si è pronunciata la Cassazione civile, sezione lavoro, con la sentenza 14468 del 7 giugno scorso.

Il caso è quello di una dipendente di un ospedale, che, dopo 20 anni di lavoro come tecnico di reparto di radiologia, nel 1989 evidenzia un carcinoma che richiede intervento chirurgico e chemioterapia e che determina una metastasi invalidante.

Nel 2001 il tribunale condanna sia l'ente al risarcimento dei danni biologico e morale conseguenti alla patologia contratta dalla lavoratrice, sia l'assicurazione dell'ospedale a rifondere quest'ultimo di parte di quanto pagato alla ricorrente.

In secondo grado, la Corte d'appello di Roma rigetta il ricorso del datore di lavoro, confermando che l'evento patologico sia da rapportare all'attività lavorativa e accoglie, invece, quello della società assicuratrice.

L'ospedale ricorre in Cassazione sostenendo varie censure, tra le quali quella di un'errata interpretazione dell'articolo 2087 del Codice civile. Ma i giudici di legittimità riconoscono, quasi totalmente, la correttezza della decisione di merito.

In primo luogo, secondo la Cassazione, la Corte territoriale ha ben valutato la responsabilità datoriale, fondandola sulla radioterapia, accertata dall'Inail nel 1990 e verificatasi in corrispondenza con il cattivo funzionamento, reso noto dalle segnalazioni di guasto, di macchinari di quel reparto di radiologia. Il datore era, quindi, a conoscenza (o, quanto meno, poteva conoscere) della situazione di rischio da garantire rispetto a possibili conseguen-

ze negative.

È priva di censure anche l'interpretazione dell'articolo 2087 del Codice civile: la norma impone al datore di lavoro di adottare non solo le particolari misure imposte dalla legge in relazione allo specifico tipo di attività esercitata e quelle generiche dettate dalla comune prudenza, ma anche tutte le altre misure che, in concreto, si rendano necessarie per proteggere il lavoratore dai rischi connessi all'impiego d'attrezzi e macchinari.

Rispetto alla concreta situazione di rischio, la sentenza di merito aveva anche messo in evidenza che il datore di lavoro non aveva provato, in giudizio, di avere adottato le misure utili a prevenire i rischi gravanti.

Sul piano della prova, i giudici di merito, infine, hanno affermato la natura contrattuale della responsabilità di cui all'articolo 2087 del Codice civile, con la conseguenza che, una volta che il lavoratore ha allegato e provato l'esistenza dell'obbligazione lavorativa, il danno e il nesso causale di questo con la prestazione, è il datore di lavoro a dover provare, in base all'articolo 1218 del Codice civile, che il danno è dipeso da causa a lui non imputabile, avendo apprestato tutte le misure per evitarlo.

La Cassazione, pertanto, respinge il ricorso relativo ai motivi esposti, mentre accoglie un profilo, relativo al mancato esame della questione dell'applicabilità o no della polizza assicurativa contro gli infortuni.



Lunedì 08 LUGLIO 2013

La farmacia e il federalismo fiscale

E' ormai imminente il passaggio ai costi standard per il finanziamento della sanità. Un cambiamento che avrà ripercussioni anche sulle farmacie. Una guida per capire come muoversi in questo nuovo scenario per restare sul mercato anche in un periodo di crisi come questo

Che stranezza! Si è passati da una offerta che languiva, in rapporto ad una domanda aggressiva, ad un eccesso di offerta inevasa. E' quanto accaduto nel mercato delle farmacie private, ove quelle in vendita si contavano sulle dita della mano e i potenziali acquirenti erano centinaia. Ove i prezzi arrivavano alle stelle.

Oggi non dico che accade l'incontrario, ma quasi. Sono tante le farmacie in vendita e pochi gli acquirenti che fanno sul serio. In alcune aree del Paese, chi ha interesse a vendere la propria farmacia, piuttosto che essere invaso dalle richieste, ricorre al metodo classico dell'annuncio, così come si fa oggi con gli immobili, anch'essi quasi sempre destinati a rimanere invenduti. In questo modo di essere mercato si incontrano spesso millantatori che reclamizzano l'una o l'altra parte interessata a far proprie elevate provvigioni, spesso indebite, oppure a sviluppare per conto di strani figure accentramenti di farmacie sull'orlo del fallimento facilmente inducibili a frequentare strade *borderline*.

Dunque, un mondo che è cambiato e che è destinato a cambiare ancora. Un mondo che così com'è spaventa gli onesti e induce i disordinati a supporre nei miracoli, facilmente promessi.

Non è così che si esce dai guai, ci sono i percorsi che l'ordinamento civile mette a disposizione dei farmacisti sfortunati o troppo arditi.

Quanto a ciò che accadrà nel mercato caratteristico e' necessario prevederlo bene, soprattutto fondarlo sui saperi reali piuttosto che sulla creatività dei tanti imbroglioni che sono in giro.

Vediamo di analizzare come. Meglio, dove finirà il sistema farmacia e cosa garantirà in termini di previsione delle finanze pubbliche a sua disposizione.

Il federalismo fiscale, con i suoi costi *standard*, andrà a determinare un diverso metodo di finanziamento del sistema della salute. Molte Regioni continueranno ad avere ciò che hanno sempre avuto, soprattutto quelle 5 che sono chiamate dalla recente delibera del CdM dell'11 dicembre 2012 (pubblicata l'11 giugno scorso) a costituire la base per scegliere le 3 Regioni che costituiranno il *benchmark* di riferimento per tutto il resto del Paese. Più precisamente quel costo *standard* con il quale verrà determinato il fabbisogno altrettanto *standard* che sostituirà l'attuale fondo sanitario, nazionale e regionale, garante del "buon" funzionamento dei servizi sanitari regionali. Quindi ci saranno Regioni che avranno ciò che hanno e Regioni che "subiranno" l'entità del costo *standard* come strumento complessivo, che dovranno adeguarsi al nuovo sistema di finanziamento. In caso di sfoderamento, avranno l'obbligo di chiedere la differenza ai cittadini.

La domanda che in molti si pongono è: andrà meglio o peggio di prima?

Tutto dipenderà dall'intelligenza delle Regioni fino ad oggi improbe, che dovranno "imitare" le gestioni di quelle ritenute migliori. Un compito non facile ma possibile, sempre che i rispettivi elettori sappiano scegliere i "gestori" giusti sin dalle prossime elezioni regionali.

Dalla correttezza di un siffatto percorso dipenderà la ricchezza ovvero, alternativamente, la povertà da distribuire agli erogatori privati accreditati/contrattualizzati o convenzionati che siano. Tra questi ultimi le farmacie, che dovranno impegnarsi nel rivedere il loro ruolo e la loro organizzazione, sì da essere più aziende di quanto lo siano solo sulla carta e più competitive, sul piano dei servizi da rendere ai cittadini.

Fatta questa considerazione, occorre capire cosa dovranno fare, nello specifico, coloro i quali dovranno e/o vorranno rendersi protagonisti in tale mercato. Bisogna, quindi, comprendere se, come e dove vendere/investire per esercitare una delle professioni più antiche del mondo che, invero, ha subito una trasformazione di non poco conto. Un compito non facile, quello che ci siamo preposti, ma doveroso, in linea con l'attaccamento quasi quarantennale speso nel campo del diritto sanitario, e del diritto farmaceutico in particolare.

Ci occupiamo oggi dell'investimento e non della dismissione, per evitare di entrare nelle cause che quasi sempre la determinano, rinvenibile nella ragione di avere mandato in rovina ciò che si aveva, spesso a causa di gestioni scellerate e di consulenze non propriamente adeguate ad affrontare un mondo mercantile in evoluzione. Detto questo, è da precisare che tutto è salvabile, c'è solo da valutare come caso per caso. Ciò unitamente ai tecnici che di queste cose ne sanno davvero, e non già di quelle che si auto-decantano in tal senso, responsabili di portare alla rovina decine di titolari, approfittando del loro frequente stato di disperazione.

Se investire. Le previsioni più attendibili, sul piano delle risorse che si renderanno verosimilmente disponibili per la somministrazione di farmaci al pubblico, ancorché non eccezionali, non sono affatto infelici. Lasciano presupporre un futuro non affatto rovinoso, più o meno assestato sulle migliori condizioni di oggi, vissute nelle Regioni che ci fanno fare. La decisione se mantenere le posizioni attuali o fare degli investimenti dipenderà, pertanto, da cosa si è disposti a mettere in campo. Prioritariamente, occorre tanta perseveranza, un serio impegno, anche finanziario, e una segnata creatività produttiva, specificatamente orientata ad implementare l'esercizio di farmacia proprio e/o da acquistare, sì da farla diventare un sito di erogazione di servizi strumentali anche a generare clientela fidelizzata, cui sottoporre le proprie intelligenti offerte non caratterizzate di certo da evidenti scopi prettamente speculativi. Insomma, va fatto in farmacia ciò che si fa ovunque. Il rapporto di dare/avere deve essere caratterizzato dall'*intuitu personae* e non già dalla convenienza dell'acquirente strappata con metodiche agonistiche di sconto.

Come investire. L'attuale dettato normativo consente al farmacista di potere partecipare in quante società speciali voglia. Di conseguenza, una ipotesi realizzabile, con verosimile successo, è quella di utilizzare una siffatta strategia che consentirà, da un parte, di assumere contezza delle diverse modalità di fare impresa-farmacia e, dall'altra, di potere successivamente scegliere il proprio definitivo futuro, non avendo affatto difficoltà di monetizzare le quote possedute, di sicuro interesse per i farmacisti che residueranno nell'assetto societario divenuto di disinteresse

Dove investire. I migliori siti sono ovviamente quelli ove l'attuale quotazione scende, specie a causa di motivazioni fortemente emotive. E' proprio quella che è destinata a salire. Ciò in quanto con il federalismo fiscale a regime anche le aree meridionale, dalle quali irragionevolmente si scappa via, diverranno più frequentabili sul piano economico-finanziario, attesa la responsabilità personale che cadrà addosso dei decisori pubblici, sino a prevedere la loro incandidabilità per un decennio in ogni competizione elettorale.

Dunque, per usare un termine molto caro ai giocatori di biliardo, calma e gesso! Le scelte avventate non servono, così come bisogna evitare ogni percorso eccessivo, perché spinti dalla preoccupazione del momento o, meglio, dall'ufficiale giudiziario dietro l'uscio e peggio ancora dall'usuraio potenziale pronto ad aggredire il tutto. I rimedi ci sono ed è la legge a dettarli (bando ai millantatori!).

Prof. avv. Ettore Jorio

Studio associato Jorio - Cosenza

Gran Bretagna/regolamentazione E-CIG SOLO IN FARMACIA

In Gran Bretagna dal 2016 le sigarette elettroniche dovranno sottostare alle stesse regole dei farmaci da banco ed essere vendute solo in farmacia. Lo ha annunciato la Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency, l'equivalente della nostra **Aifa**. Secondo l'Agenzia le attuali e-cig "non sono buone abbastanza, perché contengono dei

contaminanti e il tasso di nicotina non è uniforme". Le compagnie produttrici dovranno entro tre anni presentare dei veri e propri dossier all'Agenzia, che li valuterà e li approverà se dimostreranno di essere di qualità accettabile secondo dei parametri che verranno fissati. L'intenzione non è quella di "proibire", spiegano dall'Authority, ma di "garantire" il consumatore.

Condotta

Le creme senza parabeni? Efficaci e prive di batteri

Allegria e cibo: così riciclopiani

CON ETICHETTE TRANSPARENTI E-CIG SOLO IN FARMACIA

Lunedì 07 LUGLIO 2013

Dal congresso di Chicago le conferme sui sistemi automatici di gestione e controllo del diabete

Presentati al 73esimo Congresso ADA i risultati della funzione di sospensione automatica per glicemia bassa del sistema integrato MiniMed. Riduce l'ipoglicemia notturna senza compromettere i livelli di emoglobina glicata (HbA1c). Medtronic annuncia anche l'arruolamento del primo paziente per efficacia infusione automatica insulina.

Non una ma due buone notizie relative ai sistemi integrati per la gestione del diabete arrivano da Medtronic e dalla 73° Edizione del Congresso dell'American Diabetes Association (ADA), che si è concluso la settimana scorsa a Chicago: la prima riguarda i dati dello studio ASPIRE in-home, pubblicato sulla rivista *New England Journal of Medicine*, che dimostrano come la sospensione automatica per glicemia bassa del sistema integrato MiniMed è in grado di ridurre l'ipoglicemia notturna senza compromettere i livelli di emoglobina glicata (HbA1c); l'altra riguarda l'arruolamento del primo paziente nello Studio americano sul "Overnight Closed Loop" (sistema ad ansa chiusa per l'infusione completamente automatica di insulina) uno studio clinico chiave per testare l'efficacia e la sicurezza del pancreas artificiale completamente automatico di terza generazione.

Per quanto riguarda MiniMed, lo studio ASPIRE sulla sospensione automatica con glicemia bassa (Threshold Suspend o Low Glucose Suspend) ha dimostrato che questa funzione, unica nel sistema integrato Medtronic, aiuta a diminuire il rischio di incorrere in gravi ipoglicemie. Lo strumento permette infatti di interrompere temporaneamente e automaticamente l'infusione di insulina basale nel caso in cui il sensore di glicemia rilevi valori al di sotto di una soglia di rischio ipoglicemia prefissata. I valori di glucosio nel sangue, in questo modo, possono rialzarsi. "L'ipoglicemia può rappresentare un evento catastrofico per una persona con diabete, specialmente durante la notte quando il paziente non è in grado di riconoscerne i sintomi poiché immerso nel sonno", ha affermato **Richard M. Bergensta**, direttore esecutivo del International Diabetes Center al Park Nicollet Health Services di Minneapolis, già Presidente ADA e uno degli autori dello studio. "Questi dati sono molto importanti poiché forniscono solida evidenza che la terapia con sistema integrato e sospensione automatica per glicemia bassa (Threshold Suspend) può ridurre l'ipoglicemia nella vita reale, e lo può fare in maniera sicura, senza aumentare i livelli di emoglobina glicata (HbA1c) né quindi i rischi del paziente di complicanze a lungo termine."

Questo è il primo sistema integrato automatizzato al mondo e costituisce un altro importante passo verso l'obiettivo di Medtronic di sviluppare un pancreas artificiale completamente automatico per le persone con diabete.

Lo studio ASPIRE In-Home ha confrontato l'utilizzo del sistema integrato microinfusore e monitoraggio continuo del glucosio MiniMed con sospensione automatica per glicemia bassa attivata rispetto a un sistema senza questa funzione. Precedenti studi hanno dimostrato che il sistema integrato microinfusore e monitoraggio continuo del glucosio MiniMed è in grado di migliorare il controllo glicemico senza alcun aumento dell'ipoglicemia rispetto alla terapia multi iniettiva. Il presente è il primo grande studio a domicilio (in-Home cioè condotto durante la normale vita quotidiana dei pazienti) sul sistema integrato che include la sospensione automatica per glicemia bassa. "Questa pubblicazione aggiunge ulteriore evidenza a supporto del ruolo positivo che la tecnologia può giocare

nella gestione del diabete e di un problema complesso come l'ipoglicemia", ha affermato **Emanuele Bosi**, direttore del Centro di Ricerca sul Diabete e Capo Unità Prevenzione del diabete di tipo 1 presso l'Ospedale San Raffaele di Milano. "Poter diminuire concretamente il rischio di incorrere nelle ipoglicemie ha un impatto positivo sia sulla gestione dell'emoglobina glicata sia sulla qualità di vita delle persone con diabete."

Per Medtronic lo studio ASPIRE rappresenta un passo ulteriore verso lo sviluppo di un sistema completamente automatizzato, il pancreas artificiale che richieda al paziente un'interazione assolutamente minima.

Proprio il pancreas artificiale riguarda anche lo Studio Americano "Overnight Closed Loop"

per il quale è stato arruolato il primo paziente. Il lavoro esaminerà un algoritmo "closed loop" (sistema ad ansa chiusa per l'infusione completamente automatica di insulina), configurato per controllare automaticamente il livello di glucosio durante la notte in persone con diabete.

Nello studio, saranno arruolati fino a 85 pazienti in sei diversi centri degli Stati Uniti. Durante tutta la notte, i partecipanti allo studio utilizzeranno un "closed loop" (sistema ad ansa chiusa per l'infusione completamente automatica di insulina) di Medtronic, un sistema di pancreas artificiale che consiste in un microinfusore MiniMed, un dispositivo continuo di monitoraggio e uno smartphone Android (non richiede alcun intervento da parte dell'utente se non la taratura del sistema di monitoraggio continuo della glicemia).

Lo studio valuterà anche un'innovativa tecnologia sviluppata da Medtronic per riconoscere gli errori di rilevazione, aspetto cruciale per la commercializzazione di un sistema sicuro ed efficace. Lo Studio americano "Overnight Closed Loop" (sistema ad ansa chiusa per l'infusione completamente automatica di insulina), è il più recente fra quelli che Medtronic ha dedicato, negli ultimi 10 anni, ad esaminare differenti elementi dell'algoritmo "closed loop" per la valutazione sia dell'efficacia sia della sicurezza.

Gran Bretagna La nuova tecnica che permette di fare l'analisi del Dna in 16 ore

Mappa dei geni prima dell'impianto Il primo bimbo libero da malattie

Screening a tappeto sull'embrione, il piccolo è nato a giugno

Prima i genitori conoscevano il proprio figlio solo da nato. Con l'avvento dell'ecografia l'album di famiglia si è arricchito delle prime «foto» pre-nascita da ricordare. Poi si sono visti padri girare con la mappa dei cromosomi del futuro figlio. E ora un ulteriore salto in avanti: in teoria, e probabilmente qualcuno (all'estero) lo proporrà, il bebè potrà avere in «banca» tutta la sua mappa genetica. La foto del cuore delle sue cellule fissata quando era un abbozzo di embrione. Scatto e sviluppo in sole 16 ore.

È un nuovo metodo, presentato ieri a Londra durante il congresso della Società europea di riproduzione umana ed embriologia (Eshre). Sarà limitato a «vedere» in un solo esame tutto ciò che non va nei cromosomi e nei geni. Null'altro. L'annuncio scientifico parte da un lieto evento simbolico e beneaugurante: «È nato il primo bimbo in provetta il cui Dna è stato analizzato "a tappeto" prima dell'impianto nell'utero materno», dice ai colleghi il «padre» della tecnica. Chi parla è

Dagan Wells, università di Oxford, uno dei pionieri della diagnosi preimpianto. Un maschietto, che gode di ottima salute, è il primo nato al mondo con la sua mappa genetica nel cassetto. A Dna «garantito».

Il metodo di Wells si chiama *Next generation sequencing* (Ngs): permette di ottenere in sole 16 ore un quadro completo di tutte le anomalie genetiche dell'embrione, sia quelle che interessano i singoli geni (fibrosi cistica, talassemia) sia quelle che riguardano le alterazioni del numero dei cromosomi (dagli eccessi, come le trisomie della sindrome di Down, ai difetti, come le monosomie della sindrome di Turner). Dopo aver verificato l'affidabilità di questa tecnica su cellule prelevate da 45 embrioni portatori di anomalie genetiche, i ricercatori britannici hanno deciso di provarla sul campo usando gli embrioni al quinto giorno di sviluppo prodotti da due coppie ricorse alla fecondazione in vitro (Ivf). È stato così possibile selezionare (conoscendone la vitalità genetica e l'assenza di alterazioni) e impiantare

un singolo embrione per coppia: in entrambi i casi ha attecchito dando il via ad una normale gravidanza. La prima si è felicemente conclusa a giugno ed è quella dell'annuncio al congresso. Anche la seconda gravidanza si è appena conclusa con successo, ma senza il primato da letteratura scientifica.

«Praticamente — spiega al Corriere Andrea Borini, a Londra in qualità di presidente della Società italiana di fertilità e sterilità (Sifes) — si è conclusa la fase di sperimentazione. Da oggi il metodo Wells può entrare in commercio». Borini continua: «La vera novità è l'essere riusciti ad unificare in una sola analisi i diversi metodi finora adottati per individuare le patologie di singoli geni, quelle del Dna mitocondriale e quelle dei cromosomi. Anche oggi possiamo arrivare alle stesse informazioni ma con tempi, per alcuni test, più lunghi. Per esempio per sapere se c'è una patologia di un singolo gene occorre prelevare il tessuto dall'abbozzo di cellule (blastocisti) in terza giornata, congelare l'embrione perché per i risultati si devono

attendere minimo due giorni e poi impiantarlo se tutto risulta nella norma. Con il nuovo metodo messo a punto da Wells in 16 ore si sa tutto e si impianta l'embrione senza nemmeno doverlo congelare. E si può attendere la quinta giornata per fare il prelievo da analizzare. Potenzialmente, poi, c'è una riduzione dei costi (un solo esame) oltre che dei tempi». E in periodo di crisi economica anche questo gioca a favore.

In Italia, con le leggi in vigore, si potrà fare questa diagnosi preimpianto? Solo per le coppie sterili che chiedono di sapere se l'embrione è sano (se «malato» non si uccide ma si congela) e per le coppie sterili che sanno di essere portatrici di un gene «malato». Stop. All'estero lo potranno fare tutti quelli, anche i non sterili, che ricorrono alla fecondazione in vitro. Un domani forse proprio tutti. Ferma restando che, al momento, resta vincolato alla diagnosi di ciò che non va e non a sapere tutto il resto. Anche se possibile.

Mario Pappagallo

@Mariopaps

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il metodo

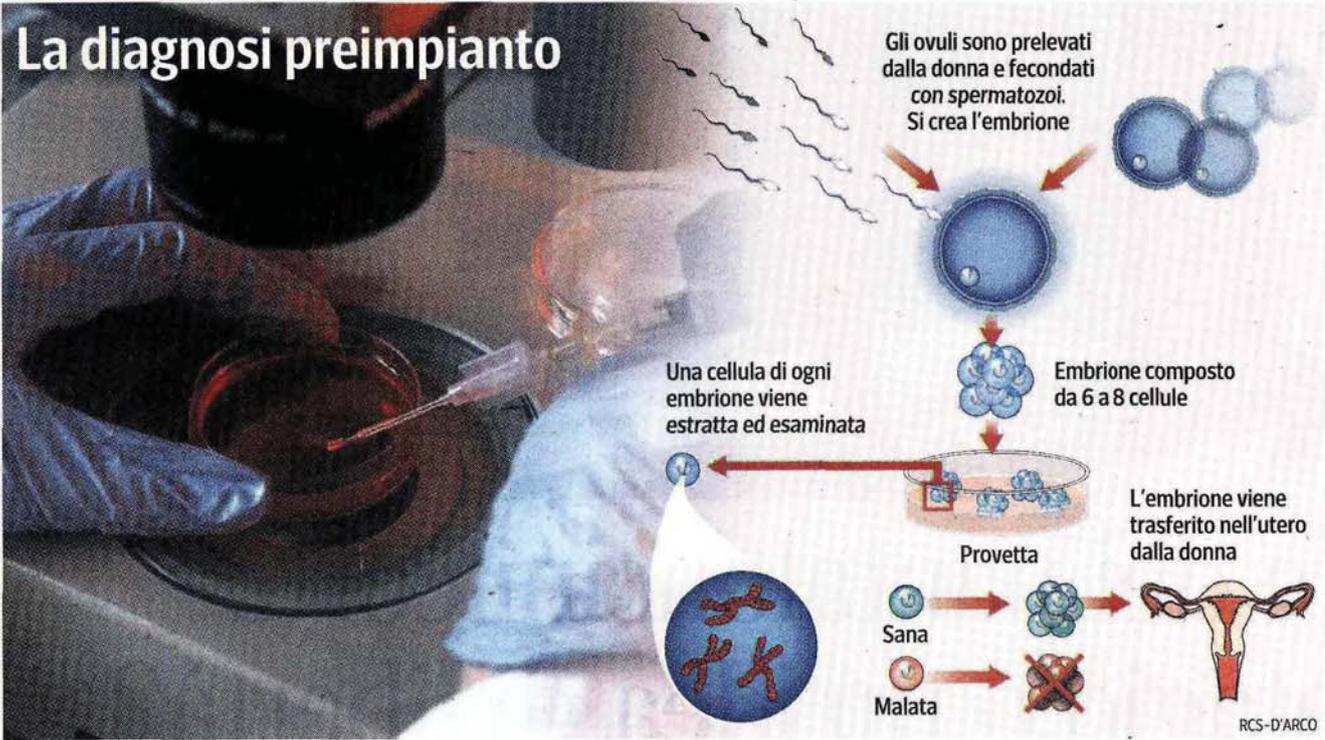
Consente di scoprire, con un solo test, tutte le anomalie: dei geni e dei cromosomi

In Italia

In Italia dovrebbe avere gli stessi limiti delle varie tecniche di diagnosi preimpianto



La diagnosi preimpianto



www.ecostampa.it



UN FIGLIO SANO O SU MISURA?

di EDOARDO BONCINELLI

Molto probabilmente geneticamente sano. Così sarà il bimbo o, meglio, ciascuno dei due bimbi, nati da due coppie diverse, il mese scorso in Inghilterra, dopo che il complesso dei loro geni è stato scrupolosamente esaminato da cima a fondo con una nuova tecnica di sequenziamento veloce del Dna. Per quanto riguarda le sue predisposizioni genetiche questo ragazzo non dovrebbe avere quindi brutte sorprese. I più importanti dei suoi geni non nascondono nessuna insidia e così sarà per buona parte della sua vita. Per lui, per i genitori e per tutti i suoi parenti non è una sicurezza da poco. Con questo metodo non si possono prevedere, ovviamente, le malattie o gli incidenti che gli capiteranno, né le mutazioni geniche che potranno comparire in qualche parte del suo corpo a tarda età, ma per tutto il resto starà al sicuro. Non si potrà dire nemmeno se sarà molto intelligente o meno, bello o brutto, alto o basso, magro o grasso, né se studierà matematica o greco o si dedicherà all'elettronica o alla contabilità. Questo non è dato saperlo. Non è quindi un bimbo su misura, ma un bimbo geneticamente sano. Una cosa, questa, che qualche anno fa non sarebbe stata neppure pensabile. Come è potuto succedere tutto questo? Combinando due tecniche, in parte già sperimentate e in parte nuove di zecca. La parte sperimentata è prima di tutto la diagnosi genetica cosiddetta pre impianto. Si preleva da un abbozzo di embrione umano di cinque giorni, ottenuto tramite una fecondazione in vitro, una delle pochissime cellule che lo compongono. Ci si conduce sopra un'approfondita analisi genetica e, se tutto è a posto, si impianta il resto delle cellule dell'abbozzo in un utero e gli si lascia completare la sua gestazione. All'estero questo viene fatto ormai da qualche tempo, mentre in Italia è sostanzialmente proibito. L'analisi genetica consiste nell'esame per sommi capi di tutto il Dna contenuto nella cellula in questione. Questa analisi esclude le principali mutazioni possibili, ma non tutte. La parte nuova è invece rappresentata dalla tecnica usata per analizzare il suo Dna. Invece di studiarlo un po' qui e un po' là, questo Dna viene analizzato nella sua interezza in poche ore usando il cosiddetto sequenziamento di nuova generazione. Non possiamo nemmeno tentare di spiegare in cosa consiste, ma ci accontenteremo di dire che questo metodo si avvicina di molto al determinarne la sequenza completa, nucleotide per nucleotide. Un trionfo della scienza e della tecnica, quindi, con un paio di interrogativi etici. A parte la liceità di condurre una fecondazione in vitro, non vista da tutti di buon occhio, si pone il problema della diffusione e della potenza di tale tecnica. Questa dovrebbe essere messa a disposizione di tutti e non soltanto di qualche privilegiato, e resta da valutare se in futuro ci si accontenterà di avere figli sani o si pretenderà di avere figli su misura. Si tratta di problemi che la società deve analizzare e dibattere al più presto, ma sarebbe folle rinunciare a uno strumento di questo tipo: meglio sani per scelta che malati per caso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

