

RASSEGNA STAMPA Martedì 27 maggio 2014

Un documento digitale sostituirà carta d'identità e tessera sanitaria
IL MESSAGGERO

Ecco perché scricchiola il SSN
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Ircs più tutela ai direttori sanitari
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Statali, età media 48 anni: nella Ue siamo i più vecchi
IL MESSAGGERO

Chi resta e chi esce dal limbo della riforma Fornero
AVVENIRE

L'Empam volta pagina
ITALIA OGGI

Il super-test rapido scova 800 patogeni
LA REPUBBLICA

Un documento digitale sostituirà carta d'identità e tessera sanitaria

VIRTUALE E REALE

Come ha notato Giulio De Petra, nel recente convegno "Le politiche per l'Italia digitale", l'aspettativa di un «intenso utilizzo delle tecnologie digitali come condizione abilitante per un radicale rinnovamento della PA» è stata costantemente delusa negli ultimi anni. Con la necessità di fare presto ci si aspetta che i ben sei ministri partecipanti a ForumPA 2014 - dallo slogan "Prendere impegni" e "trovare soluzioni" - siano d'accordo nell'analisi e rompano gli indugi per un'Amministrazione allineata ai tempi soprattutto nei due argomenti-chiave "identità" e "documentazione digitale".

La questione "identità digitale" sarà protagonista del convegno di martedì 27 maggio "Sistema pubblico di identità digitale e Anagrafe nazionale: prospettive, vantaggi, problemi di implementazione" coordinato da Cinzia Torracco (Direttore Centrale per i servizi demografici - Ministero dell'Interno). Lo SPID, Servizio Pubblico di Identità Digitale, introdotto con L. 98/2013 - non un esempio di semplificazione - prevede due "concetti di identità" ed è pensato per la vita online, nonostante le esigenze di autenticazione nella vita materiale e immateriale siano spesso indistinguibili. Utilizzare un servizio telematico come Uber, ad esempio, significa agire nel mondo immateriale e contemporaneamente in quello fisico degli spostamenti in auto. Ancora, per l'ingresso in uno stadio occorre essere identificati ed esibire un biglietto, magari "digitale" comprato telematicamente: viene spontaneo pensare di farlo utilizzando il "documento digitale unificato" (DDU), che sostituirà la carta di identità e la tessera sanitaria, ed un'anagrafe online degli italiani, visitabile in tempo reale. Il database unico è già previsto dal DPCM n. 109/2013, si chiamerà "Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente" ed entro il 31 dicembre 2014 subentrerà alle anagrafi comunali.

PERICOLI E RIMEDI

La sicurezza, naturalmente, è necessario collante dell'innovazione telematica. Le tecnologie disponibili ci sono, spesso manca la conoscenza del rischio e la consapevolezza delle responsabilità. Se ne parlerà nella prima mattinata di martedì 28 nel convegno "Politiche e tecnologie per la cybersecurity e la sicurezza delle reti" coordinato da Roberto Baldoni (Ordinario di Sistemi Distribuiti, Facoltà di Ingegneria dell'Informazione - Università Sapienza).

Dalle ore 15 di martedì 27, invece, Maria Pia Giovannini (Responsabile Area regole, Standard e Progetti Innovativi - Agenzia per l'Italia Digitale) affronterà la questione "documentazione digitale" in "Lo switch-off al digitale è possibile - Il documento elettronico e la sua conservazione alla luce della recente normativa". Le norme di principio da anni vigenti sono ora affiancate da più puntuali regole tecniche, imposte a partire da ottobre 2015 in particolare dal DPCM 3 dicembre 2013. E' indubbio, però, che il recente "decreto del fare" (L.98/2013) sia pure fondamentale, ad esempio per l'introduzione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

LA SAPIENZA

Interverrà anche Mariella Guercio (Docente di gestione documentale - Università Sapienza, Digilab) la quale, alle 9.00 del 28 maggio, gestirà un'ulteriore, specifico incontro dal titolo "La gestione informatica dei documenti come strumento di qualità e di trasparenza: il caso della Sapienza". In un'organizzazione così grande e complessa, infatti, risulta evidente la rilevanza dell'obbligo di formazione degli archivi digitali previsti dal DPCM dello scorso dicembre. La prima università della Capitale vuole fare di necessità virtù, utilizzando il "fascicolo digitale" anche come occasione e strumento di riorganizzazione della documentazione e del lavoro.

Federico Rocchi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**AUTENTICAZIONE
L'ESIGENZA È DOPPIA:
CERTIFICARE I PROPRI
DATI PERSONALI
SIA ONLINE, SIA
NELLA VITA MATERIALE**

Pubblica Amministrazione e cambiamento

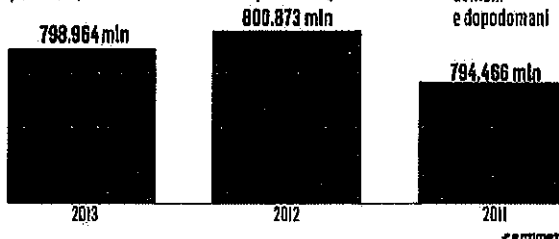


11 MILIONI
di tonnellate di carta
consumo annuo della macchina
amministrativa

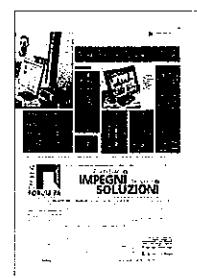


La cosiddetta
"legge
ammazza-fax"
è del 3 agosto
2013

**IL COSTO COMPLESSIVO
DI TUTTA LA MACCHINA PUBBLICA**
(Pa centrali, amministrazioni locali ed enti previdenziali):



Il Forum PA
si svolgerà oggi,
domani
e dopodomani

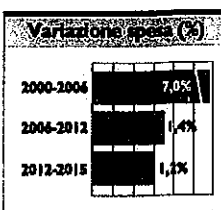


SOSTENIBILITÀ**La ricetta della Camera**

Più Stato e meno Regioni, nuova governance e più territorio

Più Stato e meno Regioni, gestione delle cronicità, crescita delle Regioni in difficoltà, premi alle virtuose, più innovazione e prevenzione. È la ricetta della sostenibilità dell'indagine conoscitiva delle Commissioni Bilancio e Affari sociali della Camera.

A PAG. 6-7

**SOSTENIBILITÀ/** L'indagine conoscitiva delle Commissioni Bilancio e Affari sociali della Camera**Ecco perché scricchiola il Ssn****Le ricette: nuova governance, innovazione, più territorio e prevenzione**

Rafforzare il ruolo dello Stato, come garante della definizione dei Lea ma anche dell'uniformità della loro erogazione; rivedere profondamente il modello assistenziale per gestire la cronicità; definire una griglia di indicatori per consentire la crescita del livello assistenziale medio delle regioni più svantaggiate integrando il sistema, teoricamente virtuoso, dei "costi standard" e delle "Regioni benchmark"; affrontare la sfida appropriata ristabilendo un meccanismo che premi le aziende virtuose (sia pubbliche che private) e stigmatizzi i comportamenti non corretti; ma anche investire di più in prevenzione e innovazione e incentivare la sanità integrativa (si veda articolo in pagina).

È questa la formula più o meno segreta per risolvere il cubo di rubik della «sostenibilità» del Ssn, che emerge dalle conclusioni dell'Indagine conoscitiva condotta dalle Commissioni riunite V (Bilancio, tesoro e programmazione) e XII (Affari sociali).

Il quadro tracciato dalle audizioni degli stakeholder svela senza dubbio un orgoglio di fondo, quello del valore insostituibile del Ssn, quale strumento indispensabile per la tutela della salute, un sistema che comporta oneri al di sotto della media internazionale ed europea. La preoccupazione diffusa è tuttavia che la crisi infinita e la riduzione dei finanziamenti si traducano in una perdita nella qualità dei servizi e nella capacità di rispondere ai bisogni sanitari della popolazione.

Governance e competenze. Servirebbe un nuovo modello per garantire un'erogazione dei Lea omogenea ed eliminare le differenze regionali. Anche perché sono tutti d'accordo: il riparto di

competenze tra Stato e Regioni in materia di sanità non funziona. L'alternativa: «regolamentazione svolta a livello centrale in termini di definizione degli standard, controllo e poteri di intervento e rettifica» nettamente distinta dall'erogazione delle prestazioni, affidata alle Regioni. Che dovrebbero avere però un grado di responsabilità decisionale minore rispetto a quello attuale.

E a livello centrale, da parte dello Stato, andrebbe effettuata una verifica puntuale non solo sulla correttezza dei bilanci economici ma anche della efficace erogazione dei Lea. Insomma se il pane va razionato, le rose devono esserci per tutti. Anziani e cronici compresi, circondati da nuclei familiari sempre meno in grado di garantire presa in carico e protezione sociale. «Ne deriva l'urgenza - si legge nelle conclusioni dell'indagine - del superamento delle logiche ospedalocentriche a favore della domiciliarizzazione di strutture intermedie», un processo che consentirebbe all'ospedale di divenire il luogo dell'intensività assistenziale, e non più, come avviene ora, la struttura di intervento generalista. Il che significa espandere la spesa nell'immediato per ottenere nel medio termine un utilizzo più efficiente delle risorse e un effetto di contenimento della spesa sul futuro.

Welfare sanitario. I meccanismi di finanziamento da parte dello Stato vanno integrati e corretti. Vanno bene i costi standard e le Regioni benchmark. Ma nel nuovo meccanismo restano «non pervenute» variabili della spesa sempre più importanti: emergenze territoriali per patologia, densità della popolazione, estensione territo-

riale regionale, condizioni orografiche, entità dei flussi migratori, indici di povertà della popolazione. Ma anche differenze strutturali, tecnologiche e di risorse umane che rendono «disomogenea la risposta ai bisogni di salute del cittadino». Per questo «Il sistema dei "costi standard" e delle "Regioni benchmark", assolutamente virtuoso in linea di principio, rischia di restare in larga misura una mera enunciazione se non sarà integrato con la definizione di indicatori appropriati, specifici e coerenti con l'obiettivo di consentire la crescita del livello assistenziale medio delle Regioni a maggior svantaggio strutturale». E la valutazione sui Piani di rientro, indispensabili per il raggiungimento del controllo delle variabili finanziarie, non dovrebbe trascurare l'impatto reale sull'efficacia e l'efficienza nella produzione ed erogazione dei servizi, «legando le procedure di verifica degli obiettivi delle Regioni in piano di rientro al miglioramento complessivo dell'attività assistenziale». E in questo ambito va colmata l'assenza dei Liveas, ai fini di una completa integrazione socio-sanitaria.

La sfida dell'appropriatezza. Nel corso dell'indagine conoscitiva è stato riconosciuto da tutti che il modello dell'Azienda sanitaria funziona. Ma la qualità va premiata «promuovendo una vir-

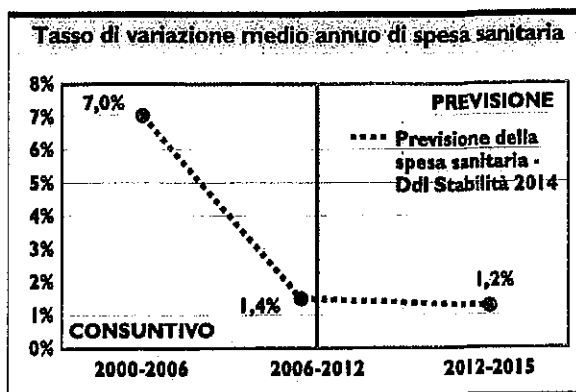
tiosa competizione fra erogatori che induca gli stessi - sia pubblici che privati - ad adeguarsi ai più rigorosi standard di qualità». E su questo fronte una carta da giocare, nel rispetto di certi equilibri, è la mobilità sanitaria, che può rappresentare uno «strumento di incentivazione degli operatori più efficaci». E in nome dell'appropriatezza, suggeriscono i parlamentari nelle conclusioni dell'indagine, più spazio alla centralizzazione degli acquisti e all'aggregazione selettiva della domanda.

E soprattutto più prevenzione: nel nostro Paese l'80% delle malattie è determinato dalle cattive abitudini (fumo, alcol, eccessiva alimentazione, sedentarietà). E più innovazione: non è ormai rinviabile l'ammodernamento strutturale e tecnologico del sistema sanitario attraverso risorse certe e serve una maggiore rapidità e omogeneità nell'accessibilità ai farmaci innovativi. Sarà pure l'acqua calda. Ma il soldato Ssn ha bisogno di tutto questo. Per essere salvato e dare il meglio di sé.

pagine a cura di
Rosanna Magnano
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA





La spesa sanitaria nel conto della Pa: le previsioni nel Def 2013 (milioni di euro - %)

| Previsioni Def 2013 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| Valore assoluto | 111.108 | 113.029 | 115.424 | 117.616 | 119.789 |
| Variazione percentuale su anno precedente | 0,2 | 1,7 | 2,1 | 1,9 | 1,8 |
| Percentuale su spesa primaria | 15,29 | 15,60 | 15,61 | 15,72 | 15,74 |
| Percentuale su Pil | 7,1 | 7,0 | 6,9 | 6,8 | 6,7 |

Composizione della spesa sanitaria (milioni di euro)

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Prestazioni sociali in natura | 101.102 | 102.644 | 104.711 | 103.609 | 102.791 |
| Corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market | 39.607 | 40.809 | 41.316 | 40.406 | 39.578 |
| • Farmaci | 11.226 | 10.997 | 10.913 | 9.862 | 9.145 |
| • Assistenza medico-generica | 6.079 | 6.949 | 6.984 | 6.724 | 6.736 |
| • Assistenza medico-specialistica | 3.948 | 4.112 | 4.542 | 4.737 | 4.720 |
| • Assistenza ospedaliera in case di cura private | 9.407 | 9.493 | 9.449 | 9.503 | 9.395 |
| • Assistenza protesica e balneo-termale | 3.903 | 3.954 | 3.940 | 4.113 | 3.944 |
| • Altra assistenza | 5.044 | 5.304 | 5.488 | 5.467 | 5.638 |
| Corrispondenti a servizi prodotti da produttori non market | 61.495 | 61.835 | 63.395 | 63.203 | 63.213 |
| • Redditi da lavoro dipendente | 35.757 | 34.467 | 35.449 | 34.425 | 33.961 |
| • Consumi intermedi | 23.230 | 24.777 | 25.220 | 26.168 | 26.779 |
| • Altro | 2.508 | 2.591 | 2.726 | 2.610 | 2.473 |
| Contribuzioni diverse | 952 | 894 | 852 | 876 | 1.001 |
| Servizi amministrativi | 5.482 | 5.705 | 5.797 | 5.838 | 5.825 |
| • Redditi da lavoro dipendente | 2.802 | 2.894 | 2.897 | 2.828 | 2.747 |
| • Consumi intermedi | 2.507 | 2.630 | 2.717 | 2.833 | 2.906 |
| • Altro | 173 | 181 | 183 | 177 | 172 |
| Altre uscite | 1.355 | 1.231 | 1.166 | 1.270 | 1.225 |
| di cui: interessi passivi | 588 | 424 | 326 | 380 | 335 |
| Totale uscite correnti | 108.891 | 110.474 | 112.526 | 111.593 | 110.842 |

Ircs, più tutele ai direttori sanitari

Stop allo spoil system dei direttori scientifici degli Ircs, i "gioielli" della ricerca targata Servizio sanitario nazionale. Oggi decadono automaticamente quando si insedia il nuovo Consiglio di indirizzo e di verifica, domani resteranno in carica per cinque anni senza interruzioni.

A sancire il nuovo corso è la bozza di Intesa trasmessa alla Conferenza Stato-Regioni, che propone di modificare in questo senso l'articolo 12 dello schema tipo di regolamento di organizzazione e funzionamento degli Ircs, allegato all'accordo 1° luglio 2004.

Un cambiamento che si rende necessario - spiega il documento - sia per la più lunga e complessa procedura di nomina dei direttori scientifici degli Istituti, introdotta con il Dpr 42/2007 (dunque successivo all'intesa del 2004), sia per marcare «la differenza delle funzioni svolte dai direttori scientifici e dal Consiglio di indirizzo e verifica, l'una prettamente tecnica, l'altra di indirizzo politico».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Statali, età media 48 anni: nella Ue siamo i più vecchi

► Tre giorni di analisi e proposte per cambiare la macchina pubblica

IL NODO

Neanche un anno fa qualcuno la definì pomposamente la legge "ammazza-fax". Con un emendamento al decreto del Fare si mandava in soffitta, nella Pubblica Amministrazione, «uno strumento di comunicazione ormai obsoleto», sostituito dalle mail. Una svolta per una macchina amministrativa che consuma 11 milioni di tonnellate di carta all'anno e alla disperata ricerca di strumenti efficaci di contenimento costi. Da allora è stato fatto tanto ma c'è ancora molto su cui lavorare per un progressivo avvicinamento verso la smaterializzazione dei contenuti e delle comunicazioni all'interno dell'apparato statale. Il costo complessivo di tutta la macchina pubblica (Pa centrali, amministrazioni locali ed enti previdenziali) è stato di 798.964 milioni nel 2013, 800.873 nel 2012 e 794.466 milioni nel 2011. Non solo. I 3.344.000 lavoratori della Pa in Italia sono

tra i più vecchi in Europa con appena il 10% del totale che ha meno di 35 anni, a fronte del 27% in Francia e il 25% in Gran Bretagna: anche a causa del blocco del turn over la media è di 48 anni, con un picco nei ministeri di 52 anni (e 22 anni di servizio in media). Circa il ruolo della dirigenza, non solo il numero dei travet per ogni dirigente è diminuito negli anni da 12,3 nel 2004 a 11,7 nel 2012, ma gli stipendi degli alti dirigenti pubblici sono tra i più alti d'Europa. Secondo la ricerca, un dirigente apicale guadagna in Italia 12,63 volte il reddito medio; in Gran Bretagna questa proporzione è 8,48 volte; in Francia 6,44; in Germania 4,97.

IMPEGNI PRECISI

Di questo e molto altro ancora si parlerà alla XXV edizione del Forum Pa, in programma al Palazzo dei Congressi dell'Eur, da oggi

**IL COMPUTER
STENTA A IMPORSI
IN UN ANNO PRODOTTI
11 MILIONI
DI TONNELLATE
DI CARTA**

al 29 maggio (www.forumpa.it). Nella tre giorni romana la politica, le amministrazioni, le imprese e i cittadini saranno chiamati a prendere impegni precisi e presentare soluzioni per l'innovazione e la costruzione del modello di Paese che vogliamo. Sei gli obiettivi sui cui verranno organizzati i lavori: scongelare l'amministrazione ("Mille enti in meno, 10.000 giovani laureati in più nella Pa"); cogliere le opportunità della programmazione 2014-2020; revisione della spesa pubblica; Pa digitale attraverso tre grandi target di switch-off; open government con l'attuazione dei principi di trasparenza, partecipazione e collaborazione; la Pa che favorisce l'imprenditoria. Slogan del Forum Pa 2014, il più grande evento di formazione gratuito del nostro Paese, è "Prendiamo impegni, troviamo soluzioni". Interverranno i ministri Madia (Funzione pubblica), che al Messaggero mercoledì scorso ha illustrato la sua riforma che cambierà "questo sistema ingessato da modernizzare", Padoa-Schioppa (Economia), Guidi (Sviluppo Economico), Poletti (Lavoro), Pinotti (Difesa) e il sottosegretario alla Presidenza del Consiglio Delrio.

Francesca Filippi



martedì 27 maggio 2014 p. 22

Chi resta e chi esce dal limbo della riforma Fornero

Pensioni e previdenza

di Vittorio Spinelli

Ormai fuori dalla tornata delle elezioni europee, ministri e Parlamento dovrebbero dedicarsi nei prossimi giorni ai nodi ancora irrisolti originati dalla riforma Fornero. In cima alla lista dei lavori spicca la vicenda di "quota 96", una svista della riforma che ha impedito il regolare pensionamento dal 1° settembre 2012 agli insegnanti che erano già in grado di lasciare il servizio avendo maturato i requisiti ante riforma alla data del 31 agosto 2012 (chiusura dell'anno scolastico 2011 - 2012). Sulla questione sono stati ormai approfonditi tutti gli aspetti tecnici e la soluzione positiva, per circa 4 mila docenti, non dovrebbe essere lontana. Tanto da allineare il desiderato pensionamento alla data del prossimo 1° settembre. Il riconoscimento, ora per allora, del diritto alla pensione con le vecchie regole, non esenta i docenti interessati dal nuovo regime che prevede per tutti gli assicurati il calcolo contributivo a partire dal 1° gennaio 2012 in avanti.

Prepensionamenti. Sono state invece risolte le incertezze sulla pensione anticipata ai pubblici dipendenti dichiarati in eccedenza (rispetto alla qualifica) oppure in soprannumero (rispetto all'organico complessivo). Le rispettive regole, approfondite dall'Inps con

la circ. 63/2014, prevedono il prepensionamento con la certificazione del diritto alla pensione fino al 31 dicembre 2016. Entro questa data sono validi i requisiti minimi di contributi e di età anteriori alla riforma, ma sempre con l'aggiunta dei mesi relativi alla speranza di vita.

Il provvedimento è applicabile anche alle aziende e alle amministrazioni - originariamente enti pubblici - che al tempo della privatizzazione hanno optato per restare nella previdenza del pubblico impiego, rimettendo tuttavia ai singoli dipendenti la scelta personale di adesione alle Casse pensioni dell'Inpdap oppure all'Inps. In campo ecclesiastico, in questa situazione si trovano i dipendenti delle istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza (Ipab), e il personale di grandi enti del settore della sanità e dell'istruzione (l'ospedale S. Raffaele, l'Università cattolica e l'Istituto Toniolo a Milano, la Lumsa a Roma ecc.). Cesato il rapporto di lavoro, l'assegno mensile sarà liquidato in base alle regole che saranno in vigore al momento della sua effettiva decorrenza. L'Inps prevede quindi eventuali aggiornamenti relativi alle attuali regole della riforma ma anche aumenti sui mesi della speranza di vita. Sulla pensione anticipata non spettano gli aggiornamenti al costo della vita, gli assegni familiari e sono escluse trattenute per cessioni del quinto, mutui ecc.; riscatti e ricongiunzioni devono risultare già saldati.

LAVORO E PREVIDENZA*In vigore la nuova governance dell'ente dei medici e degli odontoiatri*

L'Enpam volta pagina

Gestione degli investimenti più trasparente

Advisor esterni scelti con gare internazionali, manager qualificati con lunga esperienza nel mercato, scelte sottoposte a procedure certificate e controlli incrociati: è questo il nuovo modello di gestione degli investimenti dell'ente di previdenza dei medici e degli odontoiatri, entrato ieri a pieno regime. Lo rende noto lo stesso Enpam dopo aver completato l'ultimo passaggio, il lancio della gara europea per nominare un investment advisor per tutto il suo patrimonio di circa 15 miliardi di euro. Il percorso della nuova governance è cominciato nel 2011, quando l'attuale Consiglio di amministrazione decise di affermare un modello per gli investimenti per assicurare maggiore trasparenza e competenza e per superare le criticità del passato.

Resta il consiglio di amministrazione ad essere responsabile delle scelte di investimento. Ma prima di arrivare sul tavolo del Cda, tutte le proposte dovranno essere va-

gliate dalla struttura tecnica interna e dall'investment advisor esterno, seguendo procedure sul cui rispetto vigila il Comitato per il controllo interno dell'Enpam, che è attualmente presieduto da un magistrato della Corte dei Conti. Tutti gli investimenti

saranno inoltre monitorati dal risk advisor, recentemente nominato a seguito di un'altra gara europea.

La Cassa dei medici e degli odontoiatri ha anche rafforzato la propria struttura interna assumendo manager con una lunga esperienza nel merca-

to. A ricoprire il ruolo di Chief investment officer e responsabile del settore immobiliare è stato nominato Emilio Giorgi, in precedenza vice president di Merrill Lynch International Bank, mentre il servizio degli investimenti finanziari è stato affidato a Pierluigi Curti, in precedenza Chief financial officer della Fondazione Roma. Ancora, la Fondazione Enpam si è inoltre dotata di un Codice etico aggiornato e di una policy sul conflitto di interesse.

«Il nostro modello è ispirato alle migliori pratiche internazionali. Per questo incentiviamo la partecipazione anche di soggetti stranieri, compresi quelli che finora hanno avuto difficoltà a entrare nel mercato italiano», ha dichiarato il presidente Alberto Olivetti. «I soldi dell'Enpam servono a pagare le pensioni attuali e future, perciò la Fondazione deve fare scelte prudenti ed evitare investimenti tipici degli speculatori, che magari perseguono rendimenti elevati ma a costo di commissioni alte e di grandi rischi».

L'Enpapi (infermieri) mette on line tutte le delibere

Parte l'operazione trasparenza amministrativa dell'Enpapi, l'ente di previdenza degli infermieri: ogni documento approvato e sottoscritto durante la consiliatura in corso, infatti, sarà consultabile via web attraverso il sito www.enpapi.it, mediante l'apposita sezione del portale "Trasparenza". Si tratta di tutto il materiale prodotto a partire dall'aprile 2011, data di avvio dell'attuale mandato del Cda presieduto da Mario Schiavon, ossia verbali e deliberazioni del Consiglio di amministrazione, del Consiglio di indirizzo generale, provvedimenti d'urgenza del presidente e verbali del collegio dei sindaci. In concomitanza, per gli infermieri parte anche il restyling del contact center. Dal 3 giugno sarà più facile ottenere informazioni sulla posizione contributiva, ricevere assistenza dedicata in caso di dubbi e questioni sulle prestazioni e, progressivamente, richiedere un estratto conto con indicazione dei versamenti effettuati. Il numero resta lo stesso: 800.070.070

SALUTE

Infezioni. Dal congresso europeo dei microbiologi le novità su esami diagnostici e terapie contro l'antibiotico-resistenza. Analisi attendibili in solo 8 ore invece di giorni. Un kit entro un anno. L'importanza delle cure combinate

Il super-test rapido scova 800 patogeni

IRMA D'ARIA

SCOVARE virus e batteri nel minor tempo possibile per capire l'origine dell'infezione e intervenire con la terapia più appropriata. È questa la strategia su cui stanno lavorando gli esperti di tutto il mondo preoccupati dell'aumento delle infezioni e dell'antibiotico-resistenza che rende sempre più spuntate le nostre difese. All'ultimo congresso della European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (Escmid), a Barcellona, sono stati presentati i risultati dello studio Radical su un nuovo test molecolare, nato dalla ricerca militare contro il bioterrorismo, in grado di individuare oltre 800 patogeni batterici, fungini o virali nell'arco di sole 8 ore rispetto a diversi giorni necessari oggi per effettuare le colture. I ricercatori hanno condotto un'analisi retrospettiva sui campioni di oltre 180 pazienti con sospette infezioni gravi per confrontare i risultati di questa nuova tecnologia (messa a punto da Abbott) con quelli delle colture oggi in uso. Dopo aver esaminato i dati preliminari, i medici indipendenti del panel di valutazione hanno dichiarato che avrebbero prescritto una terapia diversa in oltre il 50% dei casi. Secondo l'autore dello studio, Jean-Louis Vincent, responsabile del reparto di terapia intensiva all'Hôpital Erasme, «questi risultati confermano che il nuovo test potrebbe essere utilizzato per identificare i microrganismi più rapidamente rispetto alle colture di laboratorio». Lo studio sarà completato entro la fine del 2014 e il dispositivo per la diagnosi in vitro con marchio CE, sarà disponibile nei

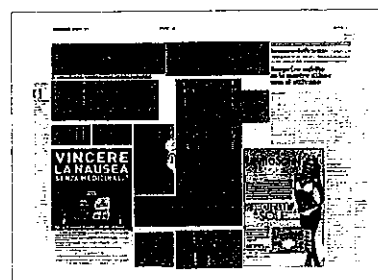
paesi europei entro i prossimi 12 mesi.

L'altro fronte su cui si concentrano le ricerche è quello delle terapie: «I farmaci sono sempre meno efficaci ed oggi un medico può trovarsi di fronte ad un cep-

po che risulta resistente a tutti gli antibiotici», avverte Marco Falcone, ricercatore presso il Dipartimento di Sanità pubblica e malattie infettive della Sapienza di Roma e membro del team internazionale che ha redatto le linee-guida europee per la gestione delle infezioni da batteri multi-resistenti in ospedale. Visto che persino la famiglia di farmaci «ultima risorsa» - i carbapenemi, utilizzati per curare infezioni mortali - risulta inefficace in più della metà dei pazienti trattati visto che ormai da anni non ci sono più state nuove classi di antibiotici, si punta sulla combinazione di più molecole. Un esempio di cui si è parlato all'Escmid è l'associazione di ceftolozane, una nuova cefalosporina (molto potente in vitro contro lo *Pseudomonas Aeruginosa*), con il tazobactam, noto ed efficace inibitore della lattamasi. Contro le infezioni ospedaliere da *Klebsiella pneumoniae*, già si usa la combinazione ertapenem e doripenem.

Ma si battono altre strade. L'università di Melbourne ha sviluppato un tessuto antibatterico che può uccidere una vasta gamma di agenti patogeni, in 10 minuti. Anche la nanotecnologia viene in aiuto: con delle microsonde grandi non più di un capello, infatti, già da anni i ricercatori del Centro di nanotecnologia di Londra stanno studiando le modalità con cui gli antibiotici si legano al batterio, lo indeboliscono e lo distruggono: capito il meccanismo si sintetizzerà la nuova medicina.

© HIRK/CH/PORE RISERVATA



L'INFEZIONE BATTERICA



1 I batteri iniziano a moltiplicarsi in una zona del corpo

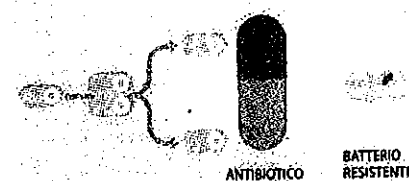
2 Il sistema immunitario si accorge del pericolo e attacca i batteri

ed emette sostanze che causano dolore e febbre

I SINTOMI



INIZIO DELLA CURA ANTIBIOTICA



3 Arriva l'antibiotico che blocca la proliferazione dei batteri normali

4 I batteri resistenti hanno il campo libero

MIGLIORIE



5 I batteri normali sono distrutti

Calo di febbre e dolore



6 Il sistema immunitario rallenta l'azione

CURA ANTIBIOTICA ADEGUATA



7 La cura antibiotica prosegue ancora per almeno 3 giorni

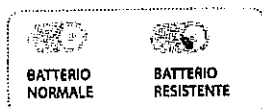
8 I batteri normali superstiti non possono moltiplicarsi

GUARIGIONE



9 Il sistema immunitario elimina quelli resistenti

COME UN BATTERIO DIVENTA RESISTENTE



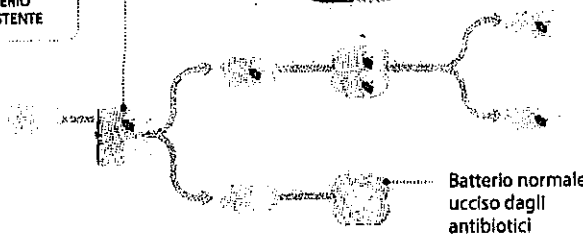
Ad ogni divisione del batterio il suo Dna genera due copie talvolta non identiche, perché una soffre una mutazione genetica

Se il gene mutato è quello su cui agiva l'antibiotico il nuovo batterio sarà resistente

Assunzione di antibiotico



I batteri resistenti sopravvivono e si moltiplicano anche in presenza di antibiotici



Batterio normale ucciso dagli antibiotici

FONTE: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA / ANSA



Batterio normale

Materiale genetico

CURA ANTIBIOTICA INCOMPLETA (O INADEGUATA)

1 Davanti ai miglioramenti, viene sospesa la cura antibiotica

SOMMINISTRAZIONE DI ANTIBIOTICI IN MODO IMPROPRIO

Nel consumo di carni di allevamento contaminate di antibiotici

Assunzione di antibiotici per influenze e altre infezioni virali

Batterio mutato (resistente ad antibiotici)

I BATTERI RIPRENDONO VIGORE

3 Il sistema immunitario più debole lascia vivi molti batteri, compresi quelli resistenti

Batterio normale

Batterio resistente

IPROGATICA PALLAS/SCIENTI

RICADUTA

Febbre e dolore

CONTRATTACCO DEI BATTERI

2 I batteri resistenti che rimangono silenti sono pronti ad invadere il corpo giorni, mesi o anni dopo, appena le difese si abbassano

IL NUOVO ESAME DIAGNOSTICO

Utile per malattie infettive

Utilizza un campione biologico del paziente

Individua oltre 800 patogeni e funghi

Il risultato arriva nell'arco di 5-8 ore

Il test sviluppato dalla Abbott sarà disponibile in Europa entro i prossimi 12 mesi