



RASSEGNA STAMPA 16-05-2018

1. NAZIONE Stile di vita sano, così si evita il cancro
2. MATTINO BENEVENTO Lotta ai tumori e villaggio Cri: la sfida salute
3. ANSA Tumori: prostata, task force Usa riabilita screening con Psa
4. LIBERO QUOTIDIANO Prevenzione tumore del colon disparità tra Nord e Sud Italia
5. ADN KRONOS Fecondazione: l'esperto, il futuro è editing genetico per embrioni sani
6. AVVENIRE Sanità, l'allarme delle Regioni
7. MANIFESTO «Sanità da paese incivile» Anche la Lega è per il welfare
8. LIBERO QUOTIDIANO «Sanità inadeguata per un Paese civile»
9. SOLE 24 ORE Comuni e sanità, aumenti da giugno
10. REPUBBLICA.IT Legge sui vaccini obbligatori, c'è già un progetto per scardinarla
11. ANSA Amianto, in Italia è ancora molto diffuso e minaccia salute e ambiente
12. DOCTOR 33 I consumi di farmaci Ssn nel 2017: Ppi al top delle prescrizioni
13. LIBERO QUOTIDIANO Il British Journal: legalizzate le droghe
14. QUOTIDIANO SANITÀ Oms. Ecco la lista dei test diagnostici essenziali

Stile di vita sano, così si evita il cancro

Cibo e moto, evitabile il 40 % dei casi di tumore. Ogni giorno 67 nuove diagnosi

PELLE DA SALVARE

Preoccupa l'aumento delle diagnosi di melanoma

■ FIRENZE

AUMENTANO in Toscana i casi di melanoma e si conferma alta la diffusione del fumo, ma la regione resta una delle prime in Italia per sopravvivenza al tumore. Il 40% dei casi sarebbe comunque evitabile con corretti stili di vita sul fronte di alimentazione, attività fisica e abitudini. Sono i dati resi noti dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), che ha presentato a Firenze *I numeri del cancro in Italia 2017*, presenti l'assessore regionale alla salute Stefania Saccardi, il coordinatore Aiom Toscana Andrea Michelotti, il direttore Ispro (Istituto studio, prevenzione e rete oncologica) Gianni Amunni e la vicepresidente Airtum (Associazione italiana registri tumori) Carlotta Buzzoni. Secondo lo studio, in Toscana, nel 2017, sono stati registrati 24.500 nuovi casi di tumore (12.450 uomini e 12.050 donne), in linea con la tendenza nazionale: stabili le diagnosi fra gli uomini e in aumento fra le donne, con un incremento delle patologie polmonari. Le neoplasie più frequenti sono state quelle del colon retto (3.700), seno (3.250), polmone (2.950), prostata (2.500) e melanoma (1.250). Ma la sopravvi-

venza a 5 anni dalla diagnosi è del 62,2% (65% donne e 56% uomini), un dato che pone la Toscana seconda in Italia dopo l'Emilia-Romagna (62,4%). «Sono valori più alti della media italiana di circa 6 mesi – dice Saccardi – e la Toscana è tra le prime anche per speranza di vita: 22,8 anni per le donne e 19,5 per gli uomini, contro una media italiana di 22,4 e 19,1». «Ciò che preoccupa, in Toscana – sottolinea Michelotti di Aiom – è l'aumento (+24% dal 2014), dei casi di melanoma, anche se il dato può essere influenzato da una maggiore attenzione e dalla presenza di screening mirati».

A favore dei toscani giocano invece la minor presenza di soggetti sedentari rispetto alla media nazionale (30,2% contro 33,6%), in sovrappeso (28,1% contro 31,7%) o obesi (8,2% contro 10,7%). E se ogni anno si registrano circa 12 mila decessi per tumore, sono sempre più numerose le persone che superano la malattia, soprattutto per patologie a tiroide (96%), testicolo (93%), prostata (92%), melanoma e mammella (entrambi 88%). La nuova sfida è garantire servizi a chi ha già passato i 5 anni dalla diagnosi ma anche a chi si affronta i primi periodi di malattia: 204.140 persone in Toscana, che da poco possono contare anche sui servizi degli Aiuto Point.

Li.Cia.



La prevenzione



Lotta ai tumori e villaggio Cri: la sfida salute

Benevento capitale della lotta al cancro e città della cella Croce Rossa. Il weekend sarà all'insegna della prevenzione. La città, infatti, per tre giorni ospiterà la decima tappa della nuova edizione del «Festival della prevenzione e innovazione in oncologia». Un motorhome sarà allestito da domani a sabato in piazza Risorgimento, dove gli oncologi dell'Aiom forniranno consigli e informazioni sulla prevenzione, sull'innovazione terapeutica e sui progressi della ricerca in campo oncologico. «A Benevento ogni anno sono stimate più di 1.500 nuove diagnosi di tumore (861 uomini e 643 donne), almeno il 40%, cioè circa 600 casi, potrebbe essere evitato adottando alcune semplici regole - dice Bruno Daniele, Direttore Oncologia medica del Rummo -. L'obiettivo è trasmettere un messaggio fondamentale: contro il cancro si deve giocare d'anticipo. E lanciamo, sul modello dei festival della letteratura, il «Festival della prevenzione e innovazione in oncologia» per spiegare il nuovo corso dell'oncologia

che spazia dai corretti stili di vita agli screening, alle armi innovative, fino al reinserimento nel mondo del lavoro». Saranno distribuiti opuscoli sulle principali regole della prevenzione e sulle armi in grado di sconfiggere la malattia o di migliorare la sopravvivenza.

Nel weekend, invece, piazza IV Novembre ospiterà «Il Villaggio della Croce Rossa», manifestazione patrocinata da prefettura, Provincia e Comune. Apertura venerdì, alle 9, con le scolaresche. Previsti diversi screening gratuiti. «Sarà una vetrina informativa - dice il presidente del Comitato Provinciale Stefano Tangredi - sulle numerose attività che mette in piedi, da sempre, la Croce Rossa. Ci occupiamo di salute, del sociale, delle emergenze, rispettiamo e applichiamo principi e valori, lavoriamo su sviluppo e prevenzione e coinvolgiamo i giovani in numerosi progetti di volontariato. Saranno possibili anche test gratuiti per la misurazione dei valori di glicemia, colesterolo e trigliceridi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<https://www.ansa.it/>

TUMORI: PROSTATA, TASK FORCE USA RIABILITA SCREENING CON PSA

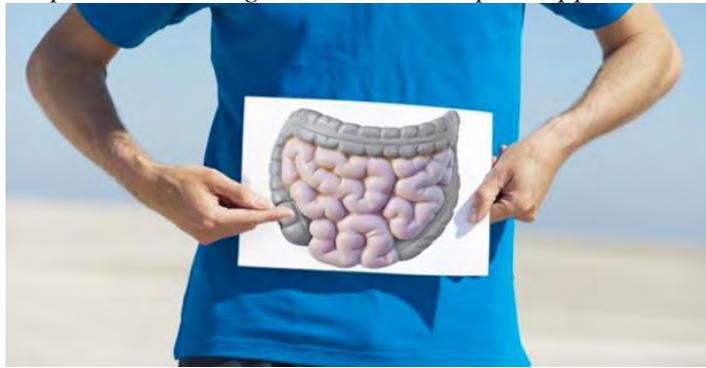
'In qualche caso è utile, uomini dovrebbero scegliere da soli'

ROMA, 14 MAG - Il test del Psa per lo screening del tumore della prostata in qualche situazione può essere utile a prevenire dei casi gravi e delle morti, e gli uomini tra 55 e 69 anni dovrebbero discutere con il proprio medico se farlo. Lo affermano le nuove raccomandazioni della U.S. Preventive Services Task Force, secondo cui invece dopo i 70 anni il test è inutile. Fino a questo momento la task force, i cui documenti sono tenuti in grande considerazione negli Usa, al punto che le assicurazioni pagano solo per gli screening raccomandati, aveva sconsigliato a tutti il test. La revisione delle evidenze scientifiche recenti ha però evidenziato, scrivono gli autori della raccomandazione, che per ogni mille uomini che fanno lo screening si risparmierebbero 1,3 morti e tre casi di tumore metastatico. Sull'altro piatto della bilancia resta un alto tasso di falsi positivi, o di persone che verranno curate per tumori che crescono lentamente e non creerebbero danni. "Il tumore alla prostata è uno dei più comuni, e la decisione di fare o no lo screening è complessa - afferma Alex Christ, vicedirettore della task force -. Gli uomini dovrebbero discutere rischi e benefici con il proprio medico, così da fare la scelta migliore. Per chi è più interessato al potenziale beneficio ed è disposto ad accettare i rischi potenziali lo screening potrebbe essere la scelta migliore".

<http://www.liberoquotidiano.it/>**LA PAROLA ALL'ESPERTO**

Prevenzione tumore del colon disparità tra Nord e Sud Italia

Il carcinoma colo-rettale è facilmente prevenibile e gestibile con adeguati screening, se vengono fatti per tempo, ma nelle regioni meridionali purtroppo non è semplice accedervi



Il carcinoma colo-rettale è tra le forme di neoplasia più facilmente prevenibili e gestibili, eppure ancora oggi è uno dei *big killer* tra i pazienti oncologici: costituisce infatti la seconda causa di morte per tumore in soggetti di sesso maschile e la terza nelle donne. In Italia, ogni anno, si registrano 40 nuovi casi ogni centomila abitanti. È questa la fotografia della situazione italiana, illustrata dal professor **Alfredo Di Leo** del policlinico di Bari, membro del Consiglio direttivo della Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva (Sige). Il paradosso è ancora più grande se si considera che l'evoluzione a partire da forme benigne (i comuni 'polipi') a forme maligne evolute è molto lenta – impiega mediamente 7 anni – e quindi le strategie di *screening* atte a individuare precocemente i polipi prima che questi cancerizzino risultano estremamente efficaci. Lo *screening* del tumore del colon-retto può avvenire con due modalità: la ricerca del sangue occulto e la sigmoidoscopia flessibile. La ricerca del sangue occulto è la modalità più semplice e meno invasiva. Il paziente raccoglie campioni di feci per tre giorni consecutivi che vengono analizzati in laboratorio con kit di vario tipo, basati sulla reazione ossidativa del gruppo eme dell'emoglobina (test Fobt) o sull'identificazione delle catene dell'emoglobina con metodi 'immunochimici' (Fit).

In caso di positività a questi *test*, è indicata una colonscopia. Numerosi *trial* clinici hanno dimostrato che Fobt e Fit sono efficaci nel ridurre numericamente i nuovi casi di tumore del colon-retto, a patto che vengano eseguiti a larga scala e con cadenza annuale. In particolare, è stato dimostrato

che il Fobt riduce la mortalità per tumore del colon fino al 32 per cento. Inoltre, secondo l'Agencia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc) il *test* Fit, se eseguito ogni due anni permette di ottenere una riduzione del 10-40 per cento della mortalità per cancro del colon. Infine, poiché la maggior parte dei tumori del colon insorge nell'ultimo tratto dell'intestino, è stato propugnato un protocollo di sorveglianza basato su rettosigmoidoscopia. Su quattro *trial* randomizzati, ben tre hanno dato esito positivo evidenziando una riduzione di mortalità del 22-31 per cento. Infatti l'esame endoscopico consente di individuare precocemente i polipi e contestualmente, di asportarli. In questa maniera si riesce a evitare che i polipi diventino tumori, e ciò si traduce nella riduzione di casi di carcinoma e nella riduzione della mortalità.

L'implementazione delle strategie di screening per cancro colo-rettale ha portato ad una riduzione della mortalità del 6,7 per cento negli uomini e del 7,5 per cento delle donne nel periodo che una serie di ricercatori europei hanno considerato in un recentissimo studio, dal 2012 al 2018. Tuttavia il raggiungimento di questi obiettivi è fortemente condizionato dall'aderenza ai programmi ma soprattutto alla loro messa in atto. Da questo punto di vista dobbiamo segnalare come esistano delle forti differenze inter-regionali in Italia. Una *survey* della Società europea di gastroenterologia (Ueg) ha evidenziato come tra nord e sud Italia ci sia una netta differenza nella possibilità di accesso, pari al 71,6 per cento nel nord e solo il 7 per cento nel sud Italia. Tale disparità è purtroppo generata da una mancanza di attenzione da parte delle istituzioni che inevitabilmente si rifletterà nei prossimi anni in un incrementato divario nel tasso di decessi per neoplasia del colon tra regioni italiane, a meno di non correre quanto prima ai ripari. In conclusione possiamo affermare che lo *screening* è la sola strategia che consente di prevenire il tumore del colon, ed è estremamente efficace. Tuttavia, per ottenere tali risultati, bisogna estendere lo screening in maniera capillare e proporlo alla popolazione periodicamente. Tutto ciò, tuttavia, richiede una collaborazione tra istituzioni, strutture sanitarie e gli utenti del sistema sanitario.

<http://www.adnkronos.com/>

Fecondazione: l'esperto, il futuro è editing genetico per embrioni sani

[Se ne parlerà a congresso della Società italiana fertilità e sterilità e Medicina della riproduzione](#)

Roma, 15 mag. (AdnKronos Salute) - E' la scienza, quella più all'avanguardia, il futuro della famiglia italiana. Perché se secondo l'Istat le probabilità che, tra il 2017 e il 2065, nel nostro Paese aumenti la popolazione è pari solo al 9%, e l'anno scorso si è registrato il nuovo minimo di nascite (464 mila, -2% rispetto al 2016), record storico dall'Unità d'Italia, c'è una risorsa che la ricerca promette di mettere a disposizione nei prossimi anni: è l'editing genetico. "Sotto la sigla Crispr si cela una tecnica ancora allo studio, ma che fra qualche tempo permetterà, tramite la sostituzione di sequenze mutate con sequenze inalterate, la cura del Dna embrionale". A dirlo all'AdnKronos Salute Andrea Borini, presidente della Società italiana di fertilità e sterilità e Medicina della Riproduzione (Sifes-Mr), che si riunisce in congresso a Riccione da giovedì a domenica prossimi. "Un passo in avanti fenomenale, che apre nuovi orizzonti sia alle persone portatrici di malattie genetiche, sia, in un'ottica a lungo termine, a tutte le persone che vogliono un figlio sano. Se posso identificare, all'interno dell'embrione, la mutazione genica pericolosa, la taglio e ricucio una nuova sequenza normale, con questa sorta di 'bisturi molecolare' - evidenzia Borini - porto un vantaggio in primis a chi sa di essere portatore di una malattia genetica e oggi deve fare una diagnosi preimpianto, 'scartando' gli embrioni che risultano malati e aprendo al problema etico del loro destino. Potenzialmente, con Crispr di embrioni malati non ce ne saranno più. E l'Italia è peraltro l'unica nazione al mondo che ha una legge secondo cui la coppia è autorizzata a conoscere lo stato di salute dell'embrione". Ma, prosegue il ginecologo, "oggi sappiamo bene che ognuno di noi ha delle mutazioni genetiche e se incontra un partner con la stessa mutazione, possono nascere figli malati. Ecco perché non ci si sposa fra parenti: perché aumenta questo rischio. Ebbene, in prospettiva credo che moltissimi di coloro che fra 50 anni avranno 30 anni, sceglieranno di avere accesso a questa tecnica per avere un figlio, e il sesso forse si praticherà solo per 'svago'", ironizza. "Si pensi che già oggi, negli Stati Uniti - ricorda Borini - ci sono stati casi di persone Down che hanno citato in giudizio i loro genitori per non aver effettuato esami prenatali come l'amniocentesi, in grado di mettere in luce la malattia nelle prime settimane di gravidanza. Ecco, io credo che in futuro solo chi è disposto ad avere un figlio malato (e oggi non farebbe comunque l'amniocentesi) non avrà accesso all'editing genetico sugli embrioni". Un futuro che potrebbe far sorgere dei dubbi etici, anche se secondo l'esperto "sarà difficile vietare tutto questo, soprattutto perché non esisteranno più embrioni che non si impiantano e rimangono abbandonati. Gli embrioni si potranno trasferire tutti, per avere solo bimbi sani, e penso che una volta avute a disposizione queste tecniche, sarebbe non etico non farlo. L'eugenetica è altro: è fare diagnosi e poi sacrificare gli embrioni o i feti non sani. Ma l'editing genetico in Italia sarà fattibile subito, a meno che non si cambi la legge 40". Al congresso si affronteranno anche altri aspetti legati al futuro della famiglia, "dall'ovodonazione all'utero in affitto - aggiunge il medico - perché dal punto di vista sociale ci sono ormai tanti approcci diversi per fare figli. Occorre affrontare con urgenza il problema dell'assenza di donatrici di ovociti in Italia e della potenziale compensazione economica per il loro gesto: non è pensabile avere pochissime donatrici e spesso anche loro sono pazienti infertili, alle quali viene promesso di saltare le liste di attesa se doneranno gli ovociti in sovrannumero". La Sifes-Mr presenterà infine i risultati della campagna 'IdeeFertili' che è andata "nelle scuole, sulle spiagge, ai festival degli Youtuber per raggiungere i giovani e diffondere il concetto 'scegli di poter scegliere', con informazioni su come proteggere la propria fertilità per assicurarsi la possibilità, un giorno, di diventare genitori".

I pareri sul Def del governo

Sanità, l'allarme delle Regioni Boccia: non toccare il Jobs act

I livelli essenziali di assistenza sono ormai «inadeguati per un Paese civile». Sindacati contro flat tax e condono Ance: devastante uno stop ai bonus edilizi

ROMA

I livelli essenziali di assistenza sanitaria (i cosiddetti Lea) «non sono più adeguati a quelli di un Paese civile» e non garantiscono più la difesa della salute pubblica. A lanciare l'allarme sono state ieri le Regioni italiane, cui tocca la gestione di Asl e ospedali, nel corso delle audizioni parlamentari sul Def, il documento che stima gli andamenti della finanza pubblica nel prossimo triennio. Di fronte alle commissioni speciali di Camera e Senato riunite a Montecitorio ieri sono intervenuti anche i sindacati e Confindustria. Secondo gli industriali lo stallo politico «rischia di frenare la crescita» mentre il nuovo governo dovrebbe salvare «alcuni provvedimenti come Industria 4.0 e il Jobs Act», ha rimarcato il presidente Vincenzo Boccia. Per le Regioni a parlare è stato il coordinatore per gli affari finanziari della Conferenza Davide Caparini, che ha sottolineato come dal 2018 al 2019, in base all'andamento tendenziale della spesa, per la sanità «si passa dal 6,6% a 6,4% del Pil, cioè sotto la soglia del 6,5% definita dall'Ocse come minima per garantire la tutela delle prestazioni». E ha aggiunto: «Uno Stato democratico, di fronte a questo dato, si deve interrogare», bisogna «aggiornare i contenuti del vecchio patto della salute 2014-2016, invertire il trend degli ultimi 6 anni e definire un nuovo programma pluriennale di edilizia sanitaria». Bisogna cambiare la rotta, ha sottolineato Caparini, perché «l'Italia è diventata un caso anche in Europa, dove ben «14 paesi investono di più. Siamo fanalino di coda nei Paesi del G7, ma secondi come richiesta ai cittadini», e ciò significa che «lo Stato investe meno e i cittadini pagano molto di più rispetto agli altri Paesi avanzati».

L'allarme è condiviso dai sindacati, che sottolineano le gravi difficoltà di tenuta del sistema che si riscontrano in particolare alcuni territori. Dalle confederazioni è arrivata anche una corale bocciatura della flat tax e del condono che dovrebbe inizialmente finanziarla. Secondo Cgil, Cisl e Uil un ragionamento di riforma fiscale va fatto ma «deve essere improntato a criteri di progressività» mentre «la politica dei condoni non porta da nessuna parte» e al contrario «serve a rafforzamento della lotta all'economia sommersa» per «abbassare il peso fiscale su lavoro e pensioni». Le parti sociali convergono poi sulla necessità di disinnescare gli aumenti Iva previsti dalla clausole di salvaguardia. Confindustria teme un calo dei consumi del 3% e chiede di evitare gli aumenti ma «non con misure recessive che metterebbero a rischio la ripresa». Soprattutto, secondo gli imprenditori sui conti pubblici non bisogna abbassare la guardia e vanno rispettati gli impegni sulla riduzione del debito: «È indubbio che ci troviamo di fronte a una situazione nella quale il governo e il Parlamento saranno chiamati a predisporre manovre correttive». Infine, l'Ance si schiera contro l'ipotesi di uno stop ai bonus fiscali per l'edilizia dal 2019 come pare emergere dal contratto sul programma M5s-Lega. Secondo i costruttori, il settore è uno dei più penalizzati dalla crisi e gli incentivi edilizi non vanno toccati: «Un ripensamento su ecobonus e sismabonus sarebbe devastante». (N.P.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Sanità da paese incivile» Anche la Lega è per il welfare

L'assessore lombardo Caparini: servizi sotto i livelli minimi. Rossi e Fassina: finalmente

«Le Regioni sono già in pareggio di bilancio e ci chiedete un altro taglio di 2,5 mld»

MASSIMO FRANCHI

■ Nel pieno delle trattative per la creazione di un governo Lega-M5s, nel quale i leghisti dovrebbero essere quelli che vogliono tagliare le tasse e la spesa, l'assessore al Bilancio della più importante regione di centro-destra denuncia come i tagli ai fondi mettano a rischio i livelli minimi di salute pubblica.

Succede in commissione Speciale durante le audizioni sul Documento di economia e finanza. A parlare è Davide Caparini, neo assessore al bilancio della Regione Lombardia nella giunta Fontana a nome della Conferenza delle Regioni. «Il Lea (i livelli essenziali di assistenza, cioè le prestazioni che il Servizio sanitario è tenuto a fornire a tutti i cittadini gratuitamente o tramite ticket, ndr) non sono più adeguati a quelli di un Paese civile: dal 2018 al 2019 si passa dal 6,6 a 6,4 per cento del Pil, cioè sotto la soglia del 6,5 per cento definita dall'Ocse come livello minimo per garantire la tutela della salute».

La denuncia non è nuova, molte volte in questi mesi avevano espresso concetti simili i sindacati e molti esponenti di Leu e della sinistra. Ma il fatto che sia uscita dalla bocca di un

importante esponente leghista in questi giorni caldi assume un valore politico deflagrante. Anche perché Caparini - ex parlamentare, assurdo agli onori della cronaca nel febbraio 2015 per essere intervenuto alla camera con una maglietta con su scritto «Renzi a casa» - non si è limitato alla denuncia sui Lea, ma ha proposto un vero programma, degno del prossimo ministro della Salute. «Questo è un anno cruciale - ha osservato - bisogna aggiornare il vecchio patto della salute, le priorità e il quadro finanziario e stabilizzare la crescita rispetto al Pil. Il trend degli ultimi sei anni va invertito, serve un nuovo programma per l'edilizia sanitaria, bisogna investire in persone, competenze e infrastrutture. In sanità in Europa 14 paesi investono di più, siamo fanalino di coda nei paesi G7 ma siamo secondi come richiesta ai cittadini, lo Stato investe meno e i cittadini pagano molto di più rispetto agli altri paesi G7».

Si sa che le Regioni in fatto di sanità sono gli attori che gestiscono il sistema, ma il grido di dolore sui conti imposti dalle manovre dei governi a guida Pd è molto alto. «Le Regioni hanno già raggiunto il pareggio di bilancio e ci state chiedendo un ulteriore taglio di quasi 2,5 miliardi», ma dal 2016 ci è richiesto un avanzo imponente oltre al pareggio di bilancio e il taglio ancora da coprire a legislazione vigente (il Def impostato da Padoan è in questi termini, ndr) è di 2,496 miliardi per il 2019 e 2020».

La chiosa di Caparini è un ve-

ro inno alla spesa sociale. «Si deve riuscire a liberare le risorse per le politiche sociali, l'istruzione, la sanità, il trasporto. Più indirizzare la spesa delle Regioni in nuovi investimenti», ha aggiunto.

Una denuncia subito rilanciata da Stefano Fassina (Leu) e dal presidente della Regione Toscana Enrico Rossi, ex assessore alla sanità. «Oggi oltre 10 milioni di cittadini, la fascia più in difficoltà economica, sociale e di salute, non si possono permettere le cure necessarie. Di fronte a questo scenario drammatico il quadro tendenziale del Def prevede una ulteriore diminuzione della spesa sanitaria in rapporto al Pil, oltre a mettere a carico del Fondo Sanitario Nazionale il costo per i rinnovi dei contratti del personale sanitario», afferma Fassina, membro dalla commissione Speciale. «La nostra Costituzione impone un'inversione di rotta, è quindi necessario innalzare gli obiettivi di deficit per il prossimo triennio fino al 2 per cento del Pil per stabilizzare la quota di risorse per la spesa sanitaria», conclude Fassina.

«Dopo anni di tagli continui, un sistema come quello sanitario, così ampio e vasto, rischia di collassare», dichiara il presidente toscano Enrico Rossi. Siamo ormai vicinissimi al punto di rottura. Non è pensabile che la tenuta dei conti pubblici passi sempre dai tagli alla sanità. Oggi, a 40 anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale è ora che si torni a investire perché la sanità può essere un traino per la crescita».



L'allarme delle regioni

«Sanità inadeguata per un Paese civile»

■■■ Allarme delle Regioni sulla sanità «non più adeguata a quella di un Paese civile» e non in grado di garantire nemmeno la difesa minima della salute. Di fronte alle Commissioni speciali di Camera e Senato riunite per l'esame del Documento di Economia e Finanza, la Conferenza delle Regioni mette sul tavolo la situazione attuale dei Lea, i livelli essenziali di assistenza, ovvero le prestazioni minime garantite gratuitamente o tramite ticket dal Sistema sanitario nazionale. Dal 2018 al 2019, ha spiegato l'assessore al Bilancio della Regione Lombardia, Davide Caparini, la spesa sanitaria scenderà «dal 6,6% a 6,4% del Pil», un passaggio critico, perché la soglia del 6,5% è considerata dall'Ocse «come livello minimo per garantire la tutela della salute». I tagli alle spese sul welfare vanno arginati subito aggiornando il vecchio Patto della salute, «invertendo il trend degli ultimi sei anni» e avviando un nuovo programma pluriennale di edilizia sanitaria. «Bisogna investire», ha spiegato Caparini, «in capacità, competenze e infrastrutture», perché l'Italia è un caso anche in Europa. «Siamo fanalino di coda nei Paesi del G7, ma siamo secondi come richiesta ai cittadini», insomma, «lo Stato investe meno e gli italiani pagano molto di più rispetto agli altri paesi G7», ha insistito.

Considerazioni condivise in pieno dai sindacati, che denunciano come in alcuni ambiti territoriali il sistema sia a rischio tenuta. La preoccupazione di Cgil, Cisl e Uil è però anche per il sistema fiscale che va sì riformato ma pensando a rafforzare la progressività, non alla flat tax o a nuovi condoni. Essenziale anche la sterilizzazione dell'Iva purché, avverte la Cgil, «senza nuovi tagli di spesa pubblica».

RIPRODUZIONE RISERVATA



Pubblico impiego. Via libera della Corte dei conti ai contratti dei due comparti, in cui lavorano 1,5 milioni di persone

Comuni e sanità, aumenti da giugno

VERSO LA FIRMA DEFINITIVA

Atteso a breve l'ultimo passaggio, formale ma decisivo: la convocazione dei sindacati all'Aran per la firma definitiva

Gianni Trovati

ROMA

■ Dovrebbero cambiare da giugno le buste paga di circa 1,5 milioni di dipendenti pubblici negli organici di sanità, regioni ed enti locali.

È questo l'effetto della certificazione ottenuta dalla Corte dei conti sulle intese siglate all'Aran il 21 febbraio («Funzioni locali»), che comprendono regioni, province, città metropolitane e comuni) e il 23 febbraio scorso (sanità). Ora manca solo l'ultimo passaggio, formale ma decisivo, con la convocazione dei sindacati all'Agenzia per la firma definitiva: convocazione che i sindacati hanno subito fatto sapere di attendere «a breve».

I tempi per passare in fretta ai fatti, del resto, ci sono tutti, dal momento che le buste paga vengono preparate in genere entro il giorno 10 del mese di riferimento. Per il 10 giugno, quindi, la firma definitiva dovrebbe essere arrivata e tutto sarebbe pronto per applicare gli aumenti.

A rendere «ricco» il primo stipendio rinnovato saranno prima di tutto gli arretrati, che tradurranno in cifre l'eredità degli aumenti gradualmente previsti a valere sul 2016 e 2017 e sui primi mesi di quest'anno. La cifra varia da caso a caso, ma per esempio per un livello medio negli enti locali («categoria C1») si attesteranno a 750 euro. Per i calcoli relativi a ogni profilo bisogna sommare i mini-incrementi previsti per il 2016, quelli un po' più consistenti messi in calendario nel 2017 e quelli a regime relativi ai primi cinque mesi del 2018. Su quest'anno il monte degli arretrati da recuperare è

alimentato anche dall'«elemento perequativo» dei mesi di marzo, aprile e maggio.

Proprio questo «elemento perequativo» rappresenta infatti la novità principale di questa tornata contrattuale.

Per alzare un po' il livello degli aumenti, con un'attenzione particolare alle fasce retributive più basse, gli accordi hanno infatti aggiunto alle nuove cifre a regime questo tassello temporaneo, che vale per il periodo marzo-dicembre in regioni ed enti locali e parte invece da aprile nel caso della sanità.

Gli aumenti, quindi, viaggiano su un doppio binario. Quelli a regime valgono in media 65 euro lordi al mese negli enti territoriali, e oscillano da 52 a 90,3 euro a seconda del gradino occupato dal dipendente nella scala gerarchica. In sanità invece la media viaggia a 66,9 euro, e va dai 50,5 euro del gradino più basso ai 90,8 di quello più alto. Fino a dicembre, poi, gli stipendi saranno puntellati dall'«elemento perequativo», che vale 29 euro al mese (30 nella sanità) per le fasce retributive inferiori e scende via via fino a 2 euro (4 nella sanità) per chi è collocato nello scalino immediatamente inferiore alla dirigenza. Ma questo significa anche che da gennaio, se la manovra non si preoccuperà del problema, proprio chi riceve gli stipendi più bassi si vedrà alleggerire di più la busta paga con la caduta dell'aumento temporaneo.

Per avere certezze sulle prospettive bisognerà però aspettare il superamento dello stallo politico, che oggi impedisce di prevedere quale sarà l'atteggiamento del prossimo governo nei confronti del pubblico impiego. E ostacola, en passant, anche lo sviluppo del confronto appena partito sul nuovo contratto dei dirigenti.

gianni.trovati@ilsole24ore.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

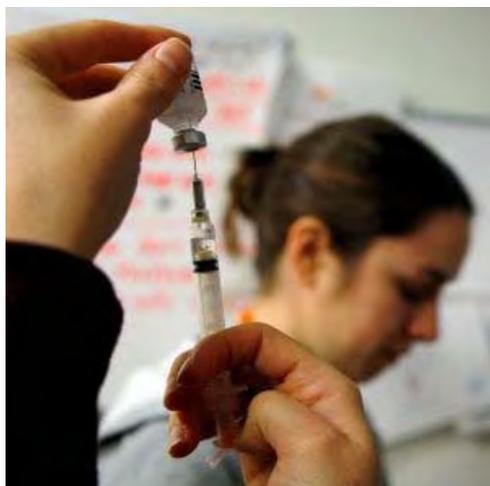


<http://www.repubblica.it/>

Legge sui vaccini obbligatori, c'è già un progetto per scardinarla

Un senatore Leghista ha presentato una proposta per non allontanare da nidi e materne chi non presenta la documentazione. Il Pd: "Il decreto Lorenzin ha fatto alzare le coperture"

di MICHELE BOCCI



ERANO attesi e cominciano ad arrivare. Un senatore della Lega, Paolo Arrigoni, ha presentato il primo progetto di legge per cancellare il decreto Lorenzin sulla vaccinazione obbligatoria nelle scuole. "L'esclusione dai servizi educativi e dalle scuole dell'infanzia dei minori non vaccinati della fascia d'età 0-6 anni quale provvedimento sanzionatorio previsto dal decreto legge Lorenzin è del tutto discriminatorio, irrazionale e ingiustificato in assenza di motivi sanitari. Questa misura coercitiva è inaccettabile, anche perché crea una disparità di trattamento rispetto ai minori di età compresa tra 6 e 16 ai quali la cacciata da scuola non si applica per il medesimo inadempimento, e rompe il patto di fiducia tra cittadini e istituzioni, creando le premesse per la nascita di conflitti sociali". Viste le posizioni

che sia Lega che Cinquestelle hanno preso già prima delle elezioni è probabile che anche altri presenteranno progetti di legge simili. Tra l'altro il punto di partenza di quelle norme potrà essere anche la crescita delle coperture, che sono un po' meno preoccupanti adesso proprio grazie alla norma sull'obbligo.

In base al progetto del senatore leghista, la presentazione della documentazione sulla vaccinazione non costituirà più requisito di accesso né comporterà, a partire dal 2019, la decadenza dall'iscrizione al nido e alla scuola dell'infanzia. "Nella nostra proposta di legge, modificando il comma 2 dell'articolo 1, si vuole inoltre consentire ai soggetti immunizzati da malattia naturale di adempiere alle profilassi vaccinali potendo effettivamente ricorrere alla somministrazione dei vaccini monocomponente, che invece ad oggi non sono disponibili. La strategia vaccinale deve essere adeguata alle reali condizioni epidemiologiche ed alle esigenze della popolazione pediatrica, con particolare attenzione al bilancio tra benefici e rischi per ciascun singolo bambino", continua Arrigoni. "Queste semplici modifiche sono il primo passo verso il superamento di alcune delle più evidenti storture causate da un decreto legge vessatorio e pasticciato, che la Lega si impegna a rivedere successivamente in modo ben più incisivo".

Al leghista risponde Federico Gelli, responsabile sanità del Pd. "Il trend in diminuzione delle coperture vaccinali, che aveva fatto precipitare l'Italia ben al di sotto della soglia di sicurezza del 95% raccomandata dall'Oms, è stato la causa di un'estesa epidemia di morbillo. Siamo passati dagli 862 casi del 2016 ai 5006 del 2017, un aumento del 481%, il 23% di tutti i casi di morbillo della Regione europea Oms. Grazie alla legge sull'estensione dell'obbligo vaccinale, approvata dal governo Gentiloni, ora la copertura anti-polio nei bambini nati nel 2015 si avvicina al valore soglia del 95% guadagnando, nel 2017, un +1,2% rispetto al 2016. La copertura per la prima dose di vaccino contro il morbillo cresce del 4,42%. Aumentano anche le coperture nei confronti delle vaccinazioni non obbligatorie. Tutto questo vuole essere ora messo in discussione da una proposta di legge della Lega della quale non si sentiva alcuna necessità". Gelli aggiunge inoltre che "non contenti del fallimento dei loro ricorsi con la Regione Veneto, e della piena legittimità della legge rimarcata prima dal Consiglio di Stato e poi dalla Corte Costituzionale, i leghisti tornano ancora una volta alla carica mettendo a rischio la salute collettiva. Nella loro proposta viene inoltre sottolineata la necessità di ricorrere a vaccini monocomponenti. Tutto questo nonostante le società scientifiche che si occupano della materia si siano già espresse su questo punto, spiegando che non esistono rischi tali da controindicare la vaccinazione nei soggetti già immuni per malattia naturale o precedente vaccinazione per una o più malattie".

Responsabilità Editoriale Gruppo Italia Energia

Amianto, in Italia è ancora molto diffuso e minaccia salute e ambiente

Il commento al dossier Legambiente



15 maggio 2018 15:53

 Scrivi alla redazione  Stampa



© ANSA

CLICCA PER INGRANDIRE 

Canale Energia - A distanza di 26 anni dalla legge 257/92 sulla messa al bando dell'amianto, questo materiale, pericoloso per la salute e per l'ambiente, continua ad essere ampiamente diffuso nel nostro Paese. Secondo il dossier **“Liberi dell'amianto? I ritardi dei Piani regionali, delle bonifiche e delle alternative alle discariche”**, realizzato da **Legambiente** a tre anni dall'ultimo report (2015), ad oggi sono state censite **370mila strutture** dove è presente questa fibra killer. Di queste 50.744 sono edifici pubblici, 214.469 edifici privati e 20.296 siti industriali. Numeri che, sottolinea l'associazione, mostrano il grave ritardo dei piani regionali sull'amianto (PRA) e delle attività di censimento e mappatura. Insieme ad **Andrea Minutolo**, **coordinatore dell'ufficio scientifico di Legambiente**, abbiamo approfondito questi temi.

Quali sono gli elementi più rilevanti emersi dall'edizione 2018 del dossier?

Sono passati 26 anni dalla legge del 1992 che ha messo al bando l'amianto, ma ancora oggi i dati sulla presenza di questo minerale sul territorio italiano non sono certi e omogenei da regione a regione. Questo dimostra il forte ritardo con cui si sta gestendo la questione. Questo materiale, a causa l'utilizzo che ne è stato fatto per 50 – 60 anni nel secolo scorso, si ritrova in tantissimi siti: strutture pubbliche e private tubazioni etc. Le stime parlano di milioni di metri cubi, migliaia di km quadrati di coperture che, una volta individuati e rimossi, vanno poi posti in discarica. Tuttavia nel nostro Paese, in tutti questi anni, non si è mai data la priorità alla realizzazione di un'impiantistica di smaltimento a livello territoriale. Oggi quelle poche realtà che rimuovono l'amianto devono sostenere costi esorbitanti. Questo perché magari è necessario trasportare l'amianto fuori dall'Italia fino alla Germania, dove normalmente arriva circa un terzo del quantitativo rimosso in Italia. Abbiamo quindi una situazione in cui non si ha un quadro chiaro delle quantità di amianto, inoltre non abbiamo previsto un'impiantistica adeguata per lo smaltimento, elemento che avrebbe consentito invece un abbassamento dei costi.

DALLA HOME AMBIENTE&ENERGIA



Concordia: appello, Schettino deturpò Giglio, paghi 5.000 euro
[Natura](#)



A Roma i primi BeeHotel, alberghi per api solitarie
[Animali](#)



Trump cancella programma Nasa di monitoraggio dei gas serra
[Clima](#)



Ispra, economia in crescita, ma calano i gas serra nel 2017
[Clima](#)



Il cattivo di Avengers e Deadpool 2 posa nudo per la pesca sostenibile
[Animali](#)

PRESSRELEASE



Macero Maceratese: i pionieri della raccolta differenziata
[Pagine SI! SpA](#)



Sogenus: tutela ambientale e ricadute economiche per il territorio dell'alta Vallesina
[Pagine SI! SpA](#)



Gasparetti, il global service per

A livello geografico ci sono delle zone dove l'amianto è più presente?

HQI of Evaluation 05/15/2018

La presenza di amianto è omogeneamente distribuita in tutto il territorio. Non c'è una regione che non abbia il problema amianto. Tendenzialmente a causa della diffusione avuta nel corso di 50-60 anni, questo materiale è riuscito a permeare il tessuto urbano di tutta la penisola, dalla Sicilia al Friuli fino al Veneto. In realtà adesso le regioni che hanno fatto una migliore mappatura hanno dati più precisi, ma questo non vuol dire che siano quelle che hanno la maggiore problematica. Sicuramente il Piemonte è una regione simbolo della presenza di amianto, perché il territorio del Casalese (Casale Monferrato), uno dei poli che estraeva e produceva amianto in Italia, è stato quello che avuto impatti più rilevanti dal punto di vista sanitario.

Per quanto riguarda le mappature e i censimenti quali sono le maggiori criticità?

Le Regioni insieme alle ARPA non hanno ancora sviluppato in modo capillare mappature e censimenti. Non c'è un quadro chiaro che ci dice quanto amianto c'è e dove si trova. E questo nonostante a livello tecnologico gli strumenti a disposizione per perseguire quest'obiettivo siano molto migliorati. Penso ad esempio all'uso dei droni in Piemonte. Il problema è che si rimane a una fase preliminare. Va fatta, infatti, una verifica puntuale sul posto, ma spesso le Regioni hanno lasciato all'autocertificazione, all'autodenuncia dei cittadini il compito di segnalare la presenza di amianto negli edifici. E' evidente che i cittadini non hanno delle conoscenze per poter rilevare in modo adeguato la presenza di amianto. Così ancora oggi ci sono scuole ed edifici pubblici dove questo materiale è presente. Attualmente sono circa 370 mila le strutture censite, e si tratta di stime al ribasso.

L'informazione su questi temi per i cittadini e per gli operatori del settore è adeguata?

Bisogna distinguere due aspetti: l'informazione rivolta a chi lavora nel settore per verificare la presenza di amianto (imprese che fanno bonifiche, personale delle Asl, agenzie regionali etc.) e l'informazione rivolta ai cittadini. Per quanto riguarda il primo ambito qualcosa rispetto al passato è stato fatto: sono stati organizzati corsi di aggiornamento e di informazione mirati. Per quanto riguarda, invece, l'informazione rivolta ai cittadini le iniziative sono ancora molto carenti. Basti pensare che la legge del 92 stabiliva che ogni regione si dotasse di uno sportello amianto, un punto di riferimento per orientare i cittadini, ma, a 26 anni di distanza, tendenzialmente nessuna regione ha introdotto un centro di questo tipo. Anche noi, come associazione, dobbiamo girare per mille uffici per trovare un riferimento che parzialmente possa darci qualche risposta.

A livello di informazione bisognerebbe fare qualcosa di più. Nonostante qualche regione abbia promosso qualche iniziativa informativa, manca una cultura sul tema. Il problema dell'amianto non è stato una priorità del nostro Paese e i cittadini non sanno a chi rivolgersi. I più furbi provvedono a rimuovere da soli questo materiale e a buttarlo sotto i ponti o a bordo strada. In questo modo espongono loro stessi a un rischio sanitario e inquinano l'ambiente provocando un danno alla collettività.

Quali sono le possibili vie da percorrere per gestire una situazione di questo tipo?

Sicuramente un aspetto importante è applicare quello che la legge prevedeva. Ciò vuol dire **finire il censimento e la mappatura**. Inoltre bisognerebbe sviluppare due temi: uno è quello dell'incentivazione dello smaltimento, l'altro è il riutilizzo dell'amianto dopo averlo sottoposto a un processo di intertizzazione.

Per quanto riguarda l'incentivazione dello smaltimento c'è stata una campagna che ha funzionato bene qualche anno fa. Prevedeva la sostituzione dei tetti con pannelli fotovoltaici e abbinava la rimozione dell'amianto alla diffusione dell'energia da rinnovabili. Questi incentivi hanno funzionato portando a grandi quantitativi rimossi, ma sono stati eliminati. Noi ci battiamo affinché vengano ripristinati.

L'altro tema chiave è il riutilizzo dell'amianto dopo averlo sottoposto a processi di intertizzazione ad alte temperature con processi chimici o fisici. Questo materiale reso inerte, e quindi non più nocivo, può essere impiegato nella realizzazione di cemento per strade e costruzioni. Le tecniche usate per questo tipo di processi sono conosciute a livello internazionale, ma sono ancora brevetti, mancano i prototipi. Manca, però, l'attenzione per sviluppare questi brevetti e renderli operativi su scala industriale.



il settore dei rifiuti
[Pagine Sii SpA](#)



Ecotrade Italia: l'intermediazione dei rifiuti, dalla raccolta allo smaltimento
[Pagine Sii SpA](#)



[Pagine Sii SpA](#)

Astea: una passione green centenaria per il territorio tra Macerata e Ancona

<http://www.doctor33.it/politica-e-sanita/>

I consumi di farmaci Ssn nel 2017: Ppi al top delle prescrizioni



Cala di quasi il 2% in un anno la spesa farmaceutica convenzionata, mentre cresce di quasi il 4% quella per i farmaci acquistati direttamente dagli ospedali e Asl. È quanto emerge dai dati elaborati da Federfarma e resi noti con una circolare. Dei tre flussi che concorrono alla determinazione della spesa farmaceutica del Servizio Sanitario Nazionale (distribuzione diretta, consumi ospedalieri, convenzionata), quello relativo alla farmaceutica convenzionata che passa per il canale farmacia ammonta a 8,289 miliardi netti nel 2017, con un calo del -1,9% nel 2017 rispetto al 2016. La riduzione è dovuta alla diminuzione del numero delle ricette (-1,2% rispetto al 2016) e alla riduzione del prezzo medio dei farmaci.

Questo a fronte di un incremento della spesa complessiva per farmaci acquistati direttamente dalle strutture pubbliche che nel 2017 è stato pari al +3,9%. E all'interno della spesa farmaceutica diretta cresce la quota distribuita tramite per medicinali erogati in distribuzione per conto (Dpc) è stato del +13,3% e quello del numero di pezzi dell'11%. Più nel dettaglio, secondo i dati diffusi da Federfarma, anche nel 2017 i farmaci per il sistema cardiovascolare si sono confermati la categoria a maggior spesa, pur in calo (-3,6%), anche nei consumi (-0,3%), a seguito del maggior utilizzo di medicinali a brevetto scaduto di prezzo più basso. Tra le 10 categorie di farmaci più prescritte anche nel 2017 si collocano al primo posto gli inibitori della pompa acida, che tuttavia continuano a far registrare un calo dei consumi (-3,2% rispetto al 2016). All'interno della categoria dei farmaci antipertensivi continua l'aumento delle prescrizioni di betabloccanti. Prosegue anche la crescita dei consumi di vitamina D (+6,5% rispetto al 2016). La specialità medicinale più prescritta, continua a essere la Cardioaspirina, nonostante il calo delle prescrizioni (-1,4% rispetto al 2016), seguita dal Dibase, in leggera crescita (+0,5%). In forte aumento i consumi del farmaco equivalente Metformina Teva.

L'autorevole rivista medica

Il British Journal: legalizzate le droghe

■■■ Depenalizzare tutte le droghe, bloccando così un proibizionismo che rappresenta una seria minaccia per la salute pubblica. Non lo sostengono solo i fan della cannabis o i partiti, come i Radicali, che hanno fatto una battaglia su questo tema. Ma a dirlo è l'autorevole *British Medical Journal*, rivista della *British Medical Association*, che ha invitato i medici britannici a far sentire la propria voce, criticando duramente le previsioni di spesa per la repressione del commercio e uso delle droghe illegali nel Paese. «La guerra alla droga costa a ogni contribuente del Regno Unito circa 400 sterline all'anno», ha scritto nell'editoriale Fiona Godlee, direttore della rivista. «Il Regno Unito è ora il più grande esportatore al mondo di cannabis legale, ma l'uso ricreativo e medicinale è criminalizzato. La Scozia ha il più alto tasso di morti per droga in Europa, il doppio rispetto a 10 anni fa. Il commercio mondiale di droghe illecite vale 236 miliardi di sterline, ma questo denaro alimenta il crimine organizzato e la miseria. Perché», si chiede, «non dovrebbe invece finanziare i servizi pubblici?». Per il *Bmj* le leggi sulla droga stanno danneggiando la salute. «Criminalizzare le sostanze», ribadisce, «alimenta un traffico illecito che mette in pericolo chiunque sia coinvolto».

Non è la prima volta che il giornale inglese prende posizioni scomode (è favorevole all'eutanasia), e stavolta sulla droga libera ha riscosso i consensi di parecchie associazioni mediche. «Non si tratta di stabilire se la droga è una cosa buona o cattiva», si legge nell'editoriale, «è una posizione basata sull'evidenza scientifica, in linea con un approccio di salute pubblica al crimine violento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Martedì 15 MAGGIO 2018

Oms. Ecco la lista dei test diagnostici essenziali

L'Oms ha pubblicato oggi il suo primo Essential Diagnostics List, un catalogo dei test necessari per diagnosticare le condizioni più comuni e una serie di malattie prioritarie globali. Come l'EML (Essential Medicines List), l'EDL ha lo scopo di fornire una guida basata sull'evidenza e stabilire un riferimento per lo sviluppo o l'aggiornamento degli elenchi nazionali dei test diagnostici in vitro essenziali.

[L'ESSENTIAL IN VITRO DIAGNOSTICS](#) - [GUIDA PER L'ACQUISTO DI STRUMENTI DIAGNOSTICI IN VITRO, ARTICOLI E ATTREZZATURE DI LABORATORIO.](#)

Molte persone non sono in grado di fare il test per le malattie perché non possono accedere ai servizi diagnostici. Molti sono diagnosticati erroneamente. Di conseguenza, non ricevono il trattamento di cui hanno bisogno e, in alcuni casi, possono ricevere il trattamento sbagliato.

Ad esempio, si stima che il 46% degli adulti con diabete di tipo 2 nel mondo non sia diagnosticato, con gravi complicazioni di salute e costi sanitari elevati. La diagnosi tardiva di malattie infettive come l'HIV e la tubercolosi aumenta il rischio di diffusione e le rende più difficili da trattare.

Per colmare questa lacuna, l'Oms ha pubblicato oggi il suo primo Essential Diagnostics List, un catalogo dei test necessari per diagnosticare le condizioni più comuni e una serie di malattie prioritarie globali.

"Una diagnosi accurata è il primo passo per ottenere un trattamento efficace", afferma Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'Oms. "Nessuno dovrebbe soffrire o morire a causa della mancanza di servizi diagnostici, o perché i test giusti non erano disponibili."

L'elenco si concentra su test in vitro, cioè su campioni umani come sangue e urina. Contiene 113 prodotti: 58 test sono elencati per il rilevamento e la diagnosi di una vasta gamma di condizioni comuni, fornendo un pacchetto essenziale che può costituire la base per lo screening e la gestione dei pazienti.

I rimanenti 55 test sono progettati per l'individuazione, la diagnosi e il monitoraggio di malattie "prioritarie" come l'HIV, la tubercolosi, la malaria, l'epatite B e C, il papillomavirus umano e la sifilide.

Alcuni test sono particolarmente adatti per le strutture di assistenza sanitaria di base, dove i servizi di laboratorio sono spesso scarsamente dotati di risorse e talvolta inesistenti. Per esempio, test che possono diagnosticare rapidamente un bambino con malaria acuta o glucometri per testare il diabete. Questi test non richiedono elettricità o personale addestrato. Altri test sono più sofisticati e quindi destinati a strutture mediche più grandi.

"Il nostro obiettivo è quello di fornire uno strumento che possa essere utile a tutti i paesi, per testare e trattare meglio, ma anche per utilizzare i fondi sanitari in modo più efficiente concentrandoci sui test veramente essenziali", afferma Mariângela Simão, assistente direttore generale per l'accesso dell'Oms a medicinali, vaccini e prodotti farmaceutici. "Il nostro altro obiettivo è segnalare a paesi e sviluppatori che i test nell'elenco devono essere di buona qualità, sicuri ed economici."

Per ciascuna categoria di test, l'Elenco diagnostico essenziale specifica il tipo di test e l'uso previsto, il formato e, se appropriato, per l'assistenza sanitaria di base o per le strutture sanitarie con laboratori. L'elenco fornisce anche collegamenti alle linee guida o alle pubblicazioni dell'Oms e, se disponibili, ai prodotti prequalificati.

Analogamente all'elenco dei farmaci essenziali dell'Oms, che è in uso da quattro decenni, l'Essential Diagnostics List è destinato a servire come riferimento per i paesi per aggiornare o sviluppare la propria lista di diagnostica essenziale.

Per aiutare veramente i pazienti, i governi nazionali dovranno garantire forniture adeguate e di qualità, formazione degli operatori sanitari e uso sicuro.

Per questo l'Oms fornirà supporto ai paesi perché adattino l'elenco al contesto locale.

L'Essential Diagnostics List è stato sviluppato in seguito a un'ampia consultazione all'interno e all'esterno dell'Oms.

La bozza di lista è stata quindi presa in considerazione per la revisione da parte del gruppo di esperti di consulenza strategica dell'Oms sulla diagnostica in vitro, un gruppo di 19 esperti con rappresentanza globale.

L'Oms aggiornerà regolarmente l'Elenco e nei prossimi mesi pubblicherà una richiesta per le applicazioni per aggiungere categorie alla prossima edizione. L'elenco si allargherà nei prossimi anni, in quanto incorpora altre aree importanti tra cui la resistenza antimicrobica, i patogeni emergenti, le malattie tropicali trascurate e le malattie aggiuntive non trasmissibili.

L'Oms ha istituito un gruppo consultivo strategico di esperti in diagnostica in vitro (SAGE IVD) per fungere da organo consultivo in merito alle politiche e alle strategie globali su questa materia.

Il SAGE IVD ha tenuto il suo primo incontro dal 16 al 20 aprile 2018 presso la sede dell'Oms a Ginevra. Gli obiettivi dell'incontro erano definire i metodi e il lavoro di SAGE IVD, formulare raccomandazioni sullo sviluppo di un elenco di modelli di Essential In Vitro Diagnostics (EDL) e sulla prioritizzazione per l'idoneità alla prequalificazione WHO della diagnostica in vitro.

Come l'EML (Essential Medicines List), l'EDL ha lo scopo di fornire una guida basata sull'evidenza e stabilire un riferimento per lo sviluppo o l'aggiornamento degli elenchi nazionali dei test diagnostici in vitro essenziali.

Le liste nazionali di farmaci essenziali hanno avuto successo nel sensibilizzare e nella volontà politica, orientando le politiche di approvvigionamento e regolamentazione e facilitando l'accesso a farmaci a prezzi accessibili, in particolare nei paesi a basso reddito, dando la priorità alle medicine più importanti che tutti i paesi devono mettere a disposizione delle loro popolazioni. Si prevede che gli elenchi diagnostici essenziali nazionali forniranno vantaggi simili e miglioreranno l'accesso ai test diagnostici in vitro essenziali. Contribuirà inoltre al rafforzamento del sistema sanitario e alla realizzazione della copertura sanitaria universale.