

**PRIMO SUMMIT** NAPOLI 11/12  
FEBBRAIO 2016

# MEDITERRANEO SANITÀ

Grand Hotel Oriente, Via Armando Diaz, 44 Napoli



## DOCUMENTO DI SINTESI

### Primo Summit Mediterraneo Sanità

Ha introdotto il Summit **Guglielmo Trovato** – Federisanità ANCI – definendo questo convegno un'opportunità per esporre le strategie sostenibili per promuovere la qualità e la funzionalità dei nostri sistemi sanitari, e sviluppare il tema della *Precision Medicine* e della *Lifestyle Medicine* prevalentemente in ambito oncologico e di patologie degenerative. L'attenzione sarà rivolta alle condizioni di risorse limitate, anche in un'ottica di *cross-boarding health care*, che è un po' di più della semplice medicina transregionale o transfrontaliera. Anche per il fenomeno della migrazione, queste sono vantaggiose opportunità di civilizzazione verso il Mediterraneo e il Vicino Oriente, in grado di mettere a profitto il patrimonio di credito attribuito al sistema Italia.

Il tema proposto da **Giuseppe Rosato**, Presidente Federsanità ANCI Campania – ha ulteriormente spiegato che le reti cliniche specialiste vivono un momento di grande impatto e per soddisfare le esigenze dei cittadini, hanno bisogno di struttura e di grande capacità organizzativa. La riduzione della mobilità passiva si può ottenere solo se si investe sulle eccellenze: si parla di circa 300 milioni all'anno che si regalano alle aziende di altre regioni.

Ha portato i saluti istituzionali **Raffaele Del Giudice**, Vice Sindaco di Napoli – che ha definito il convegno un’occasione importante di approfondimento di alcuni temi e soprattutto ha ribadito la necessità di sbloccare più personale e fornire più mezzi alle strutture ricettive. Il risultato delle due giornate di lavori sarà l’implementazione di documenti importanti che potranno servire oltre che per l’amministrazione campana, anche per la sanità italiana in generale.

**Enrico Coscioni**, Consigliere del Presidente della Giunta Regionale per i temi attinenti alla sanità con delega ai rapporti con gli organismi regionali e del Governo in materia di sanità, Regione Campania - ha spiegato che si spendono circa 400 milioni di euro l’anno di mobilità passiva e che quindi sarebbe meglio reinvestirli sul territorio campano migliorando servizi e assistenza. Un altro problema grave riportato da Coscioni è il tema del pronto soccorso nei quali i tempi di attesa interminabili sono all’ordine del giorno e il 75% delle persone che ci entrano sono codici bianchi e verdi.

Secondo **Giuseppe Zuccatelli**, Presidente Agenas – occorre un piano nazionale per disciplinare la mobilità sanitaria, un fenomeno in crescita che vede lo spostamento dei cittadini dalla propria regione per curarsi in posti differenti. Questa mobilità vale circa 3,8 miliardi di euro. Le cifre ci dicono che i saldi negativi sono presenti soprattutto nelle Regioni in Piano di rientro, quindi principalmente al Sud. La mobilità sanitaria è d’altra parte un diritto dei cittadini che possono rivolgersi a qualsiasi struttura, senza vincoli territoriali, per cercare una risposta ai propri bisogni.

A spiegare la situazione in Calabria è stato **Riccardo Fatarella**, Dirigente Generale Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie Regione Calabria – che ha riportato alcuni dati del 2014 della spesa sanitaria corrente in tutta Italia, calcolata al netto della mobilità passiva, che è stata di circa 113 miliardi di euro, pari a 1.854 euro pro-capite. Sono i lucani a optare, in maniera più rilevante rispetto agli altri, di curarsi in strutture sanitarie fuori dai confini regionali. La Lombardia, con il 4,6%, registra invece il rapporto minore di ricoveri fuori regione. La Toscana spende 1.834 euro, mentre la Calabria 1.700.

**Joseph Polimeni**, Commissario alla Sanità della Regione Campania – è convinto che bisogna fare un’inversione di tendenza perché si ha ancora un approccio troppo attendista, occorre metodo e una programmazione di lungo periodo non solo sull’aspetto strutturale della rete ospedaliera, ma anche sull’aspetto qualitativo e della riorganizzazione del personale con una riprogrammazione delle attività in accreditamento, delle liste di attesa e del budget per i convenzionati: tutte questioni di cui si sta già occupando l’organizzazione commissariale della Campania.

C’è chi definisce il fenomeno della mobilità passiva un fenomeno “negativo” e chi sotto certi punti di vista lo definisce “positivo”, come **Federico Spandonaro** – Professore aggregato presso l’Università degli studi di Roma Tor Vergata, Presidente di CREA Sanità - distinguendo i vari tipi di mobilità per alcune patologie complesse: se i pazienti si concentrassero in centri di eccellenza per ricevere prestazioni di alta specialità, sarebbe un fenomeno che andrebbe incentivato, per implementarne l’efficacia e conseguentemente l’efficienza. Analoghe considerazioni si possono fare sottolineando l’opportunità di sfruttare forme di economia di scala: per alcuni ambiti assistenziali, si è sviluppata, una letteratura che correla quantità e qualità delle prestazioni erogate. Il fatto che i pazienti si muovano per ricevere prestazioni potenzialmente inappropriate può, infatti, essere letto tanto come un fallimento delle

politiche sanitarie dei sistemi regionali da cui i pazienti provengono, quanto come il frutto di comportamenti opportunistici da parte dei sistemi riceventi.

**Claudio Zanon**, Direttore scientifico Motore Sanità - ha mostrato nel suo intervento le differenze nell'accesso alle terapie innovative. Nel corso del 2015 la FDA ha approvato e riconosciuto come innovativi 45 nuovi farmaci in diverse patologie. Si tratta di vere e proprie novità terapeutiche che offrono risposte a esigenze mediche non ancora soddisfatte o che migliorano significativamente le terapie già disponibili. Per il 60% di questi è stata scelta la procedura di registrazione accelerata per aumentare la velocità di sviluppo e autorizzazione dei medicinali. 16 di questi (il 36%) sono stati approvati come "first-in-class", un ulteriore indicatore del carattere di innovatività di un farmaco. Questi medicinali presentano spesso meccanismi di azione diversi da quelli delle terapie esistenti sul mercato. L'accesso ai nuovi farmaci anti-tumorali varia molto da paese a paese: l'accesso più ampio è stato offerto da USA (31 su 37 molecole), Germania (28 su 37 molecole) e Gran Bretagna (28 su 37 molecole). Fanalino di coda Corea del Sud (16 su 37 molecole), Spagna (18 su 37 molecole), Giappone (18 su 37 molecole) e Italia (22 su 37 molecole).

**Giuseppe Greco**, Segretario regionale Regione Sicilia, Cittadinanzattiva - ha parlato di migrazioni e malattie: da gennaio 2014 oltre 100.000 migranti sono sbarcati in Sicilia, un numero senza precedenti che per la prima volta ha coinvolto l'intero territorio dell'isola ponendo nuove sfide al Sistema Sanitario Regionale. Al fine di garantire un'efficace ed omogenea capacità di risposta è stato necessario uno sforzo progettuale per la gestione delle risorse umane e logistiche. Il Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti descrive l'insieme coordinato delle procedure operative d'intervento sanitario da attuarsi nel caso si verifici uno sbarco di migranti lungo le coste siciliane prendendo in considerazione sia l'assistenza sanitaria allo sbarco, che quella effettuata nei centri di prima accoglienza. Il piano si applica sia a sbarchi pianificati nel contesto dell'operazione "Mare Nostrum" sia a sbarchi che avvengano al di fuori di qualsiasi operazione programmata. Si applica altresì per gli sbarchi che avvengono sull'Isola di Lampedusa e nelle altre piccole isole della Sicilia, in quanto lo stesso non è in contrasto con le "raccomandazioni per la gestione di problematiche sanitarie connesse con l'afflusso di migranti sulle piccole isole" emanato dal Ministero della Salute.

**Ettore Bidoli**, Dirigente biologo SOC Epidemiologia e Biostatistica dell'IRCCS CRO di Aviano, Pordenone - ha spiegato che le modificazioni a livello mondiale dei fattori di rischio legati agli stili di vita e a fattori ambientali, e il costante incremento dell'attesa di vita, porteranno a una drammatica crescita delle patologie oncologiche nei Paesi del Nord Africa e Mediorientali che si affacciano sul Mediterraneo, prevedendo una tendenza per il 2030 addirittura triplicata per i tumori alla mammella e alla cervice. Da sei anni vengono condotte in questi Paesi delle attività per la stima dei casi incidenti di tumore e per il controllo della diffusione delle malattie neoplastiche.

In Friuli Venezia Giulia si sta capitalizzando il *know-how* acquisito in questi Paesi per una campagna di informazione e prevenzione dei tumori rivolta alla popolazione femminile di origine magrebina.

Ha aperto la seconda giornata di lavori dedicata alle malattie cronico-degenerative: **Angelo Del Favero**, Presidente Federsanità ANCI, Direttore Istituto Superiore di Sanità - ricordando che i farmaci innovativi sono i nuovi protagonisti delle terapie, soprattutto in campo oncologico e riportando il concetto espresso dall'Organizzazione mondiale della sanità: il prezzo dei nuovi farmaci dovrebbe essere legato al loro valore aggiunto, rispetto ai

trattamenti disponibili.

**Gioachino Tedeschi**, Direttore Clinica Neurologica Seconda Università degli Studi di Napoli - ha affermato che la prevalenza delle malattie neurologiche acute nella popolazione italiana risulta essere del 4,38 % di cui il 3,54 % delle malattie sono croniche. Il 50 % della disabilità mondiale è dovuta a malattie del sistema neurologico. La situazione in Campania è in linea col resto del paese, anche se per l'ictus, l'attività delle *stroke unit* nel Sud, fatica generalmente a concretizzarsi nella sua pienezza.

**Leonardo Lopiano**, Direttore Struttura Complessa Neurologica 2 U afferente al Dipartimento Neuroscienze e Salute Mentale. AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - ha rivolto la sua attenzione alla realizzazione dei PDTA nella malattia di Parkinson. Per fare ciò sono state recepite le indicazioni e sono state seguite le tappe fondamentali specificate nel manuale "Raccomandazioni per la Costruzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Percorsi Integrati di Cura (PIC) nelle Aziende sanitarie della Regione Piemonte". L'attuale situazione organizzativa descrive la realtà esistente da un punto di vista delle attività e delle risorse, ed evidenzia le maggiori problematiche e criticità individuate rispetto allo specifico problema di salute in Piemonte. Il "percorso ideale" descrive le migliori pratiche professionali e di gestione desunte dalle Linee Guida e dalla letteratura di riferimento. Il "percorso di riferimento" è il PDTA raccomandato e rappresenta la pianificazione logica e cronologica degli interventi necessari e ottimizzati nell'approccio psicologico al paziente affetto da MP frutto del confronto fra "percorso attuale" e "percorso ideale". Le motivazioni delle scelte attuate, in particolare se differenti dalle Linee Guida, sono sempre esplicitamente dichiarate. Nella costruzione del "percorso di riferimento" sono state individuate diverse fasi di processo, fasi che corrispondono a momenti diversi del percorso del paziente parkinsoniano e che identificano situazioni e contesti gestionali clinici ed organizzativi da cui scaturiscono e si sviluppano tutte le attività ritenute necessarie e realizzabili: diagnosi di MP, fase iniziale-intermedia della malattia, fase avanzata della malattia, sintomi non motori, comorbidità e cure palliative e riabilitazione.

**Domenica Taruscio**, Direttore del Centro Nazionale Malattie Rare (Istituto Superiore di Sanità) - ha parlato nel suo intervento delle malattie rare, gruppo di patologie (circa 8000) molto eterogenee fra di loro per patogenesi, sintomatologia, età di insorgenza, gravità e scarsa disponibilità di trattamenti mirati e risolutivi, rappresentano a livello nazionale ed internazionale un esempio per lo sviluppo di nuove strategie per la ricerca, l'innovazione e la sostenibilità dei sistemi sanitari.

I macrogruppi di patologie rare sono accomunate da bisogni trasversali comuni che necessitano approcci interdisciplinari e interprofessionali, sia a livello di ricerca scientifica che di assistenza clinica.

A livello clinico, questo ha portato allo sviluppo di reti nazionali ed europee (European Reference Networks) e sviluppo di linee guida e protocolli diagnostico assistenziali condivisi.

**Franco Buonaguro**, Direttore della Struttura Complessa Biologia Molecolare ed Oncogenesi Virale - ha affermato che circa il 20% delle patologie oncologiche globali sono il risultato di un'infezione cronica, con una media inferiore al 10% nei paesi industrializzati ed una media superiore al 30% nei paesi in via di sviluppo. Le patologie a patogenesi infettiva sono presenti anche in Italia, ma trovano la loro massima espressione nel Mediterraneo in Egitto dove la prevalenza, per esempio, di infezioni da HCV supera il 70% in alcuni gruppi a rischio. Tali dati sono rilevanti sia per contenerne la diffusione, sia per implementare idonee strategie terapeutiche e limitarne la progressione ad epatocarcinoma.

**Saverio Stranges**, Direttore Scientifico del Dipartimento di Population Health at the Luxembourg Institute of Health – si è focalizzato nel suo intervento sulla differenza di due indicatori fondamentali utilizzati in epidemiologia: incidenza e mortalità. Le stime puntuali di incidenza per l'anno 2015 indicano, per la popolazione maschile, la Campania come la regione a maggior rischio di tumore polmonare e il Trentino Alto Adige come quella a rischio più basso. La Campania, infatti, è la regione con la più alta prevalenza di fumatori negli ultimi 20 anni. Anche per il tumore alla mammella, il gap tra incidenza e mortalità, è ancora più elevato, poiché risulta essere molto bassa l'incidenza, ma più alta la mortalità, legata anche e soprattutto all'efficienza del sistema sanitario campano.

Durante la mattinata della seconda giornata si è anche parlato di “**Precision Medicine per una oncologia sostenibile: dalla diagnostica alla terapia**”, e alla tavola rotonda hanno partecipato gli esperti: Daniela Catalano, Mario Fusco, Roberto Monaco, Paolo Muto e Nereo Segnan e i moderatori Antonio Rotondo e Guglielmo Trovato.

**Daniela Catalano**, Specialista in Medicina Interna e Gastroenterologia A.O.U. Policlinico Vittorio Emanuele, Catania – si è occupata di Ecografia Clinica spiegando che è una diagnostica sostenibile per ciò che riguarda le sue potenzialità dell'ecografia, ed è non invasiva, economica e trasferibile in ambienti molto differenti, nella evoluzione dell'approccio clinico-terapeutico con riduzione dei tempi di diagnosi e di terapia, anche e soprattutto in condizioni di disponibilità economiche limitate. Questa potenzialità, tuttavia, non passa attraverso una formazione rapida e superficiale, che al contrario può aumentare gli esami diagnostici e la spesa sanitaria, ma richiede un training adeguato con livelli definiti di esperienza raggiunta e apparecchiature recenti adeguate al livello diagnostico richiesto.

**Mario Fusco**, Direttore Registro Tumori Regione Campania – ha evidenziato che lo studio dell'andamento nel tempo della sopravvivenza nei pazienti oncologici evidenzia che la stessa migliora negli anni; infatti dal 1990 al 2007 la probabilità di sopravvivere a 5 anni è aumentata del 14% negli uomini e del 9% nelle donne e questo aumento rimane inalterato a 10-15 anni dalla diagnosi. La disponibilità di tecnologie, procedure e strumenti diagnostici sempre più specifici e sensibili, di terapie progressivamente più mirate ed efficaci, di trattamenti oncologici orientati alla personalizzazione, si traduce in automatica fruibilità delle stesse da parte dell'intera popolazione di riferimento. Gli effetti di tale estrema polverizzazione dei percorsi assistenziali, sono aggravati dall'assenza di una programmazione regionale che prevede:

- standard di riferimento,
- indicatori di processo che non siano di solo carattere economico,
- misure e valutazione degli esiti.

Tali criticità, con l'inefficiente attuazione degli screening organizzati di popolazione, determinano il paradosso di una regione che ha una maggiore mortalità oncologica rispetto al dato nazionale a fronte di una minore incidenza.

**Roberto Monaco**, Dirigente Medico Anatomia ed Istologia Patologica A.O. Antonio Cardarelli Napoli - L'Associazione APOF - Patologi oltre Frontiera, prima Onlus, dal 1996 Organizzazione non Governativa (ONG) reg. MAE, si compone di anatomo-patologi, biologi e tecnici di laboratorio, su tutto il territorio nazionale. Consapevoli e convinti che non c'è terapia senza diagnosi, il nostro obiettivo è portare la possibilità di diagnosi cito/istologiche, fondamentali nel momento attuale di terapie sempre più personalizzate, in aree del mondo dove questa è

carente, sia per mancanza di fondamenti culturali, che di risorse e personale dedicato. Soprattutto il cancro rappresenta uno dei grandi problemi del mondo a basse risorse, dove incidenza e mortalità spesso coincidono. Senza diagnosi non esiste la possibilità di individuazione precoce della malattia neoplastica né di programmi di prevenzione. APOF segue diversi progetti, principalmente nell'Africa subsahariana, dove sta cercando di implementare programmi di screening soprattutto per il cancro della cervice uterina e della mammella, che rappresentano le prime cause di morte per neoplasia nelle donne africane. L'esperienza maturata in sistemi sanitari critici ha consentito di definire diversi tipi di problematiche coinvolgenti la sanità, le principali rappresentate dalla necessità di innalzare lo standard qualitativo dell'offerta (qui la presenza dell'anatomo patologo è determinante) e dalla possibilità di accesso ai servizi di diagnosi e cura, purtroppo ancora molto difficile e costoso in Paesi dove il sistema sanitario è prevalentemente non fruibile da pazienti privi di risorse economiche. Interventi atti a migliorare lo stato sanitario e della popolazione di Paesi a basse risorse di interesse geopolitico andrebbe concertata con gli organi politici e statali di riferimento, anche al fine di evitare dispersioni delle forze cooperanti e facilitare la concentrazione del lavoro in ambiti dai possibili risvolti utili al nostro Paese, nella gestione dei flussi migratori e nelle politiche dipendenti dallo stato di benessere delle popolazioni locali residenti in aree critiche.

**Paolo Muto**, Struttura Complessa Radioterapia Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale, Napoli - La moderna radioterapia impiega tecnologie sempre più sofisticate e performanti. I progressi tecnologici comportano vantaggi clinici per il paziente in termini di durata del trattamento, conformazione della dose di radiazione alla malattia (e conseguente minimizzazione degli effetti collaterali), allungamento della sopravvivenza e miglioramento della qualità di vita. La crescente richiesta di trattamenti radioterapici, unita alla complessità delle nuove metodiche radianti, può pertanto generare un aumento delle liste d'attesa. In Italia le apparecchiature radianti sono equamente distribuite sul territorio regionale ma con un modesto squilibrio tra Nord e Sud in quanto il rapporto in Lombardia tra numero di abitanti (circa 10 milioni) e numero di apparecchiature (75 Linac) determina un rapporto di 7,5 Linac per milione d'abitanti. In Campania con 5,8 milioni di abitanti abbiamo un totale di 27 Linac quindi un rapporto di 4,7 Linac per milione d'abitanti. Pertanto, risulta evidente, che un paziente in Lombardia possa essere accolto più rapidamente rispetto al paziente campano. Altro aspetto che può interessare questa tavola rotonda risulta essere i costi della radioterapia, laddove, nomenclatore e tariffario sono totalmente diversi tra regioni del nord e del sud e dove elemento determinate nella gestione di un centro di radioterapia risulta anche essere la trattativa per l'acquisto di tali apparecchiature legato alla capacità dell'amministratore di chiudere la gara per l'acquisto inserendo, includendo il contratto di manutenzione, che risulta essere un costo di circa il 10% del valore della macchina. Se questa problematica la trasportiamo ai paesi nordafricani che si affacciano sull'area mediterranea risulta la grande diversità che si viene a creare tra i costi di gestione, di apparecchiature sofisticate che si usano in radioterapia, da paese a paese.

**Nereo Segnan**, Direttore S.C. afferente al Dip. Int. Prevenzione Secondaria dei Tumori Epidemiologia dei Tumori, A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino - Il Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO) è Centro Collaborativo dell'OMS per la diagnosi precoce e lo screening del cancro. Il CPO è impegnato in progetti di cooperazione internazionale con i Paesi non-UE del Mediterraneo, con iniziative di networking e capacity building per il potenziamento della prevenzione e della diagnosi precoce dei tumori. Una particolare area di lavoro è la promozione di strategie di screening del cancro della cervice uterina, che siano sostenibili e di provata efficacia.

La tavola rotonda del pomeriggio, moderata da **Francesco Perrone**, Struttura Complessa Sperimentazioni Cliniche Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale, Napoli – ha visto il confronto di alcuni esperti che hanno dibattuto sul tema della **prevenzione e degli stili di vita**.

**Umberto Agrimi**, Direttore Dipartimento di Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare ISS Roma – ha spiegato che quasi tutta la nuova produzione alimentare nei prossimi 25 anni dovrà provenire da terreni agricoli esistenti. L'industria alimentare italiana, insieme ad agricoltura, indotto e distribuzione rappresenta la prima filiera economica del Paese (140 mld €). Le problematiche che potrebbero sorgere sono: malattie infettive e trasmissibili, micotossine, Contaminazione chimica, utilizzo nei cicli produttivi alimentari di sottoprodotti da cicli non-food, biotecnologie, OGM, clonazione, sostenibilità economica della *food safety*. Le zoonosi di origine alimentare rappresentano una seria minaccia per la salute pubblica, diffusa in tutto il mondo. Nell'Unione europea (UE) sono riferiti ogni anno più di 320 000 casi nell'uomo, per quanto il numero effettivo sia probabilmente di gran lunga più elevato. Nel 2014 diminuisce il consumo di una merenda abbondante e delle bevande zuccherate e/o gassate. Il consumo di almeno 2 porzioni al giorno di frutta e/o verdura è consigliabile per una buona abitudine alimentare: il 57% dei bambini consuma almeno 2 porzioni al dì di frutta e/o verdura e il 43% consuma tre o più porzioni al giorno, solo l'11% ne consuma la quantità raccomandata dalle linee guida per una corretta alimentazione (five a day). Solo un terzo degli italiani consuma una quantità di verdura adeguata. Lo stesso può dirsi del pesce; va meglio il consumo raccomandato di frutta e quello adeguato di formaggi. Solo il 14% degli uomini e il 15% delle donne consuma dolci secondo le raccomandazioni. Agrimi ha poi illustrato il progetto *MaestraNatura* promosso dal dipartimento SPVSA che utilizza il cibo come filo conduttore per un più ampio programma di educazione alimentare indirizzato alla scuola primaria e secondaria di primo grado.

**Sandro Cinquetti**, Direttore Dipartimento di Prevenzione ULSS 7 Veneto - Il quadro epidemiologico attuale che caratterizza molti paesi ad economia avanzata, tra i primi l'Italia, vede un importante continuo miglioramento della speranza di vita. Tuttavia, tale miglioramento non registra valori particolarmente brillanti in merito al parametro "speranza di vita in buona salute".

Sono pertanto necessari ulteriori sforzi organizzati di promozione della salute indirizzati al controllo, nei soggetti "sani" dei principali fattori di rischio di malattie croniche non trasmissibili (fumo, scorretta alimentazione, sedentarietà, alcol; ipertensione, iperglicemia e ipercolesterolemia per le malattie cardiovascolari).

Il contrasto di questi fattori di rischio può essere ottenuto con politiche generali (divieti normativi, educazione sanitaria, marketing sociale, ecc.) o mediante approccio individuale nei confronti di gruppi di soggetti.

Esperienze preliminari attestano che la verifica su soggetti asintomatici della presenza dei citati fattori di rischio, mediante programmi di chiamata attiva sul modello dei programmi di screening oncologici, può ottenere importanti miglioramenti.

Ciò sia in riferimento ai comportamenti individuali (stili di vita), sia in riferimento ai parametri biologici.

**Daniela Galeone**, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute – ha focalizzato il suo intervento sulle malattie croniche: la mortalità totale negli ultimi 30 anni si è più che dimezzata (tra il 1980 e il 2010 si è ridotta del 53%); le malattie cardiovascolari hanno influito di più sul trend in discesa (tra il 1980 e il 2010 la mortalità per malattie ischemiche del cuore si è ridotta del 63% e quella per malattie cerebrovascolari del 69%). Il

peso delle malattie cardiovascolari, tuttavia, sui ricoveri ospedalieri è in aumento (dati di dimissione indicano che più della metà dei ricoveri per queste malattie è dovuto a evoluzione cronica e complicazioni di eventi acuti, nonché a complicanze dell'ipertensione, del diabete, della malattia renale cronica).

**Marco Margheri**, Direttore Happy Ageing Alleanza Italiana per l'Invecchiamento Attivo - In Italia si parla molto di prevenzione ma se ne fa ancora troppo poca, soprattutto per gli anziani, i bambini e le persone più fragili. Abbiamo assunto il ruolo di guida mondiale sulle politiche vaccinali ma il nostro Paese è da due anni senza il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale - pronto e ancora fermo - con conseguenze di vera e propria emergenza che è sotto gli occhi di tutti, basti considerare i casi di morti per meningite in Toscana nelle ultime settimane e i costi sociali di oltre 500 milioni di euro l'anno derivanti dalle conseguenze delle mancate vaccinazioni contro influenza e polmoniti.

In conclusione i moderatori Claudio Zanon e Guglielmo Trovato hanno ringraziato per la possibilità di poter svolgere eventi come questo dove il confronto di esperti del settore e di figure istituzionali può essere uno spunto per governare al meglio le amministrazioni dei nostri comuni.