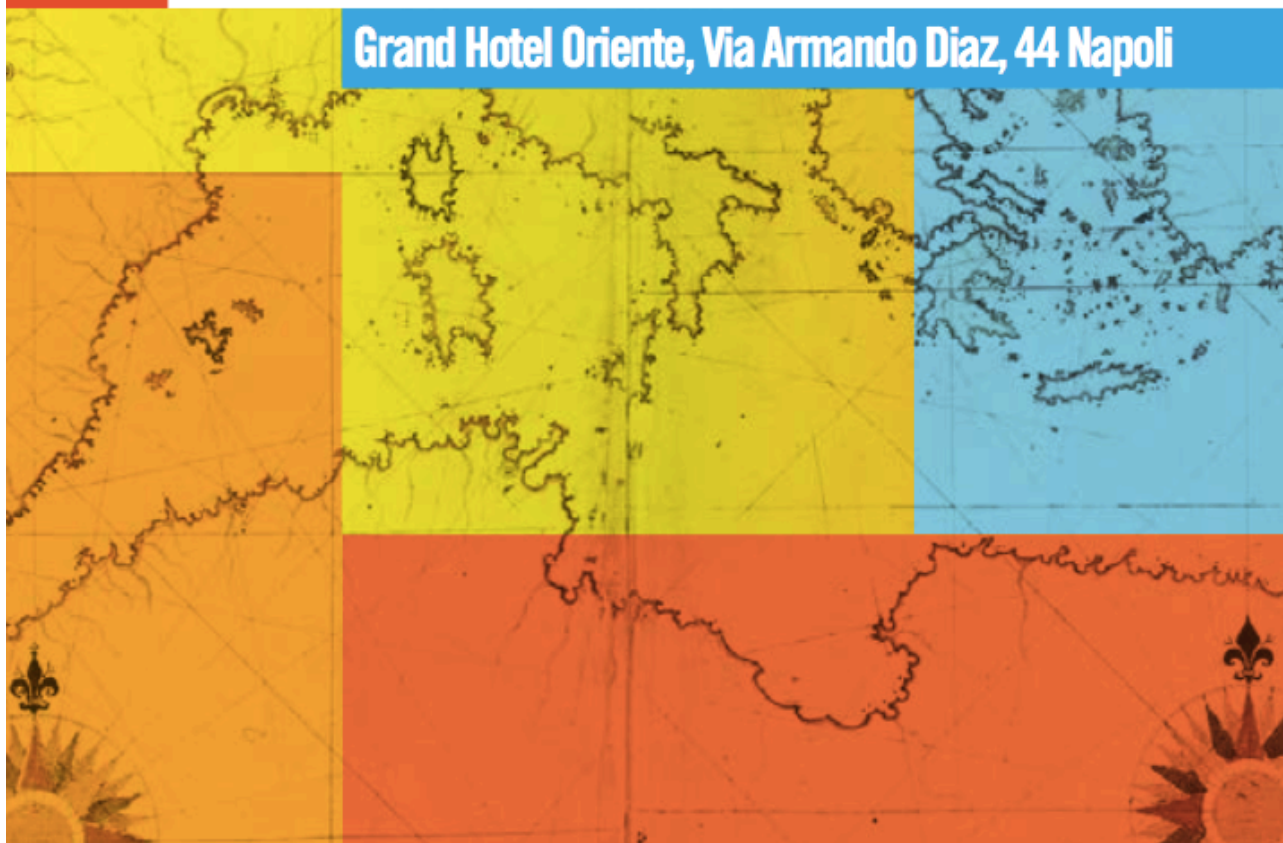


PRIMO SUMMIT NAPOLI 11/12
FEBBRAIO 2016

MEDITERRANEO SANITÀ

Grand Hotel Oriente, Via Armando Diaz, 44 Napoli



COMUNICATO STAMPA

Primo Summit Mediterraneo Sanità

La promozione dei settori italiani di eccellenza, la loro riproposizione e disseminazione all'interno del bacino mediterraneo, è stata ed è presente, specie in alcuni ambiti di tecnologie produttive, attività commerciali e iniziative culturali di profilo umanistico o economico. Differentemente, una delle eccellenze italiane riconosciute nel mondo, e cioè il sistema salute in Italia, non ha dimostrato una particolare capacità di attrazione e disseminazione, a parte le presenze di organizzazioni umanitarie o delle missioni di pace. Anche la capacità di attrazione per formazione e alta formazione di professionisti della salute è assai modesta, specie a confronto con la grande capacità di accoglienza di Gran Bretagna e Francia, soprattutto, ma anche di Paesi Europei con minore appeal su comunità anglofone o francofone, come Spagna, Germania, Olanda, Danimarca e altre ancora.

A Napoli nel corso di un convegno, organizzato da Motore Sanità e Federsanità ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani) i protagonisti della Sanità si interrogano su questa rilevante problematica evidenziando le possibili azioni e interventi per far valere il diritto di ogni cittadino ad ottenere cure, a carico del proprio sistema sanitario.

Napoli, 11-12 febbraio 2016 – Ha aperto il Summit Mediterraneo Sanità il Vice Sindaco di Napoli **Raffaele Del Giudice**, 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 prodotto delle due giornate di lavori – ha spiegato Del Giudice – sarà l'implementazione di documenti importanti per un'amministrazione come la nostra che dovrebbero poi essere, per la sanità, un bene comune”. Hanno portato i loro saluti istituzionali anche **Joseph Polimeni** - Commissario alla Sanità della Regione Campania – e **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 – **Polimeni** 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. **Coscioni** invece afferma che: “Si spendono circa 400 milioni di euro l'anno di mobilità passiva e i soldi che noi paghiamo, sarebbe meglio reinvestirli sul territorio campano migliorando servizi e assistenza. Un altro problema gravissimo è quello del pronto soccorso: le lunghe attese sono all'ordine del giorno. Cerchiamo di ridurre questo afflusso enorme, perché il 75% delle persone che ci vanno, oltre ad arrivarci con i propri mezzi, sono per lo più codici bianchi e codici verdi”.

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: “parliamo di circa 300 milioni all'anno che regaliamo alle aziende di altre regioni”. C'è chi definisce il fenomeno della mobilità passiva un fenomeno “negativo” e chi sotto certi punti di vista lo definisce “positivo”, distinguendo tra i vari tipi di mobilità come **Federico Spandonaro** – Professore aggregato presso l'Università degli studi di Roma Tor Vergata, Presidente di CREA Sanità - 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.

“Occorre un Piano nazionale per disciplinare la mobilità sanitaria – afferma **Giuseppe Zuccatelli** - Presidente di Agenas - intervenendo al Primo Summit Mediterraneo Sanità - La mobilità è un fenomeno in crescita, i cittadini che si spostano dalla propria Regione per curarsi in posti differenti valgono, dal punto di vista finanziario, 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”.

Anche il Presidente Federsanità ANCI e Direttore Istituto Superiore di Sanità - **Angelo Del Favero** - è intervenuto nella prima giornata di lavori portando i suoi saluti e affermando che da sempre Federsanità Anci contribuisce attivamente al processo di aziendalizzazione dei servizi sanitari locali ed ha interesse a promuovere, presso la rete delle Aziende sanitarie associate, la possibilità di attrarre pazienti dall'estero, per garantire almeno i medesimi flussi economici dei pazienti italiani che si curano all'estero.

La situazione calabrese, è stata invece descritta da **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.”

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. “La prevalenza delle malattie neurologiche acute nella popolazione italiana risulta essere del 4,38 % - afferma **Gioachino Tedeschi** - Direttore Clinica Neurologica Seconda Università degli Studi di Napoli – 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. **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, 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. **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. **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”. **Domenica Taruscio** - Direttore del Centro Nazionale Malattie Rare (Istituto Superiore di Sanità) – ha parlato delle malattie rare, un gruppo di patologie (circa 8.000) molto eterogenee fra di loro per patogenesi, sintomatologia, età di insorgenza, gravità e scarsa disponibilità di trattamenti mirati e risolutivi. Le malattie rare 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. **Roberto Monaco** - Anatomo-Patologo AORN Cardarelli – Napoli Consigliere Board Nazionale ONG APOF - Patologi oltre Frontiera – ha spiegato che 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. **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 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 e soprattutto strategie di screening del cancro della cervice uterina, che siano sostenibili e di provata efficacia. **Paolo Muto** - Struttura complessa Radioterapia Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale, Napoli - ha affermato che: "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 di 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 il costo della radioterapia, per l'acquisto di tali apparecchiature legato alla capacità dell'amministratore di chiudere la gara per l'acquisto, che risulta essere un costo di circa il 10% del valore della macchina".

La sessione pomeridiana ha messo a confronto esperti che hanno dibattuto sul tema della prevenzione e degli stili di vita: **Marco Margheri** - Direttore Happy Ageing – Alleanza Italiana per l'Invecchiamento Attivo – e **Sandro Cinquetti** - Direttore del Dipartimento di Prevenzione Azienda ULSS 7 – hanno parlato di prevenzione: "In Italia si parla molto di prevenzione ma se ne fa ancora troppo poca. Il nostro Paese è da due anni senza il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale - pronto e ancora fermo, 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" – ha affermato Marco Margheri. "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" – ha concluso Sandro Cinquetti.

Questo convegno ha presentato alcune 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 è stata rivolta alle condizioni di risorse limitate, anche in un'ottica di *cross-bordering health care*, che è un po' di più della semplice medicina trans-regionale 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 – ha concluso **Guglielmo Trovato** – Federsanità ANCI.