

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
22 GENNAIO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

OLBIA Diagnostica per immagini, ecco gli ultimi sviluppi Venerdì un congresso per spiegare come si interviene ora in campo oncologico A confronto le esperienze della Gallura e della Liguria sullo screening mammario

«La diagnostica per immagini ha visto negli ultimi anni un progressivo sviluppo delle metodiche che ha consentito di sviluppare apparecchiature tecnologicamente avanzate in grado di integrare gli aspetti morfologici a quelli funzionali, soprattutto in campo oncologico: dall'imaging "convenzionale" che forniva informazioni sulla malattia neoplastica macroscopica, si sta progressivamente passando a un imaging volto allo studio "dinamico-funzionale": infatti la risonanza magnetica, grazie alla spettroscopia a sequenze di diffusione e perfusione e all'introduzione di apparecchiature ad alto campo, sta assumendo un ruolo predominante nella valutazione della patologia a livello molecolare». Vincenzo Bifulco, direttore del reparto di Radiologia dell'ospedale Giovanni Paolo II, introduce così il convegno in programma per venerdì 24 gennaio. L'alta formazione, dunque, torna in Gallura, in un momento in cui la Sardegna (in base alle statistiche nazionali) continua a essere all'ultimo posto in quanto a formazione obbligatoria. Ma la radiologia olbiese resta un'eccezione, perché i corsi che organizza ogni anno sono sempre più numerosi e affollati. «L'obiettivo del congresso, dunque, - prosegue Bifulco - è quello di divulgare l'imponente sviluppo tecnologico e le conoscenze in oncogenesi apprese nei più recenti studi». Parteciperanno le équipes al completo di radiologia, oncologia e anatomia patologica, oltre ai medici di base, sempre i primi a prendere in carico il paziente e con cui gli specialisti hanno intensificato dialogo e collaborazione. Durante i lavori, verrà analizzata anche l'efficacia dello screening mammario «e qui metteremo a confronto la nostra esperienza con quella ligure - spiega ancora Bifulco -, per raggiungere una sempre maggiore ed efficiente applicazione delle procedure. A questo proposito, è importante sottolineare che la donna che si rivolge a noi per uno screening mammario, viene accompagnata in un percorso mirato che va dal suo ingresso in ospedale alla terapia». Il congresso (titolo: "L'imaging in oncologia"), si aprirà alle 8 del mattino e durante la giornata (prevista anche una sessione pomeridiana) si parlerà di diagnosi precoce e di controlli nei casi di tumore a polmone, mammella e linfomi vari, con l'utilizzo delle apparecchiature di nuova generazione che ha a disposizione la Asl di Olbia. Tra i relatori di spicco: Ivana Valle, Nicoletta Galdolfo e Nicola Gandolfo, delle aziende sanitarie di Genova .

L'UNIONE SARDA

SASSARI Il buon esempio della Asl

«Le aziende sanitarie italiane dovrebbero prendere ad esempio il progetto sul controllo della flotta aziendale varato dalla Asl di Sassari, un protocollo che potrebbe consentire

all'amministrazione un risparmio di oltre centomila euro. E soprattutto consentirà di prevenire truffe ed abusi ai danni del sistema pubblico». Parola di Francesco Macchia, presidente dell'Istituto per la promozione dell'etica in sanità (Ispe), commentando la recente iniziativa del direttore generale della Asl 1, Marcello Giannico. «Un'idea innovativa - aggiunge Macchia - che dimostra, ancora una volta, come la dirigenza pubblica sia capace di essere protagonista di una autentica innovazione verso la razionalizzazione della spesa e di un potenziamento delle prestazioni garantite ai cittadini».

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Fimmg, superfluo lo screening dei codici bianchi da parte di mmg

«Che avvenga nei pronto soccorso o nelle case della salute non serve a niente lo screening dei pazienti non urgenti, i cosiddetti “codici bianchi” da parte di medici di medicina generale. Le aggregazioni di mmg non hanno l'obiettivo di fare filtro all'ospedale ma di erogare cure primarie. Questo dice l'indagine dell'Osservatorio cure primarie quando sottolinea come l'associazionismo abbatta del 50% il ricorso dei pazienti a contesti alternativi alle cure primarie». **Fiorenzo Corti** responsabile comunicazione Fimmg e presidente Fimmg lombardo commenta l'indagine dell'Osservatorio cure primarie commissionata dal suo sindacato con Istud, associazione dei distretti (Card) e Federsanità-Anci. Metà dei rispondenti - 398 cittadini dai 25 anni in su (43% malati cronici) - è in carico a un medico di famiglia associato. In questi casi, se il curante non è in studio, anziché rivolgersi al ps o alla Guardia medica, trova un'alternativa una volta su due in un suo collega associato; e si riduce a un quarto la percentuale di chi, in assenza del curante, compone il numero di un medico privato. Con il medico “single”, più diffuso al Centro-Sud, ciò non accade. «Chi ha per curante un medico di famiglia associato ha più probabilità di trovare soluzioni (ricette, impegnative, diagnosi dal mmg) senza uscire dalle cure primarie», dice Corti. Se ne giova però anche la guardia medica, che delle cure primarie fa parte. «Se a domandare la prestazione sono lavoratori che riescono ad andare dal medico quando sta per chiudere lo studio è chiaro che il bisogno si scarica sulla continuità assistenziale e in alcune realtà, data la penuria di medici di Ca, si creano colli di bottiglia. Sarebbe bello confrontare i numeri delle chiamate alla centrale dalle 20 in poi, e le chiamate evase, in sedi dove prevalgono i medici associati e in città dove invece prevalgono i “single”. Corti sottolinea un altro aspetto: «Molti pazienti si rivolgono oggi al ps per effettuare glicemie o ecografie ed elettrocardiogrammi, esami a bassa intensità tecnologica che il loro medico anche se volesse non potrebbe erogare se non come privato. Nella Rifondazione delle cure primarie la richiesta Fimmg è mettere in condizione le aggregazioni di mmg di erogare prestazioni oggi non ottenibili in studio».

L'Enpam investe in Rsa: rendono e creano lavoro per i medici

Se ne parla da sette anni ma adesso l'Enpam di **Alberto Olivetti** ha tradotto la teoria in pratica: fare investimenti che portino a nuovi posti di lavoro per i medici. L'ente previdenziale dei medici e dei dentisti ha investito 50 milioni delle proprie destinazioni immobiliari sulla long term care e, nello specifico, sulle residenze per anziani: sia case di cura per soggetti autosufficienti che Rsa per non autosufficienti. La Fondazione ha istituito

due fondi – Omero (Fabrica Immobiliare sgr) e Fondo immobiliare Spazio Sanità (Beni Stabili Gestione sgr) -uno già esistente e l'altro in fase di costituzione. I fondi sono incaricati di acquistare quote di proprietà di residenze protette – alcune ancora da realizzare - e l'investimento sarà compensato dalle rette di degenza. Il rendimento stimato è del 6% annuo. In realtà l'investimento in Rsa è un decimo dell'investimento totale dell'ente in operazioni immobiliari: circa 600 milioni in tutto. Altri 938 milioni sono indirizzati su impieghi mobiliari (azioni, obbligazioni) "sicuri". Secondo il presidente della Fondazione, **Alberto Oliveti** questa formula di investimento pone l'Enpam in condizione di raggiungere un duplice obiettivo. Da una parte occorre ottenere buoni rendimenti a rischi più contenuti che in passato, nel contesto di un Paese che invecchia. Dall'altra, offrire più posti letto e «indirizzare l'evoluzione dell'assistenza agli over 65, generando ricadute positive sulla domanda di lavoro qualificato in ambito sanitario». Ai primi di marzo Enpam dovrebbe tenere il consiglio nazionale per mettere a punto il nuovo statuto sul quale avranno più voce i medici elettori con loro rappresentanti in consiglio nazionale.

Solo medico può dirigere Uoc, Conte (Fnomceo) plaude a Consiglio di Stato

«È una decisione importante perché conferma il principio fondamentale che a dirigere un'unità complessa di medicina debba essere un professionista medico e nessun altro, ossia l'unico che ha le competenze sufficienti per poterlo fare». È molto netto e positivo il commento di **Luigi Conte**, segretario generale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici, alla pronuncia del Consiglio di Stato, che ha stabilito in via definitiva che soltanto un medico è abilitato a dirigere un'Unità operativa complessa (Uoc) di una Asl. È la conclusione di un contenzioso amministrativo durato circa otto anni, che aveva opposto l'ordine dei medici di Roma e l'ordine degli psicologi. «Tutto nasceva dal fatto che il Sert, il Servizio territoriale per tossicodipendenti, era aggregato all'unità operativa di medicina intorno alla quale era stato sollevato il contenzioso. – spiega Conte - Ma questo non può costituire un motivo sufficiente perché uno psicologo possa essere autorizzato a svolgere il ruolo di direttore di una struttura di medicina interna. Per quanto uno psicologo possa essere in grado di gestire una sezione per tossicodipendenti, quando questa è all'interno di una struttura ben più complessa e tratta anche altre problematiche di medicina oltre alle tossicodipendenze, la direzione deve rientrare nelle competenze del medico». La decisione del Consiglio di Stato, che accoglie completamente le istanze dei medici, cade in un periodo particolare, proprio quando è ancora accesa la discussione intorno al documento sulle nuove competenze degli infermieri. «Noi comprendiamo - dice a questo proposito il segretario Fnomceo - che nel nostro Paese ci sono circa trenta professionisti sanitari che chiedono maggiori spazi di responsabilità, ma questi non devono mai derogare dagli ambiti riconosciuti dalla legge. La centralità della figura del medico deve essere assolutamente salvaguardata, per la specificità delle sue competenze».

Vaccinazione Hpv, Scollo (Sigo): in Italia è in crescita ovunque

Obiettivo sfiorato ma non raggiunto: secondo i dati del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) pubblicati dall'Istituto superiore di sanità, la copertura media nazionale della vaccinazione anti-Hpv è stata, per le coorti 1997, 1998 e 1999, di circa il 69%. Aggiornati a fine giugno dello scorso anno, i dati vanno rapportati all'obiettivo di superare il 70% che si era posto il piano nazionale della prevenzione vaccinale 2012-2014. È questa la settimana europea della prevenzione del cancro della

cervice uterina. Giunta all'ottava edizione, l'iniziativa si propone di favorire la prevenzione e di promuovere lo screening del tumore del collo dell'utero. In proposito, dalla Gran Bretagna giungono dati peggiori rispetto a quelli italiani: la partecipazione agli screening è in calo, le donne inglesi risultano spaventate, imbarazzate e poco informate riguardo alle modalità in cui avviene il test e all'importanza della prevenzione di questo tipo di tumore, uno tra i più diffusi. «Nel nostro Paese questo problema fortunatamente non c'è, – spiega **Paolo Scollo**, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo) - i centri di prevenzione delle Asl funzionano bene e le pazienti vengono chiamate in base alla data di nascita. Siamo invece molto impegnati nel passo successivo, la diffusione della vaccinazione contro l'Hpv». Fino all'età di 12 anni nelle Asl il vaccino è gratuito e si punta molto sulla collaborazione con la medicina scolastica: «i genitori delle bambine in età scolare sono invitati a portare le figlie presso il centro vaccinale. Ma anche successivamente – ricorda Scollo – e fino ai 25 anni di età, il costo del vaccino è dimezzato e il resto è a carico del Ssn». Così anche la copertura vaccinale, nonostante le resistenze iniziali, sta crescendo: «come accade spesso è a macchia di leopardo, in certe Regioni è già molto buona; è anche un problema di cultura e aggiornamento del personale medico e devono essere coinvolti non solo ginecologi e pediatri, ma anche i medici di famiglia».

Sanofi lancia nuova Business Unit Sanofi Off Patent

Nasce una nuova business unit nell'ambito di Sanofi dedicata alla gestione del portfolio dei farmaci che comprendono farmaci originator a marchio Sanofi e gli equivalenti della Divisione Zentiva, lanciata in Italia nel 2011. Lo annuncia l'azienda in una nota, in cui si specifica che la nuova unità si chiama Business Unit Sanofi Off Patent.

«I farmaci off patent» scrive l'azienda «sono i prodotti che hanno perso la copertura brevettuale e comprendono sia i farmaci equivalenti - prodotti caratterizzati dalla stessa composizione quali-quantitativa di sostanze attive e la stessa forma farmaceutica della specialità di riferimento - sia le specialità di riferimento, da cui sono stati creati i generici alla scadenza del brevetto». **Arturo Zanni**, amministratore delegato Sanofi, ricorda che «Sanofi ha come obiettivo primario di offrire una salute migliore e soddisfare le aspettative dei pazienti di farmaci efficaci e di alta qualità, avendo come modello la sostenibilità del sistema sanitario. Da queste premesse deriva il nuovo approccio che Sanofi sta implementando sul mercato italiano attraverso la Divisione Off Patent. Qualità dei prodotti e sicurezza della fornitura sono, da sempre, paradigmi fondamentali per Sanofi e si riflettono nella modernità e tecnologia degli impianti produttivi, che ci pongono al primo posto per presenza ed investimenti industriali nel Paese». La nuova Business Unit Sanofi Off Patent, si legge nella nota, comprende farmaci Brand Leader che vanno dall'area cardiovascolare al sistema nervoso centrale, dalla medicina interna alla terapia del dolore, e gli equivalenti Zentiva, soggetti agli stessi rigorosi standard qualitativi dei farmaci originali, in grado di soddisfare i medesimi requisiti di efficacia e sicurezza e che rappresentano un'alternativa accessibile e di qualità per i pazienti e i sistemi sanitari. Sono cinque gli insediamenti industriali Sanofi in Italia destinati alla produzione di farmaci in tutto il mondo. Quattro di essi producono sia gli originator Sanofi sia gli "uguali" a marchio Zentiva: Origgio (Varese), Garessio (CN), Scoppito (L'Aquila) e Anagni (Frosinone).

«L'obiettivo della nuova Divisione» ha aggiunto **Marco Grespigna**, direttore della Business Unit Off Patent e direttore di Zentiva Italia «è offrire a tutti i protagonisti della cosiddetta filiera del farmaco - farmacisti, medici specialisti e di medicina generale e pazienti - una gamma di soluzioni terapeutiche e prodotti in grado di rispondere alle esigenze specifiche,

sia in termini di efficacia terapeutica sia di sostenibilità economica. Fondamentale è anche la garanzia di un eccellente standard qualitativo per tutti i prodotti brand ed equivalenti, basato su buone pratiche produttive, consolidate a livello internazionale, tese all'innovazione, all'integrazione dei processi produttivi e alla sicurezza dei principi attivi patrimonio da sempre del sistema produttivo di Sanofi. È consultabile un position paper sui siti www.sanofi.it e www.zentiva.it che illustra a tutti i nostri principali stakeholder l'approccio innovativo che Sanofi sta attuando nell'ambito Off Patent». La nuova sinergia organizzativa è finalizzata ad una crescita ulteriore di Sanofi nel mercato dei farmaci a brevetto scaduto per l'anno in corso, con un forte incremento nell'area dei farmaci equivalenti con Zentiva - già prima per crescita nel 2013. La nuova Business Unit Sanofi Off Patent - farmaci brand e generici - si presenta al mercato con un fatturato consolidato di 455 milioni con una quota di mercato pari al 8,4% a valore (Fonte: IMS, settembre 2013).

Misurare la pressione a casa smaschera l'ipertensione

Secondo uno studio appena pubblicato su PLoS Medicine, l'automisurazione a domicilio della pressione arteriosa (BP) migliora la stratificazione del rischio rispetto alla misurazione effettuata in clinica. Dalla metanalisi, coordinata da **Jan Staessen** dell'Università di Lovanio in Belgio, emerge che i pazienti con ipertensione mascherata, cioè normale in ambulatorio ma alta a casa, hanno un rischio di morte e di eventi cardiovascolari significativamente più elevato rispetto a coloro che hanno valori normali in entrambi i casi. La revisione, svolta su poco più di cinquemila pazienti, dimostra che l'automisurazione a casa era inferiore alla Bp ambulatoriale in media di 7 mm/Hg per la sistolica e di 3 mm/Hg per la diastolica. E nell'arco di un follow up di oltre otto anni, 522 partecipanti sono morti e 414 hanno subito eventi cardiovascolari. «Rispetto ai pazienti con Bp normale a casa e fuori, in quelli con ipertensione mascherata il rischio cardiovascolare era quasi doppio» dice Staessen, sottolineando che questi ultimi erano di solito maschi, fumatori, diabetici o cardiopatici, anziani e obesi. Il dato chiave dello studio è che l'automisurazione della BP a casa, aggiunta a quella rilevata in clinica, affina la stratificazione del rischio rispetto a quest'ultima da sola nei soggetti a rischio, ma non in quelli con ipertensione grave già diagnosticata. «Suggeriamo quindi che negli individui con ipertensione mascherata il monitoraggio della pressione sanguigna domiciliare venga incluso nella strategia di prevenzione primaria delle complicanze cardiovascolari, specie nelle zone con scarsa disponibilità di risorse sanitarie» conclude Staessen. E in un editoriale di commento **Mark Caulfield** della Bart's and The London School of Medicine and Dentistry, Regno Unito, afferma: «Per ogni valore pressorio sotto i 160 su 100 mm/Hg le misure aggiuntive fornite dal monitoraggio domiciliare della BP migliorano la stratificazione del rischio, contribuendo a un migliore inquadramento diagnostico e terapeutico, nonché a una maggiore motivazione del paziente nel modificare il proprio stile di vita».

PLOS Medicine

Un'opzione in più contro l'epatite cronica C

È ora autorizzata in Europa la commercializzazione di sofosbuvir per i pazienti con epatite cronica C, il cui virus appartenga ai genotipi dall'1 al 6. Più nel dettaglio il farmaco, analogo nucleotidico inibitore della polimerasi, si può usare alla dose di 400 mg nei pazienti adulti con infezione cronica da epatite C in associazione con ribavirina (Rbv) e interferone

pegilato alfa (Peg-Ifn). «Con tassi di guarigione elevati su un'ampia fascia di pazienti e la durata limitata della terapia, sofosbuvir è stato accolto favorevolmente come una terapia innovativa che porterà ad un aumento del numero di pazienti che possono essere trattati e curati in via definitiva», spiega **Graham Foster**, professore di Epatologia alla Queen Mary University di Londra. L'autorizzazione è supportata principalmente dai risultati di cinque studi di fase III: le indagini hanno dimostrato che la terapia a base di sofosbuvir della durata di 12 o 16 settimane è superiore o non inferiore alle attuali opzioni di trattamento con Rbv/peg-Ifn o ai controlli storici, sulla base della percentuale di pazienti che ha avuto una risposta virologica sostenuta di 12 settimane dopo il completamento della terapia (Rvs12). Ricordiamo che i pazienti che raggiungono una Rvs12 si considerano guariti dall'infezione da Hcv. I tassi di Rvs12 si sono attestati in un range compreso tra il 50 e il 90%. In tutti gli studi di Fase 3 di sofosbuvir non è stata riscontrata alcuna resistenza virale al farmaco tra i pazienti che hanno avuto recidive al completamento della terapia. Inoltre, gli eventi avversi sono di lieve entità. Sofosbuvir è già approvato negli Stati Uniti e in Canada ed è in attesa di autorizzazione in altri paesi.

DIRITTO SANITARIO Attività libero professionale vietata durante corsi di formazione in mg

Il fatto

La Procura regionale presso la Corte dei conti ha chiamato in giudizio il medico che aveva svolto attività libero professionale incompatibile con la fruizione della borsa di studio connessa alla frequenza del corso di formazione in medicina generale.

Profili giuridici

Il sanitario partecipante al corso a tempo pieno di formazione in medicina generale, oltre al tipico percorso formativo, può svolgere solo le attività espressamente consentite dalla Legge n. 448/2001. Di conseguenza, nel caso specifico, posto che durante la formazione il medico ha svolto attività come libero professionista che non rientrano tra quelle ammesse, la borsa di studio è stata percepita in violazione delle norme regolatrici dei corsi di specializzazione.

[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

QUOTIDIANOSANITA'.IT

All'esame della Stato Regioni le linee di indirizzo sulla telemedicina

La bozza di Intesa è il risultato del tavolo di lavoro istituito nel 2010 in seno al Consiglio superiore di sanità dall'ex ministero della Salute, Ferruccio Fazio. Obiettivi: fornire un modello di governance condivisa e armonizzare indirizzi e modelli di applicazione della

telemedicina. il documento.

Sbarca sul tavolo della Stato Regioni la bozza di Intesa sulle linee di indirizzo nazionali per la Telemedicina. Obiettivi: fornire un modello di governance condivisa delle iniziative di telemedicina che deve avere il punto centrale nelle conoscenze specifiche del settore; ed anche armonizzare gli indirizzi e i modelli di applicazione della telemedicina quale presupposto all'interoperabilità dei servizi e come requisito per il passaggio da una logica sperimentale ad un utilizzo diffuso. Anche in previsione del suo impiego in ambito europeo. A vigilare sul rispetto delle norme e sulle eventuali criticità che si potrebbero presentare ci sarà una commissione tecnica paritetica Ministero e Regioni, coordinata dal Dicastero della Salute.

Le linee guida sono il risultato dei lavoro del tavolo per la Telemedicina istituito nel 2010 in seno al Consiglio superiore di sanità dall'ex ministero della Salute, **Ferruccio Fazio**, a cui hanno partecipato oltre ai componenti ed esperti del Ciss, Direttori generali e funzionari del Ministero.

Sono molti i benefici attesi dalla applicazione della telemedicina. Si va dall'equità di accesso alle cure (assicurata dalla possibilità di un'assistenza in aree remote del Paese come mare, piccole isole, aree rurali poco collegate ed anche carceri), alla migliore qualità dell'assistenza (garantisce una continuità delle cure direttamente alla casa del paziente). Dalla migliore efficienza (rende fruibile e continua la comunicazione tra i diversi attore riducendo anche il ricorso all'ospedalizzazione, i tempi di attesa e ottimizzando l'uso delle risorse), fino al contenimento della spesa ed anche ad una opportunità di investimenti. Quello della telemedicina e della sanità elettronica, si legge infatti nel provvedimento, è uno dei settori industriale a maggior tasso di innovazione. Si stima che il mercato per l'e-health abbia un valore potenziale di 60 miliardi di euro, di cui l'Europa rappresenta circa un terzo.

Sono otto i capitoli lungo le quali si snodano le linee di indirizzo.

Il primo propone un inquadramento strategico della telemedicina e individua gli ambiti prioritari di applicazione, le tipologie dei servizi e le prestazioni che hanno maggiore necessità di intervento e investimento. Il secondo capitolo definisce la telemedicina proponendo una classifica delle prestazioni da erogare e una descrizione delle caratteristiche e de processi di attuazione.

L'organizzazione del servizio di telemedicina in un'ottica di relazionale con pazienti/caregiver, medici e altri operatori sanitari e gli aspetti relativi alla loro informazione e formazione sono trattati nel terzo e nel quarto capitolo.

Mentre le modalità di integrazione della telemedicina bel Ssn con i criteri di autorizzazione accreditamento e agli accordi contrattuali sono approfonditi nel quinto capitolo. Il sesto affronta la remunerazione e la valutazione economica dei servizi. E il settimo individua indicatori di performance utili per la programmazione lo sviluppo, il monitoraggio e la valutazione dei servizi di telemedicina.

Infine nell'ultimo capitolo sono trattati gli aspetti etici e regolatori inclusi quelli relativi alla privacy.

Come misurare le performance dei Ssr. Ecco la nuova metodologia di Crea Sanità

Dalle risultanze sembra emergere un dato che vede quattro Regioni “complessivamente eccellenti” (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Umbria), un folto gruppo di Regioni “con Performance complessive in media accettabili”, e un gruppo di Regioni con Performance negative (Campania, Lazio, Calabria, Sicilia e Puglia). LO STUDIO.

Negli ultimi anni l’attenzione verso l’accountability delle politiche pubbliche, e quindi anche di quelle sanitarie, è cresciuta enormemente, con una ampia fioritura di sistemi e metodi. Ecco perché è nato il progetto “Una misura di performance dei SSR” che si inserisce in questo filone, cercando di portare un contributo su due elementi sostanziali. Lo studio è stato presentato oggi a Roma dal Consorzio per la ricerca economica applicata in Sanità (Crea Sanità), promosso dall’Università di Roma Tor Vergata e dalla Fimmg e realizzato grazie al contributo incondizionato e alla partnership di un gruppo di aziende del settore, nonché della competente disponibilità di un qualificato panel di esperti. Il metodo si basa su due capisaldi:

Il primo è l’importanza di considerare la Performance in termini multidimensionali: gli obiettivi delle politiche (sanitarie nel caso specifico) sono molteplici e il “rendere conto”, intrinseco nel concetto di accountability, richiede la trasparenza sull’oggetto di analisi. Valutazioni specifiche, come possono essere quelle sugli Esiti o, dall’altro estremo, sulla Efficienza, sono utilissime e anzi necessarie, ma non possono da sole esaurire l’esigenza di accountability.

Il secondo, e fondamentale, elemento è quello della prospettiva adottata: persone o gruppi di interesse (stakeholder: Utenti, Management aziendale, Istituzioni, Professioni e Industria medica) diversi, possono legittimamente avere idee (preferenze) diverse in termini di priorità degli obiettivi: ad esempio, nulla fa pensare a priori che il peso dato ad un risultato in termini di Esiti possa essere uguale ad uno in termini di Efficienza, né tanto meno che soggetti diversi “pesino” analogamente le eventuali differenze.

Entrambi gli elementi portano ad un problema eminentemente metodologico: come mettere insieme, comporre, democraticamente, la multidimensionalità e anche le diverse prospettive? E anche, come rendere esplicito, e quindi accountable, anche il sistema di preferenze, ovvero di valori, utilizzato nelle analisi? E proprio a queste domande ha cercato di rispondere il team di Crea Sanità.

I risultati

In generale, la misura della Performance ottenuta dall’analisi, sintesi delle preferenze espresse da tutte e cinque le Categorie di stakeholder rappresentate nel Panel di Esperti, posto il valore teorico di 1 per il sistema “ottimale” (ovvero quello che dovesse avere il risultato migliore su tutti gli indicatori) e il valore 0 per il sistema “peggiore” (ovvero quello che dovesse avere il risultato peggiore su tutti gli indicatori), la misura stimata oscilla da un massimo di 0,95 ad un minimo di 0,52: il primo valore è associato al SSR dell’Emilia Romagna e il secondo a quello della Regione Puglia.

A dodici SSR è associato una misura di Performance superiore a 0,80; ai SSR di Molise, P.A. di Bolzano, Sardegna e Basilicata un valore maggiore a 0,71; e a cinque quali Campania, Lazio, Calabria, Sicilia e Puglia, un valore inferiore a 0,70.

Una mera “interpretazione grafica” sembra far emergere 4 Regioni “complessivamente

eccellenti” (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Umbria), un folto gruppo di Regioni “con Performance complessive in media accettabili”, e un gruppo di Regioni con Performance complessive progressivamente peggiori, che comprende tutto il meridione, più P.A. Bolzano e Lazio. Ma se l’Emilia Romagna conserva anche nelle diverse prospettive, la prima posizione, le altre posizioni cambiano a volte anche significativamente: ad esempio la Puglia “cede” l’ultima posizione secondo la prospettiva del ‘Management aziendale’, delle ‘Istituzioni’ e dell’ ‘Industria medicale’ rispettivamente a Lazio, Calabria e Sicilia, mentre gli ‘Utenti’ premiano di più Umbria e Toscana.

“Una misura di performance dei SSR’ – spiegano **Daniela d’Angela** e **Federico Spandonaro** - cerca di portare un contributo su due elementi sostanziali: l’importanza di considerare la Performance in termini multidimensionali e di “comporre” prospettive diverse come quelle che persone o gruppi di interesse (stakeholder) diversi, possono legittimamente portare”.

“L’ambizione – specificano - era quella di verificare da una parte le gestibilità di una complessità significativa, quale quella implicita nella composizione in Sanità di obiettivi e prospettive diverse fra loro; dall’altra di verificare l’ipotesi di ricerca da vari punti di vista, di cui due particolarmente interessanti: le differenze nelle prospettive adottate dai diversi stakeholder, pesano davvero nella valutazione finale delle Performance dei sistemi sanitari? Il valore attribuito ai vari indicatori segue logiche lineari, di proporzionalità, o dipende dai livelli degli indicatori stessi? Entrambi gli obiettivi possono dirsi pienamente raggiunti, confermando le aspettative qualitative e permettendo di quantificarne gli effetti”.

Previdenza. Enpam investe 50 mln di euro in Residenze sanitarie assistenziali

Posti letto per i degenti e lavoro qualificato per i camici bianchi: l’Ente di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri, traccia la via del futuro sviluppo delle Residenze sanitarie assistenziali in Italia. Investiti 25 milioni di euro nel Fondo immobiliare Omero (Fabbrica immobiliare Sgr) e 25 milioni di euro nel Fondo immobiliare Spazio Sanità (Beni Stabili Gestione Sgr).

L’Enpam acquista quote di fondi immobiliari specializzati nelle Residenze sanitarie assistenziali per un importo di 50 milioni di euro. Con l’investimento nelle Rsa, l’Ente di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri, punta a creare nuovi posti di lavoro in ambito sanitario e a generare allo stesso tempo ritorni economici per pagare le pensioni.

Acquistando quote di fondi immobiliari specializzati nelle Rsa, la Fondazione finanzia la creazione di nuovi posti letto per le persone non autosufficienti che indirettamente generano anche nuove opportunità di lavoro per i medici. L’investimento è fruttifero poiché la Fondazione viene ripagata con i proventi che derivano dal pagamento delle rette di degenza. Secondo le stime, l’Enpam avrà un rendimento di oltre il sei per cento l’anno.

“L’investimento in residenze sanitarie assistenziali – afferma il presidente della Fondazione, **Alberto Oliveti** – mette l’Enpam in condizione di raggiungere un duplice obiettivo. Da una parte, quello di mettere a frutto il patrimonio cercando nei prossimi anni un buon rendimento a un rischio contenuto in un Paese che invecchia. Dall’altra, quello di favorire

l'incremento dei posti letto e indirizzare l'evoluzione dell'assistenza agli ultra65enni, generando allo stesso tempo ricadute positive sulla domanda di lavoro qualificato in ambito sanitario. Sostenere il lavoro dei medici e fare investimenti prudenti e redditizi – conclude Oliveti – concorre alla realizzazione del nostro fine unico che è quello di continuare a pagare pensioni adeguate ai nostri iscritti, oggi come nei prossimi 50 anni”.

Per diversificare l'investimento e minimizzare i rischi, la Fondazione ha inoltre deciso di ripartire l'importo a disposizione in due parti. La scelta è così ricaduta su due fondi individuati in conformità a quanto previsto dalle procedure di controllo interno dell'Ente e al termine di un'approfondita analisi del mercato delle Rsa italiane condotta da una primaria società del settore. A gestire le residenze saranno più operatori, attivi in gran parte del territorio nazionale.

Nel dettaglio, l'Enpam ha investito 25 milioni di euro nel Fondo immobiliare Omero (Fabbrica immobiliare Sgr) e 25 milioni di euro nel Fondo immobiliare Spazio Sanità (Beni Stabili Gestione Sgr).

Hpv. Onda: “Copertura vaccinale con 3 dosi ferma al 69%. Ancora troppi dubbi e perplessità”

“C'è ancora molto da fare per raggiungere gli obiettivi previsti dal Piano della prevenzione vaccinale 2012-2014” ha detto la presidente Merzagora. In occasione della settimana europea della prevenzione del cancro della cervice uterina ribadisce l'impegno nel promuovere la prevenzione primaria e secondaria.

“Sebbene l'Italia sia stato il primo Paese in Europa a lanciare nel 2008 un'organica campagna di immunizzazione gratuita, rivolta alle ragazze preadolescenti nel dodicesimo anno di vita, i dati del Rapporto pubblicati dall'Iss registrano una copertura vaccinale molto variabile sul territorio nazionale; c'è ancora, quindi, molto da fare per raggiungere gli obiettivi previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014. Nonostante sia stata dimostrata la sicurezza del vaccino anti-HPV, in grado di offrire un'efficace protezione nei confronti del 70% circa dei carcinomi uterini, ancora oggi persistono molti dubbi e perplessità”.

È quanto ha affermato **Francesca Merzagora**, Presidente di O.N.Da in occasione dell'VIII edizione della Settimana Europea della Prevenzione del Cancro della Cervice Uterina che ha ribadito il suo impegno nel promuovere una sempre maggiore consapevolezza circa l'importanza della prevenzione primaria e secondaria.

In base ai dati aggiornati al 30 giugno 2013, forniti dal Cnesps e pubblicati dall'Iss, la copertura media nazionale per le coorti 1997, 1998 e 1999 è intorno al 69% per tre dosi di vaccino: non è stato quindi raggiunto l'obiettivo ($\geq 70\%$) prefissato dal Piano nazionale della prevenzione vaccinale 2012-2014. Il rapporto testimonia inoltre una grande disomogeneità nell'accesso al vaccino a livello regionale: dalla “virtuosa” Toscana (nelle tre coorti prese in esame registra una copertura superiore all'80% per tre dosi di vaccino) ai risultati di Sicilia e Campania, che non superano rispettivamente il 56% e il 62%.

Per questo O.N.Da. ha coordinato come main partner il Progetto europeo Aurora, che

coinvolge, oltre all'Italia, 10 Paesi (Lettonia, Bulgaria, Romania, Repubblica Ceca, Cipro, Slovacchia, Slovenia, Ungheria, Polonia, Grecia). Obiettivo: individuare una strategia comune, volta a promuovere lo screening del tumore del collo dell'utero nei nuovi Stati membri dell'Unione Europea, nelle donne in età riproduttiva (30-69 anni), con particolare attenzione ai gruppi di popolazione più difficili da raggiungere, e a favorire uno scambio europeo di informazioni e conoscenze sull'attuazione di buone prassi per la prevenzione e la difesa dal cancro della cervice uterina.

“Lo scopo del Progetto europeo, coordinato dall'Osservatorio – ha spiegato Merzagora – vuole essere quello di favorire l'implementazione di uno screening di qualità per il carcinoma uterino nei nuovi Stati membri dell'UE, attraverso lo scambio di conoscenze e competenze, la formazione degli operatori sanitari e di 'advocacy leader' e la collaborazione tra esperti del settore e stakeholder”.

“Fondamentale dichiara – **Walter Ricciardi**, Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Gemelli di Roma – è la promozione e l'implementazione di programmi informativi per la sensibilizzazione delle ragazze e, soprattutto, dei genitori, sull'importanza cruciale del vaccino. Strategico, in tal senso, è anche il ruolo svolto da tutti gli operatori sanitari coinvolti (Pediatri di Libera Scelta, Mmg, ginecologi, operatori dei centri vaccinali etc.), che rappresentano gli interlocutori diretti con l'utenza interessata. Il raggiungimento di un'ottimale copertura vaccinale ci proietterà in una società di donne più sane con una qualità di vita sempre migliore”.

SOLE24ORE/SANITA'

OASI 2013/ Quando l'assenza è patologica Nel Ssn 4 giorni in più rispetto al resto della Pa: i «gap» delle donne Dati carenti sull'inidoneità - L'importanza di benchmark e metriche ad hoc

Con riferimento ai dati sulle assenze, la ricerca ha osservato come il Ssn mostri in complesso un numero di giornate medio di assenze (per qualunque causa) più alto che l'insieme delle pubbliche amministrazioni. In totale nel 2011 il personale delle aziende del sistema sanitario pubblico è risultato assente in media per 54 giornate, contro le 50 del totale del pubblico impiego. Tale differenza si è però molto ridotta nel decennio 2001-2011, passando da 13 a 4 giornate. Le donne occupate nel sistema sanitario pubblico mostrano un numero medio di giorni di assenza maggiore dei colleghi uomini. Il divario totale è di 8 giorni (57 per le donne, 49 per gli uomini) ed è spiegato soprattutto da gravidanze, malattie dei figli e altri motivi riconducibili al “doppio” ruolo, familiare e lavorativo, svolto dalle donne.

Passando a un'altra ottica di analisi, la ricerca ha analizzato i giorni medi di assenza non per ferie maturate nei diversi sistemi regionali. Le differenze tra le Regioni sono ampie e riguardano sia le assenze retribuite per malattia, sia quelle per altre cause. Peraltro tali differenze non sono apparentemente riconducibili a criteri spesso citati nelle analisi interregionali che riguardano il sistema sanitario italiano, quali la funzionalità complessiva

dei Ssr o la distribuzione geografica sull'asse Nord-Sud.

Sviluppando invece l'analisi per singola azienda sanitaria, e riaggregando i dati in quintili, si nota come il 20% delle aziende che mostra meno assenze ha un numero medio di giornate di assenza pari a 46. All'opposto, il quintile delle aziende con più assenze arriva a un numero medio di 68 giornate. Ma escludendo il numero medio di giornate per ferie (30) la differenza diventa ancor più marcata: 16 a 38.

Risultati molto rilevanti emergono anche dall'analisi dei permessi ex legge 104/1992, ovvero la legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate che consente al lavoratore dipendente pubblico o privato portatore di handicap o che assiste persona con handicap di fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito. Inoltre essa assegna al lavoratore il diritto di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona da assistere. L'analisi dei primi dati disponibili raccolti dal flusso informativo creato dal dipartimento della Funzione pubblica mostra come a livello nazionale l'11% dei dipendenti Ssn goda del permesso. Di questi, in un caso su dieci si tratta di permessi assegnati a dipendenti disabili, mentre nove volte su dieci il permesso è assegnato per l'assistenza a parenti o affini. Anche in questo caso, si evidenzia un tema di genere: ne beneficia il 12% delle donne contro l'8% degli uomini. Venendo invece all'analisi per tipologia di azienda, si riscontra una prevalenza di dipendenti con permessi nelle Asl (11%) rispetto alle Ao/Aou (9%), che suggerisce una maggior presenza di beneficiari dei permessi nelle strutture territoriali, che offrono una maggiore flessibilità di orario e vicinanza all'abitazione, rispetto a quelle ospedaliere.

Guardando alla distribuzione di dipendenti con permesso nelle diverse Regioni, emerge una forte differenza tra Regioni come il Trentino-Alto Adige o la Valle d'Aosta da un lato, attestate al 6%, e Regioni quali Puglia, Lazio e Umbria dall'altro, dove questo dato supera il 15%. Tale analisi è confermata anche dal confronto con i dati relativi al numero medio di giornate di assenza per permessi ex legge 104/1992 per dipendente ricavati dal database del Conto annuale.

Inoltre sempre il Conto Annuale mostra l'evoluzione negli ultimi anni del numero di giornate di permesso ex legge 104/92 per dipendente, che tra il 2006 e il 2011 è cresciuta quasi del 50%, passando da 1,9 a 2,8 giornate per dipendente.

Il fenomeno delle inidoneità alla mansione specifica rappresenta un terzo elemento di particolare rilevanza nelle aziende del Ssn nell'attuale momento storico. Tuttavia si riscontra anzitutto l'assenza di fonti informative a livello regionale o nazionale che consentano analisi comparative e di monitoraggio. I giudizi espressi dal medico competente, che ai sensi del Dlgs 81/2008 possono essere di idoneità parziale (temporanea o permanente, con le relative prescrizioni o limitazioni) o di inidoneità (temporanea o permanente), sono comunicati annualmente alle direzioni aziendali, ma senza una classificazione condivisa e senza che tali informazioni vengano aggregate a livello sovra-aziendale. La nostra rilevazione esplorativa in quattro grandi aziende di tre diverse Regioni del Nord Italia ha confermato la rilevanza della quota di dipendenti con idoneità parziale alla mansione, nonché un'importante variabilità tra le tre aziende. Emerge con evidenza come il fenomeno, anche in questo caso, sia molto più pronunciato nelle donne rispetto agli uomini e come la prevalenza aumenti significativamente al crescere dell'età anagrafica. Se nella fascia di età 25-29 anni la quota

di dipendenti con limitazioni è, come ragionevole aspettarsi, prossima allo zero, questo dato cresce, in maniera quasi lineare, fino al 13% per gli uomini e al 29% per le donne nella fascia 55-59 anni. Inoltre il divario tra uomini e donne appare rilevante sin dalla fascia di età 30-34 anni e cresce progressivamente. Le donne mostrano infatti un tasso di limitazioni sostanzialmente doppio rispetto agli uomini in tutte le fasce d'età successive.

Infine, la percentuale di dipendenti con limitazioni aumenta al diminuire della categoria di inquadramento. Il dato appare molto significativo guardando il personale delle categorie D e B, particolarmente rappresentate nel settore sanitario (la prima include infermieri, ostetriche, fisioterapisti, tecnici di radiologia, ecc.; la seconda Oss, Ota, coadiutori amministrativi, operatori tecnici ecc.).

Alla luce dei dati qui presentati, riportati e discussi in maggior dettaglio nel Rapporto Oasi 2013, è possibile sviluppare alcune riflessioni. È anzitutto evidente come nei prossimi anni sarà sempre più urgente poter definire soluzioni condivise per affrontare le sfide della gestione del personale in sanità. Non è più possibile subirle o affrontarle frettolosamente nel tentativo di risolvere emergenze. A esempio per ridurre le assenze le aziende sono chiamate a costruire un ambiente di lavoro motivante, che offra adeguati stimoli ai dipendenti, promuova la ricerca di equilibri sostenibili tra esigenze professionali e familiari, monitori con professionalità il clima organizzativo. A questo riguardo molto di più si potrebbe fare nel gestire proattivamente la mobilità interna, che non dovrebbe essere uno strumento al quale ricorrere eccezionalmente e su richiesta del dipendente che vuole spostarsi, ma al contrario dovrebbe essere promossa quale sistema di gestione ordinario. Si dovrebbero poi cercare - favorendo la collaborazione tra i medici competenti, i servizi di prevenzione e le direzioni infermieristiche - soluzioni nuove per prevenire l'insorgere di problemi psico-fisici nei dipendenti, e per gestirli senza necessariamente dover allontanare gli operatori dal loro contesto lavorativo. È infatti evidente che gli strumenti con cui tradizionalmente sono stati affrontati i casi di inidoneità, quali i pensionamenti precoci, il trasferimento dall'ospedale al territorio, la ricollocazione in uffici amministrativi o nelle segreterie di reparto non siano più percorribili. Un ulteriore aspetto che l'analisi ha messo in luce e che chiama in causa le istanze di governo del sistema (Regioni, ministeri nazionali, organizzazioni sindacali ecc.) è la limitata qualità e affidabilità dei dati disponibili a livello interaziendale, che nel caso delle limitazioni sono addirittura quasi inesistenti. Servono adeguate tassonomie e sistemi di rilevazione automatizzati per monitorare l'entità e l'evoluzione di questi fenomeni. Inoltre, se ciò avviene a livello interaziendale, le singole aziende potranno beneficiare di un'attività di benchmarking strutturato, che costituisce una base di fondamentale importanza per le scelte gestionali interne. Tali riflessioni si collegano al tema dell'estrema arretratezza di gran parte delle aziende del sistema sanitario italiano nel definire e usare metriche adeguate per la gestione del personale (discusso nel nostro articolo "Personale: la misura delle performance" pubblicato su «Il Sole 24 Ore-Sanità» del 4 dicembre 2012). Fino a quando le aziende non investiranno nella definizione e nello sviluppo di tali metriche, sia a livello interno sia a livello sovra-aziendale, resteranno prive di strumenti potenti per una gestione efficiente e sostenibile del personale.

Infine, un ultimo punto riguarda il ruolo sociale che nel nostro sistema l'azienda (e in particolare quella sanitaria) è chiamata a svolgere. La normativa attribuisce al datore di lavoro un ruolo assolutamente centrale rispetto al welfare individuale e della comunità. Perché tale attribuzione abbia senso, essa deve però preservare le condizioni di durabilità

dell'azienda stessa. In altre parole, il sovraccarico di ruoli sociali nei confronti dei lavoratori non deve pregiudicare ragionevoli condizioni operative che permettano all'azienda di perseguire le proprie finalità istituzionali, che non possono né devono coincidere con quel ruolo sociale. I temi discussi nel capitolo e le loro manifestazioni più patologiche mettono in evidenza il rischio che effettivamente - a maggior ragione se si tiene conto del veloce invecchiamento degli organici - le finalità sociali di tutela dei lavoratori nelle loro diverse dimensioni riducano sensibilmente la capacità delle aziende del Ssn di continuare a offrire risposte di salute adeguate ai cittadini.

SDO 2012/ «Appropriatezza vo' cercando» *L'analisi dei 108 Drg a rischio mostra una tendenza all'aumento dei ricoveri ordinari* Regioni a macchia di leopardo - Per 50 prestazioni si allontana l'ospedale

I 108 Drg a rischio indicati nel Patto per la Salute 2010-2012 hanno come obiettivo il massimo di deospedalizzazione dai ricoveri ordinari verso il day hospital (e anche l'ambulatorio). E secondo le Sdo 2012 50 Drg a rischio di inappropriatezza presentano un aumento della quota di day hospital rispetto al 2011. Tra gli altri 58 Drg, 50, anche se hanno una quota di day hospital inferiore rispetto al 2011, presentano anche una forte riduzione del volume di ricoveri ordinari: in media la riduzione è di circa il 9%, con punte che arrivano a -13%, -16% e -18% (a esempio la legatura e stripping di vene, le malattie del tessuto connettivo, i traumi di pelle tessuto sottocutaneo e mammella, i difetti congeniti del metabolismo, l'ipertrofia prostatica benigna ecc). Si osserva quindi, commenta il ministero, una «significativa deospedalizzazione, con un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e dell'efficienza nell'uso delle risorse ospedaliere».

Detto questo però le Sdo mostrano, entrando nel particolare dei Drg, una situazione per cui alcuni di questi registrano comunque una quota elevatissima di prestazioni in day hospital. In testa ci sono la sterilizzazione maschile (87%), la decompressione del tunnel carpale (86,9%) e la cataratta (gli interventi sul cristallino, 85,7%). Ma in coda ci sono Drg che al contrario sono stati erogati in day hospital solo per il 3,7% come i traumi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella negli under 18, 7,8% per le malattie delle vie biliari e 8,4% per la Bpco (vedi i primi e gli ultimi 10 Drg secondo la percentuale di erogazione in day hospital).

Negli anni la percentuale di assistenza in day hospital per queste prestazioni è rimasta pressoché stabile, tra il 41% circa del 2002 (ma nel 2002 i Drg a rischio di inappropriatezza erano solo 43) e il 53% del 2012 con una punta di quasi il 54% nel 2011.

In generale però, a parte le considerazioni sui 50 Drg che riducono in assoluto l'assistenza in ricovero, per i 108 Drg a rischio di inappropriatezza nel complesso, nel 2012, si registra un calo generale dell'1% di prestazioni in day hospital contro un uguale aumento di quelle in regime ordinario.

A livello generale i ricoveri ordinari per queste prestazioni si riducono in dieci Regioni: Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna. In massima parte, quindi, quelle in piano di rientro che devono utilizzare tutte le leve per risparmiare sulla spesa.

I Drg medici. Sono quelli tra le prestazioni a rischio di inappropriatezza che di più

avrebbero dovuto essere deospedalizzati a favore del day hospital (alcuni esempi sono le malattie dell'occhio, le alterazioni dell'equilibrio, le aritmie, la malattia polmonare cronica ostruttiva ecc.). Ma in day hospital, su circa 855mila ricoveri, se ne sono fatti nel 2012 il 47% (-1,9% rispetto al 2011). Al di sopra del 50% ci sono ancora dieci Regioni con la Liguria in testa con il 61,8%, seguita dal Piemonte al 58,2%. Molto al di sotto della media, invece, ci sono Lombardia (25,1% di prestazioni in day hospital, -15,4% rispetto al 2011 e con un analogo aumento di quelle in regime ordinario), Bolzano (28,1%, -1,3% sul 2011) e Veneto (30,1%, -3,2% rispetto al 2011).

I Drg chirurgici. Va un po' meglio a livello nazionale per i Drg chirurgici (come decompressione del tunnel carpale, legatura e stripping di vene, ernia inguinale, artroscopia ecc.) che sono eseguiti in day surgery nel 59,7% dei casi in media nazionale. Al di sotto della media questa volta ci sono solo sette Regioni. Quelle con i valori più bassi sono Lombardia (40,2%), Umbria (44,2%) ed Emilia Romagna, mentre sul versante opposto chi ha la maggior percentuale di Drg a rischio in day surgery è Trento (87,7%), seguito dalla Liguria (81,8%) e dalla Sicilia (79,3%).



Mediadue Comunicazione

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584