

RASSEGNA STAMPA Venerdì 27 settembre 2013

Per medici e infermieri organici in esubero
IL SOLE 24 ORE

Rapporto Ceis, in calo spesa sanitaria: Bianco: ripensare il sistema
DOCTORNEWS

Sit, SSN non può "spiare" dati sanitari
DOCTORNEWS

Def 2013. Moirano (Agenas): "No a tagli lineari ma serve una riorganizzazione del sistema"
QUOTIDIANO SANITA'

Def 2013. Intervista a Dirindin (PD): "Basta tagli alla sanità. Né lineari né di altra natura"
QUOTIDIANO SANITA'

"Creiamo un TripAdvisor degli ospedali italiani così i cittadini potranno scegliere l'eccellenza"
LA REPUBBLICA

Rapporto Ceis. I numeri degli ospedali regionali

Per medici e infermieri organici in esubero

■ Spendiamo per la salute il 24% in meno dell'Europa a 14, le famiglie si impoveriscono e nelle regioni canaglia sotto commissariamento (o quasi) gli italiani pagano sempre di più di tassa propria tra ticket e superaddizionali. Mentre le risorse per la ricerca sanitaria sono pressoché tutte private e intanto perfino la farmaceutica ha lasciato per strada 20mila dipendenti in dieci anni e solo l'anno scorso ha perso il 5% di aziende. Non sono esattamente numeri da vantare, anche sotto differenti profili, quelli della sanità pubblica italiana. Anche se un primato, a quanto pare, lo deteniamo: l'eccesso di medici e di infermieri. Ben 18.800 camici bianchi e dentisti in più e addirittura 28.800 infermieri in esubero rispetto ai posti letto, dopo la potatura praticata ormai da anni negli ospedali.

Non sono di sicuro cifre che faranno piacere alle categorie della sanità quelle presentate ieri dal Ceis dell'Università Tor Vergata di Roma nel nono «Rapporto sanità». Cifre scomode, tanto più dopo anni di blocco dei contratti, pensionamenti, blocchi del turn over e impiego massiccio di precari per tappare le falle nelle corsie. Numeri che sembrerebbero non tornare davanti alle dure prese di posizione dei sindacati. E che potrebbero creare qualche malumore aggiuntivo, se possibile, in vista di una legge di stabilità che sarà sparagnina, a dir poco, col Ssn, dopo la tempesta imperfetta della spending review.

Eppure lo studio illustrato ieri a Roma non esita a dare i nu-

meri degli esuberanti - che definisce «potenziali» - dei dipendenti medici e non del Ssn. A causa del taglio dei posti letto della spending, sia chiaro. Se-

condo il rapporto, che ha per riferimento le dotazioni organiche ospedaliere regionali e che considera come target gli indicatori delle regioni più virtuose (le prime tre con meno infermieri per posto letto e le 5 migliori nel rapporto medici/infermieri), emerge un quadro di organici non esattamente «omogeneamente distribuiti». Ne vengono fuori così scostamenti dal target «decisamente rilevanti»: fino al 25% nelle regioni del centro Italia per gli infermieri; e oltre il 30% per medi-

nel Lazio e 3.800 in Campania. E ancora in Campania (2.869), Lazio (2.754) e Sicilia (2.260) ci sarebbe il maggior esubero di medici. E se le lame della spending tagliassero ancora? «La forbice di esuberanti - conclude il rapporto - si allargherebbe».

R. Tu.

LE CIFRE

Secondo il «Rapporto Sanità» ci sono
18.800 camici bianchi
e 28.800 infermieri
in più rispetto al target

ci e dentisti, con la punta del 34% ancora nelle Regioni del centro del Paese.

Ma sia chiaro: neppure il Nord la fa franca, tanto che dovrebbe ridurre del 13% gli infermieri e del 14% i dottori. Insomma: 28.800 infermieri potenzialmente in esubero e 18.800 medici in più, fotografando la realtà al 2010, dunque «senza tenere conto degli ulteriori tagli di posti letto della spending review». Con valori regionali che oscillano dai 5.632 infermieri in più in Lombardia ai 2.222 del Piemonte e ancora su oltre 4mila

Rapporto Ceis, in calo spesa sanitaria: Bianco: ripensare il sistema

La spesa farmaceutica «in Italia è una delle più basse d'Europa, in questo senso serve una seria politica industriale». Lo sottolinea **Federico Spandonaro**, professore di economia sanitaria presso l'Università di Tor Vergata commentando i risultati del IX rapporto Ceis (Centre for economic and international studies) dell'Università di Roma "Tor Vergata", dal titolo "Crisi economica e sanità" presentato ieri.

«Rispetto agli altri paesi dell'Europa a 12 è del 15% inferiore, a fronte di una più elevata età media. Il che si è tradotto in perdita dei posti di lavoro, ben 10.000 quelli venuti meno negli ultimi 5 anni.

Nel ripensare le politiche industriali dovremmo valutare il saldo sociale tra risparmio da un lato e perdita di occupazione», aggiunge.

Ma non è questo il solo dato emerso dal Rapporto: è in calo anche la spesa sanitaria che oggi è inferiore di quasi un quarto rispetto ad altri paesi che hanno lo stesso livello di sviluppo economico.

Sproporzionato, inoltre, il peso degli investimenti privati in sanità, in particolare il loro contributo nel 2011 è stato del 61,2% a fronte però di una maggiore offerta strutturale da parte del pubblico. Diminuiscono, perciò, sia i disavanzi sanitari che i finanziamenti ed è da ripensare la politica industriale farmaceutica.

L'87,2% del disavanzo, continua il Rapporto, deriva dalle casse vuote di Liguria, Lazio, Campania, Calabria e Sardegna. Aumentano invece le famiglie impoverite nelle Regioni sottoposte a Piano di Rientro: Calabria +7,8%, Lazio +4,7%, Campania +2,9%, Sicilia +1,5%, Sardegna +0,9%. I cittadini, dunque, pagano di tasca propria la costante riduzione della spesa sanitaria nazionale.

A fronte di un Pil più basso "solo" del 9%, la spesa pubblica pro-capite in Italia è inferiore del 22,2%, rispetto agli altri paesi dell'Europa a 12, ovvero Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Irlanda, Grecia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia. In termini nominali, nel 2011 il calo, che arriva per il secondo anno consecutivo, è stato dello 0,7% (a fronte dello 0,8% del 2010). «La sanità ha sostenuto una buona parte del risanamento dei conti italiani. Non si possono chiedere altri sacrifici.

Il settore merita un segnale positivo forte», dice **Amedeo Bianco**, presidente della Fnomceo, la Federazione dei medici chirurghi e odontoiatri. «Basta con i tagli lineari, ora bisogna ripensare il sistema», è stato il commento del presidente di Assobiomedica **Stefano Rimondi**, «in caso contrario il rischio è che la nostra sanità passi dai livelli tipici di un paese in via di sviluppo, a una sanità da Terzo mondo».

Sempre più piccole e sempre meno le aziende farmaceutiche, calate nel 2012 del 5%. Di pari passo si sono ridotti gli occupati: la media per ogni azienda è passata dai 283,6 del 2002 ai 210,3 del 2012. Ne risente l'innovazione farmaceutica, tanto che nel 2010 il

numero dei brevetti prodotti è stato del -27% rispetto al 2009. Del 4,4% il calo complessivo dell'indotto industriale. «La domanda interna è in flessione anche in conseguenza delle politiche fin qui adottate.

Questa tendenza non è più sostenibile per le aziende», è il commento del presidente di Farmindustria, **Massimo Scaccabarozzi**.

Sit, Ssn non può “spiare” dati sanitari

Regioni e ministeri di Lavoro e Salute potranno accedere ai documenti sanitari dei cittadini (cartelle cliniche, referti etc) ma non sapere a chi appartengono i dati contenuti.

A mettere una pezza al Decreto del Fare, ci ha pensato il Senato che vincola il Governo a rendere irriconoscibili i titolari dei dati. Lo conferma **Giancarmine Russo** Segretario generale della Sit, Società italiana di telemedicina: «Per l'ordinamento –premette Russo- le informazioni su periodi di ricovero, risultati di analisi cliniche e farmaci prescritti sono dati sensibili, tutelati dal diritto costituzionale alla riservatezza e dal codice della privacy.

Ma l'articolo 17 del decreto legge 69 del 21 giugno consente di visionare quei documenti sia a fini di ricerca epidemiologica, com'era prima, sia a fini “di programmazione e controllo della spesa”». «Ad agosto il decreto è stato convertito intatto, perché ulteriori emendamenti avrebbero richiesto altri passaggi parlamentari.

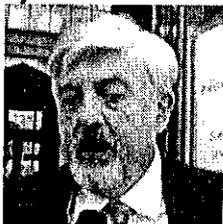
Ma la senatrice Pd Maria Spilabotte ha fatto approvare un ordine del giorno che vincola il Governo a oscurare gli estremi dei titolari dei dati. Sono stati accolti così sia le proposte di modifica al decreto di Sit (e di alcuni Ordini e Associazioni professionali), sia l'allarme lanciato dal Garante Privacy sui rischi corsi dai dati sanitari. Se si consente a un'istituzione di sapere di cosa ciascun residente soffre –dice Russo- si mette a rischio la tutela della salute del paese. Si rischia infatti che o il medico curante non riceva l'ok al trattamento, o che il cittadino nasconda malattie

potenzialmente limitanti –ad esempio - la guida di autoveicoli, o abitudini voluttuarie come alcol o droga, o si allontanano dal Ssn, rivolgendosi al privato».

Mauro Miserendino

Def 2013. Moirano (Agenas): "No a tagli lineari ma serve una riorganizzazione del sistema"

"Il nostro Ssn paga il doppio delle chirurgie e il triplo dei laboratori di analisi che ci servono". "Per non parlare dei punti nascita, con la sostanziale inapplicazione delle norme che prevedono la chiusura di quelli con meno di 500 parti l'anno". "Non possiamo far finta di nulla, gli sprechi ci sono ancora, eccome"



27 SET - "No a nuovi eventuali tagli lineari non più sopportabili dal sistema, ma è giunta l'ora di cambiamenti per discontinuità che vadano a toccare tutti gli sperperi tutt'ora presenti, in modo da generare risparmi da poter reinvestire all'interno del settore e delle stesse Regioni". Così il direttore Agenas, **Fulvio Moirano**, ha commentato a *Quotidiano Sanità* la nota aggiuntiva del Def 2013. "La questione tocca anche i Lea, argomento sul quale è in corso una lunga discussione tra 'lista positiva' e 'lista negativa'. Qualcosa su quest'ultima, cioè su alcune spese non appropriate, è stato fatto - ha detto - Su molte attività mediche che oggi vengono effettuate a carico del Ssn, dobbiamo dire che non vi sono evidenze scientifiche che mostrino chiaramente la loro effettiva 'necessità'. La 'selettività' citata nel testo della nota aggiuntiva al Def mi auguro che possa esser letta in quest'ottica, ossia che la parte pubblica si faccia carico di ciò che realmente serve ai cittadini". "Ricordiamoci che c'è il grande problema del debito pubblico che ci mette in condizioni di obiettiva difficoltà rispetto ad altri Paesi europei per quanto riguarda il finanziamento della sanità - ha proseguito Moirano - In questi ultimi anni c'è stata una forte contrazione della spesa, non si può andare ulteriormente ad attaccare il finanziamento del Ssn, però ci sono ancora degli spazi di manovra enormi per una riorganizzazione e copertura dei bisogni emergenti. La riorganizzazione delle reti di emergenza ospedaliera e soprattutto territoriale, ad esempio, deve ricevere una forte spinta". "Se il nostro Ssn paga il doppio delle chirurgie che ci servono o il triplo dei laboratori analisi che ci servono, per non parlare dei punti nascita - nonostante la presenza di una norma che imponga la chiusura delle strutture con meno di 500 parti l'anno - non possiamo far finta di nulla. Dobbiamo agire su questi sprechi", ha concluso il direttore Agenas.

Giovanni Rodriquez

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Def 2013. Intervista a Dirindin (PD): "Basta tagli alla sanità. Né lineari, né di altra natura"

"Nel documento del Governo (un copia e incolla maldestro!), la cosa più preoccupante è l'introduzione del criterio di selettività. Ma è chiaro che al momento l'attenzione è sui possibili tagli al settore". "E qui bisogna essere molto chiari: la sanità non deve essere oggetto di altre manovre economiche". Parla il capogruppo democratico in Commissione Sanità del Senato

27 SET - "Queste due paginette sul Def credo che meritino una qualche riflessione. La cosa che mi viene in mente leggendole è il titolo del libro di Carlo Levi: "Le parole sono pietre" e il modo in cui si interpreta questa frase quando si ragiona. Perché o si è consapevoli di quello che si è scritto e allora è molto grave, o non si è consapevoli e allora si è inadeguati. La mia grande amarezza è dovuta al fatto che quelle due paginette sono scritte in modo vorrei dire sciatto, non ho altro termine. Sono propensa a pensare che siano più il frutto di un copia e incolla con l'aggiunta di qualche parola chiave che si ritiene che in questo momento possa evocare posizioni attese che non una vera e propria strategia di politica sanitaria. Quello che manca lì dentro continua a mancare da troppo tempo: un'idea di politica di governo della salute".

Così la senatrice del Partito Democratico e capogruppo in Commissione Igiene e Sanità di palazzo Madama, **Nerina Dirindin**, dà la sua valutazione della nota aggiuntiva al Def 2013. Un documento che ha due aspetti preoccupanti il criterio della selettività e quello delle prestazioni non incondizionate garantite a chi ne ha effettivamente bisogno. Perché dice Dirindin dimostrano ancora una volta che chi le ha scritte non sa nulla di sanità e di come funziona il sistema.

Come inizio devo dire non c'è male. Però, senatrice Dirindin nello specifico quali sono le maggiori preoccupazioni che la nota aggiuntiva al Def 2013, le due paginette come le chiama lei, le suscitano?

La cosa preoccupante è il criterio della selettività. Ancora prima però nel breve periodo quello che preoccupa è il fatto che si continua a dire "non ci saranno più tagli lineari". Questo cosa significa che ci saranno tagli non lineari? Vogliamo dire che si pensa che il Sistema sanitario sia ancora in grado, nel breve, di sopportare ulteriori tagli, di qualunque tipo sia lineari che non? Io l'ho detto più volte al ministro: "la sanità non può più sopportare ulteriori tagli". Non nego che ci sono inefficienze che vanno eliminate, ma certamente non si può andare avanti con i tagli che sono stati fatti. In questo momento bisogna dare una prospettiva e va incoraggiato il contrasto alle inefficienze. È vero che le cifre scritte sono le cifre già indicate nel Def, quindi che la nota di aggiornamento non le ha cambiate, ma certamente la preoccupazione che si arrivi al 6,7% del Pil, in un sistema che è fortemente sottoposto a restrizioni, c'è tutta.

Cos'altro non va nella nota aggiuntiva al Def 2013?

Altra questione meno immediata ma certamente di prospettiva che è preoccupante è quando si dice: "garantire prestazioni non incondizionate rivolte principalmente a chi ne ha effettivamente bisogno". Se uno sapesse cosa c'è scritto nel decreto legislativo 229/99 (Riforma Bindi), saprebbe che c'è scritto molto di più e molto meglio. Quindi il Def non contiene niente di nuovo ma si usano delle parole strane che dimostrano scarsa conoscenza della normativa e dei problemi della sanità. "Incondizionate" cosa vuol dire? Che garantiamo prestazioni condizionate a che cosa? Al fatto che una persona ha effettivamente bisogno di prestazioni sanitarie? Ma questo lo fa già il sistema. Semmai dobbiamo continuare la lotta all'inappropriatezza, oppure vuol dire che non tutti hanno accesso? Perché la selettività, ammesso che si sappia realmente cosa s'intende per selettività, se è rispetto alle condizioni economiche è tutt'altra cosa e noi siamo contrari. Se invece s'intende che solo chi ha effettivi e reali bisogni di salute avrà accesso alle prestazioni sanitarie è una banalità che non merita di stare nel Def. In più è scritta male. C'è un uso strumentale delle parole per lasciare aperta un'interpretazione che forse a qualcuno piace, ma non possono dirlo esplicitamente perché questo scatenerrebbe gli anticorpi che in molta parte del Paese ci sono rispetto al superamento della sanità pubblica. Ecco perché dico che le parole sono pietre.

Secondo lei è possibile ipotizzare un disegno di riforma del sistema, alla luce di quanto prevede il Def in materia sanitaria?

Una riforma nel breve mi sembra assolutamente impossibile dati gli assetti politici attuali. Da tempo sostengo che non c'è bisogno di una riforma ma di gente che abbia voglia di lavorare, a livello regionale ma anche centrale, che scriva cose che abbiano un senso sia da un punto di vista scientifico che da un punto di vista politico. C'è poi bisogno di fare molta manutenzione affinché la strada percorsa in tanti anni dal settore sanitario che è riconosciuta come virtuosa, possa essere proseguita.

Ad esempio?

Mettendo le regioni in condizioni di lavorare sull'appropriatezza, sul miglioramento dell'efficienza e aiutando le regioni in difficoltà. C'è bisogno di consentire alle regioni di lavorare seriamente. Non c'è bisogno di una riforma ma di applicare le riforme che sono state fatte e c'è bisogno che il livello centrale sia in grado di monitorare se le regioni fanno o meno le cose.

La sostenibilità del sistema viene messa in dubbio dal Def eppure questa sembra possa tenere. In questo modo si va ad incidere su un settore e lo si tratta come il bancomat del Paese. Perché?

Perché ci sono forze che hanno interesse nel proseguire questo processo di dequalificazione della sanità pubblica in modo da garantire all'intermediazione finanziaria assicurativa di appropriarsi di una parte di questo settore.

Cosa pensa invece dell'auspicio di firmare il Patto per la salute, senza però che ci siano quelle assicurazioni promesse alle regioni sulle risorse?

Anche questo dimostra la pochezza delle riflessioni sulle priorità in termini pratici e strategici. Devo dire che letto il testo sono rimasta molto amareggiata perché mi aspettavo di più, e più in linea con quanto ci siamo detti con il ministro in difesa del Ssn e di rafforzamento verso tutto ciò che funziona e di lotta verso l'inefficienza. Invece il documento è scritto in maniera distratta e contiene parole molto pericolose

anche se per ora sono solo parole.

Quello di cui c'è bisogno è di dare motivazioni agli operatori, far sentire alle regioni che c'è un sistema centrale che monitora i Livelli essenziali, cosa che si fa in maniera inadeguata da troppi anni. Poi c'è da rivedere i Lea ma aggiungendo le malattie rare a parità di spesa togliendo quello che non serve. Pensare a come avviare un percorso che ci permetta di reinvestire in sanità. Bisogna superare il ticket di 10 euro perché distorsivo. Tante cose da fare che nel Def non ci sono.

Stefano Simoni

Altri articoli in Governo e Parlamento

Def 2013. Moirano (Agenas): "No a tagli lineari ma serve una riorganizzazione del sistema"

Spending review. Saccomanni: "Sarà più incisiva e permanente e riguarderà tutta la spesa pubblica"

Def 2013. Un vero e proprio attacco al Ssn nato dalle grandi riforme sociali

Def 2013. Cinque Stelle: "Vogliono smantellare il Ssn con il modello Lorenzin"

Def 2013. Cosentino (PD): "Governo chiarisca cosa vuole fare dei Lea"

Def 2013. Torluccio (Uil Fpl): "Allarmante il concetto di 'universalità mitigata'"

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“Creiamo un TripAdvisor degli ospedali italiani così i cittadini potranno scegliere l'eccellenza”

Il ministro Lorenzin: “Servirà anche a razionalizzare le risorse. Dati sanitari online”

MICHELE BOCCI

ROMA — «Voglio creare il TripAdvisor degli ospedali italiani». Il ministro alla Sanità Beatrice Lorenzin si butta sull'*open data* e scommette: sarà internet a suggerire ai cittadini dove curarsi. Come lavorano i chirurghi di quel reparto? Sono efficaci le terapie dell'oncologia della mia città? Quanto rischia una ricaduta chi passa da una determinata medicina interna? Tutte domande che, insieme a molte altre, troveranno risposta in un sito del ministero. Conterrà una rielaborazione dei dati di tabelle e diagrammi piuttosto astrusi per ora riservati a tecnici ed esperti. «Siamo nell'era della trasparenza. Si sa tutto di tutti. Non vedo perché i risultati del lavoro degli ospedali debbano rimanere segreti».

El cittadini, ministro, faranno "recensioni" come sul noto sito dedicato a hotel e ristoranti?

«Inizialmente potranno esprimere pareri su aspetti come l'accoglienza del personale, la pulizia dell'ospedale, l'umanizzazione delle cure. Fargli dire la loro su aspetti propriamente sanitari è più delicato. Magari si potrebbero inserire i commenti di questo

tipo in sezioni che possono essere consultate solo dagli addetti ai lavori».

Partiamo dall'inizio: perché vuole rendere pubblici i risultati sanitari degli ospedali?

«È il momento di avere più coraggio ed essere trasparenti. Siamo nell'era degli *open data* e le informazioni sul nostro sistema sanitario devono circolare. I dati esistono già, bisogna solo renderli consultabili da tutti, eliminare i percorsi farraginosi con cui arrivano al ministero. Gli ospedali li trasmettono alle Asl, queste li mandano alle Regioni e infine vengono inviati qui. Li faremo arrivare direttamente a noi per poter aggiornare in tempo reale i numeri sui risultati dell'assistenza ospedaliera, invece che pubblicarli con cadenza annuale».

A cosa servirà il sito?

«Prima di tutto permetterà al paziente di decidere dove curarsi. Dovrà essere semplice da consultare. Hai un problema al cuore e abiti vicino al San Camillo di Roma? *Online* potrai recuperare i dati sulla mortalità in quell'ospedale per l'intervento di cui hai bisogno. Se troverai un reparto migliore altrove, potrai decidere di spostarti. Negli Stati Uniti esiste già una cosa del genere e si possono addirittura vedere gli esiti

del lavoro dei singoli chirurghi. Ma il sistema ci servirà anche a capire il livello di efficienza delle strutture, farà suonare dei campanelli di allarme immediatamente, senza dover aspettare due o tre anni per capire che in un certo reparto qualcosa non va. E si potranno fare interventi di razionalizzazione: tagli di posti letto, o accorpamenti».

Mettere tutti i dati *online* farà arrabbiare le Regioni, da sempre restie a vedere i loro ospedali inseriti in una classifica.

«Non devono ragionare in una logica di buoni e cattivi, la valutazione serve a migliorare i sistemi sanitari, non a innescare una competizione. Tra l'altro questa sorta di TripAdvisor degli ospedali potrebbe anche ridurre gli spostamenti da una Regione all'altra, soprattutto dal Sud al Nord. Grazie ai dati *online*, infatti, chi vive nel Meridione potrebbe scoprire che una struttura vicina a dove vive ha dati ottimi in una certa specialità, simili o migliori di quelle del Nord. Magari il cittadino calabrese o pugliese ha dietro casa un'oncologia che funziona. Il sistema può smentire luoghi comuni e incentivare chi non funziona a fare meglio. Sarà utile anche a livello europeo».

In che senso?

«Tra poco entrerà in vigore la legge Ue che permetterà ai cittadini di viaggiare senza vincoli da un Paese all'altro per curarsi. Sarà importante comunicare la qualità delle strutture italiane a chi vive all'estero per attrarre i pazienti».

Quando partirà il sito?

«Prima possibile. I soldi non sono un problema perché ci sono software che costano pochissimo per gestire sistemi del genere. E poi per l'*open data* ci sono fondi della Presidenza del consiglio ma anche nostri e di l'Agenas, l'agenzia sanitaria delle Regioni».

Con la tessera sanitaria avrete a disposizione anche i dati dei pazienti. Di quelli cosa farete?

«Si tratta di un'altra sfida, da affrontare tenendo conto della privacy. Far circolare le informazioni sanitarie delle persone servirà ad avviare campagne di salute pubblica, ad esempio di screening, oppure di organizzare i servizi di assistenza e valutare l'appropriatezza delle cure. Abbiamo un immenso *data base* sulle condizioni di salute degli italiani ma anche informazioni utili da incrociare con altre. Penso a quelle sull'esenzione del ticket; che possono servire a fare controlli sugli evasori».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

1.500

GLI OSPEDALI
Tra pubblici e privati convenzionati, gli ospedali attivi in Italia sono 1.500

10,7 mln

I RICOVERI
Questo è il numero totale dei ricoveri fatti, ogni anno, nei reparti ospedalieri italiani

69 mln

LE GIORNATE
A tanto ammontano le giornate di ricovero in ospedale fatte dagli italiani in un anno

6,8

LA DEGENZA MEDIA
Questo è il numero dei giorni di degenza (media) in un reparto ospedaliero per pazienti gravi

316 mila

I PARTI
I ricoveri per parto fatti in un anno ammontano a 316 mila: sono quelli più frequenti

I numeri

I pregiudizi

Le obiezioni delle Regioni? Dobbiamo superare i pregiudizi, il progetto sarà utile anche per questo

Il futuro

Dobbiamo confrontarci con l'Europa, prepararci al futuro: siamo nell'era della trasparenza e degli open data