



Alla Conferenza della Fondazione Gimbe il punto sullo stato di "salute" del metodo

Ebm più efficace in tre mosse

Fondamentale il governo delle fasi di produzione, uso e trasferimento

I termini Evidence-based practice - pratica professionale basata sulle evidenze - ed evidence-based health care (Ebhc) - assistenza sanitaria basata sulle evidenze - suggeriscono che le conoscenze scientifiche dovrebbero guidare tutte le decisioni professionali, manageriali e politiche che riguardano la salute delle persone. In realtà, oggi, l'inadeguato utilizzo delle evidenze è documentato in sanità per tutti i decision-makers (professionisti, pazienti e caregiver, manager e policy-maker), sia nei Paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo, a livello di cure primarie e nell'assistenza specialistica e ospedaliera, nella medicina generale e in tutte le discipline specialistiche. Audit clinici ripetutamente condotti in vari setting assistenziali dimostrano infatti che evidenze scientifiche di elevata qualità non vengono adeguatamente trasferite nella pratica, determinando sia sovrautilizzo (overuse) di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci o inappropriati, sia sottoutilizzo (underuse) di quelli efficaci e appropriati, generando così imponenti sprechi nei sistemi sanitari.

Un sistema sanitario realmente evidence-based dovrebbe pertanto esercitare un'adeguata governance delle tre fasi principali di questo processo fondamentale: la produzione delle conoscenze, il loro utilizzo e il conseguente trasferimento ai contesti assistenziali.

Knowledge generation (Kg). Nella fase di produzione delle conoscenze due fenomeni determinano una rilevante distorsione delle evidenze disponibili (figura 1):

- Bias della ricerca omessa, in quanto la maggior parte dei quesiti clinico-assistenziali non trova oggi risposte affidabili in letteratura;
- Bias di pubblicazione, conseguente al fatto che sino al 50% della ricerca prodotta non viene pubblicata, in particolare se i risultati sono negativi.

Queste distorsioni impediscono un arricchimento della evidence-based dei sistemi sanitari proporzionale agli investimenti nella ricerca. Gli sprechi che ne derivano si sommano a quelli generati dalla ricerca non necessaria (non rilevante e/o duplicata), da quella che non "sopravvive" ai rigorosi filtri dell'Evidence-based practice (validità interna, rilevanza clinica, applicabilità) e da quella distorta da conflitti di interesse non identificabili con gli strumenti oggi disponibili. Pertanto, se gli investimenti nella ricerca devono tradursi nel massimo beneficio per la salute delle popolazioni ciascun sistema sanitario deve potenziare a tutti i livelli il processo di research governance.

Knowledge management (Km). L'utilizzo delle conoscenze rappresenta il focus principale dell'Evidence-based practice che ha definito metodi e strumenti per facilitare a tutti i professionisti sanitari l'accesso a evidenze scientifiche di elevata qualità, attraverso due strategie: quella proattiva, finalizzata all'aggiornamento continuo, e quella reattiva finalizzata alla risoluzione di problemi clinico-assistenziali. Nonostante l'ampia disponibilità di iniziative di editoria secondaria che "filtrano" la letteratura pubblicata seguendo i criteri metodologici standardizzati dall'Evidence-based practice, la strategia proattiva risulta meno efficace nel modificare le pratiche professionali, rispetto a quella reattiva che prevede la ricerca di informazioni in risposta a problemi clinico-assistenziali emersi nella pratica clinica quotidiana. Di conseguenza, è indispen-

Taormina ha ospitato la Evidence-based Health Care (Ebhc) International Joint Conference, organizzata dalla Fondazione Gimbe in collaborazione con la International Society for Evidence-based Health Care (Isehch). Nel ribadire che la sostenibilità dei sistemi sanitari è una sfida globale, la conferenza ha promosso un approccio evidence-based all'assistenza sanitaria, alla formazione e alla ricerca perché le migliori evidenze devono guidare tutte le decisioni che riguardano la salute delle persone.

All'evento hanno partecipato quasi 200 professionisti provenienti da 35 Paesi di tutti i continenti, ha visto un'alternanza di sessioni plenarie, workshop e gruppi di lavoro, coordinati da leader di fama mondiale. Sei interventi preordinati, 36 presentazioni e 52 poster selezionati tra più di 150 abstract hanno dimostrato che l'Ebhc può contribuire alla sostenibilità dei sistemi sanitari attraverso le tre parole chiave scelte per il titolo della conferenza. Si tratta dei temi dell'Evidence, Governance e

Performance trattati in queste chiavi:

Evidence: produzione, sintesi e utilizzo di evidenze scientifiche di elevata qualità.

Governance: erogazione di un'assistenza sanitaria evidence-based e high-value, grazie a un approccio di sistema alla clinical governance che prevede l'integrazione di strumenti sinergici (evidence-based practice, linee guida e percorsi assistenziali, audit clinico e indicatori di performance, gestione del rischio, valutazione delle tecnologie sanitarie, formazione e sviluppo professionale continui, coinvolgimento dei pazienti, ricerca e sviluppo, staff management).

Performance: misurare accountability e openness dell'assistenza sanitaria, attraverso set multidimensionali di indicatori (sicurezza, efficacia, appropriatezza, coinvolgimento dei pazienti, equità d'accesso, efficienza, produttività).

In un sistema sanitario realmente evidence-based è indispensabile finanziare, condurre e

pubblicare ricerca rilevante per la salute delle persone, riducendo gli sprechi conseguenti alla ricerca non necessaria, non pubblicata e di inadeguata qualità metodologica (knowledge generation); migliorare le capacità di knowledge management in tutti i professionisti sanitari grazie alla diffusione di metodi e strumenti dell'Evidence-based practice; governare l'intero processo di knowledge translation per migliorare l'appropriatezza degli interventi sanitari (riducendo gli sprechi conseguenti a overuse e underuse), gli esiti dei pazienti e la sostenibilità dell'intero sistema sanitario.

L'evento ha visto le relazioni preordinate di Gordon Guyatt (McMaster University, Canada), Victor Montori (Mayo Clinic, Usa), Paul Glasziou (Bond University, Australia), Brian Haynes (McMaster University, Canada), Amanda Burls (City University London, Uk).

Il report integrale della conferenza è disponibile a: www.ebhc.org

sabile che tutti i professionisti sanitari sviluppino precocemente, a partire dai primi anni della formazione universitaria, l'attitudine a identificare i propri gap di conoscenza e a tentare attivamente di colmarli.

Rispetto agli strumenti di Km, il modello 6S sviluppato da Brian Haynes

definisce una strategia efficiente per consentire ai professionisti sanitari di utilizzare risorse evidence-based e banche dati disponibili online, considerando l'enorme difficoltà a rimanere aggiornati nell'era dell'information overload, in cui ogni giorno vengono pubblicati 75 trial e 11 revisioni sistematiche!

Basandosi sul principio che a guidare le decisioni professionali non devono essere i singoli studi, ma una loro revisione sistematica, il team di Haynes identifica 6 categorie di risorse bibliografiche che il professionista sanitario può consultare per soddisfare il proprio bisogno di informazione (tabella).

Tuttavia, nonostante l'ampia disponibilità di risorse evidence-based, Brian Haynes e Paul Glasziou hanno dimostrato che il processo di trasferimento delle conoscenze è simile a un oleodotto, che lungo il suo tragitto perde la maggior parte del suo contenuto. Sono infatti 7 gli step che le conoscenze devo-

Le sfide lanciate dalla Fondazione Gimbe

1. KNOWLEDGE GENERATION

1.1. Bias di omissione

- Controbilanciare gli interessi dell'industria con le necessità di salute pubblica
- Promuovere partnership pubblico-privato
- Incoraggiare alleanze internazionali per migliorare la research governance
- Incrementare la ricerca comparativa (comparative effectiveness research)
- Definire le priorità di ricerca utilizzando "isole di zone grigie":
 - Database of uncertainties about the effects of treatments (Duet)
 - Revisioni Cochrane con risultati non conclusivi
 - Raccomandazioni deboli delle linee guida

1.2. Bias di pubblicazione

- Favorire, attraverso interventi normativi e forme di incentivazione, la registrazione di tutti i trial clinici e la pubblicazione di tutti i report completi da promuovere, in linea con quanto richiesto dalla iniziativa AllTrials (www.gimbe.org/alltrials)
- Promuovere la registrazione degli studi osservazionali

1.3. Qualità metodologica

- Diffondere e utilizzare i reporting statement (Consort, Strobe, Stard, Spirit ecc.) per migliorare la pianificazione, la conduzione, l'analisi e il reporting della ricerca

1.4. Conflitti di interesse

- Esplorare modalità più efficaci per gestire l'influenza dei conflitti di interesse, da affiancare alla semplice disclosure
- Valutare l'impatto di nuovi strumenti e iniziative finalizzati a migliorare l'integrità e la trasparenza della ricerca

2. KNOWLEDGE MANAGEMENT

2.1. Conoscere

- Insillare, sin dai primi anni della formazione universitaria dei professionisti sanitari, l'attitudine a riconoscere i propri gap di conoscenza e a "riempirli" con strategie reattive di Km
- Prevedere, in tutti i curricula universitari, l'insegnamento e la valutazione delle strategie di Km
- Migliorare la "usabilità" delle evidenze, utilizzando nuovi formati per la loro distribuzione
- Esplorare l'efficacia delle nuove tecnologie (m-health) per accedere alle evidenze durante le consultazioni cliniche
- Confermare che i sistemi computerizzati di supporto alle decisioni cliniche (Cds) rappresentano lo strumento più efficace ed efficiente di Km

2.2. Accettare

- Persuadere i professionisti sanitari con altri mezzi, oltre alle evidenze scientifiche di buona qualità
- Identificare metodi per "vaccinare" i professionisti contro le evidenze di scarsa qualità

2.3. Valutare l'applicabilità

- Incrementare la conduzione e pubblicazione di trial pragmatici
- Validare strumenti per applicare le raccomandazioni generiche delle linee guida al paziente individuale
- Introdurre a livello universitario l'insegnamento di strategie di decision-making per valutare rischi e benefici degli interventi sanitari nel paziente individuale

2.4. Essere capace

- Migliorare la descrizione degli interventi sanitari, in particolare non farmacologici, nei trial clinici
- Integrare il training sulle innovazioni diagnostico-terapeutiche nella attività di formazione e sviluppo professionale continui
- Valutare gli standard di competenza professionale per pianificare l'erogazione di interventi sanitari complessi

2.5. Agire

- Facilitare la modifica dei comportamenti professionali attraverso strategie multifattoriali di interventi efficaci (Cochrane Epoc Group)

2.6. Convincere il paziente

- Promuovere l'utilizzo degli ausili decisionali per i pazienti (patient decision aids) al fine di ottenere una evidence-based persuasion
- Integrare le preferenze del paziente nelle linee guida
- Confermare l'efficacia degli incentivi finanziari per i pazienti

2.7. Garantire la compliance

- Utilizzare interventi di documentata efficacia per migliorare l'aderenza alle prescrizioni farmacologiche e ad altri trattamenti
- Insegnare a livello universitario le strategie diagnostico-terapeutiche della non-compliance

3. KNOWLEDGE TRANSLATION

3.1. Identificare le priorità

- Definire le modalità ottimali per il coinvolgimento di tutti gli stakeholders
- Standardizzare le modalità per definire le priorità
- Valutare l'efficacia e l'efficienza dei metodi di consenso formale

3.2. Identificare le evidenze da implementare

- Definire quali evidenze scegliere (linee guida, Hta reports, revisioni sistematiche, altro) in relazione a differenti categorie di priorità
- Diffondere i fusi di checklist validate (Agree, Amstar, Inahta Checklist) per selezionare le evidenze
- Valutare se l'integrazione di fonti diverse comporta un incremento del contenzioso medico-legale

3.3. Adattare le evidenze al contesto locale

- Evitare che l'adattamento locale si identifichi con la legittimazione di pratiche consolidate
- Validare gli strumenti Adapt e Can-Implement
- Definire le soglie minime di adattamento locale delle evidenze, al di sotto delle quali il contesto risulta inadeguato per erogare uno specifico percorso assistenziale
- Definire una tassonomia delle variabili che condizionano l'adattamento locale

3.4. Identificare barriere e fattori facilitanti all'utilizzo delle evidenze

- Aumentare le conoscenze dalla ricerca qualitativa
- Raggiungere un consenso su tassonomie e framework relativi a barriere e fattori facilitanti

3.5. Pianificare e monitorare una strat. multifattoriale per implementare le evidenze

- Sviluppare approcci sistematici per effettuare il mapping tra le barriere locali e gli interventi di implementazione da utilizzare
- Colmare le zone grigie sugli interventi di implementazione e migliorarne l'applicabilità

3.6. Monitorare l'impatto delle evidenze sul processo

- Migliorare qualità e completezza della documentazione clinica
- Sviluppare e diffondere database clinici di elevata qualità
- Validare gli indicatori di processo
- Definire i target di appropriatezza in relazione al livello delle evidenze

3.7. Valutare l'impatto sugli esiti

- Collegare la ricerca sugli esiti (outcome research) con la ricerca sul knowledge translation
- Standardizzare la misurazione degli outcome
- Sviluppare e diffondere database clinici di elevata qualità per sostituire i database amministrativi
- Potenziare il risk-adjustment

3.8. Definire le strategie per sostenere l'utilizzo delle evidenze

- Esplorare strategie e metodi efficaci per sostenere l'utilizzo individuale e l'implementazione istituzionale delle evidenze

I sei livelli della "piramide" 6S di Haynes

Livello	Descrizione	Fonti di informazione
Systems	Sistemi informatici di supporto alle decisioni cliniche: Clinical Decisions Support Systems (Cdss)	Cdss che integrano le evidenze nelle cartelle cliniche elettroniche
Summaries	Risorse che sintetizzano tutte le evidenze scientifiche su un dato argomento	Linee guida, health technology assessment reports, evidence-based textbooks (UpToDate, Clinical Evidence ecc.)
Synopses of sinteses	Abstract strutturati di revisioni sistematiche	Database of Abstract of Review of Effects (Dare), pubblicazioni secondarie: Acp Journal Club, Evidence-based medicine, Evidence-based Nursing ecc.
Synteses	Revisioni sistematiche	Cochrane Database of Systematic Reviews, banche dati generali
Synopsis of studies	Abstract strutturati di studi primari	Pubblicazioni secondarie: Acp Journal Club, Evidence-based medicine, Evidence-based Nursing ecc.
Studies	Studi primari	Banche dati generali: Medline, Embase, Cinhal, PsycInfo ecc.

Nel processo di gestione delle conoscenze ciascun professionista sanitario deve:

Conoscere	Accettare	Valutare applicabilità	Essere capace	Agire	Convincere il paziente	Garantire la compliance
██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████

no attraversare prima di essere realmente trasferite al paziente (figura 2): il professionista sanitario deve innanzitutto conoscere le evidenze (aware), accettarle (accept) e valutarne l'applicabilità (applicability); deve essere quindi tecnicamente in grado di applicarle (able to) e deve farlo (do); infine, il paziente

deve condividere le scelte (agree) e garantire una elevata compliance (adhere to). Anche se la percentuale di trasferimento delle conoscenze tra uno step e l'altro è elevata (80%), l'impatto finale sul paziente è stimato intorno al 20 per cento. Pertanto, le "perdite dell'oleodotto" rappresentano una ragionevole spie-

gazione della enorme variabilità della pratica clinica dove alcune innovazioni sono adottate molto rapidamente, anche in assenza di evidenze, mentre altre si diffondono raramente e con difficoltà, nonostante le robuste evidenze che le supportano.

Knowledge translation (Kt). Seco-

do la definizione del Canadian Institute of Health Research il Kt è un «processo dinamico e continuo che comprende la sintesi, la disseminazione, lo scambio e l'applicazione etica delle conoscenze al fine di: migliorare la salute, fornire servizi, prestazioni e interventi sanitari più efficaci e appropriati, contribuire alla sostenibilità del sistema sanitario».

Un modello efficace di Kt deve prevedere innanzitutto un adeguato processo di generazione, sintesi e "distillazione" delle evidenze sino a ottenere per gli utilizzatori finali (professionisti sanitari, decisori e pazienti) prodotti fruibili e utili quali linee guida, health-technology assessment, report, ausili decisionali per i pazienti (patient decision aids). Successivamente, ciascuna organizzazione sanitaria (a livello macro, meso o micro) deve attivare il "ciclo delle azioni":

- identificare le priorità;
- identificare le evidenze da implementare;
- adattare le evidenze al contesto locale;
- identificare barriere e fattori facilitanti all'utilizzo delle evidenze;
- pianificare e monitorare una strategia multifattoriale per implementare le evidenze;
- monitorare l'impatto delle evidenze sui processi;

ISCRIVITI GRATIS

alla

NEWSLETTER QUOTIDIANA

su www.24oresanita.com

- valutare l'impatto delle evidenze sugli esiti;
- definire le strategie per sostenere l'utilizzo delle evidenze.

In altri termini, piuttosto che affidarsi, con ragionevole insuccesso, alle capacità di aggiornamento continuo dei singoli professionisti, l'intero processo Kt richiede da parte delle organizzazioni sanitarie attraverso l'utilizzo sinergico di vari strumenti di governo clinico: linee guida e percorsi assistenziali, audit clinico e indicatori, gestione del rischio, valutazione delle tecnologie sanitarie, formazione e sviluppo professionale continuo, coinvolgimento dei pazienti, ricerca e sviluppo, staff management ecc.

La sostenibilità di ogni sistema sanitario, indipendentemente dalla sua natura (pubblico, privato, misto) e dalla quota di Pil destinata alla sanità, non può più prescindere da adeguati investimenti per migliorare la produzione delle conoscenze, il loro utilizzo da parte dei professionisti e la governance dell'intero processo di knowledge translation.

pagina a cura di
Nino Cartabellotta
Presidente Fondazione Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LAZIO/VI CONGRESSO SIMEU

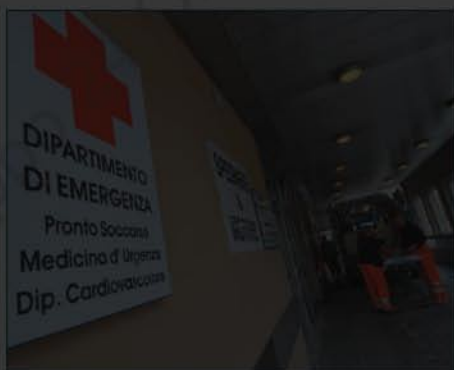
Come ti gestisco lo scompenso cardiaco

Il VI congresso regionale del Lazio della Società della medicina di emergenza-urgenza e congresso intersocietario regionale Simeu-Sis 118, che si è tenuto l'8 e 9 novembre scorsi, è stato occasione per affrontare in particolare un tema di grande interesse clinico in emergenza, la gestione dello scompenso cardiaco acuto, che necessita per la sua complessità di un approccio multidisciplinare che il congresso ha ben rappresentato.

Nella Regione Lazio, dai dati del Piano regionale della prevenzione 2010-2012 emerge che lo scompenso cardiaco è la prima causa di ospedalizzazione per età >65 anni. In Italia lo scompenso cardiaco rappresenta il 5% degli accessi di pronto soccorso. Nel 50% dei dimessi si verifica un nuovo ricovero nei 6 mesi successivi, il 65% dei ricoverati è destinato a Medicina/Geriatria, il 35% a Cardiologia/Uitc.

Le problematiche principali della gestione clinica dello scompenso cardiaco sono l'incidenza, che è in continuo aumento, i frequenti periodi di instabilità, le ospedalizzazioni ripetute che determinano elevati costi economici. Tra le cause dell'aumento di incidenza e prevalenza dello scompenso cardiaco ci sono l'invecchiamento della popolazione, la riduzione della mortalità per eventi acuti cardiovascolari e la maggiore efficacia del trattamento delle patologie croniche.

Da queste considerazioni è nata l'esigenza di un confronto tra i professionisti dell'emergenza, i medici di pronto soccorso/Medicina d'urgenza, e gli specialisti che possono essere coinvolti nella gestione clinica dello scompenso cardiaco tra cui i cardiologi, gli internisti, i medici e i tecnici di laboratorio, i medici del sistema 118, al fine di delineare il corretto percorso clinico dopo l'accesso di Ps. La decisione su quando e dove ricoverare il paziente affetto da scompenso cardiaco deve scaturire dalla considerazione di alcuni aspetti clinici, predefiniti e condivisi: il grado di congestione polmonare, la presenza di ipoperfusione periferica, il riscontro di aritmie o ischemia miocardica, la presenza di instabilità emodinamica, il tipo di risposta alla terapia. Seguendo un approccio metodologico adeguato il percorso terapeutico dello scompenso cardiaco può essere ridefinito: i pazienti con quadro clinico ed emodinamico stabile, caratterizzato da segni di congestione lieve o moderata senza segni di ipoperfusione né ischemia e/o aritmie e che presentano un'adeguata risposta alla terapia nelle prime 24-48 ore possono essere trattati e osservati in pronto soccorso/Dea (Dipartimento di emergenza-accettazione) ed essere successivamente indirizzati a un percorso ambulatoriale. I pazienti emodinamicamente stabili ma con congestione severa o che non mostrano un'adeguata risposta alla terapia nelle prime 24-48 ore necessitano di ricovero, e i reparti di destinazione sono quelli di degenza ordinaria, cardiologia,



medicina interna (soprattutto i pazienti con gravi comorbidità, anziani) o medicina d'urgenza (pazienti per i quali si prevede la risoluzione del quadro acuto nell'arco di 72 h). I casi più gravi, i pazienti cioè emodinamicamente instabili, affetti da scompenso cardiaco a bassa portata e/o da ischemia miocardica acuta, aritmie maggiori, severa ipotensione devono essere gestiti in Uitc oppure in Unità sub intensiva, da cui una volta stabilizzato il quadro clinico, potranno essere trasferiti nei reparti di degenza ordinaria. Il Centro di riammissione accoglie per lo più i pazienti per i quali è necessaria la gestione intensiva delle vie aeree. In pronto soccorso attualmente sono presenti numerosi strumenti che permettono al medico d'urgenza di realizzare percorsi clinici per i pazienti con scompenso cardiaco acuto e che consentono rapida stratificazione del rischio, stabilizzazione clinica, maggior appropriatezza di percorso. Il medico di pronto soccorso, pertanto, svolge un ruolo fondamentale nella leadership della gestione clinica del paziente con scompenso cardiaco in fase acuta.

L'organizzazione della presa in carico del paziente con scompenso cardiaco, però, deve comprendere anche l'organizzazione dei servizi in una rete integrata, che tenga in debita considerazione lo stato funzionale, la severità di malattia, le comorbidità e il contesto socio-ambientale del singolo paziente.

Francesco Rocco Pugliese
Presidente Simeu Lazio

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FRIULI VENEZIA GIULIA

Verso la Centrale unica e il restyling dei mini-ospedali

Una Consulta regionale per il confronto con operatori e associazioni, una Centrale unica per gli acquisti e la semplificazione del sistema organizzativo senza accorpamenti tra Aziende. Si fonderà su questi pilastri la revisione del Sistema sanitario in Friuli Venezia Giulia, che viene però rinviata almeno di un anno, dopo la bocciatura da parte del Consiglio regionale della legge Tondo. Intanto, a causa dei tagli che hanno interessato l'intero Bilancio regionale, nella bozza di Finanziaria all'esame della giunta, le risorse per il settore vengono ridotte di circa 90 milioni di euro su una spesa complessiva di circa 2,1 miliardi.

La legge contiene alcuni punti che dovrebbero poi introdurre alla riforma vera e propria, tra i quali la creazione di una Centrale unica degli acquisti in grado di produrre consistenti risparmi. Gli stessi risparmi che, evidentemente, non riesce a garantire il Dipartimento all'interno dell'Ospedale di Udine che ha raccolto l'eredità, nel 2009, di un consorzio per gli acquisti.

Nel frattempo è già stata istituita, nella segreteria dell'assessore alla Salute, **Maria Sandra Telesca**, una Consulta regionale della Sanità per favorire il confronto con gli operatori. L'intenzione, in questo caso, è quella di sopprimere a una mancanza che, secondo l'attuale amministrazione, caratterizzava la riforma appena bocciata: lo scarso contraddittorio con chi dovrà poi lavorare sul campo, sia esso un ospedale che una struttura del territorio. Nelle linee guida appena approvate con la legge, però, si parla anche di riorganizzazione delle linee amministrative e lo stesso assessore Telesca ha sottolineato la necessità di accorpate e centralizzate.

Restano in ballo due questioni. La prima relativa all'abolizione (totale o parziale) del ticket regionale, promessa in campagna elettorale. «È una partita che stiamo giocando ma», dice Telesca - pur essendo importante per le persone, sul bilancio incide per 12 milioni, a fronte di una spesa complessiva che supera i 2,1 miliardi di euro». La seconda, menzionata nella nuova legge, riguarda la «coerenza del rapporto tra volumi delle prestazioni erogate, procedure sanitarie e dimensionamento delle strutture di erogazione sia pubbliche che private». Un addio ai piccoli ospedali? «Non è detto che si debbano chiudere - risponde l'assessore - magari si potranno riconvertire. Oggi si parla di mobilità, addirittura transfrontaliera per quanto riguarda la Sanità. Non è detto che ci si debba operare sotto casa, è piuttosto importante che ci sia la qualità».

Riccardo Coretti

© RIPRODUZIONE RISERVATA