

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

SABATO 1° NOVEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

## **REGIONE Asl commissariate, il primo identikit dei “traghettatori” Nominati alla fine del mese dopo il via libera alla leggina Saranno undici funzionari in servizio della Regione**

La leggina sulla sanità e le Asl è ancora ferma all'articolo uno. Il Consiglio regionale ha votato solo quello e il voto finale arriverà fra una o al più tardi due settimane. Finora la maggioranza di centrosinistra ha superato senza intoppi l'ingorgo degli emendamenti, sono quasi 400, presentati dal centrodestra, mentre le correzioni della Giunta alla proposta di legge iniziale sono passate sempre con tutti i voti della coalizione e dovrebbe così fino all'approvazione finale. Appena la legge avrà il lasciapassare definitivo e sarà pubblicata sul bollettino ufficiale della Regione, scatteranno i commissariamenti delle attuali undici Asl, con la nomina entro la fine del mese dei traghettatori verso la riforma più generale. È quella che in primavera, una volta stabiliti i Distretti amministrativi, ridisegnerà la mappa del servizio sanitario regionale con «la sicura riduzione – è scritto nella leggina – delle Aziende». Chi saranno? I commissari delle otto Asl esistenti, quello dell'Azienda Brotzu e quelli dei due policlinici, Sassari e Cagliari, dovrebbero essere funzionari della Regione e qualcuno sostiene che «dovranno essere nominati fra quelli in servizio all'assessorato alla Sanità». All'inizio pare che l'intendimento fosse un altro: sceglierli fra i manager iscritti nell'elenco dei potenziali direttori generali, sono quelli che a suo tempo hanno presentato i curricula in una abbastanza recente «manifestazione d'interesse», ma alla fine è passata una scelta più restrittiva, più tecnica e soprattutto meno politica. All'articolo 7 della legge in discussione c'è scritto: «I commissari saranno nominati tra i funzionari in servizio nella pubblica amministrazione con qualificate e comprovate professionalità ed esperienza nella gestione di strutture socio-sanitarie». Quindi, funzionari in servizio e, stando così le cose, non ci dovrebbero essere chiamate esterne agli organici della Regione. Va

aggiunto – è scritto nello stesso articolo – che «i commissari nell'esercizio delle loro funzioni saranno affiancati da due dirigenti facenti le funzioni di direttore sanitario e direttore amministrativo». A fine novembre le nomine commissariali saranno quindi tre per ciascuna delle otto Aziende sanitarie, cui vanno sempre aggiunte quella autonoma dell'ospedale Brotzu e le due Miste. Per i policlinici la scelta dei commissari dovrà essere concordata con i rettori delle università di Cagliari e Sassari. La mappa. L'ultima ipotesi di riordino delle Asl, pubblicata in questi giorni da La Nuova, ha portato alla luce del sole un dibattito finora rimasto sotto traccia. La bozza che prevede cinque Asl regionali (più quella futura che gestirà il 118, l'autonoma del Brotzu e i due policlinici) pare non abbia raccolto i consensi attesi. Anzi, si sono sollevate molte proteste: dai sindacati alle associazioni dei pazienti, dai sindaci agli amministratori di vari enti locali. La sostanza della levata di scudi è questa: nessuno vuole fusioni a freddo fra territori troppo diversi fra loro. È stato questo anche il messaggio lanciato alla Giunta in modo forte e chiaro: senza il coinvolgimento dei Comuni ogni possibile "mappatura" si lascerà alle spalle infinite di scontenti. Comunque, nei prossimi mesi, la stessa Giunta avrà più di un momento per rivedere, correggere fino a stravolgerla la mappa delle cinque Asl e di certo lo farà dopo aver sentito le istanze dei territori. Alcuni sin da ora ipotizzano che nell'ultima stesura le Aziende saranno addirittura ancora meno rispetto alle cinque ipotizzate in questi giorni, o comunque verranno previste delle sotto zone che dovrebbero rendere più agevole amministrare i futuri distretti socio-sanitari. Con un ultimo dubbio: quando partirà il nuovo assetto, sarà già operativa la Centrale unica per gli appalti e nella sanità? Dovrebbe essere così anche se la leggina in proposito è molto vaga su come dovrà essere organizzato «l'accentramento della spesa», mentre forse era proprio quello il punto da cui partire per fermare un disavanzo ormai vicino ai 400 milioni.

## **SASSARI Il direttore generale dell'Asl 1 «Vado via sicuro di aver lavorato bene» Lascio un'azienda migliore per qualità di servizi e nella sua organizzazione**

È pronto a lasciare prima della scadenza naturale del suo contratto, fissata al 2016. Marcello Giannico, direttore generale della Asl 1, non si fermerà ad aspettare l'arrivo di un commissario che la Regione potrebbe a breve nominare, ma certamente andrà via prima, forse proprio questo novembre. «Sembra scritto nel mio dna che debba cambiare lavoro ogni quattro anni. Stavolta, però, penso che non andrò a occuparmi di sanità». Ma si dice soddisfatto del lavoro svolto dal 2010 ad oggi, nell'Asl sassarese, soprattutto perchè - afferma - «oggi abbiamo una sanità "sana". Non lo dico io, ci sono i risultati». Quelli che l'altra mattina, con la chiusura del Bilancio 2013, ha illustrato alla conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria che ha espresso un voto non vincolante. Dei 66 sindaci del territorio erano presenti 12 rappresentanti: sei si sono espressi contro, due i favorevoli, due astenuti e due assenti al momento del voto: per tutti gli altri, un'assenza «politica», secondo Giannico, proprio in vista dell'ormai prossimo cambio al vertice. Obiettivi raggiunti. Vediamo

come il Dg spiega la “buona salute” della Asl, con l’esposizione dei dati di attività, anticipando che «gli obiettivi sono stati raggiunti, perchè è cambiato il metodo di lavoro». In primo luogo i ricoveri con un miglior utilizzo dei posti letto. Se nel 2010 una degenza durava 8,22 giorni, oggi si torna a casa dopo 6,37 giorni: «Mandiamo via i pazienti senza curarli? Assolutamente no. Ma qui è cambiato tutto, oggi disponiamo di macchinari e apparecchiature nuove e quindi più efficienti». Nuova tecnologia. Uno degli obiettivi realizzati riguarda la rivoluzione tecnologica diagnostica per immagini. E anche questo ha permesso l’aumento di 10 punti del tasso di occupazione totale del posto letto (dal 73,67 di quattro anni fa all’83,69 del 2013, con una ulteriore crescita prevista per quest’anno). Assistenza domiciliare. Notevole miglioramento, secondo quanto si legge nel bilancio 2013, ha avuto l’assistenza domiciliare. «Siamo passati dal 2 al 6 per cento. Un ottimo obiettivo, anche considerando che la Regione ci chiedeva di arrivare al 4 per cento». Il direttore generale sottolinea poi di aver dato un taglio al precariato con la stabilizzazione organizzativa e la drastica riduzione del personale interinale (dal 7,3 allo 0,9 attuale). E ancora, cinquanta incarichi in tre anni e mezzo e direttori di reparto la cui età media si è ridotta. La rete ospedaliera è stata ridisegnata e anche ieri pomeriggio Giannico firmava qualche atto per (forse) incarichi vari: «Altrimenti come farebbero a criticare il mio operato?», diceva tra il serio e il faceto. Di certo, però, lo consola aver ricevuto apprezzamenti dal ministero per il aver ottenuto il miglior indicatore italiano nella Cardiochirurgia e il miglior incremento assoluto nazionale nella performance riferita alle fratture di femore entro 48 ore. Gli indicatori. «Sono arrivato quattro anni fa e gli indicatori erano disastrosi - afferma Giannico -. Non sono più bravo di altri. Ho applicato semplici regole, ho delegato i compiti e ho svolto esclusivamente il mio ruolo di direttore generale. Avrei potuto fare meglio e di più? Certamente sì. C’è ancora tanto da fare per migliorare la sanità dell’Asl 1? Certamente sì. Io ho avuto questi risultati e sono certo di aver riportato questa azienda a una crescita qualitativa importante. Dove non siamo riusciti? Soprattutto - dice il Dg - ci sono tre sfide per il futuro: lo sviluppo delle attività di screening: oggi non ci siamo. Altro problema riguarda l’integrazione con l’Aou: non esiste; noi facciamo un numero di ricoveri da Pronto soccorso pari complessivamente al 90 per cento. L’Aou il 10, eppure ha un numero di letti pari al nostro: eppoi ci si chiede perchè mancano barelle. La terza sfida è la sicurezza nei luoghi di lavoro, impiantistica e strutturale. Ma all’Asl di Sassari, unica in Sardegna, non è arrivato un euro dei 287 milioni distribuiti dalla Regione per questi progetti». Il caso giudiziario. Marcello Giannico andrà via portandosi dietro anche uno strascico giudiziario ancora da decidere. La sua spina nel fianco si chiama Angela Cavazzutti. L’ex dirigente amministrativa che nel 2010 Giannico mise alla porta. Il rapporto fiduciario si era interrotto. Questione di bilanci quasi attivi diventati poi fortemente in perdita, scontri, mail finite dal procuratore e causa con accuse pesanti per Marcello Giannico: abuso di potere, falso ideologico, diffamazione. Il direttore generale attende l’udienza preliminare del 16 dicembre davanti al gup. Si andrà a processo? Molto probabile. Di certo il dossier diventa ogni giorno più consistente. E lui, il Dg, è convinto che la verità salterà fuori proprio dalle carte e se le accuse di abuso di potere e falso ideologico - a suo dire - sarebbero di fatto già cadute grazie a numerose sentenze legate alla materia in discussione, ieri sul

suo tavolo c'era la lettera del garante della privacy che comunicava la chiusura del procedimento (relativo all'imputazione di diffamazione) concernente la diffusione dei dati personali contenuti in una contestata deliberazione del direttore generale.

Giannico, insomma, si dice sicuro di dimostrare di avere agito correttamente. Il bilancio 2010. «Nel 2010 mi è stato presentato il bilancio con 800mila euro di perdite. Però, altro che buona salute. La "rivisitazione" di quel bilancio (e qui c'è una mail contestata dalla Cavazzutti nella quale Giannico la invita a rivedere il documento contabile altrimenti non sarebbero arrivati soldi dalla Regione); il passivo è cresciuto di oltre 11 milioni, poi di 18. «Qualcosa non funzionava e non certo per la mia mail». Oggi il bilancio 2013 si chiude con un passivo di 5 milioni, ma il direttore generale dice che «adesso i conti sono in ordine. Chiari. Anche se ci sono perdite storiche che ci trasciniamo e che in passato erano nascoste tra mille voci. Oggi sappiamo a quanto ammontano i debiti, quanto dobbiamo ai fornitori, i quali, grazie a questo riordino, ricevono prima le loro spettanze». Soddisfatto, quindi? «Convinto di aver operato nell'interesse di questa Asl», liquida con un sorriso il dg in partenza.

## **I sindaci bocciano il bilancio del 2013 Presenti alla conferenza solo 12 su 66 primi cittadini.**

E' stata una delle conferenze provinciali sanitarie meno partecipate della storia. Eppure l'argomento meriterebbe grande attenzione: si parlava del bilancio 2013 dell'Asl, e i sindaci del territorio erano chiamati a esprimersi sul documento contabile e dunque sull'operato dell'azienda sanitaria. Su 66 sindaci erano presenti solo 12 rappresentanti: Alghero, Banari, Bultei, Castelsardo, Nule, Ozieri, Porto Torres, Pozzomaggiore, Sennori, Siligo, Sorso, Thiesi. Nemmeno l'ombra del primo cittadino di Sassari Nicola Sanna, spesso generoso vidimatore di eventi. Ma evidentemente il modo in cui l'Asl spende milioni di euro per prendersi cura dei cittadini, è meno importante dell'inaugurazione del parco giochi dell'ospedale o della giornata sull'ictus (giusto per restare in tema di sanità). In ogni modo i sindaci che hanno partecipato all'incontro, dopo aver ascoltato per oltre un'ora e mezzo l'entusiastica relazione del manager Marcello Giannico, alla fine hanno stroncato il bilancio 2013. Non si tratta naturalmente di un parere vincolante, ma è comunque un segnale di apprezzamento, forse più politico che tecnico, del suo operato. A favore di Giannico si sono espressi guardacaso i sindaci di Sorso e di Castelsardo, dopodiché 2 astenuti, due assenti e sei contrari. Tra questi il sindaco di Sennori Roberto Desini, che ha attaccato duramente la gestione dell'Azienda sanitaria locale. «Ci sono troppe cose che non quadrano nel documento contabile – ha detto Desini – Innanzitutto viene chiuso, per il terzo anno consecutivo, con grave ritardo. Poi i debiti vengono rimandati all'esercizio finanziario 2014. Questo comporta un danno economico, per gli interessi passivi sui debiti. E poi è inutile che Giannico si vanti di aver ridotto i disavanzi sbandierando solo 5 milioni di euro di passivo. La verità, e lo si legge bene nel verbale sindacale, è che i costi di gestione, rispetto al 2012, sono aumentati di oltre 20 milioni di euro, nonostante le direttive siano quelle di contenere la spesa». In effetti consultando le voci "Valore della produzione" e "Costi della produzione", si

evince facilmente che l'Asl di Sassari ha potuto contare sulle sovvenzioni della Regione che ha erogato 20 milioni di euro. Se poi Giannico quelle risorse le ha spese bene per erogare servizi e migliorare le prestazioni, è un'altra questione, ma resta il fatto che tra il 2012 e il 2013 l'Asl ha speso 25 milioni in più. I sindaci, nelle proprie valutazioni, si sono basati anche sui rilievi mossi dal collegio sindacali. E tra le sottolineature ne emerge un'altra: le proroghe contrattuali illegittime che l'Asl porta avanti da almeno quattro anni. Si parla di ristorazione, guardiania, lavanolo e via dicendo, per i quali non sono state ancora bandite nuove gare, che permetterebbero all'Asl ribassi e risparmi rispetto alle attuali onerosissime gestioni.

## **OLBIA Emergenze, il simulatore aiuta Un corso di due giorni per ribadire l'importanza dell'esercitazione**

La sanità come l'aeronautica. Il riferimento non è casuale. E c'è una ragione ben precisa, che anche in una sala operatoria può essere efficace, importante, indispensabile. Ovvero: il costante utilizzo dei simulatori per essere poi capaci di far fronte alle emergenze. In questo caso quelle ostetriche. E così, per due giorni, il centro di simulazione del Giovanni Paolo II (è l'unico presente in Sardegna in un ospedale pubblico) è stato ancora una volta protagonista assoluto di un nuovo corso organizzato dall'Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia. Il primario Antonio Rubattu va dritto al punto. «Della simulazione non si può fare più a meno. Perché le situazioni gravi che si possono affrontare in Ostetricia sono rare e, quindi, è necessario esercitarsi per più motivi. Il primo: la simulazione consente di acquisire competenze e abilità tecniche. E poi si vanno a rafforzare il senso dell'équipe, l'importanza di una leadership nel gruppo (ci deve essere sempre qualcuno che suggerisce, che consiglia, che fa da guida) senza dimenticare la distribuzione del carico di lavoro. In Ostetricia sono quattro le emergenze (rare) che mettono a rischio la vita di una donna: tra queste l'emorragia post partum che nei paesi occidentali rappresenta la prima causa di morte nella partoriente. Se non viene rapidamente affrontata, la donna può morire. Ecco perché la simulazione diventa fondamentale davanti ad emergenze che si presentano poche volte ma di fronte alle quali bisogna arrivare preparati». Al corso hanno partecipato un centinaio di professionisti tra ginecologi, ostetriche, infermieri e anestesisti provenienti dai punti nascita della Sardegna. «Ma d'ora in avanti, ai corsi parteciperanno gruppi di venti (per formare 4 équipe) che lavoreranno a rotazione sui manichini elettronici simulando l'emergenza. Il nostro centro - prosegue Rubattu -, il cui responsabile è Antonio Balata (primario di Pediatria), viene da noi costantemente utilizzato, ma stanno arrivando richieste da parte di moltissimi specialisti di tutta l'isola. E' per questo che continueremo a favorire l'utilizzo del centro di simulazione attraverso frequenti occasioni di confronto e incontro». Relatori di punta: Giuseppe Battagliarin, Maria Grazia Frigo e Antonio Ragusa. Accanto a loro i tutors della Asl di Olbia.

## **Lunedì lo sciopero degli infermieri. Intervista a Bottega (Nursind): "Bloccheremo la sanità. Garantite solo le urgenze"**

*Parla il segretario nazionale del sindacato infermieristico che lunedì prossimo ha chiamato la categoria al primo sciopero nazionale contro la legge di stabilità. Tra le richieste lo sblocco del turn over nelle regioni in Piano di rientro e il nuovo contratto nazionale bloccato ormai da cinque anni. "La base è in estrema sofferenza, che il Governo ci ascolti come ha fatto con le forze dell'ordine"*

“Verranno garantite soltanto le attività legate all’urgenza, mentre saranno a rischio numerosi interventi chirurgici già programmati, la radiologia e anche i prelievi del sangue”. Lunedì 3 novembre il Nursind ha proclamato lo sciopero generale degli infermieri pubblici e il segretario nazionale, **Andrea Bottega**, “prevede un’adesione massiccia in tutto il Paese”. Perché al centro della protesta ci sono questioni vitali, “come lo sblocco del turn over nelle Regioni sottoposte a Piano di Rientro”. La categoria infermieristica “viene puntualmente penalizzate e le ultime misure economiche varate dal governo confermano questa tendenza”.

### **Quali sono i principali motivi dello sciopero?**

Il principio generale alla base della mobilitazione è la necessità di restituire valore al lavoro: in sanità significa migliorare i servizi e rimuovere gli sprechi. Per quanto riguarda il comparto infermieristico, bisogna innanzitutto sbloccare il turn over nelle Regioni sottoposte a Piano di rientro, assumendo più infermieri e magari meno medici: è questa la strada da percorrere per tenere in equilibrio il sistema. Chiediamo una maggiore presenza sul territorio, perché affidando agli infermieri le visite a domicilio e un ruolo centrale nei percorsi di prevenzione si otterrebbero consistenti risparmi.

### **Le misure economiche messe in campo dall’Esecutivo non vi soddisfano?**

Purtroppo ho la sensazione che la nostra categoria venga puntualmente penalizzata. Alle forze dell’ordine è bastato minacciare uno sciopero per ottenere le risorse che chiedevano all’interno della legge di Stabilità. Loro vigilano sulla sicurezza dei cittadini, ma noi tuteliamo la salute: non sono due funzioni altrettanto importanti? Lo sciopero serve proprio per affermare questo concetto e per restituire il giusto valore alla salute e agli operatori che ogni giorno la garantiscono, correndo spesso enormi rischi. Ricordiamoci sempre che su oltre 500mila lavoratori del Ssn, almeno 220mila sono infermieri: l’attenzione nei nostri confronti non mi sembra però proporzionata a queste cifre. La nostra base è in grossa sofferenza, poiché interventi le politiche del governo ci hanno sistematicamente esclusi. Basti pensare agli 80 euro: il nostro reddito si aggira mediamente tra 28mila e 30mila euro e siamo quindi la prima fascia esclusa dal bonus.

### **Quale sarà l’impatto della mobilitazione? Prevede un blocco dei servizi su tutto**

## **il territorio?**

Ritengo che la mobilitazione sarà massiccia, ho notizie di adesioni anche in realtà che sino a oggi non avevano mai scioperato. Il Nursind conta su oltre 25mila iscritti, di cui 21mila circa nel Ssn e il resto nel privato. Ma sono certo che si aggrenderanno anche infermieri non iscritti: sulla base dei segnali che sto ricevendo da tutta Italia, le adesioni saranno numerosissime. Lunedì verranno garantiti i servizi d'urgenza, ma saranno a rischio tanti interventi chirurgici già programmati come anche i semplici prelievi del sangue, le attività ambulatoriali e la radiologia. Per quanto riguarda la manifestazione di Roma, prevedo che sotto Montecitorio saremo almeno 1500.

## **Come giudica la delibera dell'Autorità anticorruzione guidata da Cantone in materia di incompatibilità tra ruoli ordinistici e politici?**

La delibera di Cantone dovrebbe porre fine alla vicenda, riconoscendo piena ragione alla nostra battaglia. Mi domando però se ci fosse bisogno addirittura di un intervento dell'Autorità anticorruzione per affermare elementari principi riguardanti la trasparenza e l'incompatibilità tra incarichi pubblici. Purtroppo, però, valutando le dichiarazioni dei soggetti coinvolti, ho il sentore che non sia un capitolo chiuso e che ci sarà una strenua resistenza per mantenere lo status quo. Terremo quindi alta l'attenzione e vigileremo finché la delibera non verrà effettivamente applicata.

DOCTOR 33.IT

## **Limiti anzianità. Contesa manager-sindacati sui licenziamenti degli ospedalieri**

A 65 anni si va in pensione anche senza aver maturato i 40 anni di anzianità "netti"? Il quesito riguarda i medici ospedalieri non "primari", e divide: alcuni manager li vorrebbero licenziare sulla base del decreto Pubblica amministrazione, ma i sindacati affermano che il limite per l'anzianità è diverso e fissato da un'altra legge. Il recente decreto legge 90 (Pa) pone a 65 anni il limite d'età lavorativa per i medici dipendenti Ssn. Per la stessa legge, il Direttore Generale può licenziare il medico prima, cioè a partire dai 62 anni, quando compie l'anzianità lavorativa, che è pari a 41 anni e mezzo per le donne e 42 e mezzo per gli uomini, inclusivi dei sei anni di università. Questa norma non vale per i responsabili di struttura complessa. Ma alcuni medici non vogliono andarsene in pensione e dalla loro hanno la legge 183 del 2010, non esplicitamente abrogata, che consente di andar via con 40 anni di servizio effettivo (cioè esclusi i sei anni del corso di laurea) maturati entro il compimento del settantesimo anno di vita. Cercando di dare certezze, il Sole 24 Ore del 31 ottobre offre una lettura per il medico con 41-42 anni di contributi non effettivi: a 62 anni non può essere licenziato, può continuare fino a 65 anni. Compiuti i 65 anni il

manager però lo può mandare via, abbia o no maturato 40 anni di contributi effettivi; dopo i 65 anni può restare solo se deve ancora maturare i 41-42 anni di contributi inclusivi del periodo pre-laurea riscattato. «È avventato offrire pareri su dispositivi legali se non si è giudici» spiega Giorgio Cavallero vicesegretario Anaa Assomed «e tra l'altro il nostro sindacato continua a ritenere vigenti per i non responsabili di struttura complessa i limiti posti dalla legge 183/2010, che fissa i 65 anni di età o 40 anni di contributi effettivi. La lettura per noi è che, dei due, vale il termine più vantaggioso: si va via a 65 anni se si sono già compiuti i 40 anni di anzianità, ovvero si aspettano i 40 anni di anzianità se si sono compiuti i 65 anni di età. Lo abbiamo ribadito in una nostra circolare questa estate, e difenderemo questa posizione in tutte le sedi. Fermo restando che chi non vuole pensionarsi è una minoranza, e che il buon senso imporrebbe ai manager di attendere qualche mese invece di innescare bracci di ferro inutili. Per inciso» ricorda Cavallero «il limite reale per andare via è di 65 anni e sei mesi: infatti, dal momento della maturazione dei requisiti pensionistici il lavoratore ha diritto a sei mesi di preavviso».

## **Iperprescrizioni** Proposto parametro per contrastare gli eccessi

Per affrontare il problema della prescrizione eccessiva di esami diagnostici e di trattamenti (overtesting e overtreatment) occorrerà un radicale cambiamento di mentalità e di cultura, sia nei medici che nei pazienti. È questa la tesi sostenuta da Jerome R. Hoffman e Hernals K. Kanzaria, del Centro di Medicina di emergenza della University of California, a Los Angeles (Usa). Alla base del fenomeno: l'intolleranza per l'errore diffusa tra camici bianchi e assistiti e la dilagante pratica della medicina difensiva. Per evitare gli eccessi in medicina «si deve cercare di cambiare sia il metodo degli incentivi che oggi premia le iperprescrizioni sia quello dei disincentivi basati sul pubblico disonore con potenziali cause legali ogni qualvolta una diagnosi è errata o è stato negato un possibile trattamento». Hoffman e Kanzaria sottolineano inoltre come la riforma della malpractice varata negli States sia stata inefficace in quanto il timore dei medici di accuse di negligenza non è diminuita dato che contestualmente le riforme nell'ambito della responsabilità civile hanno reso oggettivamente basso il rischio di una causa. Sono peraltro già in atto nella direzione suggerita dagli autori «alcuni lodevoli sforzi», come la realizzazione su Internet del “do not to” recommendations database del Nice (National institute for health and care excellence) e la campagna “Choosing wisely” dell'Abim (American board of internal medicine). Si ipotizza, in particolare, che entrambe le iniziative possano essere integrate in misure di performance per i medici. Sono anche citate – come esempio di attenzione alla problematica - la sezione “Less is more” su Jama Internal Medicine e il progetto “Too much medicine” del BMJ. Ma il nodo centrale, alla fine, resta sempre lo stesso: la cultura della medicina e, in un certo senso, l'intera cultura – sostengono i due medici - dovrà cambiare. «Nel senso» spiegano Hoffman e Kanzaria «che ci si richiederà di essere più aperti riguardo all'inevitabilità di un eventuale fallimento e perfino di possibili errori, e nel contempo i professionisti e il pubblico



dovranno essere incoraggiati a riconoscere l'esistenza di un tasso di "errore accettabile", iniziando a definirne le caratteristiche».

**RASSEGNA STAMPA** CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584