

AZIENDE & TERRITORIO

A PAG. **18** **PUGLIA.** Nasce il coordinamento regionale per la gestione degli eventi avversi in corsia

A PAG. **18** **EMILIA ROMAGNA.** Accordo regionale: agli Mmg lct, cronicità e prevenzione

A PAG. **19** **MERCATI&NEWS.** «Mercurio», nuova banca dati per i pazienti con malattie rare

VENETO/ Via libera della Giunta regionale al Pssr 2012-2014: i costi standard vanno al debutto

Varato il nuovo Piano socio-sanitario

Spazio a Mmg integrati e ospedali di comunità - Rete ospedaliera al restyling

Debutano in Veneto, almeno a parole, i costi standard: il Piano socio-sanitario 2012-2014 varato dalla Giunta guidata da Luca Zaia specifica che il riparto delle risorse destinate ai Lea potrà avvenire o secondo la quota capitaria (i fabbisogni standard valorizzati in base alla popolazione assistita) o in base al «finanziamento a funzione», definito «sulla base di costi standard di funzionamento dei servizi». Quest'ultima modalità di riparto sarà però usata «residualmente per finanziare costi non direttamente correlabili al fabbisogno, ma al funzionamento di servizi a valenza sovra aziendale o regionale» per i quali la mobilità non consente la corretta remunerazione dei costi. Il Piano prevede che per le aziende Ulss la quota capitaria sarà costruita su standard di costo, individuando a livello regionale le migliori performance; per le aziende ospedaliere e per l'Ircs Istituto oncologico veneto il sistema di finanziamento sarà invece prevalentemente per funzioni assistenziali.

Lo sforzo di cambiare, adeguandosi al tanto agognato federalismo fiscale e al graduale superamento del criterio della spesa storica, è sulla carta evidente. Anche se il passaggio ai fatti sarà un'incognita. Perché il Pssr è ambizioso non soltanto sulle modalità di finanziamento (e sulle azioni di monitoraggio e verifica per tenere le briglie sul collo della spesa) ma pure sul disegno generale del Ssr. E nero su bianco evidenzia come il sistema funzionerà soltanto se si sarà capaci di individuare realmente le migliori performance conseguite da Aulss e ospedali nel rapporto costi-benefici, tenuto conto delle specificità dei territori. A questo proposito saranno

E la Sardegna ridisegna il Ssr

Restyling della rete di emergenza, taglio ai ricoveri ordinari e potenziamento del territorio. È un piano articolato di riorganizzazione del Ssr quello approvato in via preliminare dalla Giunta sarda con la delibera 31/2. Nelle oltre 60 pagine del documento si lavora all'obiettivo dichiarato in premessa: ridisegnare l'offerta sanitaria locale, «sbilanciata verso l'ospedale» e carente di «adeguate risposte assistenziali alternative».

Il riordino prende le mosse proprio dall'emergenza-urgenza, ritenuta centrale per garantire sia la sicurezza della popolazione sia la razionalità dell'intero sistema. Il piano prevede una sorta di «centralizzazione» con la nascita di un settore unico di riferimento per l'emergenza (ospedaliera e territoriale, 118, continuità assistenziale) presso l'assessorato alla Sanità, guidato da Antonello Liori. Nel breve periodo bisognerà assicurare una rete radio regionale, definire le centrali operative, il pronto soccorso, i Dea (3 di II livello e 8 di I livello) e i protocolli.

In ospedale la sforbiciata più pesante. Il documento indica le percentuali per singolo Drg di ricoveri che dovranno passare in day hospital. In tutto i ricoveri non appropriati risultano 50.963. E le riduzioni dei posti letto «devono, per quanto possibile, essere concentrate nelle strutture minori». All'insegna di due leit motiv: taglio dei «doppioni» e accorpamento di reparti di specialità differenti ma assimilabili per area o intensità di cura.

Parallelamente bisognerà presidiare il territorio. Con una Centrale operativa interconnessa con quella del 118 a fare da regista degli interventi, basati sulle attività dei medici di base organizzati in équipe da un lato e su strutture di ricovero intermedie (case della salute-ospedali territoriali) dall'altro. (M.Per.)

cruciali gli obiettivi di qualità ed economicità che le direzioni strategiche delle aziende saranno chiamate a perseguire nel prossimo biennio. Obiettivi che saranno identificati «mediante modelli di benchmarking in via di elaborazione» e parametrati sulle performance delle aziende più efficienti.

Dal punto di vista organizzativo, è sul territorio che il Veneto scommette esplicitamente. Per combattere la disomogeneità tra le varie Aulss e le differenze nell'offerta, il Pssr precisa che la dimensione ottimale cui tendere è quella di un'azienda ogni 200-300mila abitanti. Si conferma

centrale il ruolo del distretto, porta d'accesso a tutti i servizi dell'Aulss. Ma il territorio avrà un direttore unico nominato dal Dg che resterà in carica per almeno tre anni. La strada per i Mmg è quella delle medicine di gruppo integrate, attive 24 ore al giorno 7 giorni su 7 (anche i pediatri dovranno coprire 7 giorni su 7 dalle 8 alle 20), affiancate per le necessità di ricovero intermedie da ospedali di comunità e da Unità riabilitative territoriali.

A cascata scatterà un deciso restyling per la rete ospedaliera: sarà individuata una dorsale di ospedali «hub» (le strutture dei sette capoluoghi di provincia), con le Ao di Verona e Padova centri di eccellenza a livello nazionale, attorniate da presidi «spoke» di rete con bacino di circa 200mila abitanti. L'integrazione andrà oltre le dimensioni delle Aulss e coinvolgerà le reti cliniche da sviluppare (oncologica, neurologica, per l'infarto, per l'emergenza neonatale ecc.). Ultima parola d'ordine: governance. Il sistema non regge - dice il Piano veneto - senza una diretta correlazione tra responsabilità, risorse e appropriatezza.

«Dopo ben 16 anni la Regione ha definito un nuovo Piano socio-sanitario - ha commentato Zaia ringraziando la «squadra» che ci ha lavorato, a partire dall'assessore Luca Coletto - che contiene elementi unici per aprire un ciclo virtuoso nella Sanità veneta. Entro l'autunno definiremo le schede specifiche che indicheranno in concreto la nuova organizzazione della rete ospedaliera». Quanto sarà «caldo» quest'autunno si vedrà.

Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANGOLO DI PENNA

Navigando tra studi irrilevanti e ampie zone grigie: come definire le priorità della ricerca clinica

di Nino Cartabellotta *

L'assenza di metodi sistematici per sintetizzare i risultati della ricerca ha ritardato per anni l'introduzione di terapie efficaci e perpetuato l'uso di trattamenti inutili, se non addirittura dannosi. Lo storico lavoro di Antmann et coll. (Jama, 1992) ha dimostrato, a esempio, che all'inizio degli anni 90 le terapie raccomandate nei pazienti con infarto del miocardio non erano in linea con la ricerca già pubblicata, proprio per la mancanza di metodi sistematici per sintetizzare le evidenze disponibili. Infatti, la trombolisi veniva ancora indicata come terapia sperimentale - anche se già da un decennio esistevano inconfutabili prove di efficacia - e gli antiaritmici continuavano a essere raccomandati, nonostante la ricerca avesse già dimostrato che aumentavano la mortalità. In realtà, già nel 1972 l'epidemiologo inglese Archibald Cochrane aveva espresso grande preoccupazione perché la professione medica non aveva «saputo organizzare un sistema in grado di rendere disponibili, e costantemente aggiornate, revisioni critiche sugli effetti dell'assistenza sanitaria». Tale «sistema» oggi è costituito dalle revisioni sistematiche della Cochrane collaboration che, sintetizzando le migliori evidenze disponibili, hanno permesso anche di rilevare che in tutte le aree dell'assistenza sanitaria mancano robuste prove di efficacia per supportare, o meno, numerosi interventi sanitari.

Questo «limite strutturale» dell'evidence-based medicine era già stato intuito da David Naylor nel 1995 quando firmò su Lancet un articolo dal titolo eloquente: «Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine».

Anche se è molto difficile stimare il gap tra le necessità di salute pubblica e le evidenze disponibili, il quadro che emerge da alcuni studi è poco rassicurante. Tallon et coll. (Lancet, 2000) hanno

SEGUE A PAGINA 18

CAMPANIA

Soresa sana i debiti

Riprende ufficialmente in Campania - con la firma della convenzione tra le Asl, il Commissariato alla Sanità regionale e Soresa - il pagamento ai creditori del sistema sanitario regionale, fermo dal 2009. Entro il termine perentorio di 90 giorni dalla segnalazione del debito, Soresa garantirà la conferma o meno del debito stesso, avviando la procedura per l'accesso alla prima tranche di pagamento entro 120 giorni dalla sua certificazione. Fino alla fine dell'anno verranno certificati fino a 750 milioni di crediti non pagati.

Nas contro il dolore

Verificare se il diritto a non soffrire per milioni di italiani è rimasto sulla carta o è diventato invece realtà. È quello che stanno tentando di fare i Nas in un'operazione a tappeto in oltre 200 ospedali su ordine della commissione parlamentare d'inchiesta sul Ssn che ha deciso di vederci chiaro sull'applicazione della legge 38/2010. Quasi un anno fa un'indagine del «Sole 24 Ore Sanità» parlava di legge «ignorata». (Mar.B.)

POLTRONE

L'Umbria nomina l'assessore

Franco Tomassoni, già responsabile in Giunta del Bilancio e dell'Innovazione, è stato nominato in Umbria assessore alla Sanità dopo le dimissioni di Vincenzo Riommi del 15 ottobre scorso. La decisione è stata adottata contestualmente al rientro in Giunta di Riommi, a cui è stato affidato l'assessorato allo Sviluppo economico con conseguente spostamento di Gianluca Rossi al Bilancio.

IN BREVE

- ▼ **Padova: nuovo ospedale al via**
Il nuovo ospedale di Padova sarà realizzato. Sorgerà fuori dalla città, avrà mille posti letto e un costo di circa 450 milioni di euro. I tempi di realizzazione, progettazione compresa, saranno di 5 anni. Lo ha annunciato a Padova la settimana scorsa il presidente della Regione del Veneto Luca Zaia.
- ▼ **Lazio: accordo tra Nas e Regione**
Migliorare l'efficacia dei controlli e della vigilanza sulla salute è l'obiettivo del protocollo d'intesa tra Regione Lazio e Nas sottoscritto la scorsa settimana. Il protocollo prevede di migliorare e potenziare le attività di controllo sulle strutture e sulle prestazioni attraverso un continuo scambio di flussi informativi tra Nas e Regione.
- ▼ **Toscana: check list in chirurgia**
Arriva in Toscana la Check list di sala operatoria, strumento di controllo di tutte le operazioni per garantire un intervento chirurgico in sicurezza. I dati relativi ai sinistri e derivanti dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera, e i risultati degli studi sugli eventi avversi, dimostrano infatti che l'area chirurgica è quella a maggior rischio.
- ▼ **Due Opg rischiano il sequestro**
Gli ospedali psichiatrici giudiziari soggetti a ispezioni, Montelupo Fiorentino e Barcellona Pozzo di Gotto, avranno 180 giorni (6 mesi) di tempo per adeguare le strutture, anche le parti non sequestrate, ai requisiti minimi previsti dalle leggi nazionali e regionali. Lo prevede la relazione della Commissione d'inchiesta del Ssn.
- ▼ **Friuli: la riforma a settembre**
Alla ripresa dei lavori politici la Giunta del Friuli presenterà una proposta per la riforma della Sanità regionale. Lo ha annunciato il presidente, Renzo Tondo: «Credo sia interesse di tutti, anche dell'opposizione - ha detto il governatore friulano - avviare un percorso che sia operativo dalla prossima legislatura».



PUGLIA/ Nasce il Coordinamento regionale per la gestione degli eventi avversi in corsia

Un pool per il rischio clinico

Obiettivo sicurezza: tecnici Asl in rete contro gli errori evitabili

Colpo d'acceleratore in Puglia per la gestione del rischio clinico. La Giunta regionale ha deliberato la costituzione presso l'assessorato alle Politiche della salute, del «Coordinamento regionale gestione rischio clinico e sicurezza del paziente», la cui responsabilità è stata affidata ad **Alessandro Dell'Erba**, dirigente della Medicina legale del Policlinico di Bari.

Nel corso degli incontri preliminari con le aziende erano emerse le esigenze di individuare le criticità legate alla gestione del rischio clinico a livello aziendale, dei risvolti in materia assicurativa, oltre che del raccordo con le azioni di miglioramento dei processi assistenziali e organizzativi nell'erogazione delle prestazioni ai cittadini. Dopo un lavoro preliminare di elaborazione e aggiornamento del modello di coordinamento delle attività e di quello organizzativo, l'esecutivo ha approvato il provvedimento odierno che punta al rafforzamento della rete regionale in materia di rischio clinico; al coordinamento a livello regionale dei dirigenti delle specifiche unità operative delle aziende sanitarie che dovranno essere attivate; al monitoraggio dei flussi dei dati Simes (Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in Sanità) - Nsis (Nuovo sistema informativo sanitario regionale); all'analisi e valutazione degli eventi avversi e di quelli sentinella, con la programmazione delle linee guida per l'implementazione dell'Osservatorio epidemiologico regionale in merito che include anche i sinistri registrati. Di questi ultimi si dovrà occupare un Comitato valutazione sinistri

Un Comitato valuterà i sinistri

interno al Coordinamento regionale (costituito anche da dirigenti regionali, dell'Ares, e dai responsabili delle Uo di gestione del rischio clinico delle aziende). Previsti anche il monitoraggio della fase attuativa delle disposizioni in materia di assicurazioni e brokeraggio assicurativo, con la elaborazione delle relative linee correttive e la promozione di percorsi formativi, d'intesa con l'Organismo regionale per la formazione sanitaria.

Il supporto tecnico-amministrativo dovrà essere garantito dall'Ares che dovrà usare le risorse previste nell'ambito del Dief (Documento di indirizzo economico-funzionale) 2010. Il supporto dal punto di vista del raccordo delle basi dati informative disponibili sarà assicurato dal Tavolo della Sanità elettronica e da InnovaPuglia (società in house regionale).

Le aziende sanitarie hanno un mese di tempo a disposizione per gli adempimenti di loro competenza e, comunque, dovranno assicurare la gestione del rischio clinico, in caso di eventi avversi di particolare rilevanza, assicurando un'attuazione corretta e in tempi congrui rispetto alla gravità della situazione delle azioni previste dalla procedura fissata dal Coordinamento regionale. Quest'ultimo, infine, potrà procedere alla costituzione, attraverso bando pubblico, di un elenco regionale degli operatori di comprovata esperienza nelle varie specialità, interessati a svolgere l'attività di auditor per la gestione degli eventi sentinella.

Enzo Lorusso

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ABRUZZO

Centrato il target del pareggio di bilancio

Un Abruzzo in versione 2.0 in campo sanitario. È il sogno, tutto da verificare, del governatore-commissario **Gianni Chiodi** ora che il tavolo di monitoraggio gli ha confermato che il bilancio 2010 è stato chiuso in pareggio, anzi con un avanzo di 1,6 milioni. E allora si parla di 200 assunzioni e investimenti in nuove tecnologie per far ripartire un sistema sanitario mortificato da una condizione debitoria che lo aveva strangolato.

Se l'Abruzzo è diventato virtuoso lo si vedrà però soltanto più avanti, se i conti in equilibrio diventeranno davvero lo standard per una Regione che adesso ha necessità di riacquistare appeal e credibilità anche sotto il profilo assistenziale, oltre che finanziario. Intanto si gode un risultato raggiunto al prezzo di pesanti sacrifici, che hanno impedito ogni forma di crescita per cinque lunghi anni. «L'obiettivo del pareggio di bilancio è stato raggiunto senza operare tagli alla spesa sanitaria e rispettando i livelli essenziali di assistenza», sostiene Chiodi. «Lo

dimostra il confronto della spesa per i costi di primo livello, vale a dire quella relativa a ospedali, medici e farmaceutica: nel consuntivo 2008 è pari 2 miliardi 181 milioni 116 mila euro, in quello 2010 ammonta a 2 miliardi 181 milioni 981 mila euro. Quindi, sono rimasti pressoché inalterati. Rispetto al 2008, inoltre, non sono state tagliate le spese né fatta alcuna operazione ragionieristica. Sono aumentate, invece, le entrate, perché nel 2008 i ricavi netti sono stati di 2 miliardi 239 milioni 152 mila euro, e nel 2010 2 miliardi 314 milioni 73 mila euro. Le risorse avute in più dallo Stato sono state tesaurizzate in ottica futura. Inoltre, abbiamo abbattuto i costi di secondo livello, quelli relativi agli ammortamenti, di circa 40 milioni di euro. Se siamo oggi in equilibrio finanziario è solo per effetto di questi due fattori».

Questa la chiave di lettura offerta dal commissario sulla base dei numeri, che però se dicono il vero sotto il profilo contabile non fanno altrettanto nel rappresentare la real-

tà della Sanità abruzzese. Perché il piano di risanamento è stato, ed è ancora, un'autentica croce che l'Abruzzo ha portato in questi anni, e l'assistenza li ha patiti eccome gli effetti del rigore: ne sanno qualcosa le Asl, che con il personale ridotto al lumicino per il blocco di assunzioni e turn over si sono inventate soluzioni mirabolanti per tenere in piedi i servizi e assicurare l'assistenza, che comunque segni di sofferenza ne accusa variamente. Basta scorrere i tempi d'attesa per farsene un'idea, oltre ai dati sui tassi di fuga dei pazienti abruzzesi in altre Regioni che fanno perdere 70 milioni di euro in mobilità passiva. Un dato che certifica un impoverimento dell'offerta. Il piano di rientro, insomma, non è stato indolore. Lo sanno bene sia gli operatori, che hanno mantenuto il fronte in situazioni di grande difficoltà, sia i cittadini, i quali lamentano risposte non sempre adeguate ai loro bisogni.

Licia Caprara

© RIPRODUZIONE RISERVATA

EMILIA ROMAGNA

Convenzioni, accordi locali in porto

Medici di base in prima linea nelle scelte relative all'Ict in materia sanitaria e alle decisioni in materia di cronicità e prevenzione. A un anno dalla firma per le convenzioni nazionali della medicina generale, in Emilia Romagna è stata raggiunta l'intesa sugli accordi integrativi regionali.

I documenti portati al tavolo dall'assessore alle Politiche per la salute **Carlo Lusenti** sono stati sottoscritti dai sindacati dei medici di medicina generale (Fimmg, Snam, Smi, Intesa sindacale) così come dalle sigle dei pediatri di libera scelta (Fimp, Cipe). Ora l'ultima parola spetta alla Giunta per l'approvazione definitiva.

Al centro degli accordi c'è il rafforzamento del ruolo della medicina generale nel percorso assistenziale, con un impegno da parte della Regione a

coinvolgere medici di famiglia e pediatri nella programmazione aziendale oltre che nello sviluppo dell'informatizzazione delle procedure.

In particolare, spiega una nota regionale, viene rafforzata la partecipazione di medici e pediatri ai Nuclei di cure primarie delle aziende Usl e viene potenziato l'utilizzo della rete Sole (Sanità on line), la rete telematica che collega medici e pediatri di famiglia agli altri professionisti e alle strutture sanitarie per lo scambio di informazioni cliniche sugli assistiti e di informazioni epidemiologiche utili alla programmazione dell'assistenza.

Cronicità&Prevenzione. Ribadito nero su bianco il miglioramento

della presa in carico dei pazienti, l'accordo con i medici di medicina generale sottolinea l'importanza della qualità della cura per persone affette da malattie croniche e, al riguardo, prevede il coinvolgimento degli stessi medici di famiglia anche nella costruzione di un sistema informativo su patologie croniche a elevata prevalenza nella popolazione: scompenso cardiaco cronico e broncopneumopatia cronico-ostruttiva.

E poiché la chiave del miglioramento delle cure passa anche attraverso la condivisione e il confronto professionale, l'accordo prevede l'utilizzo, all'interno di ogni nucleo di cure primarie, di una reportistica («Profili

di salute») che fornisce informazioni sulla popolazione di riferimento. Nei profili ci saranno le informazioni sulla prevalenza delle malattie croniche, l'utilizzo dei farmaci, i ricoveri, le prestazioni diagnostiche e specialistiche, qualità di presa in carico di alcune patologie croniche (malattie cardiovascolari, scompenso cardiaco, diabete e asma). Un sistema che prevede la rendicontazione e valutazione su aspetti relativi alla qualità assistenziale (e non più solo ai costi) messo a punto con l'aiuto dell'Università Jefferson di Philadelphia negli Stati Uniti.

L'accordo con i pediatri di libera scelta prevede la loro partecipazione

alla raccolta di informazioni utili a programmare interventi di prevenzione ed educazione a corretti stili di vita sin dalla tenera età, con particolare attenzione al rischio obesità.

Tutti questi elementi erano già contenuti nell'accordo nazionale dell'8 luglio 2010, in particolare dove si prevedeva la definizione del percorso di implementazione del "patient summary" per rendere coerente lo sviluppo della Sanità elettronica con la programmazione regionale. Per questo il testo prevedeva già l'invio sperimentale alle Regioni di un set concordato di informazioni riferito agli assistiti in carico ultra 75enni, al fine della valutazione della qualità del dato.

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SEGUE DA PAGINA 16

ANGOLO DI PENNA

valutato se la ricerca sull'artrosi del ginocchio risponde alle necessità di pazienti e professionisti: pazienti, reumatologi, fisioterapisti e medici generalisti riconoscono che un numero eccessivo di trial sponsorizzati dall'industria si ostina a confrontare inutilmente antinfiammatori vs placebo, mentre i pazienti preferirebbero valutazioni più rigorose di interventi chirurgici e fisioterapici, oltre che di strategie educazionali e di self-management utili per gestire una malattia cronica, sintomatica e spesso invalidante.

In altri casi, anche se i quesiti di ricerca sono rilevanti, gli outcome misurati sono di dubbia rilevanza clinica e/o poco importanti per i pazienti: a esempio, nel progetto Omeract finalizzato a standardizzare quali outcome misurare nell'artrite reumatoide, solo dopo il tardivo coinvolgimento attivo di gruppi di pazienti è emerso che, secondo la loro prospettiva, il sintomo dominante non è il dolore, ma l'astenia, completamente ignorata dai reumatologi.

Pertanto anche se la ricerca clinica dovrebbe

rispondere ai bisogni dei pazienti, non è ancora chiaro come prendere in considerazione il loro punto di vista in uno scenario dove colossali interessi finanziari e incentivi perversi condizionano l'agenda della ricerca e la pubblicazione dei risultati.

Purtroppo, indipendentemente dalla rilevanza del singolo protocollo di studio, non esiste alcuna modalità strutturata per definire quali priorità della ricerca finanziare con il denaro pubblico. Considerato che la rilevanza della ricerca clinica è proporzionale alla sua capacità di rispondere a quesiti rilevanti di salute su aree grigie - dove le evidenze scientifiche mancano, sono contraddittorie e/o metodologicamente inadeguate - la definizione dell'agenda della ricerca dovrebbe coinvolgere tutti gli stakeholders (ricercatori, istituzioni di ricerca e di politica sanitaria, industria), oltre ai pazienti, il cui contributo è fondamentale per definire sia quali interventi sanitari valutare, sia quali outcome misurare.

Quali suggerimenti pratici per definire a livello

istituzionale le priorità della ricerca?

- Verificare le Cochrane reviews che identificano aree grigie, "invocando" trial di adeguate dimensioni per valutare l'efficacia degli interventi sanitari (www2.cochrane.org/reviews).
- Consultare linee guida di buona qualità metodologica nella sezione "raccomandazioni per la ricerca futura", oppure consultando le raccomandazioni molto deboli - basate sul parere degli esperti - che riguardano aspetti clinico-assistenziali rilevanti (www.snlg.it - www.guideline.gov - www.g-i-n.net/library).
- Esplorare il Database of uncertainties about the effects of treatments (Duets), una banca dati di "incertezze rilevanti" sull'efficacia degli interventi sanitari (www.library.nhs.uk/duets).
- Approfondire l'iniziativa della James Lind Alliance che, promuovendo una collaborazione tra pazienti, familiari e professionisti, ha l'obiettivo di definire le priorità della ricerca sulle necessità di salute pubblica (www.lindalliance.org).
- Leggere il libro «Testing treatments: better

research for better healthcare», disponibile gratuitamente online (www.jameslindlibrary.org/pdf/testing-treatments.pdf) e tradotto anche in lingua italiana.

Se è vero che gli investimenti destinati alla ricerca sanitaria hanno come fine ultimo il miglioramento della salute delle popolazioni, le istituzioni non possono tralasciare un aspetto così rilevante quale la definizione delle priorità: la ricerca clinicamente irrilevante, oltre a sprecare risorse e mettere a rischio la salute dei pazienti, è anche non etica perché infrange il patto con il paziente definito dal consenso informato.

Secondo Emanuel EJ, et coll. (Jama, 1990) il primo requisito etico della ricerca è la sua rilevanza clinica e sociale conseguente alla capacità di fornire nuove conoscenze per migliorare lo stato di salute dei cittadini. Seguendo questo principio, oggi il publish or perish non è più accettabile!

* Presidente Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA