

# AZIENDE & TERRITORIO

X CONFERENZA NAZIONALE GIMBE/ Disinvestire e riallocare: le parole d'ordine per uscire dall'impasse

## La chiave per la sostenibilità del Ssn

Sono sei le aree in cui ridurre gli sprechi e mirare ad aumentare il "value" in sanità

DI NINO CARTABELLOTTA \*

Si è tenuta a Bologna il 27 marzo la 10ª edizione della Conferenza nazionale Gimbe alla quale sono intervenuti oltre 400 partecipanti provenienti da tutte le regioni e rappresentanti di tutte le professioni sanitarie. La Conferenza, sostenuta interamente dalla Fondazione Gimbe senza apporto di sponsor istituzionali o commerciali, ha puntato i riflettori sulla riduzione degli sprechi e sull'aumento del value in sanità, quale strada maestra per contribuire alla sostenibilità del Ssn.

Nella presentazione del Framework Gimbe per il disinvestimento in sanità il presidente, Nino Cartabellotta, integrando evidenze scientifiche internazionali e dati pubblicati dalle Istituzioni nazionali, ha aggiornato il quadro di sprechi e inefficienze che nel 2014 hanno eroso oltre 25 miliardi di euro alla sanità pubblica.

Gianpiero Fasola, Sandra Petraglia, Giuseppe Recchia, Giuseppe Remuzzi, Walter Ricciardi e Roberta Siliquini si sono confrontati sulla difficile compatibilità tra innovazioni farmacologiche e tecnologiche e sostenibilità delle cure.

Dall'analisi delle contraddizioni tra disuguaglianze e diritto costituzionale alla tutela della salute è nata la partnership tra Fondazione Gimbe e Associazione Dossetti, che richiedono al Senato una modifica dell'articolo 117 del Titolo V per restituire realmente allo Stato il ruolo di garante del diritto alla tutela della salute delle persone.

Otto progetti di eccellenza del Laboratorio Italia, realizzati nelle aziende sanitarie utilizzando le evidenze scientifiche per guidare l'appropriatezza professionale e i reali bisogni dei pazienti per riorganizzare i servizi, hanno dimostrato che il processo di disinvestimento è una mission possible.

Il Premio Evidence è stato assegnato a Giuseppe Remuzzi e il Premio "Salviamo il nostro Ssn" al ministro della Salute, I Gimbe Awards individuale e 4YOUNG sono andati, rispettivamente, a Sebastian Grazioso (Azienda Usl di Reggio Emilia) e a Matteo Scardino (Ao Città della Salute e della Scienza, Torino). L'Aou senese si è aggiudicata il Gimbe Award aziendale. A Corrado Iacono è stata assegnata la borsa di studio "Gioacchino Cartabellotta".

Il report integrale dell'evento è disponibile on line: [www.gimbe.org/conferenza2015-report](http://www.gimbe.org/conferenza2015-report).

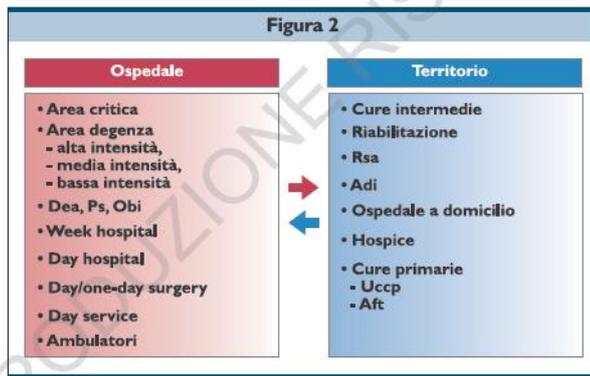
Dopo un breve periodo propositivo che ha portato alla sottoscrizione del Patto per la Salute, la cui attuazione avrebbe potuto dare il via a un'adeguata riorganizzazione del Ssn, la legge di stabilità ha riacceso violentemente il conflitto istituzionale tra Stato e Regioni riportando sulla scena la necessità di nuovi tagli alla sanità. In realtà, in condizioni di crisi economica esiste tuttavia una strategia alternativa ai tagli, finalizzata a ottenere migliori risultati dalle risorse investite, grazie all'identificazione e riduzione degli sprechi e all'incremento del value, tema che ha ispirato il progetto della Fondazione Gimbe "Salviamo il Nostro Ssn" e costituito il filo conduttore della 10ª conferenza nazionale.

La tassonomia degli sprechi di Don Berwick (Jama 2012) - già parte integrante del progetto della Fondazione Gimbe "Salviamo il Nostro Ssn" - è stata diffusa e condivisa con varie categorie di stakeholders, oltre che sottoposta a un adattamento al Ssn e a definizione analitica delle 6 categorie, integrando altre tassonomie; è stata effettuata una valutazione e integrazione di stime reali su alcune categorie di sprechi effettuate da altre istituzioni/organizzazioni; è stato rimodulato l'impatto percentuale di ciascuna categoria di sprechi e quello totale degli sprechi sulla spesa sanitaria del 2014 (tabella 1); infine, sono stati identificati alcuni strumenti per ridurre gli sprechi (tab. 2). Proiettando la stima di Don Berwick



(23% della spesa sanitaria) sui 111,475 miliardi di spesa pubblica del 2014, la cifra complessiva di sprechi e inefficienze nel Ssn ammonta a 25,64 miliardi.

**1. Sovra-utilizzo.** Consistenti evidenze scientifiche documentano a tutti i livelli dell'assistenza e da parte di tutte le professioni sanitarie e discipline specialistiche l'overuse di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate e dal low-value; farmaci, test diagnostici, visite specialistiche, ricoveri ospedalieri. La medicina difensiva rappresenta indubbiamente una delle principali determinanti del sovra-utilizzo (fig. 1): la sua espansione è avvenuta in un contesto culturale, professionale e sociale condizionato dall'imperativo "more is better", in cui i sistemi sanitari di tutti i Paesi industrializzati



si sono ipertrofizzati per offrire un numero sempre maggiore di prestazioni che incrementano la spesa sanitaria e aumentano la soddisfazione di cittadini e pazienti, spesso senza migliorare lo stato di salute. Si aggiungono poi perverse logiche di finanziamento e incentivazione di erogatori e professionisti, basate sulla produzione e non sull'appropriatezza delle prestazioni e da parte dei medici e prescrizioni non sempre immuni da conflitti di interesse. Questo panorama variegato è completato da sentenze giudiziarie discutibili e avvocati senza scrupoli che contribuiscono a incrementare il contenzioso medico-legale.

**2. Frodi e abusi.** Negli anni si è radicata in Italia una vasta rete del malaffare che sottrae preziose risorse alla sanità

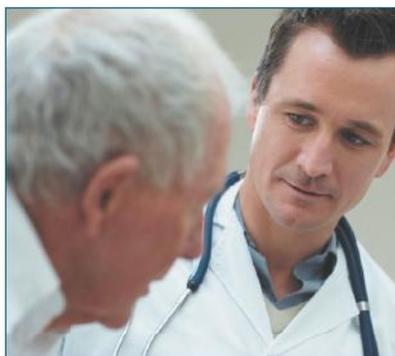
pubblica, particolarmente esposta a fenomeni opportunistici, perché caratterizzata da un inestricabile mix di complessità, incertezze, distorsione delle informazioni scientifiche, qualità poco misurabile, conflitti di interesse, corruzione, estrema variabilità delle decisioni cliniche, manageriali e politiche. Tutti questi fattori rendono il sistema poco controllabile: di conseguenza, ingenti quantità di denaro sono esposte a condizionamenti impropri, che determinano frodi, abusi e illegalità, sottraendo risorse preziose al Ssn. Da non dimenticare, infine, i conflitti di interesse che favoriscono la diffusione di interventi sanitari inefficaci e inappropriati e alimentano comportamenti opportunistici, che solo nei casi più gravi sconfinano in frodi e abusi di rilevanza penale.

### VERSO IL NUOVO TITOLO V

## Diritto alla tutela della salute: la vera sfida della riforma

Il 10 marzo 2015 la Camera dei deputati ha approvato in prima lettura il testo della riforma della Carta costituzionale, che ora tornerà al Senato. Allo Stato vengono assegnate «la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» e «le disposizioni generali e comuni per la tutela della salute; per le politiche sociali; per la sicurezza alimentare», mentre alle Regioni viene attribuita la competenza specifica in materia di «programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali». Viene inoltre introdotta la clausola di salvaguardia attraverso cui lo Stato può intervenire, su proposta del Governo, in materie non riservate alla legislazione esclusiva qualora lo richieda la «tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica, ovvero la tutela dell'interesse nazionale».

Se il diritto alla tutela della salute (articolo 32) è l'unico cui viene costituzionalmente riconosciuto e attribuito il carattere di "fondamentale", le pur rilevanti modifiche apportate dal legislatore non sono ancora sufficienti per garantire l'uniforme attuazione dei Lea su tutto il territorio nazionale. Infatti, con l'attuale formulazione dell'articolo 117 del Titolo V, lo Stato non recupera il diritto a esercitare i poteri sostitutivi nei confronti delle Regioni inadempienti nell'attuazione dei Lea, sia perché la legislazione esclusiva riguarda solo la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali - ma non quelli sanitari - che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, sia perché la clausola di salvaguardia non include la tutela della salute.



Se è vero che sulla scia di una certa giurisprudenza costituzionale, la dizione «diritti sociali» ricomprenderebbe anche i «diritti sanitari», a evitare ogni equivoco interpretativo nell'ambito della riforma costituzionale, l'Associazione Giuseppe Dossetti e la Fondazione Gimbe chiedono al Senato di modificare l'articolo 117, così come proposto di seguito, al fine di assegnare in maniera inequivocabile allo Stato il ruolo di garante del diritto alla tutela della salute, assicurando una uniforme erogazione dei Lea in tutte le regioni e riallineando il Ssn sui principi di equità e universalismo che lo contraddistinguono.

**Claudio Giustozzi**  
segretario nazionale Associazione G. Dossetti  
**Nino Cartabellotta**  
presidente Fondazione Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Testo dell'articolo 117 della Costituzione come approvato dalla Camera dei deputati il 10 marzo 2015	Testo dell'articolo 117 della Costituzione come proposto dall'associazione Giuseppe Dossetti e dalla Fondazione Gimbe
m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; disposizioni generali e comuni per la tutela della salute; per le politiche sociali e per la sicurezza alimentare;	m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili, sociali e sanitari che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; disposizioni generali e comuni per la tutela della salute; per le politiche sociali e per la sicurezza alimentare;
Su proposta del Governo, la legge dello Stato può intervenire in materie non riservate alla legislazione esclusiva quando lo richieda la tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica, ovvero la tutela dell'interesse nazionale.	Su proposta del Governo, la legge dello Stato può intervenire in materie non riservate alla legislazione esclusiva quando lo richieda la tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica, ovvero la tutela della salute delle persone, ovvero la tutela dell'interesse nazionale.

**Tabella 1 - Impatto degli sprechi sul Ssn**

Categoria sprechi	Percentuale	Miliardi di euro	Range (± 20%)
1. Sovra-utilizzo	30	7,69	(6,15 - 9,23)
2. Frodi e abusi	20	5,13	(4,10 - 6,15)
3. Acquisti a costi eccessivi	16	4,10	(3,28 - 4,92)
4. Sotto-utilizzo	12	3,08	(2,46 - 3,69)
5. Complessità amministrative	12	3,08	(2,46 - 3,69)
6. Inadeguato coordinamento assistenza	10	2,56	(2,05 - 3,08)

**Tabella 2 - Alcuni strumenti per ridurre gli sprechi**

Categoria sprechi	Strumenti	Categoria sprechi	Strumenti
1. Sovra-utilizzo	● Approccio di sistema alla clinical governance	5. Complessità amministrative	● Riduzione personale amministrativo
	● Knowledge translation		● Standardizzazione processi e procedure
	● Interventi medicina difensiva		● Informatizzazione
	● Processo decisionale condiviso		● Assistenza sanitaria per intensità di cura
2. Frodi e abusi	● Riduzione aspettative pazienti	6. Inadeguato coordinamento	● Reti interaziendali
	● Piano anticorruzione		● L&M management
3. Acquisti a costi eccessivi	● Policy sui conflitti di interesse	4. Sotto-utilizzo	● Costi standard
	● Hta		● Prezzi di riferimento
	● Centrali uniche di acquisto		● Reti interaziendali
● Approccio di sistema alla clinical governance	● Knowledge translation		● Processo decisionale condiviso



3. **Acquisti a costi eccessivi.** La mancata definizione dei costi standard, la limitata implementazione dei prezzi di riferimento e l'assenza di regole ben definite su scala nazionale fanno sì che i costi di acquisizione delle tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi, attrezzature ecc.), oltre che di beni e servizi non sanitari (lavanderia, mensa, pulizie, riscaldamento, utenze telefoniche ecc.), siano molto più alti del loro valore reale, con differenze regionali e aziendali assolutamente ingiustificate. Le "relazioni pericolose" tra questa categoria di sprechi e la precedente sono ben documentate a tutti i livelli.

4. **Sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie efficaci e appropriate.** Il ritardo con cui i risultati della ricerca vengono trasferiti nella pratica profes-

sionale e nell'organizzazione dei servizi sanitari determina il sotto-utilizzo di interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'high value. Il sotto-utilizzo ritarda o impedisce la guarigione dei pazienti, aumenta le complicanze, determina ricoveri ospedalieri e interventi sanitari più costosi, genera assenze dal lavoro. Il sotto-utilizzo include anche stili di vita e comportamenti individuali che danneggiano la salute e per i quali esistono opportunità di prevenzione.

5. **Complessità amministrative.** Il sovraccarico di obblighi burocratici sottrae tempo prezioso ai professionisti sanitari in un contesto dove, paradossalmente, i costi del personale amministrativo rappresentano una consistente voce di spesa del Ssn. Questa categoria di sprechi è genera-

ta da processi che aggiungono costi senza generare value, in particolare conseguenti a un mix tra eccessiva burocratizzazione, scarsa informatizzazione, ipertrofia del comparto amministrativo e mancata standardizzazione di tutti i processi non clinici con relative procedure.

6. **Inadeguato coordinamento dell'assistenza.** Gli sprechi si verificano sia tra setting differenti (ospedalieri e territoriali) con conseguente assistenza del paziente in setting a eccessivo consumo di risorse rispetto ai bisogni, sia tra i vari servizi dello stesso setting, per mancata standardizzazione dei percorsi assistenziali. Gli sprechi sono particolarmente evidenti per i pazienti cronici, nei quali l'assistenza a livello di cura primaria va integrata con interventi specialistici e ri-

coveri ospedalieri. Per superare la cultura ospedale-centrica e la sterile dicotomia ospedale-territorio è indispensabile una riprogrammazione sanitaria che assicuri una variabile articolazione di setting assistenziali per intensità di cura (fig. 2), riorganizzando i servizi con modelli sovra-aziendali in grado di condividere percorsi assistenziali, tecnologie e competenze professionali, oltre a modalità avanzate di integrazione socio-sanitaria.

Oggi le scelte politiche e le modalità di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari hanno messo in discussione l'articolo 32 della Costituzione e i principi fondamentali del Ssn: continuare a lamentare un finanziamento inadeguato senza essere propositivi fornisce solo un alibi per smantellare il Ssn, spiana la

strada all'intermediazione assicurativa dei privati e aumenta le disuguaglianze sociali. Considerato che senza disinvestire il Ssn non è più sostenibile, con il suo progetto la Fondazione Gimbe esorta tutte le Regioni ad avviare e mantenere un virtuoso processo di disinvestimento (da sprechi e inefficienze) e riallocazione (in servizi essenziali e innovazioni), responsabilizzando e coinvolgendo attivamente in questo processo le aziende sanitarie e queste, a cascata, professionisti sanitari e cittadini, i veri "azionisti" del Ssn oggi chiamati a fare la loro parte riducendo le aspettative verso una medicina mitica e una sanità infallibile.

\* presidente Fondazione Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Le iniziative Gimbe**
**Premio Evidence al Prof. Giuseppe Remuzzi**

Istituto nel 2013 dalla Fondazione Gimbe, il riconoscimento viene assegnato a una personalità del mondo sanitario che si è distinta per la pubblicazione di rilevanti evidenze scientifiche, cliniche o metodologiche, per la continua integrazione delle migliori evidenze nelle decisioni professionali, manageriali o di politica sanitaria, per l'insegnamento dell'Evidence-based medicine a livello universitario, specialistico, di formazione continua. L'edizione 2015 è stata assegnata al prof. Giuseppe Remuzzi - Direttore del dipartimento di Medicina dell'Azienda ospedaliera Papa Giovanni XXIII di Bergamo e coordinatore della ricerca presso l'Istituto Mario Negri di Bergamo e del Centro di ricerche cliniche per le malattie rare Aldo e Cele Daccò di Ranica (Bg) - per aver pubblicato rilevanti evidenze scientifiche, contribuendo al progresso delle conoscenze in ambito nefrologico, per aver contribuito al processo di selezione della ricerca da pubblicare sulle due più importanti riviste di medicina (N Engl J Med e The Lancet), per aver analizzato in scienza e coscienza e con pensiero laico il complesso tema del fine vita, per aver lanciato il progetto "0 by 25" (zero morti per insufficienza renale acuta non curata entro il 2025 nei Paesi in via di sviluppo) e per il costante impegno volto a diffondere la cultura della scienza tra i cittadini italiani.

**Premio Salviamo il Nostro Ssn al ministero della Salute**

Istituto nel 2014 dalla Fondazione Gimbe, il premio viene assegnato a una istituzione sanitaria che si è distinta per l'integrazione delle migliori evidenze nelle strategie di politica sanitaria (evidence-based policymaking), per l'utilizzo del denaro pubblico per servizi e prestazioni sanitarie efficaci, appropriate e dall'high value, per il miglioramento delle performance cliniche e organizzative, rappresentando un modello per la sostenibilità della sanità pubblica in linea con la "Carta Gimbe per la tutela della salute e del benessere dei cittadini italiani". La seconda edizione è stata assegnata al ministero della Salute per il costante impegno del ministro Lorenzin nell'evitare ulteriori tagli al Ssn, il contributo determinante per giungere alla sottoscrizione del Patto per la Salute, il continuo richiamo alle Regioni per impegnarsi a ridurre sprechi e inefficienze senza rinunciare all'incremento del Fondo sanitario nazionale e per l'ambizioso traguardo raggiunto con l'aggiornamento del Lea. Il ministro Lorenzin, impossibilitata a ritirare personalmente il premio, ha ribadito nel messaggio inviato che «il nostro servizio sanitario è un bene comune che va difeso, potenziato e innovato. Ma perché ciò sia possibile occorre mettere assieme tutte le energie, confrontare le buone pratiche, creare un rapporto sinergico tra tutti i protagonisti coinvolti e, soprattutto, realizzare un Ssn sostenibile [...] incrementando le capacità di convertire le risorse in valore».

**GIMBE4YOUNG: nuove opportunità per i giovani professionisti sanitari**

GIMBE4YOUNG è il programma della Fondazione Gimbe destinato a studenti, laureati, specializzandi, dottorandi di ricerca, titolari di borse di studio o assegni di ricerca di tutte le professioni sanitarie di età inferiore a 32 anni. GIMBE4YOUNG offre ai professionisti sanitari del futuro l'opportunità di conoscere e approfondire il know-how della Fondazione Gimbe, integrando i contenuti della formazione universitaria e specialistica. In particolare, fornisce le competenze di processo e di sistema richieste dal Programma nazionale per la formazione continua in medicina, oggi indispensabili per una pratica professionale basata sulle evidenze, centrata sul paziente, consapevole dei costi e a high value.

Tra le iniziative del programma 30 borse di studio finalizzate all'acquisizione dell'Ebp core curriculum, la borsa di studio "Giacchino Cartabellotta" destinata a progetti di ricerca indipendente, l'Ebp workbook manuale metodologico per guidare i giovani nel mondo dell'Ebp, agevolazioni per l'iscrizione ai corsi di Gimbe Education e una newsletter dedicata [www.gimbe4young.it](http://www.gimbe4young.it)

**IL PROGRAMMA AIFA SULLA RICERCA INDIPENDENTE**

## Quali evidenze per 100 mln di euro?

La legge che nel 2004 ha istituito l'Agenzia Italiana per il Farmaco (Aifa) chiedeva alle aziende farmaceutiche di devolvere il 5% delle spese promozionali a un fondo destinato a un programma di ricerca indipendente sui farmaci. Con quasi 100 milioni di euro l'Aifa ha così finanziato 207 progetti di ricerca negli anni 2005-2008 e nel 2010, mentre non si conoscono ancora i risultati definitivi del bando 2012, l'ultimo a essere pubblicato. Oggi numerose istituzioni di ricerca hanno chiesto a gran voce sia di completare la valutazione del bando 2012, sia di riprendere il programma di ricerca indipendente, fondamentale per valutare l'efficacia di interventi sanitari trascurati dall'industria. A seguito di una interrogazione parlamentare, da un lato l'Aifa si è impegnata a completare la valutazione del bando 2012, dall'altro è emersa la disponibilità per la ricerca indipendente di circa 38 milioni di euro mai utilizzati relativi agli anni 2010-2015.

Nella consapevolezza che è indispensabile ripristinare la cadenza annuale di questo programma che rappresenta una straordinaria opportunità per ricercatori, professionisti sanitari e pazienti, le evidenze accumulate negli ultimi anni sugli sprechi della ricerca suggeriscono che è altrettanto indispensabile conoscere il "fatto" degli studi finanziati. Come ha dimostrato nel gennaio 2014 la prestigiosa rivista The Lancet, con la serie Research: increasing value, reducing waste, la maggior parte delle risorse investite nella ricerca biomedica non migliora l'assistenza sanitaria né la salute delle popolazioni, perché il sistema attuale genera in-

genti sprechi a 5 livelli: la definizione delle priorità della ricerca, le metodologie di pianificazione, conduzione e analisi statistica, il processo di gestione e regolamentazione della ricerca, l'accessibilità a tutti i dati raccolti dalla ricerca e la reale utilizzabilità dei risultati.

A questa spinosa questione intende rispondere lo studio «Ricerca indipendente sui farmaci in Italia: studio cross-sectional sui progetti finanziati dall'Aifa» che ha l'obiettivo di verificare quanti tra i 207 progetti finanziati sono stati pubblicati e quanti invece non lo sono perché ancora corso, interrotti, oppure conclusi e non pubblicati. Al momento della riattivazione del programma di ricerca indipendente, questi potrebbero fornire informazioni utili per rimodulare i criteri di selezione dei progetti e le modalità per erogare le tranches del finanziamento, al fine di massimizzare il value e ridurre gli sprechi della ricerca indipendente.

Infatti, in un'era di risorse sempre più limitate le Istituzioni pubbliche non possono più limitarsi a finanziare progetti di ricerca, ma devono costruire nuove alleanze con i ricercatori al fine di garantire la pubblicazione di evidenze rilevanti per la pratica clinica e indispensabili per la sostenibilità del servizio sanitario. Lo studio sarà realizzato in collaborazione tra l'Aifa, che renderà disponibili tutti i dati necessari, la Fondazione Gimbe che ha assegnato la borsa di studio "Giacchino Cartabellotta" al dott. Corrado Iacono e alcuni ricercatori internazionali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**TRA R&S E HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT**

## Quell'innovazione che «paga»

L'innovazione delle tecnologie sanitarie costituisce oggi il principale driver di crescita della spesa sanitaria, superando di gran lunga l'invecchiamento della popolazione, l'aumento della domanda e l'incremento dei prezzi. A fronte della difficile compatibilità tra innovazioni tecnologiche e sostenibilità delle cure, Gianpiero Fasola, Sandra Petraglia, Giuseppe Recchia, Giuseppe Remuzzi, Walter Ricciardi e Roberta Siliquini - ospiti del forum «Scienza, Ricerca e Sanità: innovazione fa sempre rima con sostenibilità?» hanno discusso con il presidente Nino Cartabellotta delle evidenze che supportano l'efficacia/sicurezza delle innovazioni, la loro diffusione e la loro governance, giungendo a formulare numerose proposte condivise. È indispensabile avviare un programma di ricerca comparativa sull'efficacia degli interventi sanitari, peraltro già prevista tra gli impegni di Stato e Regioni nella documentazione sui nuovi Lea presentata dal ministro Lorenzin. Oggi infatti la quasi totalità delle evidenze scientifiche che supportano le innovazioni, in particolare farmacologiche, sono prodotte dall'industria e mancano prove di efficacia comparativa tra differenti alternative. Secondo il prof. Remuzzi l'approvazione di nuovi farmaci dovrebbe prevedere, oltre al "corposo dossier" costituito dagli studi realizzati dall'industria, almeno uno studio indipendente. Occorre implementare a livello istituzionale il concetto di value per aiutare la politica a decidere cosa è sostenibile e cosa non lo è, oltre a assicurare trattamenti "sostenibili" a tutti i pazienti con indicazioni appropriate. Infatti, come ha precisato Gianpiero Fasola, la definizione di un valore soglia di sostenibilità permetterebbe di non dover ricorrere ogni volta a

una "legge speciale" o a provvedimenti ad hoc (es. farmaci per epatite C). In tal senso, è necessario un maggior senso di responsabilità dell'industria nel definire i prezzi dei farmaci innovativi: in caso contrario il value di molecole molto efficaci rischia di ridursi in maniera drammatica per i costi troppo elevati, rendendo non sostenibile l'innovazione per la maggior parte dei sistemi sanitari.

Il processo di Health technology assessment - fortemente sostenuto dal Patto per la Salute - deve essere realizzato a livello centrale, al fine di evitare disomogeneità di metodologie e conseguenti differenze decisionali. Pertanto, ove esistenti, i presidi regionali di Hta dovrebbero limitarsi all'adattamento locale di Hta reports nazionali e alla loro implementazione nelle aziende sanitarie.

L'implementazione e l'utilizzo critico delle tecnologie sanitarie genera eccessi di medicalizzazione perché la tecnologia è profondamente radicata nella nostra cultura e nel nostro concetto di malattia. Per non assecondare immotivati "atti di fede", i medici non possono sfuggire alle proprie responsabilità appellandosi a vaghi imperativi tecnologici, al "progresso" o a richieste di pazienti non informati, ma devono mantenere un sano scetticismo nei confronti delle innovazioni.

La capacità di produrre e utilizzare le tecnologie sembra superare quella di riflettere sulla loro applicazione: di conseguenza, per evitare di diventare giganti da un punto di vista tecnologico e illipuziani da un punto di vista etico, è necessaria una implementazione più saggia e responsabile delle tecnologie sanitarie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA