

Il futuro del farmaco

Farmaci: la nuova era

Per l'industria del farmaco è tempo di grandi cambiamenti. Con il presidente di Farmindustria **Sergio Dompé**, il direttore dell'Aifa **Guido Rasi**, e il presidente della Fnomceo **Amedeo Bianco** abbiamo provato a tracciare i contorni di questa nuova stagione che si apre per la farmaceutica, mettendone a fuoco caratteristiche e obiettivi. Ne esce un quadro molto dinamico che si può riassumere nella forte

convincione, espressa in queste interviste, di essere alla vigilia di prossimi e potenti cambiamenti negli assetti industriali, nelle regole autorizzative, nei trials e nelle metodiche della ricerca, nei sistemi di distribuzione e soprattutto negli obiettivi di cura e terapia, che saranno sempre più incentrati sull'applicazione delle nuove conoscenze nel campo della genetica e della medicina molecolare.

INTERVISTA A SERGIO DOMPÉ,
PRESIDENTE DI FARMINDUSTRIA

“Niente sarà più come prima”

Neanche il brevetto che, così come lo conosciamo oggi, è superato. Per il futuro dobbiamo infatti aspettarci nuove forme di protezione del know-how che tengano conto dei nuovi sviluppi della ricerca

di **Cesare Fassari**

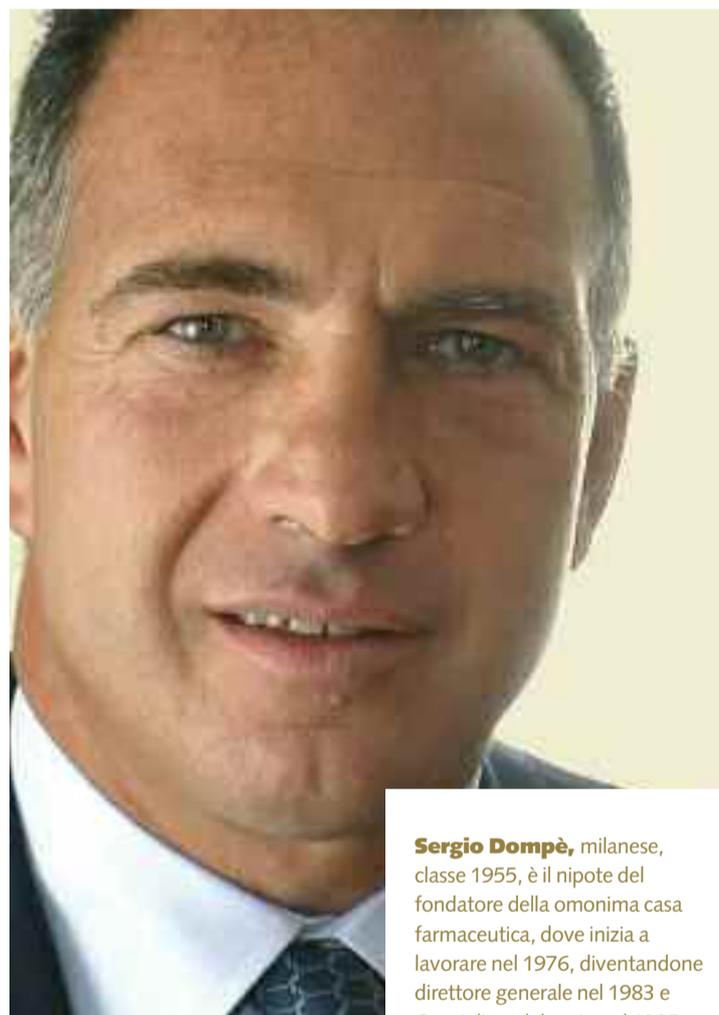
“Niente sarà più come prima. Il comparto farmaceutico conoscerà anni di grandi cambiamenti, ma non aspettatevi scenari apodittici con una Big Pharma mondiale monopolista del know how e della produzione. Il futuro che ci attende lo dobbiamo immaginare con molti colori e molte diversità. Nella ricerca, nella produzione, nelle regole che sovrintenderanno il nostro mercato. E questo futuro è già iniziato. Guardiamo alla Roche, per esempio. Dieci anni fa era un colosso con farmaci per terapie rivolte a platee universali. Dalle vitamine ai grandi antibiotici di massa. Oggi Roche – accanto alle molecole tradizionali – è tra le aziende all'avanguardia nella produzione di farmaci innovativi mirati, ultra specialistici e con target specifici di terapia. Questa è la via”.

La conversazione con Sergio Dompé, da quattro anni alla guida di Farmindustria, si avvia così, con questa visione di sviluppo per il settore farmaceutico verso la quale nutre molto ottimismo ma anche una buona dose di realismo che gli fa dire “O si farà così o si muore. È in gioco la stessa sostenibilità del sistema che non può più permettersi costi e tempi faraonici per lo sviluppo di una nuova molecola”. **Presidente Dompé, è la fine delle grandi acquisizioni, quindi?** Assolutamente no. Le concentra-

zioni e l'allargamento delle sinergie di ricerca e produzione continueranno, è ineludibile. Ma dobbiamo immaginare che nel nostro settore avverrà quanto già accaduto nel settore informatico. Grandi aziende ma inserite in un network costituito da migliaia di poli – imprese, centri di ricerca, laboratori – molto dinamico e agile e con forti caratteristiche di innovazione. Una realtà dove, per poter competere sul mercato, bisognerà essere capaci della massima collaborazione reciproca. Sembra un ossimoro ma non lo è affatto. È il futuro.

Ma collaborazione non fa rima con brevetto. Sta forse annunciando la fine del copyright farmaceutico, fino ad oggi difeso con le unghie e con i denti dalle grandi multinazionali del farmaco?

In parte sì, anche se il brevetto rimane essenziale. Il punto sarà semmai quello di valutare nuove forme di protezione del know how, ma è certo che il brevetto, così come l'abbiamo conosciuto, agganciato alla scoperta della singola molecola utile per la terapia di una singola patologia, è ormai storia. Un esempio. Fino a 15 anni fa un'azienda era in grado di produrre qualche centinaio di molecole al giorno. Oggi, la stessa azienda ne produce 10 mila nelle stesse ore. Come si può immaginare di blinda-



Sergio Dompé, milanese, classe 1955, è il nipote del fondatore della omonima casa farmaceutica, dove inizia a lavorare nel 1976, diventandone direttore generale nel 1983 e Consigliere delegato nel 1985. Dal 1998 al 2004 ricopre la carica di Presidente di Assobiotech. Da giugno 2005 è Presidente di Farmindustria

re tutto questo? Come si può pensare di non condividere lo sviluppo di un nuovo prodotto, nato dalla farmacogenetica e dalla medicina molecolare, che si è dimostrato in grado di incidere su un processo degenerativo, sapendo che potrebbe avere la stessa efficacia su altri 100 processi di alterazione genetica, corrispondenti ad altrettante cause di malattie e patologie?

Per il Professor Rasi la rivoluzione della ricerca genetica e molecolare porterà inevitabilmente ad un ridimensionamento della medicina basata sull'evidenza. È d'accordo?

Non c'è dubbio su questo. Quando si arriva a selezionare i trials clinici per lo sviluppo di un farmaco sulla base di un grande la-

cui si basa tradizionalmente l'evidence based medicine.

Quali saranno le aree terapeutiche più interessate a questa rivoluzione nei metodi e nelle tecniche di ricerca?

In realtà le nuove metodologie mettono in discussione la stessa idea di area terapeutica. In altri termini la ricerca non si orienterà più verso la soluzione terapeutica per quella patologia specifica, ma saranno i risultati stessi della ricerca a dire verso quali meccanismi patogeni potrà combattere il farmaco potenziale al quale si sta lavorando. Per questo oggi si possono finalmente aggredire le malattie rare. Perché nel segreto delle loro cause si cela ben più della ricetta per combatterle. La scoperta e l'isolamento dei meccanismi causali di queste patologie, così specifiche e con numeri epidemiologici piccolissimi, potrà infatti rivelarsi preziosa anche per isolare processi e guasti nel nostro organismo colpevoli di malattie ben più diffuse. In poche parole dal piccolo al grande, con un'inversione copernicana di metodi e approcci che ha bisogno del concorso di tutti. Comprese piccole e medie aziende ma anche dell'università e degli altri comparti di ricerca operanti nel mondo. È questo il senso del network di know how di cui le parlo poco fa.

E l'Italia, che ruolo ha in questo “grande gioco”?

Enorme. E questo è il momento giusto per mettersi in pista.

Perché?

Perché ci sono le condizioni per farlo. Con un Governo che ci segue con attenzione, confermando anche le scelte del precedente Esecutivo, al quale va riconosciuto di aver avviato nuove forme di relazione tra Stato e Industria farmaceutica, basate finalmente sulla convinzione che il nostro comparto sia una risorsa e un'opportunità per l'economia e non una palla al piede per la spesa pubblica. Gli scenari che ho appena raccontato sono già patrimonio condiviso di ministri come Sacconi, Scajola, Gelmini e del Sottosegretario Fazio, che ha competenze scientifiche di alto livello. E naturalmente anche per l'Aifa, con la quale abbiamo iniziato un confronto importante per far sì che, insieme ai metodi e alle tecniche di sviluppo di un nuovo farmaco, possano cambiare contestualmente anche le norme regolatorie che ne disciplinano il futuro. E infine diverso è il rapporto con Confindustria.

Vale a dire?

Non ci consideriamo e non siamo più considerati ospiti ma parte attiva del sistema. Si sono definitivamente archiviate alcune incomprensioni. E ciò è avvenuto proprio perché il sistema farmaceutico italiano è cambiato nel porsi verso il mercato e le sue sfide. Sono cresciute nuove realtà nazionali ma soprattutto si comincia a ragionare sul chi fa cosa per questo Paese. A prescindere dalla nazionalità degli azionisti. E questo è accaduto prima di tutto a casa nostra, in Farmin-

dustria, dove ormai non ha più senso parlare di italiane, americane, francesi, tedesche ma si parla finalmente di imprese operanti in Italia. E oggi l'Italia del farmaco è aperta alla competizione globale e lo dimostrano i nostri dati sull'export. Nel 1991 vendevamo all'estero non più del 10% della produzione. Oggi abbiamo superato il 53%.

E le Regioni, con loro come va? Temete che il processo di federalismo sanitario possa pregiudicare l'unitarietà dell'offerta farmaceutica?

La paura di una rincorsa forsennata all'autonomia per l'autonomia c'è. Ma paradossalmente sono convinto che più federalismo possa tradursi in più unitarietà. In termini di qualità, regole e livelli di assistenza. Dobbiamo pensare infatti che la vera motivazione delle rincorse all'autonomia regionale in materia di assistenza farmaceutica è sempre stata quella di fronteggiare la spesa. In realtà sappiamo che controllare la spesa farmaceutica è possibile. Senza limitare l'offerta e il diritto ad avere a disposizione gli stessi farmaci riconosciuti come essenziali dall'Aifa, in tutta Italia, senza discriminazioni. Riescono a farlo molte Regioni e lo hanno fatto intervenendo sull'appropriatezza e sulla corretta informazione ai medici e ai cittadini. Ecco, sono convinto che quando il processo federalista giungerà a compimento anche con il federalismo fiscale e con la massima autonomia e responsabilità delle Regioni, queste inizieranno a guardarsi reciprocamente con occhi diversi e più attenti alle rispettive performance. Il benchmarking diventerà uno strumento reale di cambiamento e favorirà i processi virtuosi di riallineamento sugli standard ottimali di spesa ma nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e dell'uniformità del diritto alla cura in tutto il Paese.

Ultima questione. La crisi economica globale. Il farmaco non ne sembra particolarmente toccato.

Solo apparentemente. Ma dobbiamo vedere da qui ai prossimi dieci anni. Il nostro è un settore che non si misura a breve termine. Gli effetti della crisi sul sistema economico generale noi li vedremo più in là ma li vedremo, purtroppo. Anche per questo dobbiamo attrezzarci da subito per ribaltare il nostro modo di porsi di fronte all'innovazione. Non possiamo permetterci più tempi biblici per nuove molecole blockbuster dal futuro incerto. Dobbiamo accorciare i tempi, con ricerche mirate, specifiche, in grado di offrirci prodotti sempre più personalizzati e rispondenti alle nuove possibilità di diagnosi e di predizione della malattia che la scienza ci offre e ci offrirà sempre di più nei prossimi anni.

INTERVISTA A GUIDO RASI, DIRETTORE DELL'AIFA

La rivoluzione delle regole e il tramonto dell'evidence based medicine

Sarà inevitabile, perché farmaco-genetica, genoma e medicina molecolare diventeranno protagonisti dell'innovazione. E il sistema delle regole dovrà essere pronto a confrontarsi con trials sempre più mirati e personalizzati. E in questo contesto la medicina basata sull'evidenza ha fatto ormai il suo tempo. Per l'Aifa in arrivo 200 nuove unità: con loro ridurremo i nostri tempi di lavoro del 40% entro il 2009

“È tempo di grandi cambiamenti per l'industria del farmaco, dopo troppi anni vissuti sugli allori di una stagione forse irripetibile. Quella delle grandi scoperte di terapie per grandi patologie di massa che hanno senz'altro fatto bene alla salute ma anche favorito grandi profitti in tutto il mondo. Oggi è diverso. La spinta all'innovazione, che resta nel dna dell'industria farmaceutica, è costretta entro confini sempre più stretti che non consentono più investimenti e tempi di ricerca ciclopici come quelli dell'età dell'oro.

E allora la strada è una sola: farmaco genetica e genomica e medicina molecolare per dare risposte ad una domanda sempre più personalizzata di terapia, con tempi e budget di ricerca dimezzati rispetto agli standard e ai trials clinici tradizionali”.

E' questa la ricetta di Guido Rasi, da qualche mese alla guida dell'Aifa, nominato dal ministro Sacconi al posto di Nello Martini, vittima, quest'ultimo, delle ombre sollevate dall'indagine avviata del procuratore Guariniello su presunti illeciti commessi da alcuni funzionari dell'Agenzia. Rasi è un affabile e cortese professore universitario di microbiologia e accetta tranquillamente quest'intervista a tutto campo. E, almeno nella prima parte, è più il ricercatore e l'esperto a parlare, piuttosto che il potente direttore dell'Agenzia Italiana del Farmaco sulla quale, come vedremo, ha comunque idee molto chiare.

Professor Rasi, è quindi finita l'epoca delle vacche grasse, con farmaci blockbuster plurimiliardari e mercati apparentemente infiniti entro i quali piazzare nuove molecole una dopo l'altra?

Onestamente penso proprio che quel periodo sia finito. Del resto è oggettivo il fatto che su alcune grandi patologie, protagonisti di ritrovati farmacologici rivoluzionari e destinati quasi naturalmente a consumi di massa, diventi sempre più arduo trovare nuovi farmaci realmente innovativi rispetto a quelli già in commercio. Oggi la sfida è quella di col-



Guido Rasi, Direttore Generale dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) dal luglio 2008, è nato a Padova nel 1954. Specialista in Medicina Interna e in Immunologia e allergologia clinica, è Professore Ordinario di Microbiologia ed è stato docente in "Immunology and Engineered implants" all'Università di California, Berkeley

pire bersagli più piccoli, mirati, con terapie personalizzate. E le industrie lo sanno, tant'è che stanno smontando intere catene di ricerca ormai obsolete e improduttive.

Dal macro al micro, quindi?

È inevitabile. È il futuro prossimo, dove farmaco genetica, genoma e medicina molecolare giocheranno a tutto campo. E il sistema delle regole dovrà essere pronto a questa rivoluzione.

Si spieghi.

Oggi le autorità regolatorie, l'Aifa in Italia, l'Emea in Europa, l'Fda negli Usa, basano le proprie valutazioni essenzialmente su trials clinici molto estesi, di fatto incentrati sulla logica della evidence based medicine che mostra da tempo diversi limiti. Soprattutto perché risultati migliori, con tempi e costi ridotti, si possono ottenere con altri metodi di valutazione e verifica, sia della tossicità che dell'efficacia. Senza contare poi che, anche con trials estesi a 10-20-30 mila persone, non si potranno considerare mai

tutte le variabili esistenti nell'essere umano.

So di dire una cosa forse impopolare ma è indubbio che ormai l'Ebm ha fatto il suo tempo. È stata, ed è ancora per molte applicazioni, un metodo valido e fondamentale per un'analisi seria dei rischi e dei benefici di una pratica terapeutica, ma per il farmaco in particolare oggi esistono metodi più avanzati. Con la possibilità di essere molto più mirati sull'obiettivo, con minori margini di variabilità rispetto alla tradizionale verifica osservazionale fatta su moltissimi pazienti, ma senza alcuna particolare selezione mirata del target. E questo vale anche per la farmacovigilanza post commercializzazione.

Si riferisce sempre alle nuove frontiere della genetica e della medicina molecolare?

Esatto. Queste nuove metodologie devono quindi essere fatte proprie anche dagli enti regolatori, ridisegnando completamente le regole del gioco e la metodologia degli studi clinici. Adottando trials mirati che ci consentiranno di identificare meglio sia i rischi che i benefici dei nuovi prodotti. Ma anche di spendere meno per le sperimentazioni, con benefici economici per le imprese che non potranno che ripercuotersi anche sul prezzo finale del prodotto, con un costo dell'innovazione inferiore rispetto ad oggi, sia per i servizi sanitari che per i cittadini.

Questo il futuro e oggi?

Guardi è un futuro prossimo con il quale è bene ci si confronti da subito. E poi le vorrei chiarire che non è solo una questione di nuove tecniche, dietro c'è anche un metodo più generale di valutazione della produzione del bene salute che ritengo applicabile da subito e non solo sul farmaco.

Cioè?

Resto all'oggi, senza alcun salto nel tempo. Quando valutiamo il prezzo di un farmaco, ma ritengo che questo possa valere anche per altre prestazioni sanitarie, siamo portati a limitare il confronto al costo brutale del prodotto. Costa di più o di meno di un farmaco o di una terapia già in uso? È più o meno conveniente? Limitarci a questo tipo di opzioni è assolutamente sbagliato e conduce a scelte ragionieristiche senza alcuna valutazione sul costo globale di quel paziente e di quella patologia. E per costi globali intendo, ad esempio, anche quelli potenzialmente evitabili grazie al fatto che quel farmaco, che magari costa un po' di più, può produrre una riduzione dell'ospedalizzazione.

Oggi non seguiamo questo criterio con metodo. Non escludo che in alcuni casi se ne sia tenuto conto, ma la regola è quella di guardare al prezzo del prodotto e basta. Vorrei invece che si cominciasse a guardare al costo complessivo della patologia e alla misura in cui il farmaco può o meno incidere su tale costo, facendo ovviamente il suo mestiere, che è quello di curare efficacemente e in sicurezza.

E secondo lei l'Aifa è in grado di fare questo?

Oggi no. Siamo troppo pochi ma conto sui 200 nuovi esperti annunciati dal sottosegretario Fazio.

Ma l'Aifa è accusata anche di essere lenta.

Mi verrebbe da dire che la lentezza non è di per sé un male, soprattutto considerando che l'Emea è forse troppo "veloce" nelle sue deliberazioni. Il problema è la certezza dei tempi nelle autorizzazioni e nelle altre procedure di nostra competenza. Questo non vuol dire che, anche grazie alla maggiore efficienza che deriverà dall'acquisizione del nuovo personale, non ci impegneremo a ridurre i nostri tempi standard...

Di quanto?

Di almeno il 40%, entro il 2009. Ma insisto, il problema è la cer-

tezza sui tempi di risposta che dobbiamo dare agli operatori, consentendo a tutti di programmare i passi successivi all'ingresso sul mercato di un nuovo prodotto.

Ultimamente le maggiori grane all'Aifa sembrano però venire dalle Regioni che spingono per una maggiore autonomia decisionale in materia di farmaci. L'ultima in ordine di tempo è quella che qualcuno ha già ribattezzato "Aifa 2", definendo così il programma di valutazione delle tecnologie sanitarie, farmaci compresi, varato dalla Lombardia. Non conosco nel dettaglio quel programma. Non ho dubbi sulla buona fede e la capacità tecnica della Lombardia di varare un progetto ambizioso e utile come quello di valutare l'impatto in termini di salute delle tecnologie e dei farmaci. Ci mancherebbe. Mi chiedo però se sia più utile farlo in una sola Regione, o anche in due tre, oppure unire le forze e farlo tutti insieme qui all'Aifa, con il concorso e le esperienze regionali che già oggi sono ampiamente rappresentate in tutti i nostri organismi, sia tecnici che gestionali.

Sì, ma le Regioni vogliono fare da sole...

Se è così sbagliano. Sia quando limitano con provvedimenti autonomi l'accesso ai farmaci inseriti nei Lea in una logica perversa di prontuari regionali diversi da una realtà all'altra, sia quando pensano di ricostruirsi in casa strumenti e organismi di valutazione che, nel migliore dei casi, non faranno che replicare quanto stiamo già facendo qui all'Aifa.

Come le dicevo le Regioni indicano componenti del cda ed esperti in tutte le nostre commissioni. La logica del legislatore che ha voluto l'Aifa era quella di coinvolgere direttamente le Regioni nella gestione, nell'attività scientifica e in quella di politica del farmaco che svolge l'Aifa. Sa cosa accade in realtà?

Me lo dica.

I rappresentanti ci sono. Tutti autorevolissimi. Ma purtroppo senza alcun reale ruolo di rappresentatività, con il risultato che qui a Roma votano sì su una determinata delibera, la stessa che poi sarà magari, e accade spesso, sconfessata a casa loro, nella stessa Regione che li ha indicati quali suoi rappresentanti. Ha senso tutto questo?

Lo stesso accade anche in altre realtà dove operano insieme rappresentanti del Governo e delle Regioni. Alla fine la decisione è politica e la prendono i Presidenti.

Lo so. Ed è ovvio che l'ultima parola spetti alla politica. Ma saperlo non mi toglie dalla testa che questi meccanismi decisionali rivelano un modo improduttivo di collaborare tra diversi livelli istituzionali. Qui all'Aifa c'è anche il Governo che ha poteri di indirizzo e che li esercita condividendo strategie e politiche dell'Agenzia. Perché lo stesso non si può fare anche con le Regioni? (C.F.)

L'OPINIONE DEL PRESIDENTE DELLA FNMCEO

Bianco: "I nuovi farmaci devono far crescere l'appropriatezza"

"I nuovi farmaci hanno finestre di efficacia più ristrette, per questo l'appropriatezza prescrittiva diventa il nodo centrale per la tenuta del sistema". E questo significa intervenire sulla formazione dei medici, sia nelle università che attraverso l'Ecm

di Eva Antoniotti

Amedeo Bianco crede molto nella trasparenza dei rapporti tra medici e industria del farmaco e in questi anni di presidenza della Fnomceo ha molto lavorato in questa direzione.

"I medici e l'industria hanno un obbligo di dialogo perché sono chiamati entrambi a corrispondere ad un bisogno di salute tutelato come diritto fondamentale della persona" ribadisce con energia e spiega: "Dialogare vuol dire riconoscersi, riconoscersi vuol dire capire reciprocamente quali sono i diritti, i bisogni, il codice etico dell'altro. Questo è quello che stiamo facendo. L'industria ha, ovviamente, un ruolo straordinario nella gestione del diritto alla salute, è un caposaldo fondamentale, perché la ricerca ci fornisce nuovi strumenti per affrontare le malattie".

Presidente Bianco, come può procedere questo rapporto trasparente tra medici e industria? Occorre conoscere i limiti e le norme etiche l'uno dell'altro. Per noi il farmaco è un prodotto etico che deve garantire il bene della persona, e questo resta il nostro scopo. Ma avere un dialogo aperto con l'industria, può portare benefici in molte direzioni, superando schemi preconfezionati e trovando vie più dirette. Ad esempio, possiamo contribuire ad alleggerire l'industria di molti oneri nella commercializzazione del farmaco, usati da sempre per "forzare" elementi di mercato. È un modo per liberare risorse da costi impropri e credo che sia un contributo importante in un momento difficile come l'attuale.

Lo sviluppo di farmaci innovativi pone anche problemi di accesso e di sostenibilità del sistema, visti gli alti costi. È preoccupato per questo?

I nuovi farmaci sono una straordinaria possibilità per la salute, ma impongono di cambiare molti paradigmi: cambia il paradigma delle metodologie, cambia il paradigma della ricerca e dunque deve cambiare in qualche modo anche il paradigma della formazione del medi-



Amedeo Bianco, è nato a Napoli il 20 luglio 1948. Laureato nel 1973, medico internista presso l'Ospedale Mauriziano Umberto I° di Torino, dal 2000 è presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri del capoluogo piemontese. Nel marzo 2006 è stato nominato presidente della Fnomceo, incarico in scadenza proprio in questi giorni, ma che potrebbe essere rinnovato.

co, della formazione di base ma anche della formazione continua. Questo trend di sviluppo del farmaco è impensabile che possa svilupparsi compiutamente senza una responsabile e attiva partecipazione del medico. Per questo, deve cambiare anche il paradigma della presenza del medico all'interno dei processi decisionali. Se il medico è un elemento importante occorre che sia inserito a pieno titolo nel sistema, riconoscen-

"Questo trend di sviluppo del farmaco è impensabile che possa svilupparsi compiutamente senza una responsabile e attiva partecipazione del medico"

dogli autonomia e responsabilità e non pensando che possa essere eterodiretto, magari sulla base di protocolli rigidi, vin-

coli e prescrizioni. Autonomia, responsabilità e appropriatezza nell'uso del farmaco: questa è davvero la scommessa del futuro.

Perché dice che l'appropriatezza è ancora più importante che nel passato?

I nuovi farmaci hanno finestre di efficacia più ristrette, per questo l'appropriatezza prescrittiva diventa il nodo centrale per la tenuta del sistema. E l'appropriatezza è il territorio proprio dei professionisti, perché garantisce meglio di ogni altra procedura l'effica-

cia del trattamento. Inoltre, la scelta appropriata conduce insieme all'efficacia del trattamento e all'efficienza, cioè all'impiego migliore delle risorse disponibili. È indiscutibile che su questo terreno, quello della prescrizione e dell'uso del farmaco, ma anche su altri ambiti delle attività sanitarie, l'efficienza, intesa proprio nel senso del massimo ritorno delle risorse economiche impiegate, passa attraverso l'efficacia, cioè un buon ritorno in termini di risultati di salute.

Quando si parla di spesa, sempre più spesso si tira in ballo anche la cosiddetta medicina difensiva che costerebbe circa 15 miliardi di euro all'anno. Cosa si può fare?

Uno studio americano di qualche anno fa, molto ampio, valutava che negli Usa, patria del contenzioso, il costo della cosiddetta medicina difensiva si attestava tra il 7 e il 12%. Credo quindi che per l'Italia 15 miliardi sia un dato sovrastimato, ma ciò non toglie che questo sia oggettivamente un problema. Credo che la medicina difensiva sia una sindrome fatta di molti sintomi e molte cause ed è impossibile pensare di risolverla con una sola medicina. Sicuramente la pratica dell'appropriatezza è una medicina adatta, perché molte pratiche difensive sono radicate in cattive pratiche, nell'uso di comportamenti e di procedure datate e superate. Quindi la prima cosa da fare è incrementare le buone pratiche, attraverso le linee guida e i protocolli, implementando un sistema che nel nostro Paese ancora oggi è carente.

Altro elemento importante, utile anche per la ricerca clinica oltre che per combattere la medicina difensiva, è avviare un cambio di cultura nelle aziende e nell'intero sistema, per arrivare ad un utilizzo positivo dell'errore. Ovviamente l'errore non è una cosa positiva in sé, ma partendo dall'errore si possono e si devono migliorare i professionisti e le organizzazioni. È una pratica che in altri sistemi complessi, come l'aeronautica, è stata realizzata e che dobbiamo rapidamente introdurre anche nel mondo sanitario, superando resistenze antiquate che difendono una infallibilità "infantile". Senza dimenticare che la medicina difensiva non produce solo "eccessi", ma anche "carenze", quando ci si sottrae ad una pratica efficace ma che comporta inevitabili rischi. E sapendo che su questo tema occorre attivare, oltre alle strategie professionali, anche riflessioni in ambito assicurativo e giuridico.