**I dati preliminari della ricerca “La *governance* dell’innovazione farmaceutica in Italia”**

La ricerca - condotta dal Laboratorio management e sanità Istituto di Management Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, in collaborazione con il Dipartimento di scienze biomediche e neuro motorie Alma Mater Studiorum (Bologna) e il supporto non non condizionate di Msd che si concluderà alla fine del 2016 - ha mappato i diversi modelli di *governance* dell’innovazione farmaceutica in 10 Regioni italiane.

**Tutte le Regioni sotto la lente sono dotate di un Prontuario terapeutico regionale,** fuorché due: il Veneto ha scelto la strada dell’abolizione. Nelle Regioni dove esiste il prontuario l’aggiornamento avviene regolarmente durante l’anno, da un minimo di ogni 2 a un massimo di 6 mesi e le tempistiche di inserimento variano da un minimo di 60 giorni ad un massimo di 4 mesi. In quasi tutte queste Regioni sono presenti Prontuari Terapeutici Aziendali/Ospedalieri. Un farmaco presente in Pta/o non può non appartenere al Ptr.

In tutte le Regioni è presente una Commissione terapeutica regionale, che si riunisce in media una volta ogni tre mesi (da mensilmente a ogni 6 mesi). In due casi, ci si avvale di una Commissione Hta e nelle altre Regioni troviamo la presenza di uno o più Gruppi multidisciplinari. La formazione di questi gruppi è variabile. Sono di solito presenti specialisti, oncologi, direzioni sanitarie, Mmg, farmacisti, infermieri e farmacologi. Solo Veneto e Umbria nella realizzazione del Pdta è prevista la presenza anche di rappresentanti dei pazienti oppure di organizzazioni di volontariato.

**I Centri prescrittori per i farmaci monitorati da registro Aifa** vengono identificati attraverso percorsi differenti. Sono solitamente le Direzioni sanitarie ospedaliere, il servizio farmaceutico o le Ctr a proporre i centri, che vengono poi autorizzati dalle Regioni. I criteri di identificazione dei Centri sono vari, ma i volumi di pazienti presi in carico e la specializzazione sono i principali. Altri la dotazione tecnologica. Il Veneto, ad esempio, ha scelto i Centri in base alla capacità di effettuare “vial sharing”.

**Il numero di Centri prescrittori in ogni Regione o Provincia è variabile.** La necessità di non limitare i farmaci a pochi centri (e quindi costringere i pazienti a lunghi spostamenti) e il vantaggio economico di centralizzare le preparazioni, ha portato a diverse soluzioni pratiche: in alcune Regioni la prescrizione è limitata solo a pochi centri; in altri contesti la selezione di centri è mantenuta solo per le preparazioni più complicate, come ad esempio le infusioni; in alcune non vi è una abilitazione selettiva dei centri prescrittori.

**Metà delle Regioni sotto la lente ha affermato di essere supportata dalle reti oncologiche,** l’altra metà di essere eventualmente affiancata nelle scelte da una rete professionale senza un mandato preciso o ad una rete auto organizzata. Il loro ruolo delle reti varia da Regione a Regioni, c’è la rete che individua Centri prescrittori e quella che razionalizza l’uso dei farmaci alto costo, quella che esprimere raccomandazioni sui farmaci oncologici e identifica i centri Hub e Spoke.

Tutte le Regioni e Province monitorano il budget di spesa generica sulla farmaceutica e la maggior parte prevede obiettivi complessivi di spesa, definiti una volta l’anno. Nessuna prevede un budget specifico per i farmaci oncologici.

**Tutte le Regioni e Province monitorano il budget di spesa generica** sulla farmaceutica e la maggior parte prevede obiettivi complessivi di spesa, definiti una volta l’anno. Nessuna realtà locale prevede un budget specifico per i farmaci oncologici. Le tempistiche di autorizzazione all’acquisto dei farmaci non innovativi, ottenuta la rimborsabilità, vanno dagli 1 ai 6 mesi dalla richiesta; le latenze dipendono dalla cadenza delle riunioni delle Commissioni Terapeutiche Regionali (inserimento del farmaco nel prontuario) e, dove previsto, dall’individuazione tramite delibera dei centri prescrittori.

**Per quanto riguarda i sistemi informativi** alla base dei sistemi di controllo per valutazione, costi, rischi e performance e senza i quali non esiste un governance, la differenza è elevata e ancora molto fumosa. La Puglia ha investito a livello informatico e ha un programma unico di prescrizione, l’Umbria ha unico software per gli antiblastici, il Fvg un’unica cartella clinica in fase di integrazione con software, solo per citarne alcune. Le Regioni non hanno un ritorno delle informazioni dall’Aifa.