

# AZIENDE & TERRITORIO

A PAG. **22** **TOSCANA.** Riorganizzate le cure pediatriche: rete senza gerarchie  
A PAG. **22** **FIASO.** Governare i processi per migliorare le cure: i casi di Ancona, Bologna e Varese  
A PAG. **23** **MERCATI&NEWS.** Report Ernst&Young: l'health gaming conquista il paziente

**SARDEGNA/** Approvato dalla Giunta regionale un pacchetto di misure per razionalizzare i consumi

## Giro di vite sulla spesa farmaceutica

**Acquisti centralizzati e «armadietti informatizzati» nei reparti - Sprint ai generici**

**S**retta sulla spesa farmaceutica sarda. Con la delibera n. 17/13 del 24 aprile scorso, la Giunta guidata da **Ugo Cappellacci** ha approvato un pacchetto di misure ad hoc. Si va dalla centralizzazione degli acquisti all'applicazione del prontuario regionale, dall'implementazione degli armadietti informatizzati di reparto alla distribuzione diretta. Obiettivo: riportare la spesa per i medicinali entro i limiti nazionali: nel 2010 è arrivata al 22% del Fsn, contro il 15,7% fissato; nel 2011 è scesa di pochissimo, al 21,7 per cento.

L'anno scorso nell'Isola ha sfiorato sia la spesa farmaceutica ospedaliera (circa 164 milioni di euro, pari al 5,72% contro un tetto nazionale del 2,4%) sia quella territoriale, arrivata a 457,5 milioni, pari al 15,96% (contro il 13,3% nazionale). Su quest'ultima hanno pesato i costi delle cure contro patologie come diabete e sclerosi multipla, che in Sardegna ha un'incidenza molto elevata. La spesa convenzionata a carico del Ssr - al netto di ticket, differenza con il prezzo di riferimento e trattenute previste dalla legge - è stata di 334,2 milioni con 18 milioni di ricette.

Da qui la necessità di «un piano

### Salute in carcere: ecco le linee guida

**G**aranzia della massima qualità nell'offerta di servizi sanitari ai detenuti. Mantenimento, nei limiti delle incompatibilità di legge, delle professionalità già operanti all'interno degli istituti di pena. Ottimizzazione e razionalizzazione dei servizi sanitari. Collaborazione e sinergia con l'amministrazione penitenziaria. Sono questi i principi fondamentali delle linee guida per la Sanità penitenziaria approvate il 24 aprile dalla Giunta della Sardegna.

Il passaggio di competenze dal ministero della Giustizia alle Regioni, sancito con il Dpcm l'1 aprile 2008, ha incontrato anche nell'Isola non poche difficoltà, soprattutto di carattere finanziario: la Regione ha costituito un fondo ad hoc dal 2008 ma definisce «insufficienti» i finanziamenti statali, soprattutto per sostenere i costi del personale. In ogni caso alle Asl saranno liquidati subito 800mila euro impegnati nel 2011 a favore della Giustizia: i fondi saranno ripartiti in base alla popolazione detenuta al 31 dicembre scorso nelle carceri di riferimento. La Regione parteciperà poi alla ripartizione delle somme nella disponibilità del Ssn secondo i criteri definiti in sede di Conferenza Stato-Regioni. Le guidelines sono state condivise con i sindacati del personale interessato, le Asl, il Dap e il Dipartimento per la giustizia minorile.

organico» di contenimento. Per la farmaceutica ospedaliera la delibera individua cinque azioni: gare centralizzate in «unione d'acquisto» o di livello regionale; verifica dell'applicazione del

prontuario regionale da parte dei direttori generali; progressiva organizzazione delle Uo per la richiesta informatizzata dei farmaci; avvio di progetti pilota per l'allestimento centralizzato di te-

rapie a base di chemioterapici antitumorali presso il presidio Businco dell'Asl 8 e l'Asl 3; rafforzamento della distribuzione diretta del primo ciclo di terapia post-dimissione.

Sulla spesa territoriale, per la quale il tetto 2012 è fissato in 388,6 milioni, si prevedono ulteriori cinque interventi: potenziare la prescrizione dei generici; promuovere la distribuzione diretta e per conto dei farmaci ad alto costo A-PHT; creare tavoli regionali e aziendali di monitoraggio; razionalizzare i centri di riferimento autorizzati alla prescrizione dei medicinali soggetti a patenti previsti dai decreti di registrazione Aifa; razionalizzare e governare il settore dell'assistenza protesica.

«A circa un mese dai rilievi della Corte dei conti, e seguendo le indicazioni dell'Aifa - ha commentato l'assessore alla Sanità, **Simona De Francisci** - adottiamo un provvedimento importante che vuole arrivare a significative economie senza risparmiare sull'assistenza. Tra un anno contiamo di risparmiare tra i 30 e i 40 milioni di euro».

**Manuela Perrone**



**ANGOLO DI PENNA**

### «Quanta strada sarà necessaria perché l'Health Technology Assessment incida anche sui Lea?»

di **Nino Cartabellotta** \*

**T**utti i sistemi sanitari oggi devono fronteggiare tre problematiche di particolare rilevanza: le mutate condizioni socio-demografiche della popolazione, le crescenti aspettative degli utenti fortemente influenzate dai media e la proliferazione incontrollata di tecnologie sanitarie.

Per rispondere a queste sfide è indispensabile una continua valutazione dell'efficacia, della sicurezza e dell'impatto economico, etico e sociale delle tecnologie sanitarie, attraverso l'Health technology assessment (Hta).

Nell'ultimo ventennio, in Italia diversi fattori hanno reso il Ssn «acquirente disinformato» di tecnologie sanitarie: limitata cultura dell'Hta, enfatizzata dall'assenza di un'agenzia nazionale; scarso coinvolgimento degli stakeholders; input all'acquisizione di tecnologie proveniente spesso dal mondo clinico in maniera autoreferenziale e condizionato da conflitti d'interesse; estremo turn over delle tecnologie sanitarie, mantenuto dall'industria per «sostenere il mercato»; inefficacia del filtro delle autorità regolatorie, incapaci di arginare il mercato delle «false innovazioni»; autonomie regionali che hanno impedito l'attuazione di una forte politica nazionale di Hta.

Grazie a diversi progetti regionali (Emilia Romagna, Veneto), aziendali (Policlinico Gemelli, Policlinico S. Matteo, Apss di Trento) e collaborativi (Network italiano Hta), è tuttavia maturato un progressivo interesse culturale per l'Hta sino a catalizzare l'attenzione delle politiche sanitarie.

Oggi, infatti, numerosi eventi testimoniano che, dopo decenni di lungo silenzio, l'Hta si muove a livello istituzionale anche nel nostro Paese.

● Con la deliberazione n. 73/Cu, del 20 settembre 2007, la Conferenza unificata Stato-Regioni ha attribuito nuovi indirizzi per l'attività dell'Agenas (Agenzia italiana Hta), è tuttavia maturato un progressivo interesse culturale per l'Hta sino a catalizzare l'attenzione delle politiche sanitarie.

Oggi, infatti, numerosi eventi testimoniano che, dopo decenni di lungo silenzio, l'Hta si muove a livello istituzionale anche nel nostro Paese.

● Con la deliberazione n. 73/Cu, del 20 settembre 2007, la Conferenza unificata Stato-Regioni ha attribuito nuovi indirizzi per l'attività dell'Agenas (Agenzia italiana Hta), è tuttavia maturato un progressivo interesse culturale per l'Hta sino a catalizzare l'attenzione delle politiche sanitarie.

Oggi, infatti, numerosi eventi testimoniano che, dopo decenni di lungo silenzio, l'Hta si muove a livello istituzionale anche nel nostro Paese.

● Con la deliberazione n. 73/Cu, del 20 settembre 2007, la Conferenza unificata Stato-Regioni ha attribuito nuovi indirizzi per l'attività dell'Agenas (Agenzia italiana Hta), è tuttavia maturato un progressivo interesse culturale per l'Hta sino a catalizzare l'attenzione delle politiche sanitarie.

● Diverse Regioni (Emilia-Romagna, Veneto, Lombardia, Piemonte, Toscana) hanno pubblicato specifiche delibere per l'attivazione di un sistema regionale di Hta (Int J Technol assess health care 2009; 25 Suppl 1:127-33).

CONTINUA A PAGINA 21

#### LOMBARDIA

### R&S pubblico-privato

**R**egione Lombardia parteciperà direttamente, insieme ad alcune imprese, alla ricerca e allo sviluppo di prodotti in ambito sanitario non ancora esistenti sul mercato, ritenuti utili a migliorare i processi organizzativi e la qualità dei servizi offerti ai cittadini, abbattendo i costi. L'investimento è di 759mila euro. Si tratta in particolare di sistemi robotici automatizzati per il prelievo venoso; dispositivi di interfaccia universale per apparecchiature mediche domiciliari per la trasmissione dei dati dei pazienti; dispositivi automatizzati per il traino di letti e barelle.

Oltre 60 aziende hanno già risposto positivamente all'invito di Regione Lombardia a sviluppare insieme questi nuovi prodotti, partecipando alla prima «audizione collettiva di dialogo tecnico con il mercato», in corso di svolgimento oggi a Palazzo Lombardia. Questo procedimento, già utilizzato in Gran Bretagna e negli Usa, è promosso dalla normativa comunitaria ma ancora poco diffuso in Europa.

### Follie ragionate tra dolore e bellezza

**U**na psicoanalista che dialoga con una filosofa scrittrice sul tema delle psicosi e del delirio. Letture drammatizzate di un libro che racconta le «Follie ragionate». Sono alcuni degli appuntamenti previsti dal progetto «Dolore in bellezza», un percorso «aperto» nel mondo del dolore, attraverso gli occhi di chi l'ha vissuto. La rassegna parte il 3 maggio al Teatro due di Parma e ospiterà incontri pubblici e laboratori formativi, dedicati agli operatori dei servizi Asl per la salute mentale. L'iniziativa è promossa dall'Asl e dall'Università di Parma, in collaborazione con Fondazione Teatro Due e con il sostegno del corso di laurea in Infermieristica. (Ro.M.)

#### LAZIO

### Piano per l'Alzheimer

**I**l Consiglio regionale del Lazio ha approvato il «Piano regionale in favore di soggetti affetti da malattia di Alzheimer-Perusini e altre forme di demenza» (proposta di legge n. 35 del 2010). La legge è passata con 32 voti favorevoli e 7 astenuti, su 39 presenti. Approvato, contestualmente, anche un ordine del giorno che impegna la giunta «ad adottare bandi pubblici - tramite la presentazione di apposite domande - per l'erogazione delle risorse» destinate alle associazioni di volontariato, come previsto all'articolo 14 della legge. «Il provvedimento - ha detto la presidente della commissione Sanità, **Alessandra Mandarelli** - è incentrato sulle istanze delle associazioni dei familiari e del mondo scientifico, nonché sulla ricognizione dei servizi finora presenti sul territorio. Questa legge punta all'integrazione e al miglioramento della rete dei servizi socio-sanitari, alla diagnosi precoce e alla presa in carico globale dei pazienti e delle loro famiglie».

#### IN BREVE

##### ▼ Abruzzo: dipartimenti unitari

Nella Asl Lanciano-Vasto-Chieti arrivano i Dipartimenti unitari indicati nel nuovo atto aziendale, che segnano un processo di partecipazione di medici, infermieri, tecnici alle scelte della Direzione generale. Un ulteriore tassello nell'organizzazione della nuova Azienda nata dalla fusione tra le due ex Asl di Lanciano-Vasto e di Chieti.

##### ▼ Toscana: la dialisi in vacanza

Anche quest'anno i pazienti nefropatici cronici che vivono in Toscana, nelle altre regioni e anche all'estero, potranno andare in vacanza con la sicurezza di trovare il servizio di dialisi nelle località di villeggiatura toscane. Una delibera di giunta conferma infatti per l'anno 2012 il progetto, stanziando 120mila euro.

##### ▼ Verona: lotta a disuguaglianze

Verona rafforza la lotta alle disuguaglianze di salute. L'Ulss 20 ha predisposto una ricognizione degli interventi in corso che fanno capo al Dipartimento di prevenzione. L'intento è di allargare l'indagine a tutti gli altri settori di intervento dell'Azienda, per programmare un successivo piano organico di contrasto.

##### ▼ Treviso: tatuatori per il seno

Si è tenuto a Treviso il primo corso in Italia di dermopigmentazione in Senologia realizzato dal Centro di Senologia dell'Azienda Ulss 9 e dalla Lilt, sezione Treviso Onlus. Il corso ha permesso a un gruppo di 17 estetisti di ottenere la qualifica di tatuatori specializzati nel trattamento delle donne curate per carcinoma della mammella.

LOMBARDIA/ Restyling a tutto campo per l'accreditamento delle strutture socio-sanitarie

# Rsa lombarde con la polizza

Copertura assicurativa tra i requisiti - Verifiche stringenti affidate alle Asl



**C**i dovrà essere un gestore senza macchia, dotato di personalità giuridica, di dimostrata affidabilità economica e di una polizza assicurativa per la responsabilità civile alla guida delle strutture socio-sanitarie accreditate a prestare la loro opera per conto della Regione Lombardia. La novità è contenuta nella delibera - approvata martedì scorso su proposta dell'assessore ai Servizi sociali **Guido Boscagli** e trasmessa all'esame del Consiglio - con cui la Giunta regionale intende porre mano al completo restyling delle procedure di accreditamento, vigilanza e controllo nel settore, abrogando in toto la disciplina attualmente vigente, risalente al 2008.

Obiettivo esplicito dell'operazione, garantire all'interno della rete degli erogatori pubblici e privati accreditati, condizioni omogenee di servizio a valere su requisiti di accreditamento assai più stringenti che in passato. Tra i requisiti trasversali organizzativi e gestionali figurano a esempio l'applicazione dei contratti nazionali di lavoro per il personale, il dimostrato utilizzo di idonei profili professionali e l'adozione di sistemi di rilevazione della customer satisfaction. Tutte le strutture dovranno tra l'altro adottare il fascicolo socio-assistenziale e sanitario completo del consenso informato dell'assistito o tutore e dovranno essere in possesso di un documento di descrizione della procedura di presa in carico dell'assistito, di elaborazione di un piano assistenziale individualizzato e di avvio dell'assistenza che declini fasi, tempi e operatori coinvolti.

Molto articolato il capitolo della delibera relativo all'attività di vigilanza e controllo affidata alla responsabilità delle Asl su linee guida definite a livello regionale ed espletata tramite visite programmate, visite straordinarie (su segnalazione o su richiesta di altri enti) e

urgenti. Previste in quest'ambito verifiche sul possesso e mantenimento dei requisiti d'esercizio/accreditamento; sul rispetto della normativa; sull'appropriatezza dei servizi; sulla corretta classificazione degli utenti; sulla rendicontazione economica dei servizi erogati e così via.

Controlli ad hoc verranno effettuati anche su risorse umane, qualifiche e standard; manutenzione delle apparecchiature; tracciabilità dell'approvvigionamento di farmaci; trasparenza delle liste d'attesa all'accesso; piani educativi e d'animazione.

La Asl verificherà inoltre che vi sia un regolare contratto d'ingresso in tutte le unità assistenziali dove è prevista la compartecipazione al costo da parte degli utenti. La delibera introduce anche requisiti specifici per l'esercizio dell'assistenza domiciliare integrata (Adi) prevedendo tra l'altro reperibilità telefonica, impegno all'attuazione di protocolli di continuità assistenziale, individuazione delle fasce giornaliere di copertura del servizio, adozione del fascicolo socio-assistenziale e sanitario, completo di piano individualizzato sottoscritto da un familiare e diario delle prestazioni a domicilio.

Rivisto, infine, anche il capitolo delle sanzioni: la mancata presentazione della Scia costerà da 5mila a 50mila euro di multa; l'esercizio dell'attività in mancanza dei requisiti minimi da mille a 10mila; il mancato mantenimento degli stessi da 500 a 5mila, idem per le codifiche menzognere sulla fragilità degli utenti o l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## CAMPANIA

### Morte improvvisa nello sport: un test genetico per prevenirla

**Q**ualsiasi studio o analisi su qualunque patologia resta materia per gli addetti ai lavori finché non arriva una triste pagina di cronaca a risvegliare l'interesse di opinione pubblica e media. Così è stato anche con Piermario Morosini, il giovane atleta professionista deceduto per morte improvvisa cardiaca. Prima ancora della divulgazione del referto medico, l'attenzione si è focalizzata sulla presenza dei defibrillatori a bordo campo. Come è noto il Dm 18 marzo 2011, fortemente voluto dai senatori della commissione Igiene e Sanità del Senato prevede una capillare diffusione dei defibrillatori in diversi spazi pubblici e stanza un fondo di 8 milioni. E questo è già qualcosa.

Ma a parte il defibrillatore e la formazione del personale a utilizzarlo dal punto di vista della prevenzione medica, qualcosa in più si può dire e fare. La ricerca dice che ci sono oltre 80 geni associati ad alterazioni cardiache che possono essere, direttamente o indirettamente, causa di morte improvvisa e - con un certo orgoglio - possiamo affermare che il nostro Paese è all'avanguardia nella lotta contro la morte improvvisa. Benché datato - risale al 2003 - l'unico studio prospettico eseguito in Italia e in Europa ha consentito una riduzione significativa di morte cardiovascolare improvvisa nei giovani atleti professionisti. Lo studio condotto sulla popolazione della Regione Veneto nel periodo 1979-1999, denota un'impressionante incidenza di morte improvvisa del 2,3 per 100mila atleti l'anno (2,62 negli uomini e 1,07 nelle donne) per tutte le cause (cardiovascolari e non) e di 2,1 per 100mila atleti l'anno per malattie cardiovascolari.

Solo dopo (1982) l'introduzione dello screening nazionale di preparazione all'attività sportiva agonistica l'incidenza è diminuita da 3,6/100.000/anno nel 1979-1980 a 0,4/100.000/anno nel 2003-2004. In Italia molti laboratori di diagnostica molecolare (Padova, Genova, Pavia, Firenze, Napoli) sono in grado di eseguire indagini, ma restano le difficoltà soprattutto economiche di effettuare negli sportivi test genetici predittivi di rischio di morte improvvisa.

Una delle strade da imboccare potrebbe essere quella tracciata nella Regione Campania. In quel Sud sempre alle prese con risorse esigue e vincoli giuridici e finanziari, si è creata una rete tra il Ceinge (istituto di ricerca internazionale di genetica molecolare) e la cardiologia Sun dell'ospedale Monaldi, che ha polarizzato la sua attenzione su pannelli (chip) di geni, analizzabili in esperimenti unici per ciascun soggetto, capaci di svelare la presenza di alterazioni geniche responsabili anche di morte improvvisa. Si dovrebbero sottoporre già da ora a screening genetici per questi geni tutti i giovani che si avviano allo sport, dilettantistico e professionistico, e nelle cui famiglie si sono verificati casi di morte improvvisa. Ciò consentirebbe ad autorità e medici sportivi di lavorare in modo ottimale per decidere o raccomandare che tipo di pratica sportiva potrebbe non essere consentita se non vietata. Limitando l'attenzione a pochi geni e ai soggetti con una familiarità nella patologia, possiamo evitare nuovi drammatici epiloghi dei nostri atleti.

Raffaele Calabrò

Cardiologo e membro della commissione Igiene e Sanità  
Francesco Salvatore  
Presidente Ceinge

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## L'ANALISI

### Corporate governance nel mirino della Regione

**C**on la delibera sulle Rsa la Regione Lombardia ha compiuto un significativo passo nella direzione di qualificare l'accreditamento istituzionale degli enti, pubblici e privati, che erogano prestazioni socio-sanitarie introducendo requisiti qualitativi sotto il profilo organizzativo. Il sistema socio-sanitario regionale, al pari di quello sanitario è, "inter alia", un sistema caratterizzato da un assetto organizzativo di stampo pubblicistico finanziato dalla fiscalità generale e definito dalla programmazione del numero e dell'attività dei soggetti erogatori. Nel solco della giurisprudenza amministrativa che ha riconosciuto la natura concessoria dell'accreditamento pare pertanto apprezzabile il tentativo posto in essere di introdurre requisiti maggiormente stringenti per rendere effettive e cogenti le comuni disposizioni in materia di controllo da parte dell'ente pubblico (Regione e Asl).

In particolare meritano di essere menzionati sia la previsione dei requisiti inerenti all'affidabilità economico-finanziaria del soggetto gestore, da comprovare mediante attestazione di un documento contabile-finanziario, al fine di assicurare la continuità nell'erogazione delle prestazioni, che il requisito di compliance ex Dlgs 231/2001 obbligatorio.

L'aver reso obbligatoria la compliance 231 nella filiera dell'accreditamento significa

in altri termini riconoscere rilevanza pubblica all'adozione dei modelli organizzativi da parte degli enti accreditati. Codice etico, modello organizzativo e organismo di vigilanza assumono sia una valenza interna all'ente ai fini dell'esimente dalla responsabilità amministrativa sia esterna nei confronti dell'Asl e della Regione cui l'Organismo di vigilanza è tenuto a inviare entro il 31 dicembre di ogni anno una relazione annuale dell'attività svolta.

La prassi ci mostrerà se e come tali previsioni porteranno i risultati sperati, ma non v'è dubbio che le novità introdotte siano foriere di benefici indotti e tra questi vanno ricordati la bontà organizzativa dei modelli che, se ben applicati, sono in grado di portare benefici in termini di trasparenza, efficacia e appropriatezza delle prestazioni, così come la circoscrizione dei danni derivanti da una "mala gestio" di singoli amministratori e soggetti apicali dell'ente accreditato, danni e relative responsabilità/sanzioni che ricadrebbero in capo alla persona fisica senza intaccare il patrimonio e il funzionamento della persona giuridica.

Non vanno poi trascurate la continuità del servizio e la protezione dei bisogni dei cittadini che sarebbero gravemente compromesse a fronte della comminazione di una sanzione interdittiva con conseguente interruzione del servizio.

Da ultimo deve essere considerato il dan-

no di immagine che il territorio, l'amministrazione regionale (che la autorizza al funzionamento, la accredita e, almeno per ora la contrattualizza, cioè la finanzia) e il sistema socio-sanitario regionale deriverebbero da un'eventuale pubblicazione della sentenza 231, ricordando che tra i reati presupposti sono previsti reati molto sensibili per l'opinione pubblica come la truffa ai danni della pubblica amministrazione, la corruzione e la concussione. Il nuovo sistema regionale di accreditamento, con le previsioni testé ricordate, si configura come un vero e proprio meccanismo integrato di gestione del rischio, che parte dall'analisi della situazione esistente per giungere all'attivazione di opportuni sistemi di controllo e prevenzione di comportamenti illeciti.

Le nuove regole hanno altresì lo scopo di promuovere la crescita organizzativa degli enti erogatori favorendo e stimolando strumenti di corporate governance, quali requisiti obbligatori di accreditamento, per definire l'insieme delle regole, delle procedure e delle strutture organizzative volte a consentire una conduzione dell'impresa sana, corretta e coerente con gli obiettivi prefissati.

Pietro Previtali  
Alessandro Venturi  
Università di Pavia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## SEGUE DA PAGINA 20

## ANGOLO DI PENNA

- Colmando una clamorosa latitanza documentata anche dall'Oms (Health technology assessment and health policy-making in Europe. World health organization 2008), dal 2009 l'Agenas è membro dell'International network of Agencies for health technology assessment (Inahta), seguito a ruota dalla Unità di valutazione delle tecnologie (Uvt) del Policlinico Gemelli.
- L'Agenas, l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), l'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, la Regione Veneto e il Policlinico Gemelli fanno parte dell'European network for Health technology assess-

ment (EunetHta).

- L'Hta è stato inserito tra gli obiettivi formativi di interesse nazionale nel Nuovo sistema Ecm.
- L'articolo 9 del testo del Ddl sul Governo clinico, elaborato dalla Commissione Affari sociali, è dedicato alla "Programmazione e gestione delle tecnologie sanitarie".
- Ispirandosi ai principi della Carta di Trento, nel 2007 è stata fondata la Società italiana di health technology assessment (Sihta).

Questo fervore se da un lato lascia intravedere stimolanti orizzonti, dall'altro pone spinosi interrogativi, ai quali

le Istituzioni dovranno presto dare risposte.

- Con quali modalità l'Agenas supporterà l'Hta in 21 sistemi sanitari regionali/provinciali, le cui priorità sulle tecnologie sanitarie sono inevitabilmente differenti?
- Quali vincoli avranno Regioni e aziende sanitarie, rispetto agli Hta-reports e agli Hs-reports prodotti dall'Agenas, se l'autonomia regionale in termini di Lea è di fatto assoluta?
- Le aziende sanitarie saranno tenute a governare le donazioni di tecnologie sanitarie da parte di fondazioni ed enti privati, inclusa l'industria?

- Nel processo di Hta nazionale, come sarà integrata l'attività dell'Agenas con quelle dell'Aifa e della Cud (dispositivi)?
- Come dovranno integrarsi le attività di ricerca e sviluppo nazionali e regionali, quando le evidenze scientifiche disponibili sono insufficienti per l'adozione indiscriminata delle tecnologie sanitarie?
- Con quali modalità i programmi istituzionali di Hta coinvolgeranno l'industria?

Ma in questa fase di effervescente entusiasmo per l'Hta, a generare ulteriori perplessità irrompe soprattutto la

madre di tutte le domande: l'attività di Hta nazionale sarà realmente in grado di condizionare i Lea e la governance delle tecnologie sanitarie?

Il timore è che, in assenza di specifici provvedimenti, l'Hta rimarrà allo stato di edulcorante culturale senza alcun impatto sulla programmazione sanitaria, sull'impiego delle risorse economiche e sulla qualità dell'assistenza.

In altre parole, l'egregio lavoro dei tecnici continuerà a essere sistematicamente ignorato dalla politica!

\* Presidente Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA