

+ privata) mostra come il Trentino Alto Adige continui ad essere la Regione con la spesa più bassa e il Lazio quella con la spesa più elevata (tab. 30).

Rispetto al tetto di spesa del 13% definito dalla L. 405 del 2001, è possibile osservare come questo venga raggiunto solo dal Trentino Alto Adige. Tre Regioni (Sicilia, Lazio e Campania) spiegano il 50% dello sfondamento della spesa. Come sottolineato da numerosi studi internazionali, molta parte della variabilità — sia a livello regionale italiano che a livello internazio-

nale — non è spiegabile da differenze nelle malattie o nei bisogni sanitari, ma da diverse modalità di approccio, più o meno appropriate o più o meno sostenute da adeguati dati di efficacia. Inoltre, nella situazione italiana, le Regioni con la spesa minore sono anche quelle che da più tempo hanno introdotto sistemi di verifica delle prescrizioni all'interno del SSN e hanno adottato, sebbene spesso in maniera ancora frammentaria, interventi correttivi sia di tipo amministrativo (controlli e feed-back informativo sulle prescrizioni ai medici) sia di ti-

Tab.30 Stima della quota di spesa farmaceutica netta regionale sulla spesa complessiva del SSN. Anno 2002

Regioni	Ripartizione FSN		Tetto 13%	Spesa netta*	Differenza		Incidenza % su spesa SSN	
	%	milioni □	milioni □	milioni □	milioni □	%sul tot.		
Sicilia	8	6.184	804	1.200	396	19,3	19,3	19,6
Lazio	9	6.679	868	1.248	380	18,5	37,9	18,9
Campania	9	6.971	906	1.226	320	15,6	53,5	17,8
Puglia	7	5.023	653	835	182	8,9	62,4	16,8
Lombardia	16	12.035	1.565	1.739	174	8,5	70,9	14,6
Calabria	3	2.410	313	440	127	6,2	77,1	18,5
Abruzzo	2	1.664	216	287	71	3,5	80,5	17,4
Sardegna	3	2.013	262	327	65	3,2	83,7	16,3
Marche	3	1.915	249	308	59	2,9	86,6	16,2
Liguria	3	2.345	305	359	54	2,6	89,2	13,6
Emilia Romagna	8	5.608	729	781	52	2,5	91,7	15,5
Toscana	7	4.845	630	680	50	2,4	94,2	14,0
Basilicata	1	682	89	128	39	1,9	96,1	18,0
Piemonte	8	5.697	741	761	20	1,0	97,1	13,5
Veneto	8	5.859	762	781	19	0,9	98,0	13,4
Umbria	2	1.144	149	167	18	0,9	98,8	14,7
Molise	1	414	54	70	16	0,8	99,6	16,8
Friuli Venezia Giulia	2	1.639	213	222	9	0,4	100,0	13,4
Valle d'Aosta	0	146	19	22	3	0,1	100,2	14,7
Trentino Alto Adige	2	1.160	151	146	-5	-0,2	100,0	12,7
Italia	100	74.564	9.676	11.723	2.047	100,0	-	15,9

* La spesa netta è ottenuta sottraendo alla spesa lorda le trattenute alle farmacie e il ticket a carico dei pazienti

Fonte: Elaborazione OSMED su dati ASSR

po informativo e formativo per i medici del territorio e ospedalieri.

La tendenza sopra descritta alla razionalizzazione del consumo di farmaci ed al controllo della spesa farmaceutica ha segnato ulteriori sviluppi nel 2002, anno in cui vengono adottati, oltre ai provvedimenti regionali di riequilibrio della spesa farmaceutica, anche importanti provvedimenti amministrativi nazionali come:

- l'adeguamento alla IV tranche del prezzo medio europeo a partire dal 1° gennaio 2002;
- la riduzione del 5% del prezzo dei farmaci;
- l'applicazione della normativa sui farmaci generici.
- Abolizione delle classi B1 e B2 (D.M. del 7/09/2002)

Questi ed altri provvedimenti troveranno soluzione organica con l'introduzione, nel febbraio 2003, del nuovo Prontuario Farmaceutico Nazionale.

Riferimenti bibliografici

O. Cars et alii. Variation in antibiotic use in the European Union, *Lancet*, 2001.

S. Garattini. Cultural shift in Italy's drug policy, *Lancet*, 1995.

S. Garattini, V. Bertelè. Adjusting Europe's drug regulation to public health needs, *Lancet*, 2001.

F. Grandi et alii. Who decides which drugs to prescribe? An observational study on the first prescriber for outpatients. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 2002.

OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development), *Health Data*, Paris, 2001.

OSMED (Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale gennaio-settembre 2002. Ministero della salute, Roma, dicembre 2002.

G. Traversa et alii. Consumo e spesa pubblica nel settore farmaceutico in I Servizi sanitari in

Italia a cura di G. Fiorentini, Il Mulino Editore, Bologna, 2002.

J. Wennberg. Unwarranted variations in health-care delivery: implications for academic medical centers, *BMJ*, 2002.

15. BIOTERRORISMO

In relazione allo scenario determinatosi a seguito degli eventi dell'11 settembre 2001, in Italia sono state intraprese iniziative per fronteggiare le conseguenze di un eventuale impiego deliberato di aggressivi biologici o chimici. Tali iniziative sono state assunte contemporaneamente e trasversalmente fra Enti istituzionalmente coinvolti e si sono articolate nelle tre fasi della:

- gestione dell'emergenza;
- ricognizione delle risorse;
- elaborazione e divulgazione del Piano Nazionale di Difesa Settore Sanitario.

Per quanto riguarda la prima fase, presso il Ministero della salute è stato costituito un Gruppo di Lavoro, denominato "Unità di crisi" formato, oltre che da rappresentanti del Ministero della salute, da eminenti specialisti nel campo delle malattie infettive, dell'ematologia, della sicurezza e prevenzione nei luoghi di lavoro, della sanità militare, nonché dalla rappresentanza della Segreteria NATO-UEO.

Il Gruppo di Lavoro, nello svolgimento dei compiti e nella messa a punto delle indicazioni tecniche e procedurali, è stato coadiuvato da tecnici specialisti della Direzione Generale della Prevenzione del Ministero.

Per la gestione dell'emergenza si sono immediatamente adottate procedure concordate, che prevedono il coinvolgimento degli operatori sanitari di tutti i livelli.

Come elemento cardine della fase iniziale e come primo filtro, si è istituito il numero verde 800 571 661, cui potevano afferire cittadini ed operatori sanitari. Il numero verde è stato attivo su due versanti: nei confronti della popolazione, al fine di dare rassicurazioni ed informazioni corrette ed opportune; nei confronti degli operatori, al fine di registrarne le segnalazioni, valutarne la qualità, smistarle verso le strutture competenti e ritrasmetterle alle Istituzioni che hanno svolto attività di supporto. Tali Istituzioni sono state individuate in alcuni centri di eccellenza nazionali, con il compito di supportare il SSN per la valutazione del rischio e per l'attività diagnostica non effettuabile in situazioni routinarie. Compito di tali

centri è anche quello di fornire indicazioni omogenee e standard su problemi, con i quali la maggior parte degli operatori sanitari italiani non si era, per fortuna, fino al 2001, mai confrontata.

Sono state impartite alle strutture sanitarie nazionali istruzioni, circa l'intensificazione della sorveglianza di patologie infettive non usuali e di altri eventi inattesi.

A fini informativi, è stata inviata alle Regioni, alle ASL, alle AO (Aziende Ospedaliere), alle associazioni di categoria dei medici — nonché al Ministero dell'interno, al Ministero della difesa, al Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri — la documentazione relativa alle caratteristiche di agenti biologici e chimici che potrebbero essere impiegati a scopo terroristico, insieme ad indicazioni su misure di profilassi e contenimento ed all'elenco di presidi farmacologici utili in caso di aggressione con tali agenti.

Il tutto è stato reso disponibile sul sito internet del Ministero della salute, allo scopo di assicurarne la massima diffusione.

È stato, inoltre, definito un protocollo per la gestione di materiali sospetti per possibile contaminazione da spore di bacillo anthracis, in cui si stabilisce quale materiale sia da considerare sospetto, le procedure per l'allerta, le modalità di prelievo e trasporto, il trattamento per l'inattivazione del probabile contaminante. Nel protocollo è stato individuato, quale Centro di Riferimento per le indagini sul materiale sospetto, l'Istituto Zooprofilattico di Foggia, in grado di eseguire la ricerca del DNA batterico (i risultati delle indagini eseguite ad oggi, circa 2.300, sono stati tutti negativi per presenza di antrace).

In una seconda fase, si è proceduto ad una ricognizione dei presidi utili e di provata efficacia in caso di emergenza reale e si è prevista la costituzione, a livello centrale, di ulteriori scorte commisurate a diversi scenari, in sinergia con il Ministero dell'interno.

La ricognizione ha riguardato:

- numero di posti letti nei reparti per malattie infettive degli Istituti di ricovero pubblici e

- privati accreditati;
- funzionalità del Servizio 118;
- centri antiveleno;
- centri per la rilevazione della radioattività;
- centri dei servizi di medicina nucleare;
- aziende farmaceutiche produttrici di sieri e vaccini;
- disponibilità di presidi farmacologici (antibiotici, antidoti, vaccini) per fronteggiare eventuali situazioni di emergenza.

Inoltre, sono state avviate le procedure per la conservazione di scorte di vaccino antivaioleso. Nel contempo, è stata avviata un'indagine conoscitiva presso le Regioni per acquisire ulteriori elementi di conoscenza in relazione alla disponibilità, sui territori di rispettiva competenza, di:

- rilevatori di agenti biologici e chimici;
- antibiotici e vaccini per agenti inusuali;
- tute e maschere per agenti chimici e biologici;
- centri ospedalieri dotati di stanze di isolamento a pressione negativa, con zone filtro a pressione positiva e relativo numero di posti letto;
- laboratori fissi e mobili di livello BSL3, per gestione agenti infettivi a fini diagnostici;
- laboratori fissi e mobili di livello BSL4, per gestione agenti infettivi a fini diagnostici;
- centri in cui è possibile mettere a punto tecniche di diagnostica rapida per agenti inusuali, con laboratori ad elevato livello di contenimento che consentano di fornire una risposta entro 24 ore dal ricevimento del campione in tutti i giorni dell'anno;
- laboratori con capacità diagnostiche per agenti biologici in base a reagenti e procedure già disponibili ed, in particolare, per: vaiolo major (vaiolo), bacillus anthracis (antrace o carbonchio), yersinia pestis (peste), tossina di cl. botulinum (botulismo), francisella tularensis (tularemia), filovirus (ebola, marburg), arenavirus (febbre lassa, febbre emorragica argentina-junin, e virus correlati).

Nelle Regioni e nelle Province Autonome di Trento e di Bolzano si è proceduto, su invito del Ministero, alla costituzione di unità di crisi locali che possano agire in maniera coordinata

con l'unità di crisi costituita a livello centrale. Infine, in linea con il Piano di difesa nazionale, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, è stato messo a punto e divulgato il Piano nazionale di difesa settore sanitario.

Il Piano è stato redatto dalla Direzione Generale della Prevenzione con l'apporto dell'ISS e dell'ISPESL (Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro) — nonché con la consulenza tecnico-operativa della Direzione Generale della sanità militare — approvato dall'unità di crisi e divulgato dal Ministro della salute agli Organi regionali.

Consiste di una parte non classificata, quella appunto divulgata, e di una parte classificata, cui hanno accesso solo operatori provvisti di nulla osta di segretezza.

Il Piano, che tiene conto della linea organizzativa prevista dalle vigenti disposizioni in materia di gestione delle crisi, si articola in due parti: nella prima è presa in considerazione la minaccia biologica, nella seconda, invece, la minaccia chimica e radiologica.

Ciascuna parte è, a sua volta, suddivisa in due titoli.

Nel primo, di tipo divulgativo, vengono fornite informazioni generali sui criteri essenziali per l'identificazione di eventi dannosi a seguito di atto terroristico, sui siti bersaglio, sugli aggressivi presumibilmente utilizzabili in tali scenari e sulle modalità patogenetiche di detti aggressivi.

Nel secondo, ad impostazione eminentemente operativa, vengono enunciate considerazioni di massima di tipo organizzativo, in base alle quali possono essere sviluppate in sede locale le procedure di intervento più idonee.