

Arrivederci

di Cesare Fassari

Il 14 febbraio 1997, usciva il primo numero de "Il Bisturi". Un giornale per medici e opinion leaders della sanità. Un giornale molto diverso dalle altre testate specialistiche di settore: per il formato, il taglio degli articoli, le vignette di Vincino, l'attenzione forte alla politica e al "dietro le quinte" di decisioni, progetti, programmi, provvedimenti.

Un giornale che, penso di poterlo dire, è stato un piccolo caso editoriale nel mondo dell'informazione sanitaria.

Un caso esploso anche su internet con il sito omonimo visionato quotidianamente da migliaia di operatori del settore.

In questi nove anni abbiamo fatto qualche piccola battaglia (nel senso della promozione delle nostre idee) e qualcuna l'abbiamo vinta. Penso al caso Di Bella, dove, tra i primi, denunciavamo gli errori di media e politica sulla vicenda. Penso alle critiche cocciute e costanti verso un federalismo sanitario da attuare "comunque e per forza". Penso ai richiami affinché etica e business, in medicina, trovassero una nuova dimensione e nuova cittadinanza anche in Italia sull'esempio delle grandi tradizioni di trasparenza anglosassoni. Penso infine alla nostra testardaggine nell'evidenziare che la sanità debba essere considerata non solo come fattore di spesa ma anche come volano straordinario per lo sviluppo del Paese.

Ogni quindici giorni ho cercato, attraverso questa colonna, di trasmettere pensieri, riflessioni, tentativi di analisi e di spiegazione di quanto, settimana dopo settimana, accadeva nel vasto, variegato e complesso mondo della sanità italiana. A volte "azzeccandoci", a volte no. Ma sempre con la voglia di guardare o meglio esplorare un po' più in là delle immediate apparenze.

Forse anche per quelle analisi e quelle idee sono stato chiamato a dirigere l'ufficio stampa del neo ministro della Salute Livia Turco. Un incarico importante, difficile e di oggettiva responsabilità.

Ho scelto di rispondere affermativamente alla chiamata e di traslocare la mia esperienza al servizio del progetto di sviluppo, innovazione e miglioramento della sanità italiana così come delineati nel programma del nuovo Governo guidato da Romano Prodi.

A seguito di quest'incarico ho rassegnato le mie dimissioni da direttore responsabile de "Il Bisturi" lasciando il testimone a Eva Antoniotti, mia fedele caporedattrice da sempre.

So che questa "creatura" continuerà a vivere e a crescere anche senza di me; avendo ormai una "sua" vita indipendente dagli uomini e dalle donne che si avvicendano e avvicenderanno al suo timone.

Un grazie a tutti voi. Un grazie alla mia squadra di giornalisti, grafici e segreteria di direzione.

E, arrivederci.

Livia Turco alla guida del ministero, sul solco tracciato da Rosy Bindi

## Una ministra alla Sanità

Il Governo è fatto. Il 17 maggio il presidente del Consiglio Romano Prodi ha presentato la sua squadra che, dopo un balletto di nomi e cifre durato alcuni giorni, appare così composto: 2 vicepremier, 25 ministri, 10 viceministri e 63 sottosegretari. Tra ministri, viceministri e sottosegretari, il nuovo Governo di Centrosinistra conta in totale 98 persone: 43 fanno anche parte del Parlamento (8 senatori e 35 deputati), 55 invece sono i membri "laici", cioè non parlamentari ma tecnici o candidati non eletti.

Dopo dieci anni dunque una donna torna alla guida del ministero della Salute, è Livia Turco (Ds). Ancora una volta Romano Prodi sceglie di affidare la guida del dicastero della Salute a una ministra. Era già successo nel '96 con Rosy Bindi.

Pronte anche le Commissioni parlamentari elette lo scorso 6 giugno: Ignazio Marino (l'Ulivo) presiederà la Commissione Igiene e Sanità del Senato, mentre la guida della Commissione Affari Sociali della Camera è stata affidata a Domenico Lucà (l'Ulivo).

A questo punto, la XV legislatura può cominciare a lavorare a pieno titolo per trasformare il programma elettorale in fatti. Livia Turco sembra avere le idee chiare sugli obiettivi da perseguire. "Il cittadino al centro del Ssn non sia più uno slogan, ma diventi realtà", sono state le sue prime parole dopo aver prestato giuramento al Quirinale. La ministra ha affermato l'intenzione di voler svolgere il suo mandato "nel solco tracciato da Rosy Bindi". Le sue parole d'ordine saranno qualità, appropriatezza, sviluppo, promozione della sanità pubblica ma, so-

Dialogo è la parola d'ordine del Governo Prodi.

Sul confronto con i protagonisti del mondo sanitario Livia Turco punta per trovare le soluzioni alle questioni più gravi e improcrastinabili



prattutto, dialogo con tutti i protagonisti del panorama sanitario. In questo senso ha già preso il via il dialogo con le Regioni, un dialogo che sarà importantissimo anche in vista del referendum di fine mese sulla Devolution che, se dovesse passare, potrebbe aprire la strada, secondo la ministra, a un contenzioso Governo-Giunte difficile da gestire.

Oltre a quello con le Regioni, poi, ha già preso il via il tavolo di confronto sul settore dei farmaci di cui, oltre a Turco, fanno parte il ministro dello Sviluppo Economico, Pier Luigi Bersani, e i rappresentanti di Farmindustria. Il tavolo avrà lo scopo di produrre una piattafor-

ma condivisa di programma per gli investimenti nella ricerca e l'innovazione del settore farmaceutico, ma anche per il controllo della spesa farmaceutica. Il problema dei conti resta infatti una priorità per il Governo, e la sanità vi incide in maniera consistente. Una questione che sul piano farmaceutico va affrontata, secondo il ministro, in una logica che sappia coniugare "rigore nei controlli, appropriatezza nelle prescrizioni e nei percorsi terapeutici, contenimento della spesa pubblica e dei costi a carico dei cittadini".

La ministra è consapevole che tra le priorità della sanità c'è il bisogno di soldi "e questa - ha detto - è una delle prime condizioni che porrò sul tappeto, d'altra parte è uno dei punti del programma". Però, ha sottolineato, maggiori risorse "non bastano. Ci sono problemi che riguardano la qualità del sistema e un altro punto importante è la lotta agli sprechi, la necessità di moralizzare il settore, di dare fiducia ai medici e rendere il cittadino sempre più competente".

In riferimento ai disavanzi regionali, la Turco ha sottolineato come "la situazione della finanza pubblica e le opportune iniziative di verifica degli andamenti di spesa nei diversi comparti, richiedono il massimo rigore nella gestione della spesa sanitaria". Anche in questo caso è intenzione del Governo di proseguire nella politica di controllo e di correzione delle eventuali inapproprietezze con un obiettivo ben difficile da raggiungere: il pareggio di bilancio. "Ci sono Regioni virtuose e altre che non lo sono. Noi vogliamo che tutte lo diventino e si mettano al passo".

### PERCHÉ SERVE DIRE NO

Sanità e referendum



Per chi ha a cuore la sanità c'è poi una ragione in più. Proprio in un settore nel quale la regionalizzazione è stata avviata con larghissimo anticipo, almeno dal '92, oggi si sente con forza il bisogno di un maggiore ruolo centrale del ministero della Salute, che sappia fare programmazione, orientamento, strategia e non solo campagne "salutiste" rivolte ai cittadini. Senza questa regia, ovviamente

concordata e condivisa con le Regioni che poi dovranno concretamente realizzarla, non è possibile avviare quel cambiamento di prospettiva, della cui necessità sono ormai convinti in molti, che trasformi il sistema sanitario in un volano di sviluppo per il sistema Paese anziché in una voce di spesa assistenziale. Insomma, assegnare la "potestà legislativa esclusiva alle Regioni in materia di assistenza e organizzazione sanitaria", come è scritto nel testo costituzionale riformato, frammenterebbe il sistema in tanti "sistemini", troppo deboli per affrontare in qualsiasi modo le sfide della modernità globalizzata.

E allora, per chiudere una primavera avara di sole ma prodiga di appuntamenti elettorali, serve fare ancora un piccolo sforzo: votare il 25 e 26 giugno. E votare NO.



"LA SANITÀ NON È UN COSTO" PER ROMANO PRODI. Lo ha voluto sottolineare lo stesso presidente del Consiglio lo scorso 18 maggio al Senato, nell'ambito del suo discorso programmatico. "La sanità non è solo un costo: è un grande settore che occupa centinaia di migliaia di persone qualificate, che produce tecnologia e innovazione", ha detto Prodi. "Finché continueremo a considerarla un costo, l'ottica dominante resterà quella dei tagli. Se invece la percepiremo come un settore importante della nostra società, fermo restando l'impegno ad un razionale ed efficiente impiego delle risorse, potremo dedicare la nostra attenzione allo sviluppo e alla valorizzazione delle competenze e delle grandi potenzialità. Il nostro impegno prioritario è di garantire ai cittadini gli stessi standard di prestazioni, ovunque risiedano".

STAMINALI: L'ITALIA HA RITIRATO il sostegno che aveva finora dato all'interno dell'Unione Europea ad una dichiarazione etica riguardo l'uso della ricerca sulle cellule staminali. Lo ha annunciato lo scorso 30 maggio il ministro dell'Università e della Ricerca, Fabio Mussi. Ribadendo che la legge 40/2004 resta in vigore, il ministro ha già precisato: "L'Italia ha una legislazione piuttosto restrittiva, che penso occorrerebbe almeno parzialmente modificare. Non credo sia giusto che l'Italia diventi un ostacolo restrittivo alla ricerca in sede europea".

MORTO IL DIRETTORE GENERALE DELL'OMS, Lee Jong Wook, deceduto lo scorso 22 maggio nell'Ospedale cantonale di Ginevra, dove era stato ricoverato a causa di un ictus. Lee Jong Wook aveva 61 anni ed era direttore generale dell'Oms dal 2003. Il suo mandato sarebbe scaduto nel luglio 2008. Il successore di Jong Wook sarà scelto il prossimo novembre tra i candidati presentati da ogni Paese. Nel frattempo, il vice-direttore generale Anders Nostroem (Svezia) ha assunto la carica di direttore generale ad interim.

1/4 DEI RICOVERATI TORNA IN OSPEDALE entro un mese, perlopiù a causa di dimissioni affrettate. A riferirlo è il rapporto 2006 "L'Italia dice 33", presentato lo scorso 15 maggio dalla Federazione Associazioni Dirigenti Ospedaliere Internisti (Fadoi). Il ripetersi di ricoveri riguarda, in particolare, i pazienti anziani con scompenso cardiaco, cirrosi epatica, insufficienza respiratoria. Nel 2003 gli italiani usciti da un ospedale sono stati 9.168.534, ma nel 21,4% dei casi si trattava di un ricovero ripetuto. A livello regionale i ricoveri si ripetono soprattutto in Friuli Venezia Giulia (36,4%), P.A. di Bolzano (34,4%) e Toscana (32,5%).

ENZO PAOLINI È IL NUOVO PRESIDENTE DELL'AIOP, l'Associazione italiana ospedalità privata. Paolini, eletto nel corso della 41ª Assemblea nazionale dell'AIOP, succede a Emmanuel Miraglia, che ha guidato l'associazione negli ultimi sei anni.

I conti in rosso di Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise e Sicilia

# Slittano a fine giugno i piani di ripiano

Entro la fine del mese di giugno le Regioni che hanno sfiorato il tetto della spesa sanitaria dovranno intervenire con misure di correzione e ripiano efficaci per fare in modo che l'aumento automatico dell'Irap e dell'addizionale Irpef, già scattato, possa essere disattivato dal ministero dell'Economia. Se la notizia era in qualche modo nell'aria, l'elemento di novità è il clima di grande collaborazione che si è instaurato tra il nuovo Esecutivo e le Regioni

L'annuncio non era inatteso ma ha ugualmente provocato uno sconvolgimento: sei Regioni (Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise e Sicilia) hanno i conti in rosso per quanto riguarda la spesa sanitaria. Questo significa che le sei giunte hanno un mese di tempo per presentare al Governo dei piani di rientro congrui ed efficaci altrimenti scatteranno pesanti misure automatiche di correzione previste dalla Finanziaria ovvero: aumento dell'addizionale Irpef e aumento dell'Irap.

Inizialmente la tagliola sarebbe dovuta scattare il 31 maggio, ma un lungo lavoro di mediazione svolto nel triangolo composto da Palazzo Chigi, via XX Settembre e via Parigi ovvero le rispettive sedi di Governo, ministero dell'Economia e Conferenza delle Regioni ha fatto sì che il termine venisse prorogato di un altro mese. Quindi a fine giugno le sei Regioni che adesso sono sotto osservazione dovranno presentare dei piani adeguati e soddisfacenti in modo da far rientrare il disavanzo della spesa sanitaria.

Inizialmente si era ragionato sull'ipotesi di far "affiancare" queste Regioni dalle altre più virtuose, creando dunque una sorta di solidarietà tra "colleghi", a riferire quest'ipotesi di lavoro è stato lo stesso coordinatore degli assessori regionali alla sanità, il toscano **Enrico Rossi**.

La Finanziaria, infatti, obbliga alla copertura immediata del 'buco' con un meccanismo automatico e con l'au-

mento coattivo delle addizionali Irap e Irpef fino al livello massimo previsto dalla legge. "In realtà - ha spiegato Rossi - se anche vi saranno aumenti, questi entreranno in vigore per l'anno fiscale 2007". La Finanziaria insomma prevede sicuramente dei meccanismi di rientro dai debiti, ma questi non sono poi così automatici. "È evidente però - ha proseguito l'assessore alla sanità della Toscana - che bisogna dimostrare che c'è un'azione verso il risanamento. Da quello che so, alcune Regioni hanno già lavorato in questa direzione".

## Misure automatiche

L'eventuale aumento dell'addizionale Irpef regionale e dell'Irap, non è dunque - secondo quanto spiegano da via XX settembre - una decisione imposta d'imperio dall'attuale esecutivo, ma si tratta di una "dinamica già presente nella legislazione vigente", in pratica da norme previste dalla finanziaria approvata nella passata legislatura. Come abbiamo visto poi oltre a queste misure di carattere "fiscale" ve ne è un'altra: un "affiancamento volontario" dei presidenti delle Regioni per ridurre la spesa sanitaria, ma su questo punto il ministro dell'Economia, **Tommaso Padoa-Schioppa**, non ha fornito, al momento, ulteriori elementi.

## Sanità campo critico

Lo stesso Padoa-Schioppa parlando della sanità l'ha definita un altro "campo critico" per i conti pubblici. "Sappiamo - ha riferito il ministro parlando della spesa sanitaria delle Regioni -

che ci sono dinamiche che vanno al di là dei finanziamenti rispetto a consumi concordati in passato e dall'altro lato ci sono misure correttive, previste dalla Finanziaria passata, anche a carattere automatico per chi supera questi tetti. Abbiamo trovato la procedura avviata per le Regioni che avevano superato i tetti e abbiamo mantenuto questa dinamica".

Un ulteriore elemento, lo ha ricordato sempre Padoa-Schioppa è che il 'tetto' è stato sfiorato anche da altre Regioni, che però hanno già adottato misure correttive e per loro quindi non scatteranno gli aumenti automatici d'imposta e l'eventuale affiancamento.

## Le Regioni fanno quadrato

In tutto questo la Conferenza delle Regioni che posizione ha assunto? **Vasco Errani**, presidente dell'Emilia Romagna e della Conferenza, ha ricordato in una dichiarazione, che in tema di finanza sanitaria le Regioni conoscono bene i meccanismi, seppur non condivisi, in vigore con l'ultima Finanziaria. Tali meccanismi infatti "prevedono, a fronte di sforamenti, un insieme di misure tra le quali il commissariamento e l'aumento delle compartecipazioni regionali ai principali tributi. Ora siamo in questa fase: le Regioni con i conti in rosso per il 2005 hanno presentato i propri piani di rientro e di copertura che devono essere valutati dal Governo nella loro congruità e nella corrispondenza a ciascuna specifica situazione. È sulla base di tali valuta-

zioni che, se necessario, potranno scattare ulteriori provvedimenti previsti nella Finanziaria".

Errani ha poi ricordato che questo percorso, che dovrà portare al ripiano "è già in essere: in particolare per la giunta guidata da Antonio Sassolino (Campania), che ha presentato il proprio piano di rientro da tempo, al punto che è già attivo un tavolo di valutazione con il Governo. Sottolineo - ha proseguito Errani - quindi che le Regioni, specie in questa fase, sono impegnate fortemente in un'azione di risanamento e qualificazione della spesa sanitaria e intendono, anche per il futuro, fare in pieno la propria parte".

Il presidente della conferenza delle Regioni ha poi ricordato la situazione finanziaria "difficilissima" in cui si trovano le Regioni "frutto in primo luogo di una costante sottostima del Fondo sanitario nazionale che in questi anni le Regioni hanno sempre denunciato. Non a caso - è la conclusione di Errani - abbiamo proposto al nuovo Esecutivo, appena insediato, un patto per la sanità che parta proprio dall'adeguato finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), e dalla piena responsabilizzazione delle Regioni stesse".

## Collaborazione Governo-Regioni

Si tratta dunque di un passaggio stretto ma obbligato quello che Governo e Autonomie locali dovranno affrontare insieme a qui alle prossime settimane per riportare ordine nella spesa sanitaria con misure anche severe di conten-

imento della spesa e insieme salvaguardare e migliorare la qualità dei servizi attraverso politiche di riorganizzazione e di innovazione. Il ministro della Salute, **Livia Turco**, è cosciente della situazione e di concerto con il ministro per gli Affari Regionali, **Linda Lanzilotta** e al coordinatore degli assessori regionali alla Sanità, Enrico Rossi, ha disegnato il sentiero lungo il quale si dovrà sviluppare il confronto fra Palazzo Chigi e Autonomie locali.

Ben venga dunque la proroga di un mese concessa dal ministro del Tesoro a Lazio, Campania, Sicilia, Molise, Abruzzo e Liguria per verificare la congruità dei rispettivi piani di rientro dal disavanzo del 2005 che sfiora, nel complesso, la cifra di 4,3 miliardi.

I rapporti tra Governo e Regioni non sono mai stati così buoni al punto che sembrano lontani anni luce i giorni dei contrasti con il vecchio Esecutivo e con il precedente ministro per gli Affari Regionali. Le due parti, forse vista anche la difficile situazione, hanno preferito imbastire un confronto a tutto campo, mettendo da parte la storica diffidenza che aveva caratterizzato i rapporti con il Governo Berlusconi. Dunque la strada è stata tracciata e si procede con una nuova parola d'ordine: confronto. Confronto che già dai primi passi ha il timbro della collaborazione (non a caso Turco e Rossi hanno diffuso un comunicato congiunto) e punta comunque a un dialogo aperto e senza pregiudiziali per la risoluzione dei problemi.

## Comparto: via libera al contratto

Il primo giugno si è riunito a Roma il Comitato di Settore delle Regioni per il Comparto sanità presieduto da **Romano Colozzi**, assessore alle Finanze della Lombardia. Dall'incontro è scaturita un'importante novità: il via libera all'Aran per la sottoscrizione definitiva del secondo biennio economico (2004-2005) del contratto collettivo nazionale per il personale del Comparto sanità, un settore che conta circa 550 mila dipendenti, tra infermieri, operatori e altri.

Nel corso della riunione Romano Colozzi ha illustrato ai colleghi la situazione alla luce della "non certificazione" del contratto da parte della Corte dei Conti. Ancora, l'assessore alle Finanze della Lombardia, ha ricordato come i lavoratori del comparto sono da troppo tempo in attesa degli adeguamenti salariali spettanti loro di diritto e che quindi un ulteriore slittamento dei tempi significherebbe penalizzare in maniera eccessiva i lavoratori.

Alla luce di queste considerazioni e degli impegni formalizzati il giorno precedente dal presidente del consiglio dei Ministri, **Romano Prodi** e dal ministro della Funzione Pubblica, **Luigi Nicolais**, durante l'incontro con l'Ufficio di Presidenza delle Regioni, Colozzi, ha proposto al Comitato di formalizzare il "via libera" all'Aran e ha inviato anche una lettera a

tutte le Regioni affinché provvedano, dopo la firma definitiva del Contratto, al pagamento degli arretrati e all'adeguamento retributivo nel più breve tempo possibile: anche giugno. Questa perlomeno è la speranza che viene da Via Parigi, sede della Conferenza delle Regioni.

Anche il Governo è intenzionato a chiudere presto la partita. Il sottosegretario alla Salute, **Serafino Zucchelli** ha infatti dichiarato "Entrambi i contratti, quello dei dirigenti e quello dei non dirigenti stanno andando avanti di pari passo e a brevissimo se ne dovrebbe discutere in Consiglio dei Ministri". In Consiglio dei ministri dovrebbe anche andare la proposta della ministra della Salute **Livia Turco** per abrogare la norma che prevede la possibilità per parlamentari e consiglieri regionali con 5 anni di legislatura di essere equiparati ai manager nella scelta dei direttori generali delle Asl.

Il provvedimento, secondo quanto si è appreso, dovrebbe essere inserito nel decreto di riordino dei ministri. "Il mio primo impegno nella Sanità - ha annunciato la ministra Turco - è fissare il principio 'fuori la politica dalla gestione'; abrogheremo quella norma perché è uno scandalo, la politica deve stare fuori dalla gestione. La buona politica deve indirizzare, programmare, verificare e controllare".

## Chi c'è al Ministero della Salute

**Livia Turco** è nata il 13 febbraio 1955 a Cuneo. Sposata e madre di Enrico, è stata eletta lo scorso aprile al Senato, Turco è stata membro della Camera a partire dalla X Legislatura



LIVIA TURCO

(1987). Iscritta al partito dei Democratici di Sinistra (Ds) ha fatto parte della Segreteria nazionale del partito

dal 1986 ed è stata responsabile nazionale delle donne del Pci poi Pds dal 1986 al 1994.

Nella X e XI legislatura ha fatto parte rispettivamente nella Commissione giustizia e della Commissione lavoro pubblico e privato.

Nel maggio 1996 è stata chiamata da Romano Prodi a ricoprire l'incarico di ministro per la Solidarietà Sociale, incarico che ha conservato anche nei successivi Governi D'Alema e Amato II.

Tra i provvedimenti legislativi e di riforma più significativi che Livia Turco, ha portato a termine ricordiamo, in particolare la Legge 328 del 2000 sull'assistenza sociale.

La "Legge Quadro per la Realizza-

zione di un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali", redatta con il contributo determinante dei sindacati, dei pensionati, degli operatori sociali, dei volontari, del mondo del non profit e degli Enti locali. La Legge prevede il potenziamento dell'assistenza domiciliare per gli anziani, con l'aumento dei servizi e degli aiuti per le persone con disabilità gravi e le loro famiglie, e l'aumento e il miglioramento degli interventi a sostegno per l'infanzia e le famiglie. Una legge per valorizzare il volontariato e il non profit, che aumenta l'occupazione e riqualifica le professioni del sociale.

## Antonio Gaglione

Medico cardiologo, professore associato di Cardiologia e chirurgia all'Università di Foggia e di Cardiologia dello sport all'Università di Scienze motorie. È stato senatore della Margherita nella XIV legislatura. Ha contribuito alla realizzazione, a Bari, del primo servizio di cardiologia interventistica in Puglia.



ANTONIO GAGLIONE

## Gian Paolo Patta

Sindacalista, segretario generale della Cgil per i settori pubblici. Aderisce alla Cgil nel 1982 e al Congresso del 1986 partecipa alla costituzione dell'area di "Democrazia consiliare" e inizia la carriera di dirigente nazionale come componente dell'esecutivo della Confederazione. Nel '91 passa alla componente di minoranza "Essere sindacato" fino al '94.



GIAN PAOLO PATA

## Serafino Zucchelli

Medico e, dal 2000, è segretario nazionale dell'Anao Assomed, il maggiore sindacato dei medici dirigenti del Ssn. Dal 1999 è direttore del Dipartimento di emergenza della Asl di Modena. Nel "curriculum" di Zucchelli il contributo alla redazione della Legge Mariotti del 1968 sulla riforma ospedaliera. Ha partecipato anche alla redazione della riforma Bindi del 1999.



SERAFINO ZUCCHELLI

Publicata la relazione sulla copertura delle leggi dell'ultimo quadrimestre 2005

# Corte dei Conti: spesa sanitaria fuori controllo

Il risparmio di 2,5 miliardi, previsto dalla Finanziaria 2005 sulla spesa sanitaria, "appare di non facile realizzazione", "nonostante la persistenza di margini per una riduzione delle inefficienze e per un più appropriato utilizzo delle strutture di ricovero". A lanciare l'allarme è la Corte dei Conti, che rileva come questa condizione non possa essere governata limitando le risorse, ma solo con "l'attivazione di strumenti di controllo della domanda" e "una attenta analisi delle prestazioni da ricomprendere nei Livelli essenziali di assistenza"

A preoccupare la Corte dei Conti è anche il quadro dell'andamento economico per il 2006, dal momento che la stima del 3,8% per il disavanzo per le casse dello Stato sarebbe, secondo i magistrati contabili, "non esente da rischi di sottostima". Peraltro, la Corte puntualizza che non si tratta certo di una situazione eccezionale ma di una sottostima cronica, dal momento che sono ormai 6 anni che gli andamenti tendenziali della spesa sanitaria contenuti nei Dpef si sono, nei fatti, rivelati inferiori a quelli registrati a consuntivo.

Secondo la Corte dei Conti, "l'individuazione di obiettivi stringenti comunque ha finora consentito di gestire un progressivo riadeguamento della spesa evitando di assecondare incrementi incontrollati". Ma il permanere di inefficienze e la forte concentrazione territoriale delle perdite delle aziende sanitarie rendono l'obiettivo di un controllo della spesa irrinunciabile. Risparmi che, però, secondo i magistrati contabili "non possono essere ottenuti solo attraverso una maggiore stringenza dei vincoli posti per l'accesso alle nuove risorse, ma deve essere sostenuto con l'attivazione di strumenti di controllo della domanda e con una attenta analisi delle prestazioni da ricomprendere nei Livelli essenziali di assistenza. Solo in questo modo - osserva la Corte - sarà possibile gestire la dinamica di un settore caratterizzato da costi crescenti per l'innovazione e in aumento per l'invecchiamento

to della popolazione".

Secondo i magistrati contabili i "punti critici" dei conti italiani sarebbero individuabili in particolare nelle spese del personale, nella spesa corrente delle amministrazioni locali e nella spesa sanitaria.

Severo il giudizio della Corte dei Con-

ti, che nel documento quadrimestrale evidenzia come "l'attenzione verso il tema del riequilibrio della finanza pubblica sia significativamente abbassata" e gli obiettivi posti gli ultimi anni siano stati "quasi sempre mancati, e ciò è accaduto solo in parte a causa dell'insoddisfacenti andamento macroeconomico".

Per quanto riguarda propriamente la sanità, i magistrati contabili osservano come il conto consolidato degli enti sanitari rilevi per il consuntivo 2005 una quota di uscite correnti pari a 93,2 miliardi di euro, con un variazione del 5,3% rispetto al 2004. "La variazione - si legge nel documento - è certamente più

contenuta rispetto alla crescita rilevata tra il 2003 e il 2004 (+9 per cento), ma significativamente maggiore di quella programmata in base agli interventi introdotti con la Finanziaria per il 2005".

La manovra, infatti, aveva l'obiettivo di fermare la spesa corrente sanitaria a 89,5 miliardi di euro, prevedendo di correggere la spesa tendenziale (stimata in 92,5 miliardi) attraverso misure di contenimento dei costi (per 3 miliardi) e maggiori entrate (per circa 1,3 miliardi).

Peraltro, il risultato del 2005 è peggiore anche di quello di preconsuntivo contenuto nel Dpef 2006-2009, che parlava di 93 miliardi di euro comprendendo, in questa somma, la sottoscrizione di tutti i contratti di lavoro del settore per il biennio economico 2004-2005. "Una ipotesi rivelatasi inesatta", osserva la Corte dei Conti. Solo parte dei contratti sono stati infatti siglati nel 2005, per un importo, tra arretrati ed incrementi contrattuali, di circa 3,3 miliardi di euro contro i 5,2 miliardi.

"Il risultato - evidenzia la Corte dei Conti - appare tanto più preoccupante se si pensa che il 2005 ha potuto giovare, nei primi 11 mesi dell'anno, di un rallentamento della spesa farmaceutica grazie alla tenuta delle misure di contenimento assunte". Tuttavia, il futuro appare preoccupante e incerto, a causa anche dei segnali di una nuova inversione di tendenza nella spesa farmaceutica tra dicembre 2005 e i primi mesi del 2006.

Renato Balduzzi, professore di diritto costituzionale, Università di Genova

## "Prendere sul serio la tematica dell'appropriatezza"

**Avvocato Balduzzi, la relazione della Corte dei Conti suona come un severo rimprovero.**

In certo senso lo è. D'altra parte la Corte sottolinea come ormai da 6 anni faccia le stesse osservazioni, eppure la spesa è rimasta sottostimata e la spesa fuori controllo non è più una anomalia, ma una situazione cronicizzata. Inoltre, il documento della Corte dei Conti potrebbe in qualche modo essere inteso come una sollecitazione alla nuova legislatura e al nuovo Governo. I magistrati contabili evidenziano, tra l'altro, come la sottostima della spesa non possa più essere attribuita a un problema di tecnica contabile, ma come i deficit derivino, nei fatti, da un problema di controllo e appropriatezza della spesa.

**La Corte avanza la proposta di ripensare i Lea.**

Non credo che con questo si intenda un taglio delle prestazioni ricomprese nei Livelli essenziali di assistenza, bensì al contenimento della domanda e alla necessità di rivalutare i Lea in termini di appropriatezza. Mi sembra di leggere, in tutto il documento della Corte dei Conti, un richiamo a prendere sul serio la tematica dell'appropriatezza, i meccanismi di monitoraggio e di controllo della spe-

sa. Meccanismi che, peraltro, sono da molto tempo all'attenzione dei tecnici, anche se non hanno ancora trovato una completa attuazione.

**Secondo il suo parere, quali sono i passaggi più interessanti del documento?**

La Corte dei Conti parla probabilmente in modo più severo e incisivo di quanto sia solita fare, ma questo credo sia comprensibile se si considera che ormai da 6 anni le stime sono ben più basse dei consuntivi e i magistrati contabili lo riferiscono ma sembrano restare inascoltati. Il fatto di avanzare delle proposte per il contenimento della spesa è poi nei pieni poteri della Corte, che in base alla legge istitutiva del 1862 ha il compito non soltanto di fare delle analisi, ma anche proposte al Parlamento e al Governo.

C'è, però, nel documento una particolarità: la Corte dei Conti utilizza la relazione quadrimestrale di bilancio per anticipare, in qualche misura, le proposte che invece dovrebbero essere contenute nella relazione sul rendiconto. E questo rafforza l'intenzione della Corte di lanciare un allarme su una situazione cronica a cui, adesso, si chiede di dare risposta.

## Le Commissioni parlamentari della sanità

A conti fatti, sono solo 16 su 69 i membri delle Commissioni della scorsa legislatura confermati nelle elezioni dello scorso 6 giugno: 4 alla Commissione Igiene e Sanità e 12 alla Commissione Affari Sociali. Per il Senato si tratta di Emanuela Baio Dossi, Laura Bianconi, Valerio Carrara e Antonio Tomassini (che presiedeva la Commissione nella scorsa legislatura). Per la Camera si confermano invece Mimmo Lucà (ora presidente e membro nella scorsa legislatura), Dorina Bianchi (oggi vicepresidente), Giacomo Baiamonte, Giulio Conti, Rocco Crimi, Domenico Di Virgilio (ex sottosegretario alla Salute del ministero Storace), Ugo Lisi, Francesco Paolo Lucchese (ex vicepresidente della Commissione), Gianni Mancuso, Donato Renato Modella, Giuseppe Palombo (presidente della Commissione nella legislatura scorsa), Katia Zanotti.

Ai 16 riconfermati si aggiunge poi coloro che sono passati da una Commissione all'altra. Sono tre: Piergiorgio Massima e Tiziana Valpiana, ex membri della Commissione Affari Sociali e oggi componente della Commissione Igiene e Sanità, e Leopoldo Di Girolamo, ex membro della Commissione del Senato e oggi componente della Com-

missione della Camera.

Tra i 53 neoeletti non mancano però nomi noti del panorama sanitario. Oltre al medico di fama internazionale Ignazio Marino, la Commissione Igiene e Sanità ha come vicepresidente Cesare Corsi, ex sottosegretario alla Salute durante i ministeri di Sirchia e Storace. Tra i componenti della Commissione del Senato compare poi Enzo Ghigo, ex presidente della Regione Piemonte ed ex presidente della Conferenza dei presidenti delle Regioni. Eletta in Commissione Igiene e Sanità anche Ombretta Colli, ex presidente della Provincia di Milano, oltre che cantante e attrice.

In Commissione Affari Sociali spiccano invece i nomi di Maria Grazia Laganà Fortugno, moglie del vicepresidente del Consiglio regionale della Calabria ucciso il 16 ottobre del 2005 nella sede dove si svolgevano le elezioni primarie dell'Unione. Tra coloro con esperienze in politica locale compaiono Salvatore Mazzaracchio, ex assessore alla sanità della Regione Puglia, e Massimiliano Smeriglio, ex presidente dell'XI° Municipio di Roma. In Commissione Affari Sociali anche Elisabetta Gardini, portavoce del Coordinamento nazionale di Forza Italia.

### Commissione Igiene e Sanità del Senato

(25 membri)

**Presidente:**

Marino Ignazio Roberto (Ulivo)

**Vicepresidenti:**

Corsi Cesare (An)

Caforio Giuseppe (Misto Idv)

**Segretari:**

Monacelli Sandra (Udc)

Silvestri Gianpaolo (Verdi)

**Componenti:**

Baio Dossi Emanuela (Ulivo)

Bossoli Fiorenza (Ulivo)

Bianconi Laura (Fi)

Binetti Paola (Ulivo)

Bodini Paolo (Ulivo)

Bosone Daniele (Aut)

Carrara Valerio (Fi)

Colli Ombretta (Fi)

Emprin Giardini Erminia (Rif Com)

Gabbana Albertino (Lnp)

Ghigo Enzo Giorgio (Fi)

Gramazio Domenico (An)

Iovene Nuccio (Ulivo)

Lorusso Antonio (Fi)

Massida Piergiorgio (Dc-Ind-Ma)

Polito Antonio (Ulivo)

Serafini Anna (Ulivo)

Tomassini Antonio (Fi)

Totano Achille (An)

Valpiana Tiziana (Rif. Com.).

### Commissione Affari Sociali della Camera

(44 membri)

**Presidente:**

Lucà Mimmo (Ulivo)

**Vicepresidenti:**

Bianchi Dorina (Ulivo)

Capitano Santolini Luisa (Udc)

**Segretari:**

Gardini Elisabetta (Fi)

Poretti Donatella (Rnp)

**Componenti:**

Astore Giuseppe (IdV)

Bafile Mariza (Ulivo)

Baiamonte Giacomo (Fi)

Barani Lucio (Dc-Ps)

Boccardo Mariella (Fi)

Bucchino Gino (Ulivo)

Burtone Giovanni

Mario Salvino (Ulivo)

Cancrini Luigi (Comunisti italiani)

Caruso Francesco Saverio

(Rif. Com. - Sinistra Europea)

Ceccacci Fiorella (Fi)

Conti Giulio (An)

Crimi Rocco (Fi)

Di Girolamo Leopoldo (Ulivo)

Di Virgilio Domenico (Fi)

Dioguardi Daniela

(Rif. Com. - Sinistra Europea)

Garavaglia Massimo (Lega)

Grassi Gero (Ulivo)

Laganà Fortugno Maria Grazia (Ulivo)

Lisi Ugo (An)

Lo Monte Carmelo

(Misto-Mpa-Movimento

per l'autonomia)

Lucchese Francesco Paolo (Udc)

Lumia Giuseppe (Ulivo)

Mancuso Gianni (An)

Mazzaracchio Salvatore (Fi)

Moroni Chiara (Fi)

Mosella Donato Renato (Ulivo)

Napoli Angela (An)

Palumbo Giuseppe (Fi)

Pellegrino Tommaso (Verdi)

Pignataro Rocco

(Popolari-Udeur)

Porfidia Americo (IdV)

Rampi Elisabetta (Ulivo)

Sanna Emanuele (Ulivo)

Smeriglio Massimiliano

(Rif. Com. - Sinistra Europea)

Squeglia Pietro (Ulivo)\*

Trupia Lalla (Ulivo)

Ulivi Roberto (An)

Volontè Luca (Udc)

Zanotti Katia (Ulivo)

\* Sostituisce

in data 6 giugno 2006

Rosy Bindi



Note  
di  
Scienza

di Riccardo  
Tomassetti

### Screening allargato.

#### Quanto?

L'Associazione italiana studio malattie metaboliche ereditarie onlus (Aismme) lancia la "Campagna di sensibilizzazione per estendere lo screening neonatale metabolico allargato" a tutte le Regioni italiane. Contro queste malattie del metabolismo l'unica possibilità è diagnosticarle prima che si manifestino i sintomi, così da poterle trattare con diete speciali, adeguate al tipo di carenza che si manifesta nella specifica patologia, o, quando esistenti, con farmaci adatti, così da consentire una crescita e uno sviluppo normali per il piccolo.

Attualmente nella nostra Penisola lo screening neonatale è regolamentato per legge solo per 4 malattie, di cui 2 metaboliche. Solo la regione Toscana (presso l'Ospedale Meyer) mette a disposizione uno screening allargato per circa 40 malattie metaboliche ereditarie, mentre progetti pilota sono attivi anche in Lazio e Liguria. Uno screening allargato a circa 30-40 malattie metaboliche può infatti salvare la vita di molti bambini e prevenirne l'handicap. Ma, come sottolinea l'Aismme (www.aismme.org), screenare non basta. Le famiglie che scoprono di avere un neonato affetto da una malattia metabolica devono poter contare su un sistema sanitario che non le abbandoni di fronte a una "diagnosi difficile".

Per cominciare occorrono laboratori attrezzati, ma servono anche medici specializzati costantemente aggiornati, per seguire e sostenere questi malati e i loro genitori. L'Aismme insiste inoltre sulla necessità di campagne di informazione per pediatri e medici di base, affinché sappiano di cosa si tratta e come mettersi in contatto con lo specialista giusto. Senza dimenticare il lato economico: occorrono investimenti per la ricerca, unica speranza per quei malati ancora senza terapia, e finanziamenti destinati ai farmaci e ai prodotti dietetici specifici per malattie molto rare ma indispensabili per curare i singoli bambini affetti, evitando che i costi dei rimedi già disponibili, in genere molto costosi, ricadano sulle spalle della famiglia. Ma è soprattutto sull'informazione che punta l'Associazione, per creare una vera e propria "cultura della prevenzione" tra la popolazione relativamente allo screening metabolico allargato. Per questo sono in distribuzione, per ora solo nel territorio del Triveneto ma presto in tutta la Penisola, 250 mila opuscoli informativi su queste patologie e sul ruolo dello screening neonatale metabolico allargato. Perché, oltre al personale sanitario, vanno preparati anche i genitori, dai quali occorre ottenere il consenso informato per l'esecuzione del test. Così da non passare sotto silenzio il problema etico che si profila: non per tutte le malattie diagnostiche con le moderne tecniche si può offrire una prognosi chiara e soprattutto una terapia efficace. A volte non si sa neanche se, quando e come la malattia si manifesterà, ma la famiglia è ormai messa in ansia. Proprio sulla questione dei test di screening si è aperto un dibattito etico internazionale su cui le posizioni sono molto diverse. Ma questa discussione la rimandiamo ad un'altra occasione.

Per risolvere i problemi del farmaco la ministra Turco convoca un tavolo di concertazione

## Farmaco: banco o bancone?

L'occasione l'ha offerta la Giornata nazionale del sollievo e la partecipazione della ministra della Salute **Livia Turco** alle celebrazioni tenutesi presso il Policlinico A. Gemelli di Roma. In quella sede la ministra ha sottolineato la sua posizione negativa verso la fuoriuscita dei farmaci da automedicazione dalle farmacie. Che, a suo dire, sono "parte integrante della battaglia per promuovere le terapie del dolore e quindi devono diventare sempre più un presidio del Servizio sanitario nazionale". A loro, inoltre, spetta il compito di "garantire la continuità assistenziale, dare informazioni corrette ai cittadini ed essere loro vicino". Immediate le reazioni di chi sostiene la vendita degli Otc anche fuori della farmacia: la posizione del ministro "è sbagliata" ha dichiarato il presidente del Codacons **Carlo Renzi**. Il ministro contraddice "il programma del Governo" che parla di nuove strade per aumentare la concorrenza ed eliminare le posizioni di privilegio, senza raccogliere le indicazioni dell'Antitrust che consentirebbero milioni di risparmio annui ai cittadini e al Ssn. **Vincenzo Donvito** presidente dell'Aduc, dal canto suo parla di una "difesa della corporazione dei farmacisti, non tanto della salute degli italiani".

"Nessuno intende penalizzare in alcun modo i cittadini nell'acquisto dei farmaci della classe C" ha replicato la ministra Turco. E ha annunciato l'apertura di un tavolo congiunto con il ministro dello Sviluppo economico, al quale far partecipare l'intero mondo del farmaco, le Regioni, e i rappresentanti dei consumatori.

"Il tavolo" ha ribadito la Turco "sarà la sede dove ragionare e visionare le diverse soluzioni per garantire ai cittadini la massima qualità del servizio farmaceutico in una cornice di equità, sviluppo della ricerca e dell'innovazione, economia di spesa e rigore nell'assistenza dell'assistenza farmaceutica pubblica e privata".

**Giacomo Leopardi**, in una nota della Federazione degli Ordini dei farmacisti, ha espresso il proprio apprezzamento: "I farmacisti assicurano la loro piena disponibilità a partecipare al confronto e concordano sulla necessità di attivare programmi e progetti per declinare ancor meglio il loro ruolo e la loro funzione di presidi di salute del territorio". "Chiediamo però al ministro" ha aggiunto Leopardi "che si ragioni del farmaco guardando in primo luogo e con tutta la necessaria responsabilità alle ragioni della salute dei cittadini che vengono ben prima di ogni

altro interesse o tornaconto". Plauso anche dalla Federfarma che punta a risolvere alcune questioni: la "revisione dei criteri di formazione del prezzo dei farmaci non concedibili dal Ssn" innanzitutto. Modificando e migliorando anche la tabella merceologica dei prodotti vendibili in farmacia causa prima "dell'eccessiva varietà di prodotti diversi dal farmaco presenti nelle farmacie". Voci di consenso anche dalla Farindustria: l'iniziativa è "assolutamente necessaria" si rileva. "Siamo da subito a disposizione e giudichiamo il confronto lo strumento più adatto per individuare una soluzione che coniughi un'appropriatezza gestione delle risorse con una crescente domanda di salute".

La Coop intanto auspica una rapida convocazione del tavolo congiunto dove "porteremo le centinaia di migliaia di firme raccolte in quattro mesi a sostegno della campagna *Farmaci più liberi, prezzi più bassi*". E **Donatella Poretti** - vicepresidente della Commissione Affari sociali della Camera, ha depositato un progetto di legge sulla liberalizzazione della vendita dei farmaci da banco, formulata in collaborazione con l'Aduc, che punta a una maggiore trasparenza dei prezzi e della reperibilità del farmaco oltre ad abbatterne i costi.



Liberista

di Alberto  
Mingardi\*

### Farmaci e supermarket

Scegliendo di dedicare la sua prima uscita pubblica al tema della vendita dei farmaci da banco al supermarket, forse **Livia Turco** ha voluto smarcarsi. Smarcarsi dalla continuità fra il suo partito e la Coop, ieri al centro dell'affare Unipol, e secondo molti probabile ragione per l'inserimento nel programma dell'Ulivo di un progetto che ricalca sostanzialmente quello patrocinato dall'associazione nazionale delle cooperative. Le quali, com'è noto, vorrebbero poter aprire un "banco del

farmaco", con tanto di farmacista, nei propri supermercati. Una richiesta legittima, che male non farebbe ai consumatori.

Chi scrive si augura che il ministro Turco abbia voluto lanciare un segnale di cortesia ed apertura ai farmacisti, ma non chiudere la porta ad una proposta di legge d'iniziativa popolare che attualmente giace in Parlamento. Insomma, spero sia stato un gesto politico, non una svolta programmatica. Nel corposo "Per il bene dell'Italia", il capitolo intitolato "Fuori dalla crisi, per una nuova crescita" contemplava un ampio catalogo di liberalizzazioni. Non vi si poteva trovare alcuna antipatia preconcepita, rispetto alla grande distribuzione: anzi, l'orgoglio per gli spazi di mercato conquistati coi precedenti governi dell'Ulivo. Vi era invece una diagnosi corretta: quella degli effetti nefasti dell'iperregolamentazione, delle corporazioni sempre attive e mai paghe, degli ordini pro-

fessionali, fossili viventi che otturano le vene della concorrenza. Per carità, non era un programma iperliberista: niente scelte epocali, nessuna rivoluzione copernicana. Ma almeno il coraggio delle piccole cose.

Portare gli Otc al supermarket significa abbassare i prezzi, ed allargare gli argini della distribuzione - in tutta sicurezza. È difficile sostenere che un farmacista impiegato della Coop, laureato nelle stesse facoltà che hanno sfornato generazioni di farmacisti proprietari, sia meno competente nell'assistere il consumatore e paziente. Del resto, per le stesse farmacie una proposta di questo genere non implica certo la prospettiva di un harakiri. Sul mercato, c'è spazio per tutti. Certo, magari con prezzi più parchi, magari con attenzione ancora maggiore al servizio. I consumatori ringrazierebbero.

\*Direttore generale  
Istituto Leoni



Pillole  
e  
Dintorni

di Fabrizio  
Gianfrate\*

### Le pericolose sirene della sanità privata

Sarò anche un vecchio moralista di sinistra, quindi doppiamente demodé per i canoni comportamentali imperanti negli ultimi anni, ma le prefeche che lamento l'inefficienza e gli sprechi del nostro Ssn ed anelano l'avvento salvifico del privato in sanità mi mettono di cattivo umore. Mica per motivi ideologici, sia chiaro: come diceva Woody Allen, Marx è morto, Dio è morto (e neanche io mi sento tanto bene). E poi in tutto il mondo esistono e funzionano sistemi privati di finanziamento e di produzione ed erogazione di servizi sanitari. Il punto è se e quanto nel nostro contesto, possano essere più efficaci, efficienti ed equitativi del Ssn. La domanda è riproposta, legittimamente, da parte liberista ogniqualvolta ritorna d'attualità, come in questi giorni, il rosso cronico dei conti sanitari: alcune Regioni affogate da debiti, cartolarizzazioni, vendita degli immobili sanitari, pagamenti dei fornitori a babbo morto ed altre amenità da bananas. È perciò verso il privato la soluzione? Magari in un platonico mondo ideale, idilliaco anzi arcadico, pregno di deontologia ed etica, regole, controlli e rigore. Nel mondo reale, che purtroppo è invece un filo più hobbesiano, le conseguenze di eventuali cattivi comportamenti nel finanziamento e nella produzione/erogazione della sanità privata li scontreremo sulla nostra salute. Ma al di là di queste distorsioni, esiste un corredo di criticità fisiologica che bisogna considerare. Qualche esempio. Prestazioni sostitutive e non integrative conducono di fatto a finanziare due volte, Ssn

e privato, la risoluzione dello stesso bisogno, con riduzione dell'efficienza allocativa. Il diverso livello di redditività delle prestazioni ne orienta distorsivamente l'offerta da parte dell'imprenditore e quindi il conseguente consumo (*moral hazard*). O, viceversa, porta ad una carenza dell'offerta di quelle prestazioni necessarie ma non profittevoli. Il perseguimento (legittimo) dell'equilibrio della gestione finanziaria delle imprese porta a maggiori costi per il paziente (ricalcio dei premi o delle tariffe) o ad una riduzione qualitativa o quantitativa dei servizi. E poi aleggia il pericolo della scrematura selezionata (*cream-skimming*) dei soggetti da assicurare e/o curare (es.: giovani benestanti rispetto ad anziani pensionati). Insomma, meglio tenersi stretto il Ssn, terza impresa nazionale. Finanziandolo un po' di più se si trovano i quattrini, ma rendendolo, concertando tra Stato e Regioni, più efficiente ed al reale servizio del cittadino.

\*Docente e consulente aziendale  
fabrizio.gianfrate@unife.it

## Numeri

Il parto cesareo nel mondo  
(% di interventi cesari su totale parti.  
Anno 2004-2005)

Italia	36,9
Portogallo	31,9
Usa	27,5
Germania	24,8
<b>Unione Europea</b>	<b>23,7</b>
Spagna	23,5
Irlanda	23,4
Lussemburgo	23,3
Austria	22,1
Gran Bretagna	21,7
Canada	21,2
Francia	18,8
Svezia	16,4
Finlandia	16,2
Belgio	15,9
Olanda	13,5
Danimarca	13,5

(Fonte: Istat, Rapporto "Gravidanza, parto, allattamento al seno, 5 giugno 2006)

I libri in Italia  
(Opere pubblicate tra il 2003 e il 2004)

Tipi di edizione	2003	2004
Tipi di edizione		
Prime edizioni*	34496	33641
Edizioni successive**	3353	2679
Ristampe	16417	16440
<b>Totale</b>	<b>54266</b>	<b>52760</b>

Genere di opera	2003	2004
Opere per ragazzi	4.329	3.605
Opere per adulti	44.745	44.393

Classi di prezzo	2003	2004
Fino a 2,55 euro	1.214	936
Da 2,56 a 7,75 euro	9.653	8.343
Da 7,76 a 15,50 euro	20.917	20.928
Da 15,51 a 25,80 euro	12.059	12.298
Oltre 25,80 euro	8.690	8.456
Opere gratuite o fuori commercio	1.733	1.799

\* prima pubblicazione di un manoscritto inedito o prima traduzione  
\*\* edizione a cui sono state apportate modifiche o di testo o di veste tipografica

(Fonte: Istat, "La produzione libraria", 23 maggio 2006)

## Lettere al bisturi

Scrivi a:  
Redazione "Il Bisturi"  
Via Vittore Carpaccio, 18  
00147 Roma  
e-mail: ilbisturi@hcom.it



## Il Bisturi

Quindicinale di politica sanitaria

DIRETTORE RESPONSABILE  
Eva Antoniotti

COLLABORATORI  
Rossella Castelnuovo, Giuliano Cazzola, Fabrizio Gianfrate, Antonio Lepre, Marina Loi, Emma Martellotti, Alberto Mingardi, Silvia Procaccini, Alessandro Sassone, Eletra Vecchia, Vincino

PROGETTO GRAFICO  
AReA Antonio Romano e Associati

Illustrazioni tratte da:  
"L'Encyclopédie de Denis Diderot"  
"Handbook of early advertising art, Clarence P. Hornung"

ABBONAMENTI  
Annuo € 31,00 (L. 60.000),  
prezzo singolo copia € 1,55 (L. 3.000)  
copia arretrate € 3,00 (L. 6.000)

IIP  
ITALPROMO ESIS PUBLISHING



Health Communication srl  
Edizioni e servizi di interesse sanitario

00147 Roma - Via Vittore Carpaccio, 18  
Tel. 06.6465031 Fax 06.64650328  
e-mail: ilbisturi@hcom.it

STAMPA  
TECNOSTAMPA SRL  
Via le Brece - 60025 Loreto (An)

Registrazione Tribunale di Roma n. 33 del 24/01/1997  
Diritto alla riservatezza: "Il Bisturi" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

PERIODICO ASSOCIATO

A.N.E.S.  
ASSOCIATO NAZIONALE EDITORIALE

Finito di stampare il 9 giugno 2006