

RASSEGNA STAMPA

24 Settembre 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI

24/09/2024

Medici «rubati» ma stipendi bassi Il cortocircuito della sanità privata

Specialisti in fuga dal pubblico, mentre gli infermieri protestano: a noi 500 euro in meno

Da una parte l'assessore alla Sanità Guido Bertolaso che tuona contro gli ospedali privati perché «rubano» personale alle strutture pubbliche. Dall'altra, i sindacati che a loro volta se la prendono con i privati perché non pagano infermieri e operatori socio sanitari tanto quanto i colleghi del pubblico.

Un apparente controsenso che si spiega ascoltando le voci dei lavoratori ieri in presidio a Palazzo Lombardia per chiedere il rinnovo dei contratti Aiop e Aris. In parallelo, nelle cliniche e nelle Rsa è stata proclamata una giornata di sciopero. «Da oltre vent'anni siamo in servizio all'Istituto clinico Città Studi — racconta un gruppo di operatrici socio sanitarie —. Quasi tutti i posti letto sono accreditati e a contratto con il Servizio sanitario regionale, perché dobbiamo avere meno agevolazioni di chi è nel pubblico?». «L'ultimo aumento risale al 2004 —

lamentano i dipendenti del Piccolo Cottolengo Don Orione —. Il costo della vita invece, soprattutto a Milano, è cresciuto a dismisura».

Tabelle salariali alla mano, i sindacati mostrano che un ausiliario socio-assistenziale nelle strutture sanitarie private ogni mese viene pagato 83 euro in meno rispetto a un collega assunto nel pubblico (dove lo stipendio è di 1.627 euro) e 312 euro nelle Rsa che applicano il contratto Aiop-Aris. Per gli operatori socio-sanitari la differenza è rispettivamente di 16 e 268 euro, per gli infermieri di 131 e 532 euro. «Aiop e Aris hanno fatto muro alla richiesta di rinnovo dei contratti — dice Roberto Dusi, segretario generale della Cisl Funzione Pubblica Asse del Po —. In sanità si applica ancora quello firmato nel 2020 e nelle Rsa quello di 12 anni fa. Le associazioni di categoria pretendono che vengano prima aumentate le ri-

sorse pubbliche, nonostante i fatturati delle strutture siano cresciuti». «Se pubblico e privato sono equivalenti in Lombardia, allora lo deve essere anche il costo del lavoro», aggiunge Antonio Bagnaschi, segretario Cgil Fp Sanità Privata. «Abbiamo le stesse competenze, le differenze di salario non sono giustificabili» sottolinea Gianluca Firrisi della Uil Fpl Varese.

Come fanno allora le cliniche a «sottrarre» personale agli ospedali pubblici, tema che Bertolaso porterà oggi in discussione a una riunione con i rappresentanti del privato? «In alcuni casi proponiamo contratti *ad personam* per figure altamente specializzate» spiega Dusi. «All'Humanitas invece offrono agli infermieri una somma fissa al momento dell'assunzione, in cambio dell'impegno a rimanere almeno tre anni» aggiunge Bagnaschi. Bonus e vantaggi che il pubblico non può permettersi e che allo

stesso tempo non riguardano l'intero settore privato.

I rappresentanti dei sindacati hanno anche incontrato Bertolaso. «Abbiamo proposto di legare l'accreditamento delle strutture al rinnovo dei contratti e all'applicazione solo di quelli firmati dalle sigle maggioritarie — dice Cateno Tramparulo della Cgil Fp Lombardia —. Ci ha risposto che approfondirà l'idea».

Sara Bettoni

Le paghe

● Secondo le stime dei sindacati, un ausiliario socio-assistenziale nelle strutture private ha uno stipendio mensile in media inferiore a quello di un collega del pubblico

● La differenza è di 83 euro. Lo stipendio medio nel pubblico è di 1.627 euro. Lo scostamento con le Rsa che applicano il contratto Aiop-Aris è di 312 euro. Per gli infermieri, la differenza è di 131 e 532 euro

SALUTE • Prima delle Europee il decreto “urgente”, poi ritardi

Liste d'attesa, solo uno spot: 4 mesi dopo zero atti attuativi

Era il 4 giugno, pochi giorni prima delle Europee. Il governo approvava un decreto legge, “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie”, pubblicato il 7 alla vigilia del voto. Decreto legge n. 73 del 2024, poi convertito nella legge 29 luglio 2024, n. 107.

Scrivemmo subito che non c'erano soldi, per il 2024 solo 72,8 milioni per ridurre gli oneri fiscali sugli straordinari di medici e infermieri pubblici (saliranno poi a 131 nel 2025, poi 135), con qualche norma utile però sulla gestione: una Piattaforma nazionale affidata all'Agenzia per i servizi sanitari regionali Agenas in modo da disporre almeno di dati confrontabili per ciascuna Regione e Asl; un organismo centrale di controllo, che ora non c'è, tanto che nessuno intervenne neppure nel settembre 2023, quando i carabinieri del Nas documentarono 195 casi di a-

gende chiuse, bloccate, cioè di prestazioni non prenotabili né oggi né mai (è vietato).

La piattaforma richiede Linee guida, che secondo il decreto spot elettorale (art.1) dovevano essere adottate entro 60 giorni dalla legge di conversione, dunque entro il 29 settembre, ma il confronto con le Regioni inizia solo oggi. La piattaforma, si apprende, la vedremo l'anno prossimo. A sei mesi dal decreto legge per il quale la Costituzione (art. 77) richiede “necessità e d'urgenza”. L'unica urgenza era la propaganda.

L'organismo di controllo (art. 2) richiede invece un Decreto del presidente del Consiglio sui poteri sostitutivi che lo Stato dovrebbe poter esercitare quando Regioni e Asl non funzionano a dovere: il termine era 30 giorni dalla conversione, scaduti il 29 agosto, a quanto ne sappiamo non esiste neanche la bozza. E non c'è traccia neppure del decreto del ministro della Salute Orazio Schillaci

che avrebbe dovuto rendere disponibile alle Regioni il Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione (Mcs) fondamentale per l'attuazione degli Standard dell'assistenza territoriale, oltreché per una più efficiente ed efficace attività di programmazione: qui il termine era a 30 giorni dal decreto, 7 luglio. Il ritardo degli strumenti attuativi è stato denunciato nel silenzio generale fin dal 5 settembre da Tonino Aceti, presidente di SaluteEquità.

Al di là degli spot, il problema è enorme. Le competenze concorrenti di Stato e Regioni favoriscono la paralisi. E le infinite liste d'attesa pubbliche, spiegava a giugno l'ultimo rapporto di Mediobanca sul settore, inducono “non solo chi è in grado di sostenere i costi, ma anche i sottoscrittori di assicurazioni private e i beneficiari di welfare aziendali, a indirizzarsi al di fuori del Ssn”, quindi “è lecito attendersi l'aumento del

peso degli operatori sanitari privati il cui giro d'affari nel nostro Paese è già stimabile in circa 70 miliardi, pari al 40% dei numeri complessivi del comparto”. Infatti la spesa sanitaria privata, compresa l'intramoenia nelle strutture pubbliche vola, dai 28,13 miliardi del 2016 agli oltre 40 del 2023. Chi ha investito non vuole che una sola Tac compia il viaggio inverso, dal privato al pubblico.

A. MAN.

LE MISURE RIMASTE SULLA CARTA

NON C'ERANO SOLDI
nel decreto legge 73 del 27 giugno 2024, pubblicato il giorno prima delle Europee. C'erano però norme utili per la gestione e il controllo delle liste d'attesa e la pianificazione di Regioni e Asl. Ma le Linee guida per la Piattaforma nazionale si discutono solo oggi con le regioni, di altri decreti attuativi non c'è traccia. E i termini sono scaduti. Dov'è l'urgenza?



Ministro Orazio Schillaci. FOTO ANSA



Il ritorno del morbillo

Da gennaio ad agosto le persone colpite in Italia sono state 864
Nel 2022 i casi erano stati appena 15
Colpa del calo delle vaccinazioni
I medici: "Non colpisce solo i bambini in età adulta può anche uccidere"

VALENTINA ARCOVIO

Bambini, adolescenti e adulti, il 90% dei quali non era vaccinato. Questo è il profilo delle 864 persone che dall'1 gennaio al 31 agosto sono state colpite dal morbillo in Italia. Secondo il nuovo bollettino mensile del sistema di sorveglianza nazionale, coordinato dal Dipartimento di Malattie Infettive dell'Istituto superiore di sanità (Iss), l'incidenza è pari a 22 casi per milione di abitanti. Solo nel mese di agosto i contagi sono stati ben 53, quando invece in tutto il 2023 i casi di morbillo sono stati 43 e 15 nel 2022. Secondo gli esperti, l'aumento dei contagi dipenderebbe dal calo di vaccinazione, soprattutto delle seconde dosi. «Il morbillo è uno dei virus più contagiosi che si conosca», commenta Giovanni Maga, direttore al Dipartimento di Scienze biomediche del Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr). «Molto più dell'influenza o di SARS CoV2. Per questo - sottolinea - può dare luogo rapidamente a focolai epidemici».

I contagi

In totale, sono 17 le Regioni e province autonome che hanno segnalato casi dall'inizio dell'anno, di cui otto (Lombardia, Lazio, Emilia-Roma-

gna, Sicilia, Campania, Toscana, Abruzzo, Liguria) hanno riportato complessivamente il 90,7% dei casi. In Abruzzo è stata osservata l'incidenza più elevata (52,0/milione abitanti). In Piemonte, i casi registrati sono 7. L'età mediana dei casi segnalati è

pari a 30 anni, oltre la metà dei casi (53,0%) sono adolescenti o giovani adulti e un ulteriore 23,9% ha più di 40 anni di età. Tuttavia, l'incidenza più elevata è stata osservata nei bambini sotto ai 5 anni d'età e sono stati segnalati 41 casi in bambini con meno di un anno di età, troppo piccoli per essere vaccinati. «È sbagliato considerare il morbillo una malattia dell'infanzia», evidenzia Maga. «Il virus colpisce a tutte le età e può avere conseguenze gravi anche fatali. I casi del 2024 - continua - hanno riguardato soprattutto adolescenti e adulti oltre che bambini e quasi il 90% dei contagiati non era vaccinato». Tra i casi segnalati, 68 sono operatori sanitari, di cui 50 non vaccinati mentre le complicanze più frequentemente riportate sono state

epatite/aumento delle transaminasi, polmonite e un caso di encefalite in un giovane adulto, non vaccinato.

La copertura vaccinale

«L'unica difesa efficace è la vaccinazione della popolazione», dichiara Maga. Ma la copertura vaccinale, nel nostro paese, non è ottimale. Nel 2022 nel nostro paese la copertura vaccinale è stata pari al 92% della popolazione per la prima dose e all'86% per la seconda, in calo rispettivamente dell'1% e del 3% rispetto al 2018. Una semplice "dimenticanza", come quella di fare la seconda dose del vaccino, può fare la differenza. Con la prima dose, infatti, si è protetti al 95%, con la seconda dose si può arrivare al 99%. E quando si ha a che fare con il morbillo, ogni punto percentuale di protezione in più è importante. Nel nostro paese c'è poi anche un eserci-



to di "vergini del morbillo", mediamente ultratrentenni che non sono mai venuti a contatto con il virus responsabile della malattia, né infettandosi e né vaccinandosi. Non è un caso se una buona parte dei casi di morbillo in Italia riguardano la fascia d'età 15-64 anni. Il morbillo è quindi una malattia che oggi si diffonde molto tra gli adulti non vaccinati. Questo perché fino al 2017 il vaccino contro il morbillo non era obbligatorio. La circolare ministeriale che lo ha introdotto è andata a ritroso nella popolazione fino al 2000. Ma abbiamo la quasi totalità della popolazione nata negli Anni 90 che non ha sviluppato gli anticorpi, a meno che non abbia già avuto la malattia.

Le complicazioni

Riuscire a sfuggire al morbillo da piccoli, non ci mette a riparo da adulti. Se colpisce una persona con più di 60 anni d'età altre patologie possono subentrare gravi complicanze. E' infatti tra gli adulti che si registra il maggior tasso di ospedalizzazione per morbillo. I bambini sotto i 5 anni di età, gli adulti di età superiore a 20 anni, le donne in gravidanza e le persone con deficit immunitario hanno il rischio più elevato di complicanze. «Le complicanze più gravi - si legge sul sito dell'Istituto - sono la polmonite (che può complicare 1-6% dei casi) e l'encefalite acuta (0,1% o 1 caso su 1000). Altre complicanze includono l'otite me-

dia, la laringotracheobronchite, la diarrea, la disidratazione, la cheratite, la trombocitopenia, e le convulsioni febbrili. Il 20-30% dei casi complicati da encefalite acuta ha esiti permanenti a livello neurologico. Il morbillo as-

sociato a carenza di vitamina A è una delle cause più comuni di cecità acquisita nei bambini dei paesi in via di sviluppo». Il vaccino dunque può essere uno strumento salva-vita. «È fondamentale aumentare la copertura vaccinale della popolazione», sottolinea Maga. «Il vaccino anti morbillo è assolutamente sicuro e può essere fatto a qualsiasi età. Anzi - precisa - è raccomandato per adolescenti e adulti non vaccinati

in precedenza». Esiste un programma di eliminazione del morbillo dell'Organizzazione mondiale della sanità che prevede la vaccinazione gratuita per tutti: bambini, adolescenti e adulti. —

La quasi totalità della popolazione nata negli Anni 90 non ha sviluppato gli anticorpi

30

Anni, l'età media dei casi segnalati. Di questi, 68 sono operatori sanitari

GIOVANNI MAGA

DIPARTIMENTO SCIENZE
BIOMEDICHE DEL CNR



Questo è un virus molto più contagioso del Covid. Può dare luogo rapidamente a focolai epidemici

Senza difese

Quasi il 90% dei contagiati non si era vaccinato



LISTE D'ATTESA: ZERO ATTI

Garattini: "Vaccini
anti-bronchiolite,
un favore a Sanofi"

» MANTOVANI
A PAG. 14



SILVIO GARATTINI IL FARMACOLOGO SULL'ANTICORPO SANOFI CHE PREVIENE LE BRONCHIOLITI NEI BIMBI

"Monoclonale, un pasticcio pro-azienda Deve decidere lo Stato, non le Regioni"

L'INTERVISTA

» Alessandro Mantovani

"E un gran pasticcio", dice Silvio Garattini, il più autorevole farmacologo italiano, fondatore dell'Istituto Mario Negri, di fronte all'incredibile vicenda dell'anticorpo monoclonale Beyfortus (nirsevimab) che previene le bronchioliti da virus sinciziale nei bambini da zero a due anni. Il produttore (Sanofi) aveva chiesto all'Agenzia del farmaco Aifa di inserirlo nella fascia C, quella dei farmaci a pagamento; il ministero della Salute non ha dato indicazioni e alcune Regioni, Lombardia in testa, si sono mosse per acquistarlo autonomamente; finché la Salute giorni fa ha avvertito che non poteva essere rimborsato alle Regioni in piano di rientro per il deficit. A quel punto le proteste hanno indotto il ministero a un clamoroso dietrofront, ma ora sarà più difficile

convincere Sanofi ad abbassare il prezzo dai 220-250 euro a dose chiesti alle Regioni.

Che effetto le fa questa vicenda, professore?

È un gran pasticcio che ha fatto il ministero, un pasticcio che favorisce chi fabbrica e vende il prodotto. A quel che appare non c'è stato alcun coordinamento tra chi ha detto di metterlo in fascia C e chi ha detto che potevano pagarlo solo le Regioni che non sono in commissariamento.

Alla fine troveranno una soluzione per metterlo a carico del Servizio sanitario nazionale. Ma insomma, si ritrovano continuamente a rincorrere.

Tutto il sistema dei farmaci è un sistema a rincorrere, ma il problema è la gestione generale dell'Aifa. È dal 1993 - c'ero anch'io nella Commissione unica del farmaco (Cuf) - che non si fa una revisione sistematica del prontuario farmaceutico. Trent'anni. Prodotti che prima andavano bene sono stati superati. Così ora c'è di tutto a prezzi

non controllati. Manca un comitato che si occupi di capire se il farmaco è attivo e funziona e di stabilire il prezzo correttamente. Non funziona il ministero della Salute che dovrebbe sorvegliare, né l'Aifa che non è in grado di seguire questi problemi in modo puntuale.

Perché succede?

C'è un grande equivoco: l'idea che il Ssn debba mettere a disposizione tutti i farmaci approvati a livello europeo. Non si fa il confronto con i farmaci che sono già in circolazione, così l'industria può sempre dire "il mio è il migliore". Perché abbiamo 50/100 antipertensivi? Aifa ha due funzioni, la prima è l'obbligo di mettere in commercio i farmaci approvati da Ema, ma la seconda è va-



lutare tenendo conto dei bisogni del Ssn.

Cosa bisognerebbe fare?

Una volta la Cuff faceva tutto: la valutazione del farmaco ma anche la discussione sul prezzo. Poi sono state istituite due commissioni, una tecnico-scientifica e un comitato prezzi. Ora sono tornati alla commissione unica ma composta solo da dieci persone: del tutto insufficiente a fronte dei problemi da esaminare. Tutte persone eccellenti, non tutte con l'esperienza necessaria.

Di questo anticorpo che idea si è fat-

to?

Il prodotto può essere utile, darlo a tutti o no è da vedere. Dà il vantaggio di ridurre le bronchioliti che seguono a queste infezioni virali. È certamente utile ma credo si possano discutere sia le indicazioni, cioè a chi darlo e a chi no, sia il prezzo. Non è detto che si debba pagare 250 euro a dose.

Questo caso ci mostra come l'Aifa, così ridimensionata, balbetta, il ministero non dà indicazioni e le Regioni si muovono ciascuna per suo conto.

È un'altra anomalia che le Regioni possano essere autonome dall'Aifa nel definire il prezzo e la possibilità di utilizzare o meno un prodotto. Servono regole uguali per tutti. Non è che una Regione più svelta e capace rie-

sce a ottenere lo sconto e l'altra no. Ma scherziamo? Abbiamo una Costituzione molto chiara, la Repubblica tutela la salute di tutti, non solo di qualcuno.

Allora bisogna rafforzare le istituzioni centrali.

È come se non esistesse più un ministero della Salute, un ente che dà l'input a tutti. Le Regioni dovrebbero adattare un principio al territorio, un luogo di montagna è diverso da una grande città, ma non certo decidere cosa fare e come farlo.

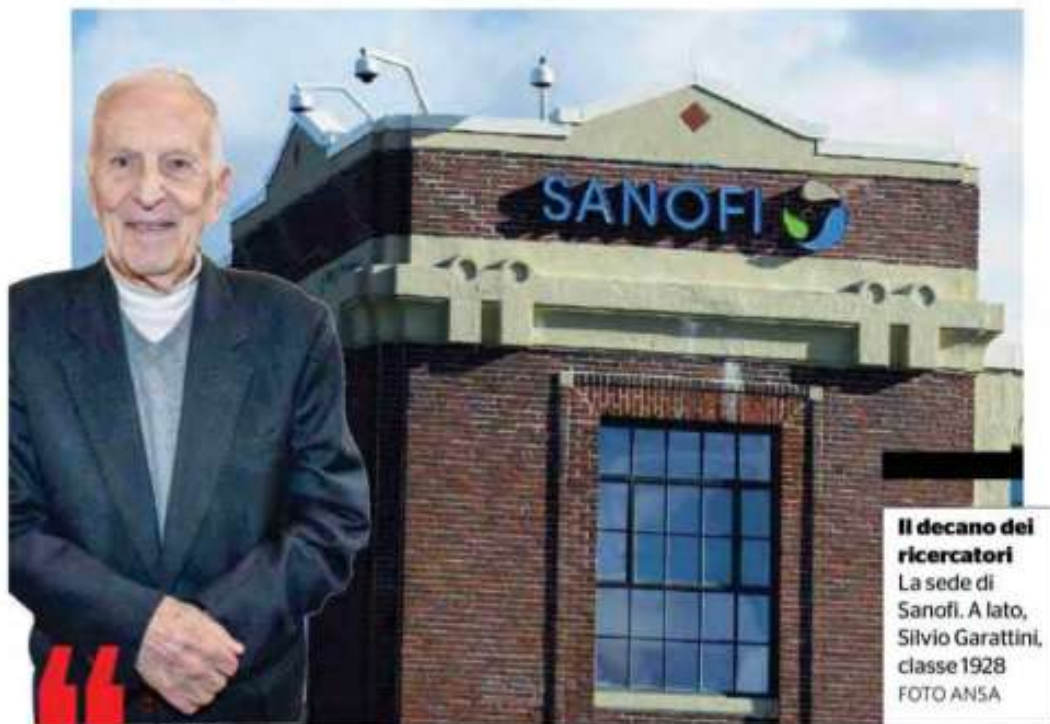
Sarebbe interessante sapere a quali prezzi hanno acquistato Beyfortus Francia Germania e Spagna, ma non si può.

L'Oms aveva stabilito che i prezzi dovessero essere traspa-

renti, ma poi proprio Francia e Germania si sono opposte e non se n'è fatto più niente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Da 30 anni
non si rivede
il prontuario
dei farmaci:
ogni impresa
vende il suo**



Il decano dei ricercatori

La sede di Sanofi. A lato, Silvio Garattini, classe 1928
FOTO ANSA



Nasce da una start up italiana una nuova classe di farmaci a Rna

Made in Italy. La società svilupperà molecole utilizzando un nuovo approccio terapeutico per la cura di tumori intrattabili e patologie genetiche

Francesca Cerati

Le terapie basate sull'Rna hanno il potenziale di rivoluzionare il settore sanitario, in particolare in ambito oncologico, nelle malattie rare, infettive e nei disturbi neurodegenerativi. Queste terapie si riferiscono a trattamenti che utilizzano l'acido ribonucleico (Rna) per modificare l'espressione genica o la produzione di proteine e le aziende biofarmaceutiche e biotecnologiche stanno investendo molto in questo campo, anche a fronte della crescente domanda di medicina personalizzata e del potenziale che queste terapie hanno nel curare esigenze mediche insoddisfatte. Secondo Technavio, le dimensioni del mercato globale delle terapie basate sull'Rna cresceranno di 1,26 miliardi di dollari dal 2023 al 2028. In sviluppo ci sono diverse classi di terapie a Rna, come l'Rna messaggero, i piccoli Rna interferenti e gli aptameri. A questa ultima categoria se ne aggiunge ora una nuova frutto della ricerca italiana e che ha dato vita ad Aptadir Therapeutics, società biotecnologica specializzata nella realizzazione di terapie basate su nuovi inibitori a Rna chiamati Dnmt interacting Rna (Dir) per il trattamento di tumori intrattabili e patologie genetiche. Ad anticiparci il lancio di Aptadir - primo investimento della joint venture Extend, fondata da Cdp Venture Capital, Angelini Ventures ed Evotec - è Giovanni Amabile quale presidente esecutivo e amministratore delegato ad interim.

«Abbiamo trasformato in aptameri, quindi in potenziali farmaci, una classe specifica di Rna che non lo era a partire dalla scoperta dell'ematologa italiana Annalisa di Ruscio assistant professor alla Har-

vard Medical School (co-founder di Aptadir con Vittorio De Franciscis del Cnr, ndr) - racconta Amabile - La ricerca, pubblicata nel 2023 su Nature Communication, ha svelato che all'interno delle cellule esiste un meccanismo per difendersi dallo sviluppo del cancro e che consiste nel bloccare la metilazione dei geni oncosoppressori. In pratica, nel momento in cui gli oncosoppressori vengono metilati di fatto non c'è più un controllo alla proliferazione cellulare e quindi ne consegue sviluppo e progressione di patologie cancerose». Da qui, la scelta di trasformarli in un farmaco in una prima patologia cancerosa, la sindrome mielodisplastica, una condizione in cui i pazienti hanno un altissimo rischio di sviluppare leucemia mieloide acuta. Ma ci siamo accorti che lo stesso meccanismo - che è uno di quelli chiave nel cancro - è di fatto riprodotto anche in alcune patologie genetiche rare, come la sindrome dell'X fragile, che al momento non ha terapia. Abbiamo quindi sviluppato un'altra molecola che ha come target questo specifico gene e che agisce da scudo a queste proteine metilanti».

La vera sfida che stanno di fatto affrontando tutte le biotech che lavorano in questo ambito è fondamentalmente quello di bersagliare in maniera specifica il tessuto che è oggetto del processo patologico. «Lo stiamo affrontando al momento con delle nanoparticelle lipidiche che vengono ingegnerizzate per riconoscere la superficie delle cellule bersaglio e quindi stiamo portando avanti due filoni di ricerca: uno è fortemente legato all'inibitore della metilazione, il secondo è quello di creare il veicolo in grado di trasportare sul bersaglio il farmaco» preci-

sa Amabile, che aggiunge: di fatto, la tecnologia dell'Rna, è anche un approccio che potrebbe sostituire via via la terapia genica. È infatti un approccio più sicuro perché non ha bisogno di vettori virali e l'altra attrattiva degli Rna therapeutics è che la produzione industriale è molto meno costosa e più veloce».

Aptadir ha ricevuto 1,6 milioni di dollari in finanziamenti pre-seed dalla joint venture Extend che verranno utilizzati per ottimizzare la prima molecola, Aptadir Ce-49 prima della fase clinica. «Dai dati ottenuti ad oggi, i Dir sono inibitori altamente selettivi, stabili e non tossici e hanno il potenziale per essere utilizzati nel trattamento di diverse indicazioni terapeutiche - conclude Amabile - e a breve inizieremo la raccolta fondi per portare il farmaco in sviluppo clinico. Abbiamo quindi come scopo la raccolta di almeno 10-15 milioni di euro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Aptadir è la biotech specializzata nella realizzazione di terapie basate su nuovi inibitori a Rna chiamati Dir



Alla sanità il 25% degli appalti in Italia Farmaci al primo posto

Il 25% di tutti gli appalti banditi in Italia nel 2023 ha un indirizzo preciso che si chiama salute. Una montagna di denaro che in un anno ha cubato la ragguardevole cifra di 70,5 miliardi di euro spesi per garantire farmaci, dispositivi medici, servizi di pulizia e macchinari alle Asl e agli ospedali. E che per la prima volta viene censita dall'Anac in un dossier che il Sole 24 Ore è in grado di anticipare. In totale l'anno scorso - spiega il rapporto - sono state espletate 59.653 procedure di affidamento per un valore di circa 70,5 miliardi di euro. «Si tratta di una parte importante degli appalti esperiti in Italia, il 22% circa come numerosità e il 25% circa in valore», scrive l'Anticorruzione guidata da Giuseppe Busia.

Scendendo più nel particolare «dalla distribuzione delle procedure per tipologia di contratto emerge che per l'anno 2023, considerando gli importi complessivi, si sono esperiti appalti principalmente nel settore delle forniture (circa 57,3 miliardi di euro, pari al 81,3% del valore degli appalti in ambito sanitario) seguiti dal settore dei servizi (circa 13,2 miliardi di euro, pari al 18,7% del valore degli appalti)». Ma non solo perché «le forniture in ambito sanitario coprono, in termini di importo, ben il 58,6% circa del valore complessivo delle forniture a livello nazionale, mentre gli appalti di servizi rappresentano il 15,3% circa del valore dei contratti di servizi in Italia». In termini numerici si tratta di 57,3 miliardi di euro in forniture (il 79,6% di Cig e l'81,3% per importo) e di 13,2 miliardi di euro di servizi (il 20,4% di Cig e il 18,7% per importo). L'analisi di Anac scende ancora più in profondità e spacchetta i dati per codice europeo (Cpv, *Common Procurement Vocabulary*). Dei 70,5 miliardi di euro di appalti la parte del leone la fanno i prodotti farmaceutici con 34,5 miliardi di euro, il 49% del valore totale. Al secondo posto le apparecchiature mediche che rappresentano il 32,7% dell'importo pari a poco più di 23 miliardi di euro seguiti dai servizi di assistenza sociale e servizi affini con 8,2 miliardi e l'11,6% del valore totale.

Il dossier si incarica anche di analizzare la prove-

nienza territoriale dei bandi. Qui «in termini di importo, il 20,3% del valore complessivo è rappresentato da appalti avviati da stazioni appaltanti della Lombardia (pari a circa 14,3 miliardi di euro) - spiega Anac -. A seguire il Piemonte con circa il 9,3% del valore complessivo (pari a circa 6,5 miliardi di euro) e subito sotto Sicilia e Liguria rispettivamente con l'8,4% (pari a circa 5,9 miliardi di euro) e il 6,9% (pari a circa 4,8 miliardi di euro) del valore totale degli appalti».

La Lombardia batte le altre regioni anche per numero di appalti con un 12,9% del totale (7.676 Cig), seguite da quelle del Lazio e della Sicilia con rispettivamente il 10,0% (5.949 codici di gara) e l'8,3% (4.974 Cig). In totale nel 2023 le regioni hanno "prodotto" 59.653 codici di gara con un importo medio di 1.182.377 euro.

Per quanto riguarda poi il tipo di procedure, la sanità viaggia soprattutto sulle procedure di gara aperte (il 36,1%) seguite dalla procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando (25,7), mentre «in termini di importo è la procedura aperta quella con il maggior valore pari al 52,9% del totale affidato, seguita dalla procedura ristretta con il 31,2% del valore complessivo, conclude il rapporto.

—Flavia Landolfi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La classifica degli appalti

Cpv relative alle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture superiori a € 40.000, in ambito sanitario. Anno 2023

CPV	VALORE DEI PRODOTTI (in milioni di euro)	VALORE DEI SERVIZI (in milioni di euro)
Prodotti farmaceutici	34.500	34.500
Apparecchiature mediche	23.000	23.000
Servizi di assistenza sociale e servizi affini	8.200	8.200
Servizi sanitari	13.200	13.200
Prodotti per la cura personale	4.000	4.000
Attrezzature e forniture per autopsie e obduzioni	0.000	0.000
Servizi veterinari a domicilio	0.000	0.000
Servizi sanitari e di assistenza sociale	0.000	0.000
Totale	59.653	70.532,31

(Fonte: Anac - Anagrafe Nazionale Appalti)



LA PROTESTA

Ambulatori e sanità privata contro il decreto Concorrenza «Va sospeso subito»

Sbraga a pagina 20

LA PROTESTA

Domani mille delegati manifesteranno all'Esquilino e sotto al Ministero

Ambulatori e sanità privata «Sospendere subito il decreto Concorrenza»

Il presidente Uap Giorlandino: «Non favorire interessi di parte»

ANTONIO SBRAGA

... Una «spedizione dei mille» è attesa domani fin sotto il ministero della Salute per «chiedere al governo chiarezza sulle norme e il rispetto della legalità nelle procedure». A cominciare dalla «definitiva sospensione del decreto Concorrenza». La cui scure incombe tuttora su ambulatori, poliambulatori e ospedalità privata, perché «ancora si sta discutendo sui tagli da apportare al Nomenclatore tariffario e ai Lea, che lo scorso anno dovevano subire un taglio dell'80%, procrastinato al 2025». L'Unione Nazionale Ambulatori, Poliambulatori, Enti e Ospedalità Privata (Uap) chiede invece che il decreto Concorrenza «sia definitivamente sospeso, in quanto inapplicabile alle strutture sanitarie, vere e proprie strutture private non demaniali, con oltre 400.000 dipendenti, che non possono rischiare di far

perdere il posto di lavoro ai tanti dipendenti e che non si ceda a pressioni di lobby e multinazionali». Anche perché i temuti tagli, oltre alle aziende private, penalizzerebbero «soprattutto gli ospedali pubblici delle Regioni in piano di rientro», come il Lazio e il Sud. E, infatti, sempre domani, alle 18, è stata organizzata anche una tavola rotonda presso il Vicariato di Roma, per avvertire sugli effetti dell'autonomia differenziata: «Le Regioni in Piano di rientro come la nostra - dice il presidente dell'Aiop Lazio, Maurizio Pigozzi - potrebbero correre il rischio di vedere il percorso di rientro diventare ancora più in salita». Mentre a livello nazionale l'Uap chiede che «venga-

no mantenuti gli attuali Lea e l'attuale Nomenclatore Tariffario con l'indicizzazione del 75% di anno in anno come tutti i fornitori». Proprio perché «le tariffe vigenti sono ferme dal 1991 - ricorda l'Uap - mentre il governo ha destinato negli ultimi 3 anni oltre 120

milioni di euro alle farmacie per l'esecuzione di screening di cui nessuno si assume la responsabilità civile e penale in caso di errore diagnostico, prive quindi di requisiti e di appropriatezza diagnostica che solo il personale medico può esercitare». Contro questa disparità di trattamento l'Uap protesta da mesi: «È in-



concepibile che le strutture private siano sottoposte ad autorizzazioni regionali e al rispetto degli oltre 420 requisiti professionali, tecnici e organizzativi richiesti dalla legge, mentre le farmacie possono erogare i medesimi servizi sanitari solo con il possesso di un'autorizzazione comunale alla vendita di prodotti». Figli e figliastri anche nel diverso trattamento economico: «Da una parte si offre denaro alle farmacie - spiega la presidente dell'Uap, Mariastella Giorlandino - e dall'altra si taglia in virtù di presunte indisponi-

bilità di fondi nella sanità, a danno degli ospedali pubblici e delle strutture sanitarie private, che impediscono di mettere in atto progetti seri per l'abbattimento delle liste di attesa». Per questi motivi domani gli oltre mille delegati (in rappresentanza di 27.000 realtà sanitarie italiane) al termine della manifestazione al Teatro Brancaccio «ci rechiamo - conclude Giorlandino - in piazza dell'Esquilino e presso il ministero della Salute per far comprendere che l'intento è solo ed esclusivamente quello di garantire la buona sanità e non favorire

interessi di potere o di parte». E da palazzo Madama è già arrivata una prima apertura dal presidente dei senatori di Forza Italia, Maurizio Gasparri: «Siamo aperti al dialogo e al confronto per accogliere le istanze di ogni categoria affinché il diritto alla salute dei nostri cittadini sia sempre tutelato».

400

Mila

Questo il numero di dipendenti che potrebbero rischiare di perdere il posto di lavoro

Gasparri (FI)

«Siamo aperti al dialogo per accogliere le istanze di ogni categoria per il diritto alla salute dei cittadini»

In piazza
Rappresentati di ambulatori poliambulatori e strutture sanitarie private

420

Requisiti

Tanti quelli che le strutture private devono rispettare mentre alle farmacie basta l'autorizzazione

