

RASSEGNA STAMPA Venerdì 18 Gennaio 2013

La banda dei farmaci salvavita 15 milioni rubati agli ospedali.

LA REPUBBLICA

La spending review inglese farà risparmiare 81 miliardi.

IL SOLE 24 ORE

Che cosa insegna il tilt delle barelle.

L'ESPRESSO

Il Tar dice no alle cliniche private e conferma i tagli di Bondi.

CORRIERE DELLA SERA ROMA

Sprechi e truffe: nel Lazio la sanità è un buco nero.

L'UNITA'

C'è un topo in ospedale.

L'ESPRESSO Scienze

Malattia fuori dalla conciliazione.

IL SOLE 24 ORE

Inchiesta italiana

Già undici colpi, i medicinali vengono poi venduti nei paesi dell'Est

La banda dei farmaci salvavita 15 milioni rubati agli ospedali

GIULIANO FOSCHINI
FABIO TONACCI

INGIRO per l'Europa c'è una borsa frigo che vale un milione di euro. Contiene flaconi di farmaci biologici e ghiaccio secco. Una borsa anonima, come se ne vedono tante nei campeggi. La custodisce una banda di criminali che traffica in speranza: ruba costosissimi medicinali salvavita negli ospedali italiani.

Eli rivende come fossero oro in tutto il mondo. In Est Europa soprattutto, nella Grecia prostrata dalla crisi, in Bielorussia. Dovunque ci siano malati gravi con tanti soldi e sistemi sanitari non efficienti.

Parte da qui, da una borsa frigo vagante e dal suo prezioso bottino, una storia criminale che nelle ultime settimane sta facendo lavorare e preoccupare i migliori investigatori italiani. Tutti sulle tracce della banda del farmaco biologico. Undici colpi da aprile del 2011 a oggi in sette ospedali diversi: da Modena a Bari, furti da 15 milioni di euro. La stessa tecnica: colpo mirato, su commissione, probabilmente un basista corrotto tra il personale medico, un lavoretto "pulito", da professionista. E soprattutto lo stesso obiettivo: i medicinali più costosi, quelli biologici di ultima generazione e quelli sperimentali, che in Italia sono utilizzati nelle strutture pubbliche d'eccellenza per curare tumori alla mammella o alla prostata, malattie come l'artrite reumatoide, la psoriasi o il morbo di Crohn. Costo medio, 1000 euro a dose. Sono fiale particolari: non si trovano nelle comuni farmacie, devono essere conservate in frigorifero, hanno nomi che sembrano codici fiscali (Cetuximab, Mabthera, Infliximab, Efalizumab), si possono somministrare soltanto in regime ospedaliero. Ma questo conta poco per la banda. Quei farmaci sono oro, sono un business criminale che non conosce crisi della do-

manda. Come agiscono i ladri di medicine? E con quali tecniche?

LE AZIONI DELLA BANDA

Al Policlinico di Bari, l'ultimo colpo, sono entrati il 9 gennaio. «La farmacia era particolarmente sorvegliata — racconta Vitan-gelo Dattoli, direttore generale dell'azienda ospedaliera — perché già il 30 dicembre qualcuno era entrato e aveva portato via dei farmaci: poca roba, ma chiaramente la cosa ci aveva insospettito. Eppure ci hanno fregato ancora». Sanno quello che fanno, non si tratta di bassa manovalanza da strada. Hanno colpito poco dopo la mezzanotte, senza far scattare il sistema di allarme e senza mai passare davanti alle telecamere di videosorveglianza piazzate attorno alla struttura. Fantasma. «È come se avessero avuto una mappa delle misure di sicurezza: sono entrati dall'unico posto dal quale non potevamo vederli», ammette un investigatore. Hanno forzato una porta di ingresso e si sono diretti alla cella frigorifera. Tra le tante del magazzino, quella giusta: in pochi minuti hanno riempito una valigetta di 856 scatole di fiale per lo più per la cura tumorale e delle malattie autoimmuni. Un bottino da un milione di euro. «Hanno preso le scatole di Humira, Enbrel e Orenzia che già, in parte, avevano portato via il 30 dicembre». Poi sono spariti nel nulla.

La stessa tecnica usata per svaligiare tre volte il Policlinico Federico II di Napoli. Con un'accortezza in più. La notte del 3 luglio del 2011 entrano nella farmacia dopo aver disattivato l'allarme inserendo il codice giusto, che era scritto su un post-it sotto la tastiera di un computer. Se ne vanno, senza scassinare neanche una porta, con 3,5 milioni di euro di Rebif, il medicinale più all'avanguardia per la cura della sclerosi multipla. «Dopo quella notte — racconta un poliziotto che segue le indagini — abbiamo messo telecamere nascoste ovunque, abbiamo fatto appostamenti, creato falsi piani di consegna del Rebif per attirarli in trappola». Risultato? Il 20 feb-

braio successivo la banda riesce a rubare un altro milione di euro di farmaci, tra Rebif e antitumorali, senza nemmeno entrare nel magazzino. «Hanno fatto un buco sulla parete alle spalle della cella frigorifera giusta, eludendo le nostre telecamere nascoste».

Un cerchio perfetto, un metro di diametro nel muro della farmacia. Come hanno fatto nella parete dell'ospedale Ruggi di Salerno il 2 novembre 2012 (600 mila euro di Rebif e antitumorali). E ancora al Miulli di Acquaviva delle Fonti (Bari) il 7 gennaio scorso (173 mila euro di farmaci biologici). Sempre nel cuore della notte. Sempre a caccia dei farmaci più costosi. Ma da chi è composta la banda? E da chi è guidata?

UNA REGIA UNICA

Gli investigatori al momento hanno davanti un mosaico da comporre, con tante tessere e poche certezze. Il sospetto principale è che ci sia una «regia unica», al vertice di una sorta di «holding» dei ladri di farmaco. Una banda superspecializzata, dunque, che da almeno due anni sta lavorando in Italia. Italiani? O stranieri? «Al momento non possiamo escludere alcuna ipotesi — spiega una fonte altamente qualificata del comando del Nas, i carabinieri del Nucleo Antisofisticazione — i fatti ci dicono che sono professionisti. Lavorano in punta di piedi, non lasciano tracce: niente immagini, niente impronte. Questo ci fa pensare che si tratti di una sola banda ma è anche vero che le modalità di ef-

frazione sono diverse tra loro: in alcuni casi disattivano gli allarmi, in altri forzano le porte, in altri ancora bucano i muri». In tutti i casi però non è stata fatta mai confusione: sanno sempre dove andare e cosa prendere, tanto che in alcuni casi soltanto giorni dopo il personale si è accorto che mancavano le medicine.

Il gruppo di ladri opera soprattutto nel sud Italia, ma non disdegna di fare puntate al Nord. A Modena il 3 dicembre ha ripulito il Policlinico di 400 mila euro di farmaci biologici. Senza sfonda-

re nemmeno una porta. In almeno due ospedali, a Napoli e a Bari, chi indaga è certo della complicità interna perché «era praticamente impossibile andare così a botta sicura senza avere un'indicazione precisa». Unica traccia: un furgone che per giorni, hanno raccontato alcuni infermieri, è rimasto fermo nelle vicinanze dell'ingresso dell'ospedale Federico II a Napoli. Ma dove finiscono questi farmaci? Chi li compra?

LE INDAGINI

Per mettere insieme le tessere del mosaico le indagini partono proprio da queste due domande. Partono cioè dalla fine, dall'utilizzatore finale. «I medicinali rubati — ragiona un investigatore del Nas — sono costosissimi, ma nel nostro paese sono messi a disposizione dei malati dal servizio sanitario. Quindi è da escludere che finiscano sul mercato nero italiano o nei paesi dell'Europa occidentale». La pista più documentata porta ad Est. In Albania, Romania, Bielorussia, Ucraina, Moldavia. Le borse frigo da campeggio vengono trasportate in macchina, o via nave dal porto di Ancona. Quando arrivano a destinazione vengono venduti a cliniche private o a dottori compiacenti a metà prezzo. Con 15 milioni di euro di farmaci biologici, la banda se ne intasca almeno otto.

«In Russia e nei paesi dell'ex Unione sovietica la liquidità è tanta e le strutture sanitarie non sempre sono all'altezza. Gli antitumorali biologici custoditi nei nostri Policlinici fanno parte di terapie sperimentali, ma sono assai efficaci». Una parte finirebbe, secondo alcune evidenze d'indagine, nella Grecia azzoppata dal crack economico, dove gli ospedali pubblici stanno soffrendo carenza di strutture e medicinali, tra cui anche i farmaci biologici. In Albania tra i committenti della banda ci sarebbero pure dei medici cialtrani, che promettono cure miracolose finendo per abbondolare anche pazienti italiani disposti a pagare migliaia e migliaia di euro. E c'è pure una pista, ancora tutta da verificare,

che porterebbe a compratori localizzati in Gran Bretagna e Germania. Per ora sono solo ipotesi. Per ora ci sono borse frigo milionarie in giro. E la banda continua a colpire.

Il traffico

I flaconi rubati vengono trasportati dentro borse frigo in Grecia e Bielorussia: sono richiesti dai malati che vivono in Paesi con sistemi sanitari inefficienti

La talpa

L'ultimo blitz 10 giorni fa al Policlinico di Bari: nel mirino gli antitumorali stessa tecnica usata a Napoli, si sospetta la presenza di un complice interno

Le indagini

Le fiale sarebbero richieste da alcune cliniche private e da medici compiacenti i ladri intascano circa la metà del valore del bottino stimato in 15 milioni di euro

Inchiesta italiana

I predatori degli ospedali così i farmaci diventano oro al mercato nero dell'Est

Boom di furti da Bari a Modena: è il nuovo business criminale

Le tecniche

Come agiscono e quali tecniche prediligono gli autori di questi colpi milionari?

L'organizzazione

Chi sono i membri dell'organizzazione e quale è la mente che li guida e ne pianifica le azioni?

La domanda

Ma in quali piazze sono richiesti questi medicinali biologici di ultima generazione? Chi li acquista?

La mappa dei furti nelle farmacie ospedaliere e nei furgoni

Caserta

- 22 settembre 2012, Ospedale Sant'Anna valore 1 milione di euro
- settembre 2012, Ospedale Piedimonte furto fallito

Salerno

- 2 novembre 2012, Ospedale Ruggi valore 600mila euro

Napoli

- 4 aprile 2011, Policlinico Federico II valore 1,5 milioni di euro
- 3 luglio 2011, Policlinico Federico II valore 3,5 milioni di euro
- 20 febbraio 2012, Policlinico Federico II valore 1 milione di euro
- 24 novembre 2012, Policlinico Federico II valore 43 mila euro

Modena

- 3 dicembre 2012, Policlinico valore 400mila euro

Caserta

Bari

Salerno

Bari

- 30 dicembre 2011, Policlinico
- 4 gennaio 2013, Ospedale San Paolo valore 153mila euro
- 7 gennaio 2013, Ospedale Mitulli (Acquaviva, Bari) valore 173mila euro
- 9 gennaio 2013, Policlinico valore 1 milione di euro

Le rotte in uscita

L'ipotesi degli inquirenti è che i farmaci vengano rivenduti nei mercati dove non sono reperibili



I farmaci rubati

Sono tutti di fascia H, cioè si trovano solo negli ospedali e possono essere maneggiati solo da personale ospedaliero.



Farmaco per la sclerosi multipla Rebif



Farmaci biologici contro la psoriasi: Enbrel, Etanercept, Efalizumab



antitumorali: Cetuximab, Bevacizumab, Sorafenib, Sunitinib per il trattamento dell'artrite reumatoide: Orencia, Anakinra, Mabthera contro il morbo di Crohn: Humira, Infliximab e Adalimumab

1.000 euro

Il costo medio di un flacone

Il traffico di medicinali

100 miliardi

Il volume mondiale del contrabbando di farmaci in dollari

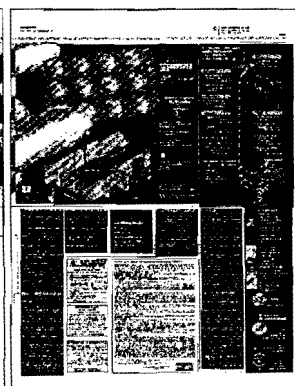
di cui

il 50%

in alcune zone dell'Africa e dell'Asia

90-100 milioni

La stima del valore dei farmaci rubati in Italia nel 2012



Confronto internazionale. Risalgono agli anni '80 i piani di Danimarca e Olanda

La spending review inglese farà risparmiare 81 miliardi

Davide Colombo
ROMA

Le più recenti analisi comparate (ne troveremo una sintesi nel prossimo "Government at a Glance 2013" dell'Ocse) sono giunte alla conclusione che le spending review non rappresentano necessariamente il "modello migliore" di valutazione e riqualificazione della spesa pubblica rispetto ad altri tipi di analisi funzionale dei bilanci. Sta di fatto, però, che in quegli studi internazionali l'Italia non compare mai, visto che tra i principali paesi che fanno parte dell'organizzazione parigina debutta solo ora con questa pratica. Un debutto difficile, voluto dal Governo dei professori per attivare uno strumento in più da utilizzare, se lo vorranno i successori, come chiave strategica e possibilmente a "periodicità certa" per tentare un'uscita dalla crisi da sovraindebitamento.

Le spending review degli altri paesi hanno invece una storia e risultati concreti da vantare. Cicli pluriennali di revisione organica e completa di tutte le voci della spesa vennero lanciati nei primi anni Ottanta del secolo scorso in Danimarca e Olanda. E nel decennio successivo da paesi come il Canada, il Regno Unito (1998) e più recentemente dalla Finlandia (2005). Gli approcci utilizzati sono diversissimi, ovviamente, e variano a seconda del contesto istituzionale e politico. Diversi anche i perimetri delle revisioni periodiche: l'Olanda si concentra sulle amministrazioni centrali, la Danimarca parte da selezioni ad hoc di programmi o missioni di spesa centrali mentre in Inghilterra i periodici cicli di revisione si sono concentrati su tutte le spese

"discrezionali", pari a circa il 60% del totale, sulle quali vengono poi fissati tetti pluriennali, mentre il restante 40% delle uscite che comprendono spese obbligatorie, interessi sul debito, social security, vengono gestite con maggiore flessibilità anno per anno dai vertici amministrativi del Tesoro con l'ok politico del Cancelliere dello Scacchiere. Diversi anche i modelli di gestione del processo, con un compito di coordinamento e impulso di solito affidato al primo

MODELLO A PIÙ FASI

I cicli di revisione della spesa sperimentati in altri paesi possono durare anche 4 o 5 anni e coprire non solo le uscite della Pa centrale

ministro e al ministro dell'Economia che spesso si avvalgono di un comitato di consulenza esterno formato da esperti, e la durata dei cicli di revisione: biennale in Inghilterra, annuale in Australia, o di ampiezza maggiore (4-5 anni) in paesi come la Finlandia e la Danimarca.

Ma a quali risultati hanno portato questi sistemi complessi (e politicamente impegnativi) di revisione della spesa? Vediamo il caso inglese, dove il processo di programmazione e budgeting è ormai da anni tutt'uno con la spending review. Il round di revisione lanciato all'inizio della Grande crisi, 2007-2008, aveva come obiettivo un taglio di 20 miliardi di sterline annui e una riduzione di 84mila dipendenti pubblici. Un pre-consuntivo del 2008 ha dimostrato che nel primo anno s'è fatto anche di più,

con un taglio di 23 miliardi. Il ciclo di revisione lanciato nel 2010 e firmato dal Cancelliere George Osborne fissa i nuovi budget di spesa fino al 2014-2015 dei diversi ministeri, con l'obiettivo di un taglio di altri 81 miliardi (19% della spesa monitorata), più un altro taglio di sette miliardi di spese per welfare (incluse le tax expenditure) e del 7% dei trasferimenti agli enti territoriali, mentre per il personale, a fine ciclo, la riduzione cumulata arriverebbe a 490mila unità. Nel 2009 la spending review olandese, realizzata con venti gruppi di lavoro coordinati a livello centrale, ha portato a un risparmio di 35 miliardi, anche in questo caso includendo una revisione delle spese fiscali (deduzioni, detrazioni eccetera) mentre l'ultimo ciclo di revisione lanciato in Finlandia (2011-2015) prevede una riduzione di 4.900 dipendenti pubblici e la riallocazione di budget tra vari programmi di spesa, con un investimento annuo di 80 milioni di euro, dal 2012 in poi, per il rilancio dell'e-government e di nuovi progetti di incremento della produttività delle amministrazioni centrali.

Altra componente complementare ai modelli di spending review è il ruolo di "centrali acquisto" svolto da agenzie governative per l'acquisto di beni e servizi per la Pa. Anche qui le differenze sono notevolissime tra paese e paese. Il caso italiano della Consip, che presidia 29-30 miliardi di spesa su un aggregato di quasi 40 miliardi e che nel 2011 ha garantito risparmi del 22%, è tuttavia paragonabile all'austriaca Bbg, che con una gestione analoga ha assicurato circa il 18-20% di risparmi nello stesso periodo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il rigore degli altri



Il ciclo di revisione lanciato dal Governo inglese nel 2010 fissa i nuovi budget di spesa 2014-2015 dei diversi ministeri, con l'obiettivo di un taglio di altri 81 miliardi (19% della spesa monitorata), più un altro taglio di 7 miliardi di spese per welfare (incluse le tax expenditures)

IL TAGLIO SUL WELFARE

7 miliardi



Nel 2009 la spending review olandese, realizzata con venti gruppi di lavoro coordinati a livello centrale, ha portato a un risparmio di 35 miliardi, includendo anche una revisione delle spese fiscali (deduzioni, detrazioni eccetera)

I RISPARMI

35 miliardi



L'ultimo ciclo di revisione lanciato in Finlandia (2011-2015) prevede una riduzione di 4.900 dipendenti pubblici e la riallocazione di budget tra vari programmi di spesa, con un investimento annuo di 80 milioni di euro, dal 2012 in poi, per il rilancio dell'e-government

RIDUZIONE PERSONALE

4.900 unità

Ignazio Marino Questioni di vita

Che cosa insegna il tilt delle barelle



Ambulanze ferme per ore con i pazienti bloccati nelle lettighe per la mancanza di posti letto e persino di barelle nel pronto soccorso. Così la rete dell'emergenza di Roma è andata in tilt pochi giorni fa, per l'ennesima volta, dimostrando quanto sia urgente intervenire prima che sia troppo tardi. Troppo tardi perché ogni volta che sui giornali si denuncia il malfunzionamento della sanità, c'è qualcuno che credendosi saggio afferma: «Non possiamo più dare tutto a tutti». Può darsi, ma la sostenibilità non si ottiene con tagli continui e indiscriminati, e neanche ricorrendo alle assicurazioni che tendono ad alimentare un'assistenza a due velocità: una privata per chi ha maggiori disponibilità economiche e una pubblica, impoverita di strumenti e professionalità, per chi l'assicurazione non se la può permettere.

CERTAMENTE non si può perseverare con le gestioni disastrose, con gli sprechi, con il malaffare, e neanche con i comprensibili ma negativi comportamenti difensivi dei medici che spesso prescrivono esami e visite solo per paura delle denunce. Il principio da salvaguardare non è quello di dare tutto a tutti ma di garantire tutto ciò che è necessario a chi davvero ne ha bisogno. E per fare questo occorre entrare nel merito dei problemi. La situazione del Lazio, che insieme alla Campania rappresenta il 60 per cento del deficit sanitario, è paradigmatica. Bastano pochi esempi: le unità operative complesse, ovvero i reparti con a capo un primario, sono 1.600. Tutti davvero necessari? Al policlinico Umberto I ci sono una ventina di laboratori di analisi quando ne basterebbe uno solo dotato di tutte le tecnologie e le risorse umane necessarie. Le strutture di emodinamica nel Lazio sono 35 ma solo sei sono operative 24 ore su 24 e proprio per questo, a Viterbo nel 2009, una persona colpita da infarto è morta tra Natale e Capodanno perché erano giorni festivi e le attrezzature salvavita erano chiuse in un reparto deserto. Non è accettabile. Ma ci sono anche 74 letti di chirurgia maxillo-facciale dove vengono

curati circa 3.700 pazienti l'anno, meno di uno a settimana per posto letto, per non parlare dei cinque centri per il trapianto di fegato che tutti insieme eseguono meno interventi dell'unico centro di Torino o di Pisa. Non è solo una questione di costi: la scienza ha dimostrato il preciso rapporto tra numero delle prestazioni e successo nei risultati. Per questo, nell'interesse della salute delle persone, sarebbe logico concentrare le terapie ad alta specializzazione solo nei centri più attivi. Nessuno però sembra ritenere importante questo fattore e, infatti, nei tagli proposti dal commissario nominato dal governo sono finiti anche i reparti che hanno lavorato molto bene. Creando grande agitazione tra i pazienti e tra i lavoratori.

Invece di concentrarsi sui tagli indiscriminati, che non tengono conto dei risultati e cioè delle vite salvate, è il momento di iniziare ad aggregare e integrare, evitando la dispersione e attuando reti di collaborazione tra gli ospedali. È ora di intervenire sui reparti più costosi, come ad esempio i centri trapianto, le cardiocirurgie e le neurochirurgie, stabilendo chi fa cosa e organizzando turni per le emergenze. Lo si fa a Parigi dove di notte c'è un unico ospedale di guardia per le emergenze neurochirurgiche. E lo si è fatto a Los Angeles dove piccole strutture inefficienti sono state sostituite da elicotteri che rapidamente trasportano i pazienti con patologie urgenti in un ospedale ad altissima tecnologia. Con costi inferiori e risultati migliori.

TUTTO QUESTO PASSA anche per costanti e rigorose verifiche sui budget, sui costi di acquisto di beni e servizi, avviando anche una grande "operazione trasparenza" verso i cittadini rispetto alla qualità delle cure negli ospedali. Infine servono i controlli che un'autorità nazionale, indipendente dalla politica, dovrebbe fare con il mandato di intervenire nel caso di anomalie amministrative o cliniche. Soluzioni da introdurre nelle regioni più in crisi ma anche nel resto d'Italia per non cedere al rischio di indebolire una delle più grandi conquiste democratiche del nostro Paese.

La rete dell'emergenza bloccata a Roma è un segnale da non sottovalutare. Ma per rendere sostenibile il sistema sanitario la priorità non è l'assicurazione dei privati benestanti bensì un'efficace riorganizzazione

» La sentenza

Il Tar dice no alle cliniche private e conferma i tagli di Bondi

Il Tar del Lazio dà torto alle cliniche private e conferma il decreto del commissario ad acta Enrico Bondi con il quale il 22 novembre scorso è stato previsto un taglio retroattivo del 7% sul budget del 2012 delle strutture sanitarie private accreditate nella regione. Lo ha deciso la terza sezione quater del Tribunale che ha respinto la richiesta di sospensione del decreto commissariale avanzata dall'Aiop l'Associazione italiana ospedalità privata che è la più rappresentativa organizzazione del settore nel Lazio. Il ricorso era stato firmato anche dai responsabili di 29 strutture sanitarie. L'Aiop, che solo nel Lazio conta 120 case di cura affiliate, ha annunciato che si appellerà al Consiglio di Stato.

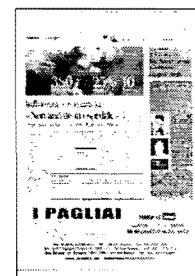
«Ci sono circa 6 mila lavoratori a rischio — ricorda Jessica Faroni, presidente dell'Aiop Lazio — ma da anni i processi di riorganizzazione si basano solo su decreti che stabiliscono tagli orizzontali, tagli che in pratica ci stanno ammazzando». Eppure dalle cliniche convenzionate fanno notare che «se si paragonano i costi dell'assistenza con quelli di Asl e ospedali pubblici, le case di cura costano molto meno e garantiscono comunque un'alta qualità delle prestazioni». Inoltre l'Aiop chiede al neo commissario Filippo Palumbo: «Perché da oltre un anno sono bloccati i rimborsi per i malati provenienti da altre regioni che sono curati nel Lazio? Queste risorse sarebbero molto importanti, ma il governo centrale non le ha mai rese disponibili». Per non parlare poi «delle strutture che dal 2011 si sono riconvertite, come chiesto dalla Regione, ma che non sono mai state pagate per le prestazioni che erogano —

aggiunge Jessica Faroni —. Noi non siamo i nemici da abbattere, siamo solo imprenditori che chiedono di poter lavorare con onestà e di poter offrire la nostra esperienza e la nostra professionalità per costruire un Servizio sanitario regionale efficiente, dal volto umano e a costi sostenibili».

Ma le cattive notizie non sono finite: dal San Raffaele spa, di proprietà della famiglia Angelucci, ieri è stato ribadito che «permane l'impossibilità del pagamento degli stipendi per il personale delle 13 cliniche nel Lazio e dei fornitori perché dei 20 milioni promessi dall'ex Commissario ad acta, Enrico Bondi, entro il 31 dicembre scorso, la Regione Lazio ne ha erogati, ad oggi, solo 7,5 ad Unicredit Factoring — è spiegato in una nota —. Della ulteriore somma di 9 milioni, il cui pagamento era stato stabilito con scadenza 15 gennaio 2013, nulla fino a oggi è stato ricevuto. E appare, quindi, più che ragionevole presumere che neanche i pagamenti promessi per il 31 gennaio saranno eseguiti regolarmente dalla Regione Lazio». Il San Raffaele attende «chiarimenti dal neocommissario Palumbo».

F. D. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'INCHIESTA

Lazio, il sacco della sanità

● Dal buco di Storace alla «tassa» Polverini: tra truffe e sprechi l'analisi di un crac

Da Storace che se ne andò lasciando un buco di dieci miliardi di euro fino a Renata Polverini che ha ripianato i debiti attraverso Irap e Irpef pagati dai cittadini. La sanità del Lazio, tra sprechi e truffe, è un grande buco nero con il servizio più scadente d'Italia.

ROSSI A PAG. 17

IL SETTORE RISCHIA DI SALTARE PER UNA CRISI FINANZIARIA. DALLA VORAGINE DI STORACE AI RIMBORSI FALSI, STORIA DI UN CRAC ANNUNCIATO

ROBERTO ROSSI
ROSSI A PAG. 17

Sprechi e truffe: nel Lazio la sanità è un buco nero

Nel Lazio cinque strutture per il trapianto del fegato che lavorano quanto il solo ospedale Molinette di Torino

Non si sa ancora quanti siano i reali posti letto. Nel 2006 un piano di rientro «lacrime e sangue» della durata di 30 anni

L'8 gennaio scorso, fuori dai cancelli dell'Idi, un volantino recitava: «...Dopo ben 4 mesi senza stipendio molti nostri colleghi si sono ritrovati senza risorse economiche. C'è chi ha avuto sfratti, blocco utenze e anche chi ormai non riesce più a portare a tavola qualcosa da mangiare. Pertanto abbiamo allestito una dispensa per i nostri colleghi dove sono presenti beni di prima necessità: pane, riso, pannolini, olio... e tutto ciò che potrebbe essere utile alle mamme ed ai loro bambini... Aiutiamo i nostri colleghi a vivere». Siamo a Roma e il San Carlo-Idi non è una fabbrica ma uno dei più importanti centri dermatologici in Italia, un'ospedale di proprietà della Congregazione dei figli dell'Immacolata Concezione convenzionato con il servizio sanitario nazionale. Si trova in via Aurelia 275 e per anni è stato considerato una delle eccellenze italiane. Oggi, invece, rappresenta il simbolo di una crisi che investe l'intera sanità della regione Lazio, malata quasi terminale.

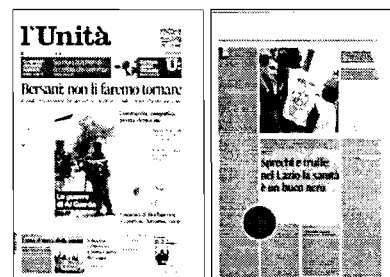
Il morbo che l'ha colpita, che oggi si sta manifestando in tutta la sua virulenza, non è recente. È in circolo da anni. Ha cominciato a manifestarsi durante la giunta di Francesco Storace, dal 2000. L'ex governatore, oggi nuovamente candidato, ha abusato della sanità per creare consensi. Proprio per questo, sotto la sua reggenza, il settore ha generato un buco di oltre dieci miliardi di euro. Oggi, naturalmente, Storace nega, ma basterebbe ricordare i 49 ospedali pubblici venduti e poi riaffittati a caro prezzo alla Regione, le gesta di lady Asl, le fatture gonfiate, le tangenti, il fiume di denaro scomparso senza traccia. Basterebbe ricordare come i bilanci che le aziende sanitarie laziali avrebbero dovuto redigere tra il 2003 e il 2005 vennero

approvati solo nel 2006, quando la Corte dei Conti segnalava «la non piena attendibilità delle scritture contabili». Un modo gentile per dire che quei documenti erano falsi e sottolineare l'esistenza di un deficit sanitario sommerso.

Storace lasciò nel 2005 sepolto dagli scandali, ma la polvere sotto al tappeto rimase. Per scongiurare un crac annunciato il ministero dell'Economia obbligò l'Ente, con la giunta Marrazzo, a un piano di rientro lacrime e sangue. Venne accordato un prestito trentennale da 5,5 miliardi (al 5,965%) che la Regione ogni anno rimborsa con rate da 350 milioni. Eppure nonostante l'esperienza precedente una vera inversione di tendenza non è mai arrivata. Si continua sempre a ripianare il debito chiedendo uno sforzo ai cittadini (attraverso l'Irap e l'Irpef) senza far guarire il malato. Tanto è vero che anche per il 2013 il disavanzo tendenziale viaggia verso il miliardo di euro.

SERVIZI SCADENTI

Il paradosso è che nonostante i tanti soldi impiegati in quasi quindici anni, l'offerta del sistema sanitario regionale è tra le più basse d'Italia. Per comprendere di che cosa si sta parlando basta leggere il documento redatto lo scorso marzo dal ministe-



ro della Salute sui «Livelli erogati di assistenza sanitaria» (Lea): in cinque dei 21 indicatori utilizzati per verificare la qualità complessiva del sistema, il Lazio si posiziona ultimo in Italia. Come ci dice il medico Roberto Polillo - ex segretario nazionale Cgil-Medici, per due anni al ministero della Salute con il secondo governo Prodi, redattore di Quotidiano Sanità - dal numero dei posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali, alla percentuale di parti cesari, dal costo pro capite dell'assistenza collettiva in ambiente di vita e lavoro al numero dei posti per l'assistenza ai disabili, il Lazio presenta le maggiori problematiche. Quando la giunta Polverini si affacciò al capezzale, mettendo mano al sistema sanitario regionale con la delibera 80 del 2010, alcune criticità erano così riassunte: a) un eccesso di offerta ospedaliera con una presenza di posti letto privati che superava il 40% e che realizzava oltre il 50% dei ricoveri; b) massima concentrazione delle strutture ospedaliere e delle alte specialità nell'area metropolitana e forte carenza nelle province; c) bassa qualità delle cure ma costo eccessivo; d) scarsa presenza delle cure primarie nonostante la riconversione di 24 ospedali trasformati in ospedali difettivi e poliambulatori.

Dal documento emergeva, in sostanza, un mostro di burocrazia, farraginoso, spesso con comparti inutili, non razionale, costosissimo. Ad esempio. Dal sito della società dei trapianti d'organi d'Italia si scopre che nel Lazio ci sono cinque strutture accreditate (il San Camillo-Forlanini, il Sant'Eugenio, il policlinico Umberto Primo, il Bambin Gesù e il Gemelli) per il trapianto del fegato. Strutture anche di un certo rilievo scientifico ma che producono meno interventi dell'Ospedale Molinette di Torino, unico centro accreditato in Piemonte (regione con un milione di abitanti in meno). Oppure: nel Lazio sono presenti 39 strutture di unità di terapia intensiva cardiologica (come si evince dall'elenco dell'associazione medico chirurghi) ma solo sei, come dice Polillo, lavorano ventiquattro ore al giorno. Ricorda, poi, Ignazio Marino, senatore del Pd e membro della Commissione parlamentare sulla Sanità: «Nel Lazio ci sono 1600 Unità Operative, a capo di ognuna delle quali c'è un primario. Quante di queste sono davvero necessarie?». E quante create per offrire un posto di prestigio a qualcuno?

Tra l'altro, non è ancora chiaro quanti siano i posti letto esistenti. Per anni ci sono stati dati contrastanti. «In una tabella del ministero della Salute - ci dice ancora Polillo - i posti letto presenti al primo gennaio 2012 risultano essere 23.041 (di cui 4307 di post acuzie)». Invece nella tabella allegata a un verbale regionale di due mesi prima «i posti letto sarebbero in numero inferiore e cioè 22.833 (di cui 4215 di post acuzie)». La scarsa attendibilità dei dati regionali è una consuetudine: «Ad esempio, i posti letto risultanti al 2006 (dati

del ministero della Salute) erano 21.311 mentre quelli censiti con la delibera 80/2010 erano 25mila». Una differenza di oltre 4mila posti letto.

Naturalmente l'inefficienza ha un costo che ricade sui cittadini: secondo il Tribunale per i diritti del malato in un pronto soccorso del Lazio per un codice verde si può aspettare fino a dodici ore, contro le due ore della Toscana e i sessanta minuti della Lombardia, mentre è ancora sotto gli occhi di tutti lo spettacolo di una capitale che, la settimana scorsa, per molte ore è stata senza ambulanze.

MUCCA DA MUNGERE

Ma non è solo un problema di burocratica inefficienza. Per spiegare quel disavanzo monstre c'è anche altro. La sanità nel Lazio, per anni, è stata, una mucca da mungere, il bancomat per comprare consensi elettorali o creare gruppi di potere. Scriveva Angelo Raffaele De Dominicis, procuratore regionale della sezione giurisdizionale del Lazio della Corte dei Conti, nell'ultima relazione sulla Regione Lazio dello scorso febbraio: «Gravissimi fatti illeciti sono stati, altresì, riscontrati durante il 2011 nel settore della spesa sanitaria (...)». Di recente - si segnalava ancora nella relazione - la Procura regionale per il Lazio ha chiesto alla competente Sezione Giurisdizionale il sequestro conservativo di beni immobili appartenenti alla San Raffaele Spa (ex Tosinvest spa), per 134 milioni di euro, a garanzia del corrispondente danno subito dal Servizio Sanitario Regionale, per effetto di una complessa e articolata indagine relativa alla fittizia o irregolare erogazione di prestazioni di riabilitazione eseguite presso strutture convenzionate, e in particolare presso la casa di cura San Raffaele di Velletri. I rimborsi illeciti al gruppo San Raffaele, sempre secondo il procuratore, «destano particolare sconcerto e preoccupazione ove si consideri che oltre il 68% dell'intero debito sanitario nazionale è costituito dal disavanzo accumulato da due regioni: Lazio e Campania».

Ma il marciame evidenziato dalla Corte dei Conti rappresenta solo una parte. Qualche settimana fa spiegava Enrico Bondi, ex commissario alla Sanità del Lazio, presentatosi qualche mese fa al capezzale del malato armato di solo bisturi, che c'erano casi, come quello del San Carlo - Idi, guarda caso, dove molte fatture, per almeno 110 milioni, venivano pagate due volte: la Regione le pagava all'Idi, e l'Idi le scontava ugualmente, facendosi dare altri soldi, da banche o società di factoring. Le quali ora battono cassa. E non vogliono soltanto quei 110 milioni di euro. «Ma anche i 51 di fatture non riferibili a prestazioni sanitarie, contestate dall'Asl», come sottolineò ancora Bondi, che l'Idi ha comunque scontato. Oltre agli 83 relativi invece a «prestazioni non riconoscibili», sempre anticipati dalle stesse banche. Totale: 244 milioni. E cioè un quinto del disavanzo totale.

La sanità del Lazio è malata cronica, si diceva. Dal San Carlo-Idi alle strutture del gruppo San Raffaele, dal Policlinico Gemelli agli ospedali religiosi riuniti nell'Aris, fino agli ospedali pubblici come il San Filippo Neri e il Cto, tutti vivono di giorno in giorno e col fiato sospeso. La regione ha pochi fondi da utilizzare. Tecnicamente, se fosse un'azienda privata, si potrebbe definirlo un crac. Ma qui si parla di salute, e di una malattia durata anche troppo tempo. Dalla quale ci si può curare. Ma serve che qualcuno lo faccia.

CORTE DEI CONTI

**Dubbi sui bilanci
che le aziende sanitarie
avrebbero dovuto
redigere tra il 2003
e il 2005**

SAN RAFFAELE**«I soldi dalla Regione
non sono ancora arrivati»**

Entro il 15 gennaio dovevano arrivare nelle casse degli ospedali San Raffaele nel Lazio 29 milioni di euro dalla Regione, di cui 20 entro il 31 dicembre e altri 9 entro martedì scorso: invece, solo 7,5 milioni sono stati erogati dalla Regione Lazio, e peraltro sono ancora nelle casse di Unicredit. Dei restanti 21,5 milioni, nessuna traccia. Lo sottolinea il Gruppo San Raffaele, facendo notare che, oltretutto, a questo punto anche l'erogazione di ulteriori 5 milioni di euro prevista entro il 31 gennaio, portando così il totale a 34 milioni, è fortemente in dubbio. La situazione è sempre più allarmante: ancora non sono stati erogati gli stipendi di novembre e dicembre (più la tredicesima), e i fornitori non possono essere pagati. La regione Lazio aveva promesso fondi per 34 milioni entro la fine di gennaio, ma allo stato non è giunto neanche un euro.

C'è un TOPO in ospedale

Animali infettati con diverse cellule cancerogene. Per testare le cure. E la via maestra per cercare nuovi farmaci. Con un protagonista: italiano

DI ANTONIO CARLUCCI DA BOSTON

L'ospedale del topo è a Boston, all'ottavo piano del nuovissimo edificio che ospita il centro di ricerca sui tumori del Beth Israel. L'ascensore arriva sin lassù solo se sei autorizzato da una carta magnetica di riconoscimento e la porta d'ingresso conduce in una stanza dove comincia il rito della vestizione: tuta bianca da laboratorio completata da sovrascarpe, guanti, cuffia e mascherina. Una volta indossati i capi obbligatori, bisogna sostare qualche secondo in un cilindro trasparente chiuso ermeticamente che soffia aria compressa da decine di buchi. Solo allora si apre la porta che conduce alle stanze dove vivono migliaia di topolini. Sono chiusi in scatole trasparenti, in cinque per ciascuna, collegate a un sistema automatico di alimentazione.

Tutti e cinquemila i topi ospiti di questo centro clinico e di ricerca sono ammalati di cancro o lo saranno molto presto. Le più diverse patologie: dalla prostata al polmone, dal sangue al cervello. I topi sono i pazienti utilizzati per verificare le evoluzioni del cancro e, soprattutto, per testare nuovi medicinali. A capo dell'ospedale del topo c'è un italiano, si chiama Pier Paolo Pandolfi, è

alla soglia dei 50 anni e si deve alle sue scoperte se uno dei tumori più maligni - la leucemia acuta promielocitica, meglio conosciuta con l'acronimo di Lap - è attualmente trattabile.

L'idea dell'ospedale del topo come centro di ricerca sull'evoluzione del cancro e di test sui farmaci è ormai riconosciuta come una via maestra nella lotta alla malattia. Alla fine di novembre, il National Institute of Health, il braccio operativo del ministero della Salute degli Stati Uniti nel campo della ricerca biomedica, ha organizzato una riunione con Pandolfi e con altri ricercatori di fama internazionale per discutere la possibilità che in rapporto diretto con grandi ospedali americani vengano create una serie di cliniche del topo con l'obiettivo di allargare in modo esponenziale la ricerca e i test, un modo per arrivare prima a risultati positivi per l'uomo (esiste anche un progetto di creare una struttura del genere a Roma, come si può leggere nel riquadro a pagina 92).

«L'ospedale del topo è basato sul concetto del malato surrogato», racconta Pier Paolo Pan-

dolfi in un incontro con "L'Espresso" nel suo ufficio al Beth Israel Deacones Cancer Center di Boston: «Il malato surrogato è il topo che noi ingegnerizziamo. Praticamente, lo creiamo e lo inventiamo perché esprima in modo eccessivo i geni che causano o sopprimono il cancro nell'uomo». Come fa il topo a sviluppare il cancro? Spiega Pandolfi: «Si prende un ovocito fertilizzato del topo e con un micro ago si inietta nel nucleo un pezzo di gene preso dal tumore umano che così viene integrato nel genoma del topo. Quando nasce e poi cresce, l'animale sviluppa il cancro allo stesso modo dell'uomo, spontaneamen-

te. Se gli mettiamo l'oncogene umano nella prostata, al topo viene il tumore alla prostata ed è indistinguibile, morfologicamente e tecnicamente, da quello della prostata umana. La cellula malata del topo e quella dell'uomo non presentano alcuna differenza quando vengono esaminate al microscopio».

Questa è stata la scoperta che Pier Paolo Pandolfi ha fatto nella seconda parte degli anni Novanta quando era un ricercatore all'università di Perugia: isolare una cellula tumorale umana (nel suo caso quella della Lap), iniettarla nell'ovocito di un topo e scoprire che quel tumore non

solo si sviluppava, ma la malattia si presentava in modi differenti a seconda di quali geni o combinazione di geni la facevano emergere. Di qui i test con un solo farmaco o con diversi farmaci hanno portato a individuare per ogni specie e sottospecie di cancro la giusta terapia.

Questa scoperta, resa nota attraverso la pubblicazione che era stato creato il primo modello di topo con la leucemia promielocitica acuta, ha automaticamente iscritto Pandolfi nel club dei ricercatori e giovaniscienziati italiani che per continuare sulla strada intrapresa sono andati all'estero (e li sono rimasti) perché il Sistema Italia non è in grado - culturalmente, politicamente e finanziariamente - di offrire a chi, per capacità, impegno e meriti di studio sta un passo avanti agli altri, un percorso professionale che non sia quello regolato dalla cieca burocrazia del ministero della Pubblica Istruzione e delle varie università. Così, Pandolfi prima è andato in Inghilterra, poi ha trovato posto in uno dei centri di ricerca più importanti del mondo, lo Sloan Kettering di New York, infine è arrivato al vertice del centro di ▶

ricerca del Beth Israel che è uno dei cinque ospedali della Harvard Medical School. Oggi dirige il centro di tumori, è alla guida della ricerca genetica, è il capo della Divisione Genetica del Dipartimento di Medicina ed insegna patologia alla Harvard Medical School.

Eppure, la strada che aveva imboccato a vent'anni tutto prevedeva tranne che la medicina e la ricerca su geni e cancro. Romano, figlio di due professori universitari specializzati in materie umanistiche, Pandolfi seguì la strada tracciata dai genitori studiando filosofia e scienze umane. Racconta Pandolfi: «Ho studiato pianoforte fino al quinto anno di conservatorio e mi sono iscritto a filosofia perché mi piaceva la scienza, l'epistemologia, la filosofia del linguaggio. Poi, è accaduto qualcosa che ancora oggi è difficile spiegare se non attraverso la passione per la scienza: quando lessi che avevano scoperto gli oncogeni, l'idea di questi geni che sviluppano il cancro mi affascinò e decisi di mollare filosofia e iscrivermi a medicina. Da subito mi infilai in un laboratorio, facevo esami e passavo ore in laboratorio. E smisi di avere perché mi offrirono la possibilità di andare all'estero».

Quasi alla fine del percorso che porta alla laurea in medicina, Pandolfi imprese un altro cambio decisivo alla sua vita. «Seppi che un giovane ricercatore di successo, Pier Giuseppe Pelicci (oggi è condirettore scientifico dell'Istituto Oncologico Europeo, ndr.), era rientrato dagli Stati Uniti stabilendosi a Perugia. Andai a parlargli e lui mi propose di finire gli studi in quella città». Pandolfi ne parlò con i genitori. «Mia madre fu abbastanza comprensiva, mio padre disse che gli sembrava una follia cambiare università l'ultimo anno e mi invitò a laurearmi e poi andare a Perugia. Alla mia insistenza, replicò dicendo che tutte le spese avrei dovuto sostenerle io, lui mi faceva solo un prestito da restituire». E così fu, da Roma a Perugia, laurea e laboratorio, l'incontro con la futura moglie anche lei ricercatrice e oggi con lui alla Medical School di Harvard, la frenesia di lavorare sugli oncogeni e di sperimentare ogni nuova idea.

Da Perugia si spostò a Londra per un dottorato al National Institute for Medical Research, due anni per progredire nel lavoro cominciato in Italia. Ancor prima di chiudere il biennio, ricevette l'offerta di trasferirsi negli Stati Uniti in uno dei centri più noti per le ricerche e la cura dei tumori. A New York, allo Sloan Kettering, Pandolfi trovò sistemazione nel dipartimento di Human Genetics. «Ero al secondo anno di dottorato e mi hanno affidato un laboratorio straricco e il mandato era di fare modelli di cancro nel

topo. Rimasi sorpreso dalla apertura mentale del mondo scientifico americano e dalla capacità di investire sui giovani». Pandolfi fece quello che sapeva fare meglio, lavorare in laboratorio. «La svolta è arrivata quando sono riuscito a convincere i clinici a usare sugli uomini i farmaci che funzionavano sui topi. In particolare c'era un medico che veniva alle nostre riunioni, chiedeva sempre quali passi in avanti avessimo fatto: era così aperto di mente che quando capì che i topi erano modelli fedeli e che rispondevano ad alcuni farmaci, ha avuto il coraggio di usare le stesse combinazioni farmacologiche sugli uomini. Ha funzionato e in quel momento possiamo dire che la Lap è stata eradicata ed ha finito di essere una malattia per cui si muore. Lì, allo Sloan Kettering, è nato nello stesso momento il concetto di ospedale del topo».

Gli esperimenti, le pubblicazioni, i trial clinici positivi. La via del successo cominciò ad essere ben delineata per Pier Paolo Pandolfi. La prova sta nell'offerta che

arrivò dalla Harvard Medical School, il centro di ricerca sul cancro del Beth Israel. «Fu come se mi offrirono la luna, la direzione scientifica di tutto il centro, mentre a New York ero solo il responsabile del mio gruppo. In più, finanziamenti enormi alla ricerca e uno stipendio molto alto». Per capire quanto valga il cancer center del Beth Israel bisogna sa-

pere che il 90 per cento dei fondi federali destinati alla ricerca finiscono tra la California e Boston e di questo 90 per cento il 70-80 per cento va alla comunità scientifica del Massachusetts. «L'ospedale del topo ha ricevuto un finanziamento iniziale intorno ai 4 milioni di dollari e il mio gruppo di lavoro ha un budget di quasi 3 milioni di dollari annuali, una trentina di

persone tra cui alcuni italiani. Il Cancer Center dispone di una quota notevole del budget dell'ospedale che complessivamente vale 1,2 miliardi di dollari». A tutto ciò vanno aggiunte donazioni provenienti da iniziative filantropiche per un valore che varia annualmente tra i 5 e i 10 milioni di dollari.

L'ospedale del topo, che replica in tutto

e per tutto l'ospedale per gli uomini, perché esistono tutte le attrezzature, dalla Tac alla risonanza, che si trovano nei reparti oncologici tradizionali, e poi le sale operatorie, i laboratori di analisi, ha un costo solo per il mantenimento dei pazienti surrogati che si aggira intorno ai 2 milioni di dollari. «Ogni gabbietta con 5 topi costa intorno ai 2 dollari al giorno e in questo momento ce ne sono 3 mila di queste gabbiette». Ma sono costi di gran lunga inferiori a quelli da sostenere se al posto dei topi fossero usati altri animali. Inimmaginabili sarebbero i costi (e i tempi) se tutte le sperimentazioni dovessero essere fatte sugli uomini. In termini di spesa l'ospedale del topo costa uno mentre quello dell'uomo cento. I risultati che sono già stati ottenuti confermano che questa è la strada da percorrere. Anche nel rapporto con le aziende che forniscono i farmaci da testare. «L'idea da seguire per il futuro è di fare delle partnership pubblico-privato con le case farmaceutiche che pagano una specie di abbonamento iniziale all'ospedale del topo e poi pagano in funzione di quanto utilizzano la struttura».

Il cancro è la malattia dei nostri tempi e sarà sempre più presente nella nostra società perché è legata alla vita che si allunga. Ma la ricerca sta facendo progressi importanti e il dato che lo dimostra è la diminuzione della percentuale

di decessi. «Gli ultimi dati raccontano che il numero totale dei morti resta lo stesso a fronte di un numero maggiore e in crescita di casi. Questo indica che le cure funzionano». Pandolfi spiega che cosa è cambiato negli ultimi vent'anni ricorrendo a un paragone automobilistico. «Se non sai come funziona il motore di una macchina, quando si rompe puoi solo cambiarlo, ed è quello che abbiamo fatto con i tumori all'inizio, ovvero rimuoverli chirurgicamente o bombardarli per cercare di uccidere le cellule malate. Adesso sappiamo che il motore dell'uomo è fatto di mille pezzi, che se ne può rompere uno o più in serie e conosciamo alcune terapie per riparare i singoli pezzi. L'ospedale del topo ci aiuterà ad avere cento, mille, diecimila modi di riparare le singole parti del motore umano senza rottamarlo». ■

Aspettando Godot, a Tor Vergata

La delibera del Cipe porta la data del 3 agosto 2011. Ma da allora nulla è accaduto. Eppure esiste anche uno studio di fattibilità per realizzare a Roma un ospedale del topo. L'area, non solo geografica, è quella di Tor Vergata e dell'università che porta questo nome, con il progetto che prevede la costruzione di tre edifici collegati tra loro: un ospedale oncologico, al centro il centro di ricerca, collegato a quest'ultimo l'ospedale del topo. Ma tutto è fermo, perché i tempi della burocrazia sono quelli noti, e non conta che l'idea sia stata appoggiata da alcuni ministri uscenti, come quello dell'Ambiente Corrado Clini.

L'idea, dietro la quale c'è Pier Paolo Pandolfi, realizzerebbe una intesa tra l'Harvard Medical School e l'Italia. L'ospedale del topo si concentrerebbe su quattro filoni: prevenzione, genomica del tumore, terapia personalizzata, farmaci orfani per il cancro. Una volta realizzato, l'ospedale del topo sarebbe il punto di riferimento di altre istituzioni ospedaliere italiane che si occupano di tumori e rientrerebbe nel circuito delle relazioni internazionali in questo settore. Pandolfi ritiene che si potrebbe anche aprirlo a ricercatori internazionali, ipotesi che l'Italia non ha mai amato, tanto è vero che i concorsi non sono aperti agli stranieri.

In Germania, Olanda, Gran Bretagna e Francia si stanno muovendo nella stessa direzione, ma con molta più celerità. E naturalmente chi arriva prima otterrà prima risultati creando occasioni di lavoro e insediamenti per tutte le industrie legate alla ricerca.

A.C.

SE MOLECOLE PROMETTENTI FUNZIONANO SULLE CAVIE, SI POSSONO USARE

DIRETTAMENTE SUGLI UOMINI. ACCORCIANDO I TEMPI DELLE NUOVE TERAPIE

Lavoro. La circolare del ministero esclude dalla procedura preventiva i licenziamenti per aver superato il periodo di comporto

Malattia fuori dalla conciliazione

Le direzioni territoriali finora hanno seguito orientamenti difformi

Giampiero Falasca

I termini per la procedura di conciliazione preventiva in materia di licenziamento per motivi economici sono stati spiegati dal ministero del Lavoro nella circolare 3/2013 (si veda «Il Sole 24 Ore» di ieri).

La procedura inizia con una comunicazione del datore di lavoro in cui si manifesta l'intenzione di risolvere un rapporto di lavoro per un giustificato motivo oggettivo. Questa comunicazione ha come destinatario principale la **Direzione territoriale del lavoro** (in particolare, la sede del luogo in cui si svolge il rapporto), e non il dipendente (che la riceve solo per conoscenza), in quanto ha lo scopo di richiedere la convocazione da parte della **commissione di conciliazione**.

Secondo la circolare, questa comunicazione deve essere inviata alla Dtl per mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno, oppure messaggio di posta elettronica certificata (nei confronti del

lavoratore è ammessa anche la consegna a mano). Sono invece escluse modalità alternative come l'utilizzo del fax o della posta elettronica ordinaria.

La circolare chiarisce poi che dal momento della ricezione da parte della Dtl della raccomandata decorre il termine di sette giorni entro cui la commissione deve convocare le parti per il tentativo di conciliazione. Anche in questo caso possono essere usate per l'invio della convocazione solo tre modalità (raccomandata, posta elettronica certificata oppure consegna a mani). La convocazione della Dtl deve invitare le parti a presentarsi avanti alla Commissione in un giorno che non vada oltre i 20 giorni dalla data di invio.

Se le comunicazioni vanno a buon fine, le parti si incontrano davanti alla Commissione di conciliazione dove, salvo casi eccezionali, la procedura dovrebbe esaurirsi in un incontro. Un rinvio è ammesso solo se le chiedono le parti, al fine di raggiungere

un accordo, oppure nel caso in cui sussista un "legittimo impedimento" del lavoratore. In questo caso, la procedura si interrompe per 15 giorni, ma l'assenza deve essere giustificata da una malattia oppure, secondo la circolare, da motivi familiari che trovano una specifica tutela in qualche norma di legge o del contratto. Sommando i diversi termini, la procedura dovrà concludersi quindi entro un massimo di 42 giorni (7 per la convocazione, 20 per l'incontro, 15 per la malattia), cui si aggiungono i tempi di ricezione delle raccomandate (se viene usato questo mezzo).

Se le parti alla fine della procedura non raggiungono un accordo, il datore di lavoro può comunicare il licenziamento, ma la data legale del recesso è quella d'avvio della procedura (anche se le comunicazioni al Centro per l'impiego sono fatte al termine della stessa); il periodo intermedio si considera come preavviso lavorato. Infine, va segnalato che la circolare

I tempi

01 | L'AVVIO

Il datore di lavoro invia la comunicazione alla direzione territoriale del Lavoro (Dtl) del luogo in cui si svolge il rapporto per mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno, oppure messaggio di posta elettronica certificata, o a mano. Escluse modalità alternative come l'utilizzo del fax o della posta elettronica ordinaria

02 | LA CONVOCAZIONE

Entro 7 giorni dal ricevimento la Dtl convoca le parti per il tentativo di conciliazione, mediante raccomandata, posta elettronica certificata oppure consegna a mano. Anche in questo caso sono escluse modalità alternative

03 | LA COMPARIZIONE

Entro i successivi 20 giorni le parti si presentano (alla data indicata dalla Dtl) davanti alla Commissione di conciliazione. Un rinvio è ammesso solo se le chiedono le parti

04 | LE SOSPENSIONI

Nel caso in cui sussista un "legittimo impedimento" (malattia, casi previsti dalla legge o dal contratto) del lavoratore, la procedura si interrompe per 15 giorni

05 | DATA DEL LICENZIAMENTO

Alla fine della procedura il datore di lavoro può comunicare il licenziamento, ma la data legale del recesso è quella dell'avvio della procedura. Il periodo intermedio si considera come preavviso lavorato

esclude dalla procedura di conciliazione preventiva i casi di recesso per superamento del periodo di comporto. Su questo aspetto le Dtl hanno applicato, nei mesi passati, criteri diversi (in Lombardia la procedura non veniva ritenuta necessaria, a Roma invece sì, per esempio).

La lettura ministeriale non risolve ogni dubbio in quanto, secondo la giurisprudenza, il licenziamento per superamento del comporto, pur avendo natura diversa dal licenziamento per giustificato motivo, deve essere gestito sul piano procedurale con le stesse regole previste per quella forma di licenziamento.

Infine, va ricordato che la mancata applicazione della conciliazione preventiva rende invalido il licenziamento, ma con una sanzione più lieve di quelle ordinarie (indennità variabile da 6 a 12 mensilità, senza reintegra, a meno che non ci sia un'altra e diversa causa d'invalidità).