

Il caso

Quando tutti
i medici
sono obiettori
di coscienza

“Io, ginecologa isolata dagli obiettori con l'aborto ho perso pazienti e carriera”

Il racconto di Giovanna: così in Italia l'interruzione di gravidanza è sempre più difficile

Ai movimenti contro la 194 arrivano ingenti sovvenzioni mentre il nostro lavoro, pubblico, viene ostacolato

Il San Camillo di Roma è l'unico ospedale del Lazio a usare la Ru486, ma le donne devono subire ricoveri impropri

ADRIANO SOFRI

«È SUCCESSO a Napoli, a marzo: un ginecologo del Policlinico Federico II è morto, investito sulle strisce, e per due settimane non si sono fatte interruzioni di gravidanza», racconta Giovanna Scassellati. A stare ai numeri dell'obiezione di coscienza, l'Italia è più rigorosa della Ginevra di Calvino. Purché si tratti dell'obiezione all'interruzione di gravidanza regolata da una legge dello Stato.

Lungi dall'affrontare la persecuzione, i medici obiettori vedono favoriti carriera e guadagni. Sono obiettori il 71 per cento dei ginecologi italiani. In Basilicata 9 su 10, l'84 per cento in Campania, più dell'80 in Lazio e nell'Alto Adige-Sud Tirolo. All'ospedale di Fano tutti i medici sono obiettori. A Treviglio, Bergamo, sono obiettori 24 anestesisti su 25. Una dose modica di ipocrisia è essenziale alla convivenza civile. L'eccesso di ipocrisia la degrada. Giovanna Scassellati dirige dal 2000 il Day Hospital-Day Surgery della legge 194 al San Camillo di Roma, che dal 2010 fa da centro regionale per chi non trovi accoglienza in altri ospedali, dove i reparti sono stati chiusi. Su 316 ginecologi nel Lazio 46 non sono obiettori, e in 9 ospedali pubblici non si fanno interruzioni di gravidanza, come imporrebbe la legge a tutti gli ospedali non religiosi.

«Siamo come panda, al San Camillo su 21 i non obiettori sono 3, io, che vinsi il concorso, e 2 a contratto biennale. E gli aborti coprono il 40 per cento delle operazioni di ostetricia».

«IO SONO specializzata in ginecologia, ostetricia e oncologia medica e faccio quello che pressoché nessuno vuole fare: manovalanza. Nelle coscienze non si entra, ma nelle predilezioni per le ecografie, per gli ambulatori privati, per l'intramoenia, quello sì. E le cose peggiorano. Avevamo un progetto che, da Veltroni sindaco in qua, diede risultati importanti: finanziava l'opera di mediatrici culturali, rumena, marocchina, albanese, che incontravano le donne, ne conoscevano istruzione, condizioni di famiglia, se avessero o no un medico cui rivolgersi, la prevenzione delle interruzioni di gravidanza. C'era una cinese bravissima, agopunttrice, pubblicavamo articoli sul loro giornale. Una cooperativa, scelta con un bando, dava la copertura assicurativa. I fondi dei progetti sociali sono stati tagliati dalla giunta Alemanno. Abbiamo raccolto 120 mila firme contro la proposta di legge di una consigliera regionale che di fatto abolisce i consultori. I movimenti contro la 194 ricevono sovvenzioni ingenti, mentre il nostro lavoro, pubblico e, per quanto mi riguarda, attento a non derogare mai alla legge, viene così ostacolato. Di serie politiche sulla famiglia, come quelle francesi o anche inglesi, non sivede l'ombra. La 194 è una legge giusta, passò per la caduta di tre governi, la firmò Andreotti, certo che fu un compromesso, il vero compromesso storico. Al San Camillo mi raccontarono che nel 1977 (la legge è del 22 maggio 1978) morirono di setticemia tre donne, senza dire chi

aveva procurato l'aborto».

Le avranno chiesto quanti aborti ha assistito. Ha un gesto di impazienza. «Non lo so, e non so nemmeno quanti bambini ho aiutato a far venire al mondo. Mia madre era di Savigliano, nel cuneese, è stata una delle prime ginecologhe. Seguì i corsi di preparazione al parto a Parigi, a Roma fu assistente ospedaliera al Sant'Anna. Le mie scelte sono state legate a lei, e al primo figlio che ebbi quando ero ancora al terzo anno di università. Mi trasferii a Chieti, ci restai 4 anni. C'erano bravi professori, dal Gemelli o da Bologna, ero interna all'ospedale, avrei potuto fare lì la mia carriera. Ero femminista, partecipavo degli impegni di allora, i viaggi a Londra, i radicali. Mia madre ha sempre fatto le interruzioni di gravidanza. Mio padre era molto cattolico e contrario, ma sapeva che l'aborto è un enorme problema personale e sociale e culturale, che non basta esorcizzarlo. Ho lavorato tanto con mia madre. Non c'era solo un rapporto madre-figlia francoi, né una competizione: volevamo far andare le cose nel modo migliore. Lei è morta nel 1996, di uno dei più aggressivi tumori all'utero. A



San Camillo c'era la vasca, l'avevano sovvenzionata le elette del Comune di Roma, vi sono avvenuti 300 parti, ora è in soffitta. C'è la parte sporca dell'ostetricia, il lavoro sociale, quello che coinvolge le emozioni. La maternità ti fa diventare amica della donna che assisti, per sempre. Con l'aborto non ti fai clienti: succede che non abbiano più voglia di vederti, dopo. E la gente per lo più sceglie questo mestiere per fare i soldi. Prova a dare un incentivo materiale a chi non obietta, e vedrai».

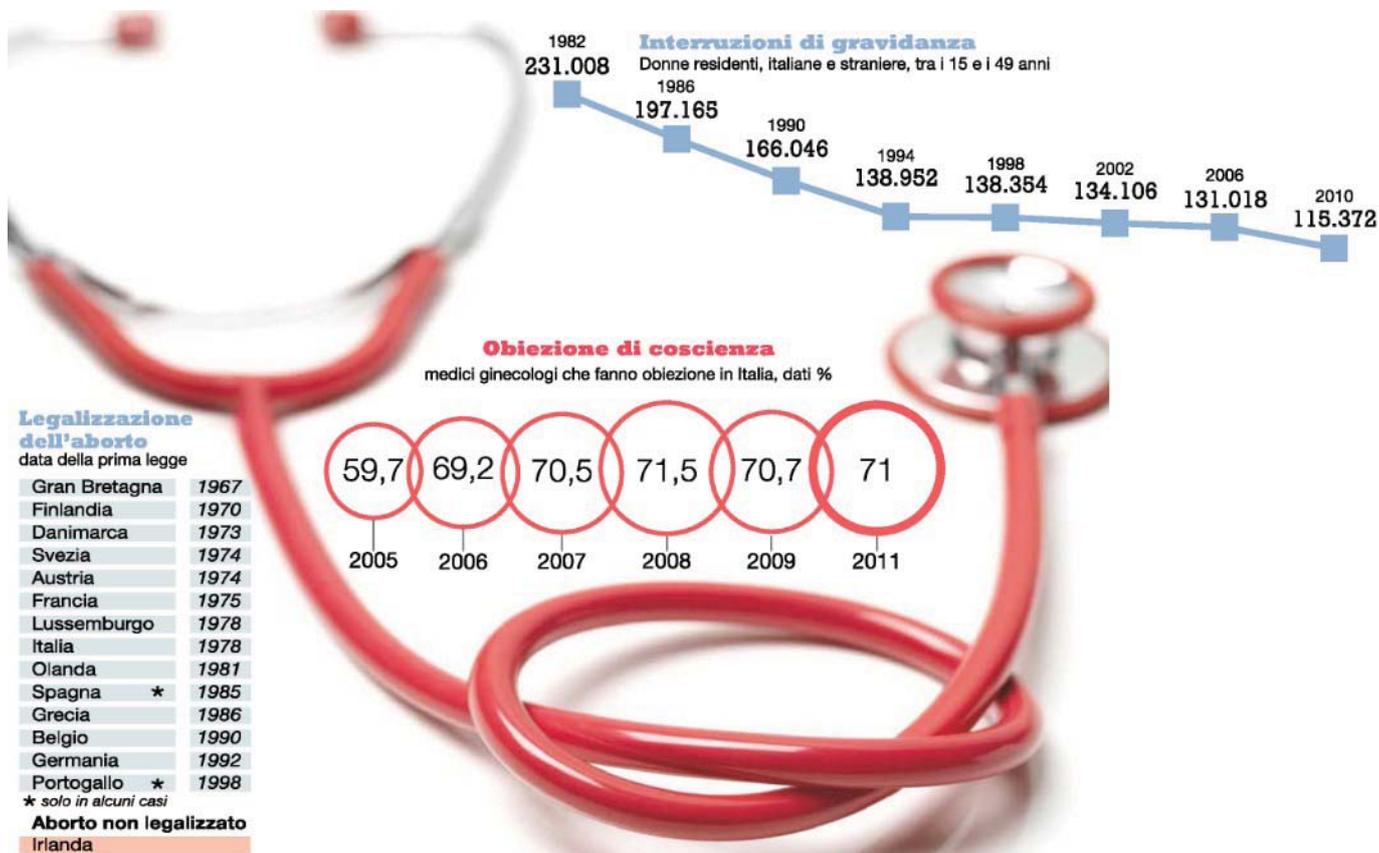
Lei non è diventata primario. «Non ci sono primari non obiettori. Poi sono donna. Poi forse non ci tenevo. Io faccio le guardie, regolarmente, cinque o sei notti al mese, e vado ancora a fare i parti a casa. Ho ereditato la direzione del reparto da uno che aveva avuto guai con la giustizia. Accettava pochissime donne e faceva gli aborti privatamente, a Villa Gina, nel 2000 scoppiò lo scandalo. Ero l'unica non obiettrice, fui nominata con un'ordinanza. Fino ad allora, per dieci anni, avevo lavorato anche volontariamente in un ambulatorio nella ex centrale

dell latte, con le donne straniere, venivano a decine, specialmente il giovedì, che è il giorno libero delle badanti. Il reparto al San Camillo è squallido, nel sotterraneo, ma è bello che abbia accessi indipendenti, l'ambulatorio di contraccezione ecc. I pavimenti sono rattoppati, ci ho messo tre anni a ridipingere le pareti».

«Una questione cruciale è l'aborto farmacologico, la Ru 486. Siamo l'unico ospedale nel Lazio che lo fa. L'Agenzia del farmaco suggeriva che andasse fatto col ricovero. Dunque si fa in regime di ricovero — i tre giorni prescritti — dopo di che le donne firmano e vanno a casa, dopo 48 ore tornano per il secondo farmaco e restano fino all'espulsione, poi a casa. Le donne sono responsabili, tornano tutte. Si è fatta una campagna sui rischi micidiali di questo metodo. Si è poi accertato che le morti (7 certificate in tutto il mondo) derivavano dalla somministrazione per via vaginale nelle prime settimane, invece che per via orale. Così le donne devono subire questi ricoveri impropri. La firma è un

escamotage ultra-ipocrita, e significa apertura e chiusura di cartelle, per noi che abbiamo due letti e facciamo ruotare le donne, 30-35 al mese, e le richieste sono più numerose, perché nessun altro lo fa, né l'università né gli ospedali. In tutta l'Umbria non una sola struttura. Le straniere la chiedono meno, perché bisogna che conoscano bene la lingua e capiscano a fondo le istruzioni, e poi preferiscono l'aborto chirurgico per non perdere 3 o 4 giorni di lavoro. Le donne ricche vanno a Marsiglia, e amen. Come per la legge sull'eterologa, tornata d'attualità oggi. E pensare che uno dei fondatori era italiano, il prof. Lauricella, primario di mia madre. Ogni tanto penso che vorrei andare via. Ho diretto per tre mesi, da volontaria, un ospedale dei comboniani a Moroto, Uganda, 60 posti letto di ostetricia e ginecologia, e ho lavorato in Etiopia e in Eritrea per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero. Le donne povere del mondo povero muoiono di aborto proibito».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Le tappe



LA LEGGE 194

Approvata nel 1978, e confermata dal referendum del 1981, legalizza l'interruzione volontaria di gravidanza



L'OBIEZIONE

L'articolo 9 della legge prevede che sanitari e personale ausiliario possano fare "obiezione di coscienza"



LA RU 486

Nel 2005 (a Torino, Sant'Anna) inizia la sperimentazione della pillola abortiva. L'uso ospedaliero in Italia è autorizzato nel 2009



IL CASO DEL LAZIO

Su 316 ginecologi, solo 46 non sono obiettori. In 9 ospedali pubblici non si fanno interruzioni di gravidanza

Capparelli, direttore del policlinico, in difesa del capo dell'ateneo che l'ha nominato: confermato il suo impegno

E con il magnifico "primario assenteista" si schierano i dirigenti dell'Umberto I

Ma i pazienti della Oncologia A hanno dichiarato di non essere mai stati visitati da lui

C'È UN'INDAGINE sull'accusa di assenteismo come primario dell'Oncologia rivolta al rettore della Sapienza, Luigi Frati, con esposti, diffide e interrogazioni parlamentari. Ora, in sua difesa, spunta una lettera di Antonio Capparelli, nominato direttore dell'Umberto I proprio dal magnifico: «Dalle dichiarazioni dei medici del reparto risulta che il professor Frati svolge tutte le funzioni di direzione e di organizzazione supervisionando le prestazioni assicurate ai pazienti». Capparelli fa da megafono a un'altra lettera firmata da Stefano Calvieri, direttore del mega dipartimento "Ematologia, Oncologia, Anatomia patologica e Medicina rigenerativa". Come il professor Pangloss nel Candido di Voltaire anche il docente descrive come il "migliore dei mondi possibili" il microcosmo dell'Oncologia A: «L'impegno assistenziale del professor Luigi Frati è continuativo». E allega «copia della dichiarazione spontanea resa dai medici dell'Oncologia A». Poco importa se davanti alle telecamere (a volte nascoste) di Report erano sfilati pazienti, infermieri e medici del reparto diretto da Frati, tutti a dichiarare che mai il prof era stato avvistato tra quelle mura.

Un'oncologa, Maria Luisa Basile, non aveva usato mezzi termini anche nell'intervista su queste pagine: «Il primario non ha mai visitato un paziente né assunto una decisione terapeutica con il reparto». Perché, invece di appurare la veridicità delle affermazioni di pazienti e sanitari, i dirigenti del policlinico si affrettano a nascondere la polvere sotto il tappeto? Cosa hanno fatto dopo i servizi di Report e di Repubblica? E se fossero vere le loro affermazioni perché non querelano per diffamazione o procurano allarme quanti hanno puntato il dito contro il rettore-primario?

(carlo picozza)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I DATI DELL'OSSERVATORIO NAZIONALE

Parti cesarei, risonanze, Tac Allo Stato vanno le briciole di un affare da 1,3 miliardi

Secondo la Relazione dell'Osservatorio nazionale per l'attività libero-professionale nel Ssn del gennaio 2012, l'intramoenia vale circa **1,3 miliardi di euro** l'anno. Di questi solo 200 milioni vanno agli ospedali da cui dipendono i medici.

Le prestazioni più richieste in intramoenia sono: i **parti cesarei**, gli interventi sulla tiroide, le visite ortopediche, cardiologiche e oculistiche, le risonanze magnetiche alla colonna vertebrale e le Tac all'addome. I tempi di attesa sono piuttosto brevi: per le visite e le indagini diagnostiche più semplici variano **da 7 a 15 giorni**; solo per le indagini più complesse, come le risonanze, si va oltre i 2 mesi.

Quanto alla mancanza di appositi spazi fisici dedicati all'intramoenia, un dato ci aiuta a capirne la ragione: solo 8 Asl hanno impiegato intera-

mente i fondi stanziati dallo Stato per opere di ristrutturazione edilizia necessarie per creare gli spazi dedicati all'attività intramuraria.

Tra le ombre maggiori, i **pochi controlli**: ben 9 Regioni non hanno predisposto alcuna misura preventiva dei conflitti di interesse e, quanto alla **riscossione** degli onorari dei professionisti in intramoenia, solo 11 aziende ospedaliere li riscuotono direttamente.

"La scarsità di controlli è la principale causa degli abusi e delle anomalie fiscali segnalate in questo campo", ci dice **Francesca Moccia**, coordinatrice nazionale del Tribunale per i diritti del malato Cittadinanzattiva. "Noi spingiamo da anni per una piena applicazione della legge sull'intramoenia, che superi l'attuale regime così poco trasparente: l'attività medica svolta all'esterno è difficile da controllare. Vogliamo che la sanità pubblica si attrezzi per garantire l'intramoenia all'interno delle mura ospedaliere dove c'è garanzia di una corretta gestione". ■



DAL 1° LUGLIO FINE DELL'INTRAMOENIA ALLARGATA

Mai più visite fuori dall'OSPEDALE Ma i medici RESISTONO

Carla Troia

L'intramoenia allargata ha i giorni contati. La possibilità finora concessa ai medici ospedalieri di esercitare l'attività libero-professionale anche **al di fuori** delle mura dell'ospedale ha una "scadenza": il **30 giugno 2012**. Lo ha stabilito il decreto Milleproroghe approvato lo scorso dicembre e lo ha ribadito, più volte in questi mesi, il **ministro della Salute, Renato Balduzzi**.

Niente più proroghe, dunque, dal 1° luglio **nessun medico** potrà più essere autorizzato dalla propria struttura di appartenenza a svolgere l'attività intramuraria in studi privati e cliniche convenzionate: tutti dovranno lavorare "dentro" l'ospedale. Così si spera di arginare definitivamente un sistema che drena ogni giorno risorse economiche e professionali a favore del privato, sottraendole al pubblico.

Partita chiusa? Non proprio. Assuefatti ad **anni** di proroghe (ben 13, la riforma Bindi che impone l'esclusiva ai medici pubblici è del 1999) che hanno reso definitivo un regime che

doveva essere solo transitorio, tanti (troppi) ospedali **non sono pronti** ad accogliere la libera professione dei propri medici. Mancano gli **spazi fisici** separati e distinti, non si sa co-

me gestire la fase delle **prenotazioni** e quella **amministrativa** dei pagamenti (spesso curate direttamente dalla struttura esterna in cui opera il professionista in intramoenia).

Insomma, troppe incertezze e i medici non ci stanno a perdere la possibilità di esercizio (e lauto guadagno) della libera professione.

Per **Costantino Troise**, segretario nazionale del sindacato Anao-Assomed, "l'intramoenia è sia un **diritto dei medici**, per esercitare la libera professione, che un diritto dei **cittadini**, che così possono liberamente scegliere il medico da cui farsi curare: un duplice diritto, dunque, che verrebbe **negato** se si eliminasse la possibilità di esercitarlo in modo 'allargato', come si è fatto finora, in spazi e strutture esterne. Perché, è inutile nascondere, è difficile immaginare che Regioni che hanno avuto più di 10 anni per **metterli in regola** quanto a spazi fisici, tecnologie e personale, riescano a farlo entro il 30 giugno".

Per Troise, dunque, la soluzione non può che essere la concessione di un' **ulteriore proroga** "finalizzata a dettare tempi e modi alle Regioni per organizzare le proprie strutture ospedaliere". Cioè quello che avrebbero dovuto già fare.

E il sindacato degli ospedalieri sembra non voler nemmeno rinun-

ciare del tutto agli spazi esterni convenzionati: "In realtà - conclude Troise - è difficile pensare di rinunciare all'attività esterna, che secondo noi non comporta nessun problema se viene assicurata l'**omogeneità organizzativa** con l'ospedale".

C'è anche chi la pensa diversamente, come la **Fp-Cgil** medici, e vuole un'intramoenia trasparente, senza scorciatoie, solo all'interno delle strutture ospedaliere.

Tra chi non vuole sentire parlare di proroghe c'è anche **Ignazio Marino**, presidente della commissione d'inchiesta sul Ssn, che nel 2007 ha fortemente voluto la **legge 120** (a oggi solo parzialmente applicata) che stabilisce precisi **vincoli** all'attività intramuraria: stessa gestione amministrativa rispetto all'attività istituzionale, stesso numero di prestazioni da effettuare nel pubblico e in regime privato al di fuori dell'orario di lavoro, reperimento di strutture interne per lo svolgimento della libera professione.

"Purtroppo - nota Marino - le ripetute proroghe del regime transitorio hanno fatto sì che oggi un discreto numero di ospedali **non è pronto** a ospitare la libera professione intramuraria dei propri medici. Non si è seguito **con serietà** alcun percorso organizzativo e adesso i nodi vengono al pettine: io ovviamente spe-

ro in una **risposta rigorosa** del ministro alle sollecitazioni di un'ulteriore proroga, una risposta che si traduca nella **sospensione** della libera professione di quei medici che,

per carenze strutturali dipendenti dalla mancata organizzazione dell'ospedale di appartenenza, non possono esercitare in effettiva intramoenia. È una questione di **quali-**

tà della vita e di diritto alla salute dei cittadini: non dobbiamo rassegnarci a vivere in un paese dove si deve pagare anche per quello che ci spetta di diritto”.



**La Fp-Cgil
medici
chiede una
intramoenia
trasparente,
senza
scorciatoie,
solo nelle
strutture
pubbliche**

ECONOMIA

Dopo l'approvazione da parte del Cdm del ddl che modifica il "Cresci Italia"

Liberalizzazione farmacie ancora polemiche e dubbi

Il ddl approvato dal Consiglio su proposta del **Ministro della Salute, Renato Balduzzi**, intende superare alcuni dubbi interpretativi e di applicazione

emersi in seguito all'approvazione in Senato del decreto "Cresci Italia". Le modifiche riguardano 4 problemi che erano stati sollevati durante la conver-

sione in legge, (L. n.27/2012) del decreto legge n.1 del 24 gennaio 2012.
a pagina 19

È stato approvato dal Consiglio dei ministri il disegno di legge che modifica il decreto "Cresci Italia"

Liberalizzazione farmacie polemiche e dubbi interpretativi

Mangano (Federfarma Sicilia): "Età pensionabile a 65 anni, siamo contrari"

PALERMO - Nella seduta dell'11 maggio scorso via libera del Consiglio dei Ministri al disegno di legge sulle farmacie che modifica il decreto liberalizzazioni.

Il d.d.l. approvato dal Consiglio su proposta del **Ministro della Salute, Renato Balduzzi**, intende superare alcuni dubbi interpretativi e di applicazione - si legge nel comunicato del ministero - emersi in seguito all'approvazione in Senato del decreto "Cresci Italia".

Le modifiche riguardano 4 problemi che erano stati sollevati durante la conversione in legge, (L. n.27/2012) del decreto legge n.1 del 24 gennaio 2012 recante "Disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività".

Tra i principali contenuti del ddl la partecipazione dei titolari di "farmacia soprannumeraria" al concorso straordinario per l'assegnazione delle nuove farmacie. "In molti capoluoghi di provincia o regione la diminuzione della popolazione residente ha fatto sì che oggi il numero di farmacie sia su-

periore a quello individuabile applicando il criterio demografico (un esercizio ogni 3.300 abitanti)" - spiegano da Palazzo Chigi.

"Alcuni hanno ritenuto che l'espressione "farmacie soprannumerarie" si riferisca, indiscriminatamente, a tutti i casi in cui il numero delle farmacie aperte risulti superiore a quello spettante al Comune, con la conseguenza che tutti i titolari di farmacia di questi comuni potrebbero ritenersi legittimati a partecipare alle prove concorsuali, contraddicendo una delle principali finalità del concorso straordinario, che è quella di escludere i titolari di farmacia urbana".

Per evitare tale contraddizione il ddl spiega, integrando il comma 3 dell'articolo 11 del d.l. n.1/2012, che per farmacie soprannumerarie si intendono solo quelle aperte in base al criterio "topografico" o "della distanza", come previsto dalla legge 362 del 1991.

Altra novità rilevante riguarda il limite di età per la partecipazione ai concorsi per la licenza da farmacista che al comma 7 dell'articolo 11 sopprime il limite dei 40 anni per la partecipazione al concorso in forma associata.

"Il limite appare criticabile poiché, di fatto, rende molto difficoltoso per i farmacisti di età superiore a 40 anni ottenere l'assegnazione di una farmacia - spiegano dal Ministero - non potendo essi né documentare 20 anni di attività, né ottenere la titolarità associata".

Altra critica mossa da tutte le asso-

ciazioni di categoria e dai sindacati all'indomani dell'approvazione della norma sulle liberalizzazioni è relativo al limite dell'età pensionabile per la direzione di farmacie private. Cade l'obbligo di pensionare il farmacista a 65 anni, ma solo per le farmacie rurali e comunque a decorrere dal 1 gennaio 2015. "L'immediata applicazione del vincolo rischia di porre in difficoltà le farmacie rurali sussidiate - il cui reddito non sempre consente di retribuire un direttore di farmacia - e tutti gli altri direttori di farmacia over 65 che, esercitando direttamente la funzione di direttore, sarebbero costretti ad attribuirlo a un altro professionista".

Ed infine il ddl abroga l'istituto del decentramento delle farmacie, non più compatibile con la nuova disciplina, perché basato sulla soppressa "pianta organica". Chi intende trasferire una farmacia in un altro locale deve farne domanda al comune, che respinge la domanda se il nuovo locale dista meno di duecento metri dagli altri esercizi farmaceutici.

Marina Mancini

Decentramento: chi intende trasferire una farmacia deve fare domanda al Comune

I pagamenti della Pa. Il decreto esclude dalla certificazione dei crediti gli enti sottoposti ai piani di rientro da deficit e debito

Sud e sanità, la beffa dei rimborsi

Cresce la protesta delle imprese - I governatori a Monti: è un atto incostituzionale

CASI LIMITE

Alla Asl 1 di Napoli centro il record negativo: 1.686 giorni di ritardo verso i fornitori; in Calabria fatture nei cassetti per 999 giorni

Francesco Benucci

Roberto Turno

■ La Asl 1 di Napoli centro ha appena toccato il record (negativo) di sempre: 1.686 giorni - 4 anni, 8 mesi e 15 giorni - prima di rimborsare i fornitori di biomedicali. In Calabria le stesse imprese sono vittime di un altro record alla rovescia appena consumato: le loro fatture restano nei cassetti delle asl in media 999 giorni. C'è poi il fresco primato in Calabria a danno delle industrie farmaceutiche: i rimborsi arrivano dopo 740 giorni. Attese che resteranno attese. Per le imprese resta infatti off limit la certificazione dei crediti promessa dal decreto Monti, e dunque la compensazione tra crediti e debiti con la Pa, proprio nelle regioni commissariate o anche solo con piano di rientro dai mega disavanzi sanitari. E così monta la protesta degli imprenditori: in Campania la Confindustria locale è pronta a scendere in piazza. Ma è tutto il Sud che ribolle, quel Sud dove asl e ospedali hanno divorato deficit miliardari e dove i ritardi di pagamento sono al top. Tanto che i governatori di Campania, Lazio, Calabria, Molise, Abruzzo e Sicilia sono pronti a fare quadrato: è pronta una lettera a Monti contro una misura «irragionevole e incostituzionale che determinerebbe una ingiustificata disparità di trattamento»

verso le imprese creditrici. E in Parlamento fioccano le proteste e le interrogazioni al premier: faccia retromarcia.

Cinque regioni con la sanità commissariata: Lazio, Campania, Molise, Abruzzo e Calabria. E altre tre sotto piano di rientro dai debiti: Puglia, Sicilia, Piemonte. In queste otto regioni la bozza del decreto Monti esclude le imprese dal rientro più rapido dai crediti, escludendole dalla certificazione. Un beffa: è da Roma in giù che i creditori aspettano anni prima di incassare il dovuto. Intanto falliscono e addio posti di lavoro.

«Cornuti e mazzati», dicono gli imprenditori napoletani (e non solo). Che intanto affilano le armi. Giorgio Fiore, presidente di Confindustria Campania, ha annunciato «una mobilitazione con tutte le forze politiche e sociali delle regioni coinvolte, affinché sicambirota». Azione confermata dal presidente della locale Unioncamere, Maurizio Maddaloni: «Siamo pronti a mobilitare le nostre 500mila imprese». Non è da meno Paolo Graziano, presidente dell'Unione degli industriali di Napoli: «Stanno decretando il fallimento di una parte d'Italia».

Una reazione veemente, ma per nulla inattesa. Disagi degli imprenditori e dell'economia locale, che il governatore Stefano Caldoro conosce bene. E così è partito anche lui all'attacco: «Si sta commettendo un errore, un'ingiustizia, un crimine. Metteremo in campo ogni azione a tutela del tessuto economico e sociale della nostra regione». Nel mirino delle sei regioni pronte a scrivere a Monti anche l'esclusione della co-

pertura del fondo di garanzia sulle cessioni pro-soluto e pro-solvendo di crediti.

Garantisce Renata Polverini (Lazio): «Siamo leader in Italia della certificazione dei crediti pro-soluto, il decreto Monti non fermerà la nostra attività». Ma non ci sta la Camera di commercio di Roma. E neppure Federlazio: «Inaccettabile escluderci dallo sblocco dei crediti», afferma Massimo Flammini. Mentre lo stato maggiore di tutti i Pd regionali fa quadrato: «Proprio in presenza di deficit strutturali, la possibilità di certificare i crediti può essere lo strumento utile a dare certezza sulla consistenza della massa debitoria». Intanto a palazzo Madama il gruppo Pd ha rivolto un'interrogazione urgente al premier: faccia marcia indietro. E l'Udc non è da meno.

E anche a livello nazionale le imprese bocciano il decreto. Contesta Confcommercio. «Un'ingiustificata e inaccettabile penalizzazione per chi produce ricchezza e occupazione», fa eco Paolo Angelucci, presidente di Assinform (servizi informatici). Cauti per il momento il presidente di **Farmindustria**, **Massimo Scaccabarozzi**: «Bene lo spirito del decreto Monti, ma aspettiamo la versione finale perché ci sono delle criticità». Ma Stefano Rimondi, presidente di Assobiomedica, non ha dubbi: «Le otto regioni escluse sono le peggiori pagatrici: hanno il 63% del debito di 5,6 miliardi verso le nostre imprese. Senza dire che già in quelle regioni non è possibile avviare azioni esecutive». Cornuti e mazzati, appunto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**FUORI DAI GIOCHI
TUTTO IL SUD
E IL PIEMONTE**

29

I comuni che non possono fare le compensazioni

**ESCLUSO CHI HA
PROCEDIMENTI
PENDENTI**

30 miliardi

La stima delle somme iscritte a ruolo liberabili

Dallo sblocco esclusa quasi mezza Italia

Gianni Trovati
MILANO

■ La Regione Campania è uno dei peggiori pagatori d'Europa, le imprese nei suoi confronti un maxi-credito da 10,2 miliardi di euro: nemmeno un centesimo, però, potrà salire sul treno sblocca-pagamenti avviato martedì dal consiglio dei ministri, perché i decreti sulla certificazione escludono dal meccanismo le regioni impegnate in piani di rientro dall'extra-deficit sanitario: si tratta quasi di mezza Italia, perché accanto al Piemonte, la pioggia dei deficit ha invaso tutto il Mezzogiorno, coinvolgendo Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia. Fuori gioco anche gli enti locali commissariati per infiltrazioni mafiose, anche se in questo caso il problema è più contenuto: oggi i Comuni in questa condizione sono 29, tutti al Sud tranne Ventimiglia e Bordighera (in Liguria) e Leini

(in Piemonte).

Nata da ragioni di finanza pubblica, la clausola così concepita rischia di determinare una situazione paradossale, perché in generale le Regioni con i conti in ordine, che hanno quindi la porta aperta alle certificazioni, sono anche quelle che vantano i tempi di pagamento migliori. Nel Mezzogiorno, poi, il tessuto industriale più rarefatto aumenta il grado di dipendenza delle imprese dal committente pubblico, e quindi il tasso di sofferenza per i mancati pagamenti.

Sul versante dei Comuni, invece, l'intoppo potrebbe essere un altro, ben più ampio rispetto alla platea degli enti commissariati: i pagamenti post certificazione, come spiega l'articolo 2 del decreto su Regioni ed enti locali, non hanno nessuna esclusione dal Patto di stabilità, esattamente come accadeva fino a ieri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il ricorso tiene fermo il credito conteso

MILANO

■ Tra i crediti esclusi dal meccanismo della certificazione che prova a sbloccare la liquidità delle imprese ci sono anche quelli al centro di procedimenti pendenti (lo spiegano l'articolo 2, comma 3 del decreto sulle amministrazioni centrali e l'articolo 3, comma 3 di quello su Regioni ed enti locali). Da un punto di vista giuridico, la misura è quasi pleonastica, perché il credito al centro di un ricorso non può essere considerato «certo, liquido ed esigibile», e di conseguenza non ha i crismi rischiesti per entrare nello sblocca-pagamenti. Passando dalla tecnica giuridica alla sostanza delle situazioni concrete, però, il meccanismo può intervenire a bloccare proprio i crediti più sofferti: in pratica, infatti, tra i «procedimenti giurisdizionali pendenti» che stoppano la possibilità di certificare il credito c'è il caso classico

dell'impresa che fa ricorso per ottenere un pagamento incagliato oltre ogni limite ragionevole. Risultato: il sistema della certificazione può sciogliere i crediti delle imprese che non hanno fatto ricorso, ma tiene fermi quelli nei confronti dei soggetti che avendo incontrato un grado di sofferenza ancora maggiore hanno tentato anche la strada delle carte bollate per ottenere la liquidazione. Sullo stesso piano va considerata la limitazione delle compensazioni ai soli debiti iscritti a ruolo. In questo caso la giustificazione è di finanza pubblica, perché limita lo sforzo a carico del bilancio statale e di quelli locali: la conseguenza, però, è che le imprese in regola con i tutti i versamenti fiscali e tributari possono disinteressarsi del nuovo meccanismo perché non le riguarda.

G.Tr.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**GLI ONERI
PER
LE IMPRESE**

180-237

I punti base pagati dalle banche per la provvista

Le anticipazioni ai tassi della Bce

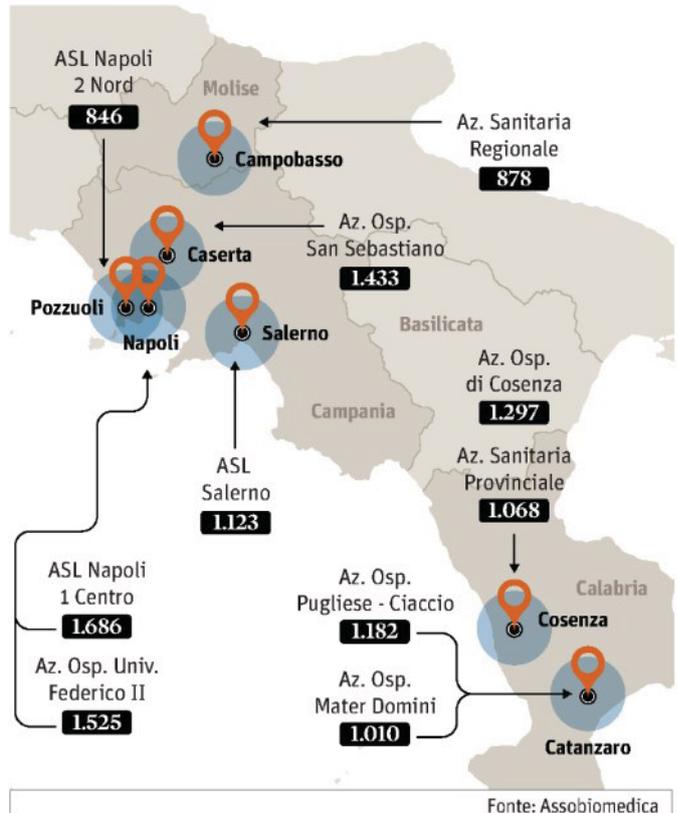
Giuseppe Chiellino
MILANO

Il parametro di riferimento per definire i costi delle anticipazioni delle banche sui crediti che le imprese vantano nei confronti della Pubblica amministrazione è legato al costo della provvista degli istituti di credito presso la Bce. Attualmente oscilla tra i 180 e i 237 centesimi. Questo prevede il protocollo siglato tra ieri e martedì dall'Abi e dalle associazioni delle imprese. A questo parametro di base, tuttavia, occorre aggiungere uno spread fatto almeno di altre due voci. La prima, la più importante, dipende dal merito di credito, il rating, che ciascuna impresa può vantare nei confronti della banca. L'altro elemento di costo che inciderà sulle anticipazioni bancarie è legato al tipo di contratto: il pro-soluto (che trasferisce alla banca il rischio di

insolvenza del debitore) costerà di più rispetto al pro-solvendo (che invece lascia il rischio in capo all'impresa creditrice) esattamente come avviene oggi. Il costo finale, dunque, per ottenere l'anticipo dell'importo a fronte della certificazione del credito dipenderà in buona parte dalla forza contrattuale di ciascuna impresa con la banca. Gli istituti di credito potranno anticipare l'intero importo del credito certificato, ma solo il 70% sarà garantito dal Fondo centrale di garanzia. Secondo le stime del ministero dell'Economia, l'operazione dovrebbe smobilizzare una ventina di miliardi dei circa 70 calcolati dalla Banca d'Italia. Mancano all'appello i debiti delle Regioni che devono rientrare dall'extra-deficit della sanità, oltre ad una quota fisiologica e a quelli contestati.

La top ten dei ritardatari nella sanità

I ritardi di Asl e Ospedali nei pagamenti alle imprese biomedicali; numero di giorni di ritardo; dati aggiornati al mese di marzo 2012



La seconda vita di Lorenzo

Un micro-cuore artificiale arrivato dagli Usa e mai utilizzato prima, ha consentito a un bimbo di sedici mesi di sopravvivere tredici giorni in attesa di un cuore vero

Si chiama «Vad» e a prima vista assomiglia a una grossa caramella di metallo. Eppure, con il suo peso di appena 11 grammi e i suoi 5 centimetri di lunghezza, il marchingegno può sostituire un cuore. E salvare vite. Lo sanno bene all'ospedale pediatrico Bambin Gesù di Roma, dove due mesi fa è stato ricoverato d'urgenza il piccolo Lorenzo: 16 mesi, un cuoricino artificiale impiantato in attesa che ne arrivasse uno vero, il piccolo presentava una grave infezione all'apparato circolatorio che si era propagata in tutto il torace.

Pochissime le speranze che ce la potesse fare. Così i medici hanno pensato a una invenzione tutta americana: una piccola pompa di titanio, in gergo medico chiamata «Vad» (dall'inglese *ventricular assist device*, ovvero supporto ventricolare), messa a punto proprio per

sostituire temporaneamente il cuore. Peccato che nessuno l'avesse mai utilizzata prima su un essere umano, in nessuna parte del mondo. Un rischio che, per dare un futuro al piccolo Lorenzo, i medici romani hanno deciso di correre. Ecco allora partire dall'ospedale della Capitale una coraggiosa richiesta di autorizzazione prima all'Autorità sanitaria americana, poi al nostro ministero della Salute. Che, innanzi alla storia di Lorenzo e al curriculum dell'ospedale, hanno dato il loro ok. Con un complicato intervento, il «Vad» è stato sostituito al cuore malato del bambino e, pompando fino a un litro e mezzo di sangue al minuto, lo ha tenuto in vita per 13 giorni. Abbastanza perché al Bambin Gesù potesse arrivare un cuore sano per Lorenzo. Stavolta vero.



STUDENTI CHE RINUNCIANO ALLE CURE UN SEGNALE PER IL WELFARE FRANCESE

 Pensi Grecia e pronuci Francia. Negli scorsi mesi aveva destato scalpore la notizia che nel Paese divenuto avamposto e simbolo della crisi economica europea le terapie mediche più costose, in particolare quelle oncologiche, fossero contingentate per l'insolvenza di Atene nei confronti delle case farmaceutiche. Ma era la Grecia, «il Paese che aveva truccato i conti». I più avveduti avevano azzardato che quella situazione avrebbe dovuto invece rappresentare un monito per tutta l'Europa. Ma forse neanche i più pessimisti avrebbero immaginato che un avvertimento dello stesso segno, anche se certo non della stessa immediata drammaticità, sarebbe arrivato dalla Francia della «doppia A» e paradigma dell'eccellenza nella sanità pubblica.

L'avvertimento ce lo recapita la *Troisième Enquête Nationale Santé Et Conditions De Vie Des Etudiantes*, uno studio sulle condizioni degli studenti transalpini, un terzo dei quali, secondo l'indagine, è costretto a rinunciare alle cure mediche per ragioni socio-economiche. Ed è significativo che i giovani soprassedano non solo alle onerose terapie odontoiatriche e

oculistiche, come risultava dalla precedente edizione dello stesso sondaggio, nel 2008, ma anche a terapie molto meno costose. In molti casi, riferiscono diversi testimoni intervistati dal quotidiano *Le Monde*, si tratta di scegliere tra il curare un malanno e la possibilità di pagarsi il treno o il pasto. Difficile da credere in un Paese come la Francia? Non tanto, visto che la maggior parte dei giovani interpellati vive con meno di 400 euro al mese, dai quali non può sottrarre una quota per un'assicurazione sanitaria integrativa, ormai sottoscritta dal 20% dei connazionali.

Se si considera poi che molti di questi giovani devono lavorare per poter continuare gli studi, al fattore economico si aggiunge il fattore tempo, che, ovviamente, diventa un bene anche più prezioso, da riservare agli obiettivi primari: cioè studiare e superare gli esami oltre che sopravvivere. È il modo in cui la crisi stringe la sua tenaglia sul welfare, agendo sulle future classi medie e dirigenti dei Paesi europei. Un segno dei tempi. Un monito da non lasciarci sfuggire

Luigi Ripamonti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Arrivano le “pallottole molecolari” contro fibrosi cistica ed emofilia

I test al Centro di ingegneria genetica Icgeb di Trieste per la sintesi delle proteine

VALENTINA ARCOVIO

Così come l'iniettore regola il flusso del carburante indispensabile per far camminare l'auto, anche i nostri geni usano una sorta di «iniettore cellulare», che regola la corretta produzione di proteine indispensabili per l'organismo. Solo che, quando questo iniettore, chiamato «splicing», non funziona più, ripararlo non è facile come fa il meccanico con l'auto. E' certamente più complicato, ma non impossibile. In uno studio finanziato da Telethon e dalla Fondazione italiana fibrosi cistica il Centro internazionale di ingegneria genetica e biotecnologie (Icgeb) di Trieste ha sviluppato particolari «pallottole molecolari», a base di piccoli Rna, mirate a risolvere questo difetto genetico, responsabile di tre gravi malattie: la fibrosi cistica, l'atrofia muscolare spinale (Sma) e l'emofilia. I risultati sono stati pubblicati sulla rivista «Human Molecular Genetics».

Il team triestino, in collaborazione con l'Università di Ferrara, ha sperimentato in laboratorio queste speciali pallottole in grado di «riparare» l'«iniettore cellulare» deputato alla corretta sintesi delle proteine. «Dobbiamo pensare ai nostri geni - spiega Franco Pagani, responsabile del Laboratorio di Genetica Molecolare Umana dell'Icgeb e membro del comitato scientifico dell'Osservatorio Malattie Rare - come a una sequenza di informazioni discontinua: solo una porzione del suo contenuto va effettivamente tradotta in proteina. Quando un gene viene copiato in Rna messaggero, prima che questo faccia da stampo per la sintesi proteica alcune sue parti vengono rimosse

da un macchinario cellulare specializzato: questa attività è appunto lo “splicing” ed è importante che avvenga con assoluta precisione». Nei pazienti affetti da alcune malattie genetiche rare ci può essere un difetto genetico che compromette la corretta rimozione dei pezzi dell'Rna messaggero, portando quindi alla produzione di una proteina difettosa.

«E' quello che succede - sottolinea l'esperto - in quasi il 99% dei casi di fibrosi cistica e in piccola percentuale anche nei casi di Sma ed emofilia». Da qui l'idea dei ricercatori di creare pallottole molecolari, mirate direttamente a correggere il difetto. «Per ripristinare un corretto “splicing” dei geni che risultano difettosi in queste malattie - spiega Mirko Pinotti, che ha coordinato il gruppo dell'Università di Ferrara - abbiamo sfruttato dei piccoli Rna chiamati U1 snRNA che, opportunamente manipolati, sono capaci di apparirsi in modo specifico al gene bersaglio e guidare correttamente il macchinario addetto allo “splicing”, evitando così che vengano rimosse porzioni che, invece, vanno mantenute nella proteina matura. Nel caso dell'emofilia i livelli di correzione raggiunti, se ottenuti nei pazienti, sarebbero abbondantemente sopra la soglia terapeutica». Per questa patologia specifica, poi, una nuova strategia potrebbe significare tanto, considerato che solo il 25% dei malati di emofilia del mondo, come denuncia la FedEmo, hanno accesso alle cure. Certo non sia-

mo arrivati a una nuova cura miracolosa, ma i presupposti ci sono.

Il nuovo sistema, già brevettato, ha funzionato perfettamente sulle cellule, consentendo ai ricercatori di ripristinare i livelli sufficienti di proteina. Ma attenzione a non confondere questa strategia con la classica terapia genica. «Il sistema - sottolinea Pagani - ci permette di correggere il difetto genetico direttamente in loco, lasciando quindi il gene nel suo contesto e mantenendone così i naturali meccanismi di regolazione». Praticamente è come quando il meccanico ripara l'iniettore dell'auto senza cambiare tutto il motore.

Potenzialmente questo stesso sistema potrebbe essere utile anche a trattare malattie genetiche dovute a difetti in geni molto grossi e complessi. Inoltre, potrebbe consentire di trattare anche malattie a eredità dominante, dove il risultato del difetto genetico non è l'assenza di una proteina, ma la presenza di una proteina anomala dagli effetti tossici.

«Prossimo obiettivo - conclude Pagani - sarà perfezionare ulteriormente questa tecnica e verificarne l'efficacia anche nel modello animale di queste malattie veicolando i piccoli Rna in vettori virali. Potenzialmente sono tante le patologie di origine genetica dovute a problemi di “splicing”: la speranza è quindi mettere a punto una strategia non solo mirata ma anche ad ampio raggio d'azione».

Franco Pagani Geriatra

RUOLO: E' RESPONSABILE
DELL'LABORATORIO DI GENETICA
MOLECOLARE UMANA
DELL'ICGEB DI TRIESTE
E MEMBRO DELL'OSSERVATORIO
MALATTIE RARE



Il Science Park dove sorge il Centro internazionale di ingegneria genetica e biotecnologie (Icgeb) di Trieste

Progetto Telethon

Da Telethon nuovi fondi per la ricerca sulle malattie più trascurate, anche tra quelle rare: dopo un rigoroso processo di valutazione, sono stati finanziati 11 progetti per 513 mila euro. Se le malattie genetiche rare note sono 7 mila, quelle su cui esiste una conoscenza scientifica minima sono un migliaio.



Eternit, l'ultimo schiaffo alle vittime

“I proprietari non pagano i risarcimenti”

Condannati a versare cento milioni. “Disprezzo per la giustizia italiana”

**FEDERICA CRAVERO
ANDREA GIAMBARTOLOMEI**

TORINO — Il denaro non compensa il dolore, questo lo hanno sempre detto. Ma — ora che una sentenza epocale del tribunale di Torino ha condannato a 16 anni di carcere il barone belga Louis De Cartier e il miliardario svizzero Stephan Schmidheiny, riconoscendo i danni provocati dalla Eternit — si aspettavano almeno di ricevere la compensazione prevista. Invece niente: non ci sarà alcun risarcimento, per ora, per le vittime dell'amianto e per gli enti danneggiati da quel disastro ambientale.

In totale ammontano a circa cento milioni di euro le provvisori, ovvero gli acconti sui risarcimenti che saranno poi stabiliti definitivamente in sede civile. Intorno ai 30-35 mila euro per ogni vittima dell'asbesto, oltre a importi più cospicui, come i 25 milioni previsti per il Comune di Casale Monferrato. La maggior parte ricade su De Cartier in solido con Schmidheiny, anche se il magnate svizzero in realtà aveva già compensato un migliaio di parti civili perché si estromettesse dal processo. Altri 28,7 milioni spettano invece alla società Etex, riconducibile al gruppo belga della multinazionale Eternit.

Nei giorni scorsi gli avvocati delle migliaia di parti civili hanno sollecitato il pagamento: la prassi vuole che le provvisori vengano versate dopo il deposito delle motivazioni della sentenza di primo grado, in questo caso la scorsa settimana. Ma hanno dagli avvocati dell'azienda avuto una risposta negativa: «Non è normale questo disprezzo per le decisioni dei tribunali italiani — attacca l'avvocato Sergio Bonetto — Se i risarcimenti non arrivassero procederemo come si fa con i debitori insolventi: pigno-

reremo i loro beni all'estero», spiega Bonetto. Un iter complesso e costoso, che impone che venga tradotta la sentenza e poi applicata dai giudici del Paese in cui viene eseguita.

«Non spetta a me prendere decisioni — replica Casare Zaccone, che assiste De Cartier — Ho spiegato al mio cliente le richieste avanzate dalle parti ma non ho ricevuto istruzioni in merito». Cautamente l'avvocato milanese Luigi Forneri, legale della Etex: «Non sono in grado di dire se la Etex pagherà e quando. È una valutazione che è esclusivamente della società». Che gli amministratori non abbiano intenzione di mettere a bilancio il pagamento delle provvisori trapela dal rapporto annuale pubblicato dalla società, in cui si dice che «Etex Group farà appello contro la sentenza (c'è tempo fino al 28 giugno, ndr). Anche se le conseguenze finanziarie del processo sono incerte, la direzione crede che la decisione della corte di Torino non rifletta le prove presentate in tribunale, tanto che la decisione dovrebbe essere ribaltata dalla corte d'appello o dalla cassazione». Dunque è questo che attendono?

È arrabbiata ma non stupita Romana Blasotti, presidente del Comitato familiari vittime dell'amianto: «Speriamo che alla fine paghino, altrimenti al danno si aggiungerebbe la beffa. Ma con il loro comportamento si dimostrano quello che sono», dice con disprezzo. Anche Bruno Pesce, del Comitato vertenza amianto, è agguerrito: «A chi non c'è più le provvisori non servono: per loro abbiamo già ottenuto giustizia ed è stata la nostra grande vittoria. Ma continueremo a dare battaglia per chi c'è ancora: faremo di tutto per ottenere questi risarcimenti. E ci prepariamo per i processi che verranno celebrati

in futuro».

I miliardari Schmidheiny e De Cartier ignorano la sentenza, scoppia la polemica

I numeri

16

ANNI DI PENA

È di 16 anni la condanna inflitta ai due proprietari della Eternit lo scorso 13 febbraio a Torino

2.000

VITTIME

Accertate 2.000 vittime dal 1952 per l'amianto a Casale, quasi 3.000 in tutta Italia

30mila €

RISARCIMENTI

A tanto ammonta la provvisoria stabilita dai giudici per i familiari di ogni vittima



COMMOZIONE IN AULA

Pietro Condello, ex operaio della Eternit, alla lettura della sentenza

