

# Federazione Nazionale Collegi TSRM



Rassegna Stampa

18 Marzo 2013

Soddisfacenti i primi risultati al porto di Ravenna. Ora si pensa ad aeroporti e altre città

# Le dogane? Sprint e digitali

## Gli effetti dello sportello unico: meno costi e più controlli

Pagina a cura  
di VALERIO STROPPA

Lo sportello unico doganale è realtà. Per gli operatori di import/export si va verso la completa digitalizzazione del processo di sdoganamento. Una procedura che oggi può richiedere la presentazione di numerose istanze (addirittura fino a 68), a quasi una ventina di amministrazioni diverse. Con lo sportello unico online basterà presentare la sola dichiarazione doganale, anticipando così i tempi ed evitando di dover ottenere preventivamente la documentazione di supporto.

Allo stesso tempo, si incrementa l'efficacia dei controlli, si migliora la tracciabilità delle merci e si riducono i costi di movimentazione dei container, perché l'eventuale verifica dei prodotti sarà effettuata una sola volta.

Dal 12 febbraio di quest'anno, lo sportello unico, nel suo assetto definitivo, è operativo al porto di Ravenna. E i primi risultati sono soddisfacenti. «Si tratta di una novità radicale», spiega a *ItaliaOggi Sette* Teresa Alvaro, direttore centrale tecnologie per l'innovazione dell'Agenzia delle dogane e dei monopoli, «che sarà capace di abbattere drasticamente i tempi di attesa per lo svincolo delle merci e di ridurre i costi sopportati dagli operatori, chiamati finora a fornire più volte alle diverse p.a. le medesime informazioni. Rispondendo alle attese degli operatori, abbiamo deciso di partire dai certificati emessi dal ministero della salute, che rappresentano circa l'80% dei documenti

da esibire a sostegno della dichiarazione doganale». Prima dello sportello unico l'operatore doveva depositare un'apposita istanza alla salute, che ispezionava la merce e rilasciava il certificato.

Solo a quel punto era possibile inviare la dichiarazione doganale all'Agenzia, che a sua volta controllava la merce e procedeva allo svincolo.

Oggi le due fasi sono contestuali: ricevuto dal ministero il codice prenotazione via e-mail, l'operatore può trasmettere immediatamente la dichiarazione doganale. E presto sarà così anche per tutte le altre autorizzazioni degli altri enti coinvolti richieste dalla normativa (a seconda della tipologia di merce e del paese di origine). «L'attuazione deve essere necessariamente graduale», commenta Alvaro, «e i primi dati relativi al porto di Ravenna ci hanno dato indicazioni sulle inevitabili sintonizzazioni che stiamo già apportando a un sistema così sofisticato per evitare ricadute negative sull'operatività di porti e aeroporti. Come sempre avviene, quando si modificano prassi operative consolidate, la diffidenza tra gli addetti è fisiologica. Confidiamo però che con il tempo tutti riescano a cogliere i vantaggi dello sportello unico full digital».

Per quanto riguarda la sinergia con la salute, i prossimi step operativi prevedono l'estensione delle nuove procedure a un altro porto, con caratteristiche di impatto paragonabili a quelle di Ravenna, per poi passare a uno scenario più «impegnativo» per volumi e varietà di merci.

Quindi toccherà a un aeroporto. A quel punto, testate tutte le possibili fattispecie applicative, lo sportello sarà esteso a tutta Italia, probabilmente già entro settembre di quest'anno. Per integrare i processi di competenza di tutte le 18 amministrazioni coinvolte, invece, il termine previsto dal dpcm n. 242/2010 è luglio 2014. «I vantaggi non sono solo per gli operatori», prosegue il direttore centrale delle Dogane, «disponendo di un fascicolo interamente digitale anche gli uffici del ministero della salute e le dogane potranno effettuare controlli molto più selettivi rispetto a quelli basati sui documenti cartacei».

Senza tralasciare l'aumento di competitività per il sistema-paese derivante da scambi con l'estero più rapidi e sicuri.

«Abbiamo deciso di mettere al centro dell'attenzione il processo di business sia degli operatori sia di chi li deve controllare», puntualizza Alvaro, «in quanto si determinano sostanziali semplificazioni se e solo se si riduce il grado di incertezza rispetto a ciò che ognuno deve fare».

Gli strumenti informativi a corredo dello sportello unico facilitano la compilazione della dichiarazione, il nuovo portale dell'interoperabilità consente agli operatori di seguire in tempo reale l'iter di «lavorazione» della dichiarazione dalla presentazione allo svincolo delle merci. Tutti elementi che finora richiedevano numerosi accessi e telefonate, oggi possibili con un click».

—© Riproduzione riservata—



## Sportello unico doganale: l'identikit

|  |   |
|--|---|
| Chi interessa  | Gli operatori che svolgono attività di import/export (all'incirca 635 mila)   |
| A cosa serve   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• A coordinare per via telematica i procedimenti che fanno alle amministrazioni che intervengono nelle operazioni doganali</li> <li>• È un punto di incontro unico virtuale che consente di sostituire tutte le istanze e gli adempimenti che un operatore deve effettuare con 19 p.a. diverse per perfezionare il processo di sdoganamento, riducendo tempi e costi</li> </ul>  |
| Quali sono le p.a. interessate nei procedimenti prodromici alle operazioni di import-export  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministero degli esteri</li> <li>• Ministero dello sviluppo economico</li> <li>• <a href="#">Ministero della salute</a></li> <li>• Ministero delle politiche agricole</li> <li>• Corpo forestale dello stato</li> <li>• Agecontrol spa</li> <li>• Servizio fitosanitario regionale</li> <li>• Ministero dei trasporti</li> <li>• Ministero dell'interno</li> <li>• Ministero dell'ambiente</li> <li>• Regioni e province autonome</li> <li>• Camere di commercio</li> <li>• Consorzio nazionale produttori canapa</li> <li>• Ente nazionale risi</li> <li>• Ind. Ess. Reggio Calabria</li> <li>• Cent. Sperim. Palermo</li> <li>• Consorzio ispettorato per la qualità</li> </ul> |
| Quali sono le p.a. interessate nei procedimenti contestuali alle operazioni di import-export | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agenzia delle dogane e dei monopoli</li> <li>• <a href="#">Ministero della salute</a></li> <li>• Asl</li> <li>• Ministero delle politiche agricole</li> <li>• Corpo forestale dello stato – Nucleo operativo Cites (Noc)</li> <li>• Agecontrol spa</li> <li>• Servizio fitosanitario regionale</li> <li>• Ice</li> <li>• Camere di commercio</li> <li>• Comune</li> </ul>  |
| Volume annuo di dichiarazioni trattate stimato   | 15 milioni di dichiarazioni   |
| Avvio sperimentazione  | Febbraio 2013 presso il porto di Ravenna  |
| Avvio su tutto il territorio nazionale coinvolgendo tutte le p.a. interessate                | Entro luglio 2014   |

### *Gli operatori: presto a pieno regime*

La norma istitutiva dello sportello unico, proposta dell'Agenzia delle dogane prima che nell'ordinamento comunitario venisse introdotto un principio analogo con il regolamento Ce n. 648/2005, è stata inserita nella legge n. 350/2003. Nell'attesa dell'entrata in vigore del regolamento di attuazione, l'Agenzia ha anticipato gli sviluppi connessi. Nel 2008 è stata attivata l'interoperabilità con il ministero dello sviluppo economico per la gestione dei titoli Agrim e Agrex. L'iter travagliato del regolamento di attuazione si è concluso nel 2011, dopo oltre sette anni di trattative e mediazioni con i vari ministeri ed enti coinvolti. Il primo significativo risultato è quindi giunto nel dicembre 2011, con l'attivazione dell'interoperabilità con il ministero degli esteri per il trattamento per via telematica delle

licenze per i materiali d'armamento. La messa a regime dello sportello unico è fortemente auspicata anche dagli operatori. «Riteniamo che sia più opportuno effettuare controlli mirati ed efficaci alle frontiere in modo da non interferire sulla fluidità dei traffici», spiega Giovanni De Mari, presidente del consiglio nazionale degli spedizionieri doganali, «una grande quantità di merci destinate all'Italia passano con facilità attraverso le dogane di altri paesi Ue e giungono solo dopo in Italia, senza controlli. Occorre quindi da un lato semplificare i controlli alla dogana italiana, anche attraverso una seria attivazione dello sportello unico doganale, per recuperare molti milioni di euro di gettito fiscale e indotto, e dall'altro rafforzare i controlli sul territorio, unico vero contrasto all'illegalità».

Sanità. Istruzioni della Ragioneria

# Asl, l'attenzione va ai prezzi ridotti e agli appalti

## LE VERIFICHE

Il ministero invita a vigilare sulla corretta certificazione dei crediti maturati dai fornitori da comunicare ogni mese

**Antonio Iorio**

■ Attenzione al contenimento delle spese e controllo della corretta certificazione del credito per appalti di beni e servizi. Sono questi solo alcuni dei controlli richiesti dalla circolare n. 12 del 4 marzo 2013 dalla Ragioneria generale dello Stato ai collegi sindacali delle **aziende sanitarie locali** (Asl), ospedaliere e ospedaliero-universitarie.

Innanzitutto, i rappresentanti dei collegi sindacali delle aziende operanti nel settore sanitario sono chiamati a vigilare sul rispetto e l'osservanza da parte delle stesse delle disposizioni normative in materia di riduzione, a partire dal 1° gennaio 2013, del 10% degli importi e delle prestazioni previste da contratti di appalti e di fornitura di beni e servizi già stipulati e per tutta la loro durata (Dl 95/2012).

Inoltre, in caso di differenze significative di prezzi unitari tra diverse Regioni, gli stessi sindaci sono chiamati a verificare che le Asl propongano ai fornitori una rinegoziazione dei contratti al fine di ricondurre i prezzi unitari di fornitura a quelli più bassi, senza comportare per questo alcuna modifica della durata dei patti. In caso di mancato accordo, le aziende sanitarie avranno il diritto di recedere dal contratto senza oneri. Laddove abbiano proceduto alla rescissione del contratto e nelle more dell'espletamento di nuove gare di appalto, le stesse aziende, al fine di assicurare comun-

que la disponibilità di beni e servizi assistenziali, potranno accedere a convenzioni quadro anche di altre Regioni o affidare direttamente a condizioni più convenienti in ampliamento di contratti stipulati da altre aziende.

La Ragioneria ricorda poi ai sindaci degli enti sanitari di vigilare sul rispetto delle recenti disposizioni normative (legge 189/2012) in materia di contenimento e monitoraggio della spesa pubblica mediante l'acquisto di beni e servizi presenti nella piattaforma Consip, ossia la società del Mef che rappresenta la principale «centrale acquisti per la pubblica amministrazione».

Infine, la circolare invita i sindaci a vigilare sulla corretta certificazione del credito di somme dovute dalle aziende sanitarie per somministrazioni e appalti di beni e servizi da parte delle Regioni, enti locali e enti del Ssn. Secondo, quanto previsto dal decreto del Mef del 25 giugno 2012, l'azienda sanitaria debitrice deve comunicare mensilmente, entro il decimo giorno di ciascun mese, al Mef il numero e l'ammontare delle certificazioni.

La comunicazione deve essere inoltrata tramite posta elettronica ordinaria all'indirizzo [monitoraggio.certificazionecrediti@tesoro.it](mailto:monitoraggio.certificazionecrediti@tesoro.it) e deve essere effettuata anche nel caso in cui nel mese di riferimento non siano state rilasciate certificazioni.

In ogni caso, ferma restando la validità delle certificazioni già rilasciate prima dell'entrata in vigore del predetto decreto, non possono rilasciare le predette certificazioni gli enti del Ssn delle Regioni sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari o a loro programmi di prosecuzione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Scelta civica in difficoltà

## C'è chi vuole smarcarsi dal Prof

● Tra malumori e il timore di essere «ininfluenti»

● Monti non vuole intestare a sé il gruppo

**Riccardi indica la linea: autonomia responsabile, ovvero nessun ostacolo alla nascita del governo**

SUSANNA TURCO  
ROMA

Ininfluenti, a disagio, con un futuro in bilico e nebuloso. All'indomani dell'elezione sul filo di lana di Pietro Grasso alla presidenza del Senato, i montiani tentano ufficialmente la strada della difesa del proprio operato (scheda bianca), per lo più via twitter. Lo fa il senatore Pietro Ichino, argomentando che era tutto sbagliato, «questo modo di eleggere la presidenza delle Camere condanna il Parlamento all'inconcludenza». Lo fa, soprattutto Andrea Olivero, che spiega: «Senza la nostra scelta, Grasso non sarebbe stato eletto. Fare un governo è il vero obiettivo, non essere equidistanti, ma aprire il dialogo» (ma viene sommerso da critiche: dal «scheda bianca non è una scelta civica», al «peggio di Ponzio Pilato»).

La questione rimarchevole è che, in privato, sono gli stessi parlamentari montiani a esplicitare quel disagio che ufficialmente negano. La due giorni di trattative condotte dal loro leader, infatti, non ha persuaso i più. Se lo sono detti da ultimo, e apertamente, anche durante la riunione di sabato al Senato, subito prima del voto che ha eletto Grasso. «Non è possibile che dopo aver avuto la porta sbattuta in faccia sul tuo nome, non metti poi in moto una trattativa per arrivare a un altro risultato, e incidere, invece di dimostrarti influente», è stata la critica più frequente al professore. Monti, raccontano i suoi parlamentari, salvo annunciare vago che aspettava «alcune considerazioni», non si è spostato di una virgola dall'ipotesi iniziale, quella di se stesso al Senato. Né Lorenzo Dellai alla Camera - ipotesi ufficialmente negata ma di fatto invece circolata - e nemmeno, sussurrano, la proposta di un altro nome al posto del candidato Pdl Schifani: Mario Mauro, per esempio. Una non trattativa che ha messo in imbarazzo tutti - in particolare coloro che nella scorsa legislatura erano all'opposizione del Pdl, dagli uddicini agli ex Pd - rendendo necessaria l'unica ipotesi plausibile, cioè quella della scheda bianca.

L'unico elemento che si salva nella condotta, racconta qualcuno, è l'effetto che il non voto di Scelta civica ha avuto sul Senato: lasciare la strada libe-

ra all'elezione di Grasso. Personalità che raccoglie la stima di non pochi fra i montiani, come il deputato Edoardo Nesi, avendo le mani libere perché non doveva votarlo, aveva già esplicitato la faccenda sui social network («Conosco, stimo e ammiro Grasso, e spero di diventare Presidente del Senato», aveva scritto). È anche questo che adesso fa dire ad Andrea Riccardi che «continueremo nella nostra posizione di autonomia responsabile», in vista della formazione del governo: vale a dire, che non si metteranno bastoni fra le ruote nemmeno in futuro.

Per il resto, però, la nebbia sul gruppo di Scelta civica è fitta. Tanto che non ci sono scudi nemmeno per difendersi dai siluri che partono dal Pdl. Ad Angelino Alfano che dice «Monti aveva l'ambizione di andare al Quirinale», nessuno se la sente di replicare. Anzi. Piuttosto si conferma che, al limite, quell'ambizione resiste. Politicamente, però, la due giorni di trattative su Camera e Senato ha diffuso nei più il timore che, lungi dal saper entrare virtuosamente nel gioco della politica politicante, Monti possa rendere difficile anche ai suoi di portare avanti una strategia politica vera e propria in Parlamento. Lo si capiva, tra l'altro, dalla faccia torta di Pier Ferdinando Casini che al Senato, nel convulso pomeriggio di sabato, continuava a sottrarsi a qualunque domanda («io sono defunto») e preferiva appartarsi a scambiare opinioni con il pidiellino Maurizio Lupi.

Del resto, a quanto pare, pur eletto Mario Monti non ha nessuna intenzione di infilarsi nel gioco della politica, come dimostra la volontà di togliere il proprio cognome dal nome del gruppo parlamentare. Ma, senza di lui, il rischio è che esplodano presto le molte diversità in seno a un gruppo eterogeneo - montiani, ex montezemoliani di Italia Futura, società civile, ex Pd, Udc e Fli - che si è messo insieme su una prospettiva di successo alle urne che non si è realizzata, e che sugli obiettivi attuabili ha opinioni diverse. Nodi che verranno al pettine già stasera, probabilmente, alla riunione prevista per eleggere i capigruppo (in pole position **Balduzzi** alla Camera e Mauro al Senato), e che finirò per essere anche il momento di confrontarsi sul futuro.



# «Scheda bianca dei montiani? Una prova di debolezza»

L'INTERVISTA

## Giuliano Cazzola

**«Scelta Civica si sarebbe spaccata sui nomi di Schifani e Grasso»  
Così l'ex deputato Pdl passato con Monti ma non rieletto**

FEDERICA FANTOZZI  
twitter @Federicafan

Giuliano Cazzola, economista e giurista, già consigliere politico di Brunetta, è stato deputato del Pdl fino a gennaio di quest'anno. Ne è uscito per confluire in Scelta Civica, dopo aver confermato la fiducia al governo Monti.

Alle elezioni di febbraio, con la formazione del premier si è candidato al Senato, dove non è stato eletto. Ed è stato uno dei pochi - forse l'unico - ad aver definito con schiettezza «una brutta figura» la tentazione di Mario Monti (stoppata da Napolitano) di ricoprire il ruolo di presidente del Senato: «Abbandonare il governo con una costruzione artificiosa sarebbe come dare la delega all'inquilino del piano di sotto per la riunione di condominio. Ha fatto bene il presidente della Repubblica a impedirlo».

**Come valuta la scelta della formazione montiana per le presidenze del Senato? Al di là della scheda bianca, le voci di un partito lacerato e a dir poco perplesso ieri erano fortissime.**

«Io non sono a Palazzo Madama e dunque non ho informazioni dirette. L'impressione però è che queste cose ci siano tutte. L'astensione controllata col cronometro alla mano sembra un modo per tenere unito il gruppo. Dove una parte maggioritaria a mio avviso avrebbe votato Grasso, e una minoritaria Schifani».

**Scheda bianca era l'unica soluzione?**

«È chiaro che su un voto così importante non è stato un grande esordio per una forza europeista e responsabile».

**Non le sembra un paradosso che Monti, arrivato a Palazzo Chigi proprio per scongiurare le urne anticipate in un**

**momento difficile per il Paese, finisca, anche involontariamente, per rendere più probabile il ritorno al voto tra pochi mesi?**

«In questa situazione di errori e calcoli diversi ne sono stati fatti tanti. La scelta della Boldrini a Montecitorio ha orientato il Pd verso sinistra e Scelta Civica si è sentita in dovere di riequilibrare l'asse politica verso il dialogo con il centrodestra. Per tenere unite le forze e per rappsaglia».

**In che senso per rappsaglia?**

«Perché il Pd ha aperto un'autostrada a Vendola e all'elettorato grillino su cui Monti - e io sono d'accordo - ha espresso giudizi severi».

**Bersani ha sparigliato le carte per uscire da uno stallo. La risposta, secondo lei, poteva essere votare Schifani?**

«È stato un errore da parte del Pdl candidarlo. Non ha capito che doveva fare anche lui un passo avanti e ne ha pagato le conseguenze».

**Se Monti avesse espresso un nome alternativo al suo - Dellai o Balduzzi, Ichino o Lanzillotta - oggi Scelta Civica potrebbe esprimere una delle due presidenze del Parlamento. Le dispiace che non sia così?**

«Certo. Monti non ha capito che un altro nostro candidato avrebbe potuto avere i voti del Pd e del Pdl. È stata un'occasione persa. Ha detto: "O io o nessuno". Ma non è un discorso da leader. Tanto più che personalità come Finocchiaro e Franceschini hanno fatto un passo indietro senza urlare».

**L'obiezione del premier uscente è stata che il partito non si sarebbe ritrovato su un altro nome.**

«Può essere. C'è una maggioranza sensibile a discorsi di sinistra come la pulizia e la buona politica, e una minoranza orientata a tenere insieme tutto l'arco politico. Ma l'impossibilità di fare la sintesi è una prova di debolezza. Io sono uscito da un partito dove il leader pensa molto a sé e mi sono ritrovato in un altro partito in cui il leader pensa molto a sé».

**Vede un futuro per Scelta Civica? O si spaccherà al momento del voto di fiducia a un governo?**

«È un mistero. È Monti a tenerla insieme. Vedremo cosa succederà se Bersani non riesce a sgretolare ulteriormente la roccaforte grillina e se Napolitano mette in campo un governo del presidente che recuperi tutti».



**L'intervento**

# Quello che non funziona nella sanità lombarda

**La compravendita di favori ha causato danni economici e peggiorato la qualità dell'offerta**

BENIAMINO PICCONI

LA SANITÀ lombarda è uno dei più importanti centri di spesa d'Italia. Nel budget approvato dalla precedente giunta le spese complessive previste per il 2013 ammontano a 22,66 miliardi di euro. La Lombardia costituisce quindi la sesta entità economica del Paese, dopo Eni, Enel, Fiat, la 'ndrangheta e Telecom. Le risorse per il Servizio sanitario regionale sono pari a 17,11 miliardi, circa il 75% del totale. È un sistema in cui operano 128 strutture tra ospedali, cliniche pubbliche e private, con più di 2 milioni di ricoveri l'anno e 62 milioni di ricette farmaceutiche. Tanta roba. Anche un lettore distratto ha capito che dove c'è del grasso, arrivano le api. *Follow the money*, diceva il giudice Giovanni Falcone. La spesa sanitaria ospedaliera, sinteticamente, la possiamo distinguere tra Drg e funzioni non tariffabili. I Drg, ossia *diagnosis-related-groups*, sono le tariffe che la Regione paga per ogni prestazione. Le prestazioni ambulatoriali sono remunerate a consumo secondo un tariffario specifico. Le tariffe vengono decise dal ministero della Sanità, ma la Regione può, a sua discrezione, modificare al rialzo o al ribasso i valori. Come si insegna agli studenti del primo anno di Economia, le tariffe sono in grado di condizionare l'offerta. Per cui a fronte della forte redditività dei Drg cardiocirurgici, in Lombardia c'è stata un'esplosione di centri di cardiocirurgia, fino ad arrivare a 23 in totale contro i 3 di tutta l'Ile de France, la più ricca regione francese.

LE FUNZIONI non tariffabili invece sono finanziamenti discrezionali attribuiti dalla

Regione ai singoli ospedali, sia pubblici che privati, compresi gli Irccs, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Il riconoscimento come Irccs conferisce il diritto alla fruizione di finanziamenti pubblici finalizzati esclusivamente allo sviluppo della ricerca scientifica relativa alle materie riconosciute, fatto che si traduce in una sopravvalutazione del rimborso per ogni singolo Drg o tariffa ambulatoriale e maggiore accesso alle funzioni aggiuntive di cui sopra. Secondo alcuni esperti del settore sanitario, la politica dei prezzi dei Drg è stata determinante per la creazione del meccanismo di mediazione costruito intorno a Formigoni. Se i Drg non vengono adeguati, indicizzati all'inflazione, gli ospedali non riescono a raggiungere l'equilibrio di bilancio della gestione caratteristica. Allora arriva in soccorso il sistema Formigoni, che invita l'ospedale privato a rivolgersi a Daccò, il quale penserà non solo a far ottenere un ricalcolo della valutazione aggiuntiva dei Drg, ma anche l'adeguamento del tetto di budget, deciso struttura per struttura e pertanto di facile manipolabilità, e dei finanziamenti necessari nell'ambito delle cosiddette "funzioni", anch'esse discrezionali e definite "non tariffabili".

In una testimonianza ai magistrati milanesi, un funzionario dell'assessorato alla Sanità, Luca Merlini, ha dichiarato: «Daccò otteneva ciò che chiedeva in quanto il presidente Formigoni sistematicamente in occasione delle delibere più importanti appoggiava le sue richieste e ne chiedeva l'accoglimento (...) Il nostro compito era quello di costruire la delibera sulle funzioni non tariffabili in modo da cercare di garantire quanto richiesto (da Daccò, ndr)... Quando il nostro atteggiamento di contrarietà aumentava, si intensificavano le pressioni da parte del presidente». Questo meccanismo corruttivo, secondo l'accusa, spiega la distribuzione asimmetrica dei fondi da parte di Regione Lombardia ai singoli ospedali: nel 2012 il San Raffaele ha ricevuto 39,6 milioni, Fonda-

zione Maugeri oltre 17 milioni, contro i 5,8 del Centro cardiologico Monzino. Ciò che rileva è la trasparenza nel meccanismo istruttorio. Perché il Monzino riceve la metà della Maugeri? Qual è il meccanismo istruttorio? I magistrati, a quanto si legge, hanno trovato un meccanismo istruttorio farraginoso, artefatto, volto solo a premiare gli amici degli amici. Lo stesso Daccò dice ai pm: «Facendomi forte del mio rapporto con Formigoni, riuscivo quasi sempre a ottenere il risultato commissionato dal cliente».

Dunque un meccanismo di per sé virtuoso, come la possibilità di aumentare o diminuire la valutazione dei Drg in base alle reali esigenze del territorio, con il fine di stimolare o disincentivare l'offerta secondo i bisogni, da una parte, e l'erogazione di funzioni specifiche finalizzate a sostenere esigenze nuove e imprevedibili derivate dalla ricerca scientifica, è stato piegato a una compravendita di favori che ha - oltre al danno economico per la Regione - ottenuto l'effetto contrario. Un esempio: invece di disincentivare le cardiocirurgie in largo eccesso di offerta, e calmierare la corsa alle protesi ortopediche, l'eccessiva valutazione di queste prestazioni ha peggiorato lo sbilancio dell'offerta gravando pesantemente sul bilancio regionale. Inoltre la corsa ai Drg "ricchi" come quelli citati, ha indotto le strutture a chiudere l'offerta di sanità "povera", come la medicina interna, a favore di tali prestazioni, creando una anomalia dell'offerta che finisce a gravare esclusivamente sul pubblico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Il personaggio

# «La guerra ai tumori voglio vincerla a Napoli»

## Annamaria Colao: all'avanguardia negli studi sull'ipofisi

### Studi

Continui viaggi e studi all'estero. Poi il ritorno nella città natale

### Orgoglio

«Lo staff di ricerca partenopeo rispettato da tutti a livello mondiale»

### Gigi Di Fiore

Il suo ufficio al Policlinico della Federico II è un trionfo di colore. E riflette la vivacità di questa docente ricercatrice che, sottolinea, in passato ha dovuto «superare l'handicap di essere una donna non brutta, per dimostrare, in una società da sempre maschilista, di avere capacità nel lavoro scelto».

Eccola, Annamaria Colao, inserita nell'elenco dei primi cento scienziati nel mondo, nominata dal ministro Francesco Profumo componente del primo comitato nazionale dei garanti per la ricerca. La parete arancione abbraccia cornici di foto, con i volti di famiglia e le targhe che ricordano le tappe professionali più importanti. Ovunque un tocco personale, un ricordo sui giri di lavoro per il mondo: gli specchi colombiani, il divano pakistano, la stampa francese di Picasso, i cuscini turchi, i dipinti dono dei pazienti.

«Ho sempre creduto che creare, quando è possibile, un ambiente ospitale in una struttura sanitaria sia importante, soprattutto per le persone che vengono ad esporre preoccupazioni e sofferenze», spiega. La sua specializzazione è la endocrinologia e oncologia molecolare. Studia soprattutto i tumori dell'ipofisi.

Una mamma con due lauree, un padre medico con dieci specializzazioni, questa don-

na dinamica ha avuto come suo primo maestro Gaetano Lombardi, endocrinologo oggi in pensione. Poi, il lavoro all'estero, il periodo di specializzazione in Francia. A Marsiglia, con Charles Oliver. Lo ricorda una delle foto sulla famosa parete arancione. Racconta: «Era all'Università della Provenza, lavoravamo nel settore dell'endocrinologia sperimentale. Una bella esperienza».

Bella esperienza, poi un po' il richiamo dell'amore, un po' la scommessa con se stessa, e l'estero è rimasto tappa fondamentale, ma non fuga definitiva. Lei torna a Napoli, partecipa a concorsi, lavora per dieci anni come tecnico laureato all'Università.

«Ho sempre creduto molto nella possibilità di realizzare qualcosa nella città in cui si è nati e nel Sud. Certo, ci sono difficoltà di fondi, problemi. Ma con un impegno e un atteggiamento non passivo si possono raggiungere risultati».

Nell'endocrinologia, è la tiroide l'argomento più studiato. «Per questo, incuriosita, mi sono indirizzata su altro, sull'ipofisi», spiega. Nel tempo, i tumori ipofisari sono diventati il campo principale di studi e ricerca di Annamaria Colao. Tanto da farla diventare un riferimento internazionale, in contatto continuo con colleghi noti come Steven Lamberts, rettore dell'Erasmus a Rotterdam, David Kleinberg a New York, Eric Baudin in Francia, Sabina Zacharieva a Sofia.

«Il gruppo napoletano è diventato staff rispettato ovunque», dice con orgoglio. Malattie rare, l'incertezza di chi ha bisogno di riferimenti e diagnosi certe: qui sono in tanti a bussare in cerca di una speranza. E negli anni alla professoressa Colao sono arrivati più

riconoscimenti, per i suoi studi sui tumori neuroendocrini: prima ricercatrice under 40 dagli Stati Uniti; primo lavoro pubblicato sulla sua materia dal Canada. E poi targhe e attestati dal Medio Oriente.

«Sono andata avanti, ho partecipato ai concorsi. Da tecnico laureato, ho avuto la possibilità di diventare professore ordinario». Da queste stanze, sono passati decine di allievi e ricercatori. C'è chi lavora a Genova, chi in Francia, in Valle d'Aosta, a Novara, a Milano.

Nell'endocrinologia, Napoli è ormai centro accreditato con Parigi, Berlino, la Svezia, Milano, Perugia. Al Policlinico federiciano vengono a specializzarsi anche giovani dall'estero: brasiliani, argentini, ungheresi, bulgari.

Sulla parete, anche una vecchia foto in bianco e nero di un anziano professore assorto nei suoi pensieri: è Harvey Cushing a Boston. Fu lui a scoprire il morbo che porta il suo nome. Un'altra malattia rara, degenerativa.

«Per me fu una grandissima emozione, nei miei studi negli Stati Uniti, poter approfondire le conoscenze su questo morbo consultando direttamente anche gli appunti e i disegni di Cushing. Un maestro, morto da tanto, conosciuto attraverso i suoi lavori».

Oltre 600 lavori e pubblicazioni, uno staff attuale di 35 persone, e tra i





risultati maggiori l'innovazione nella terapia dei tumori ipofisari: è stata una rivoluzione nelle cure, che ha convinto anche gli americani. «Sì, negli Usa erano convinti che bisognava per forza e sempre intervenire chirurgicamente. Noi abbiamo dimostrato che esisteva una strada terapeutica preventiva prima della chirurgia. Si sono convinti».

Cervelli in fuga, il nord e l'estero come unica speranza? Lei scuote il capo e gira gli occhi azzurri che non stanno fermi un momento. «No, bisogna muoversi, rispondere ai bandi internazionali, cercarsi fonti di finanziamento, dare fiducia ai giovani capaci. Se si resta in attesa, fermi, non succede nulla. Scalziamo i luoghi comuni, dimostriamo che il Mezzogiorno sa essere dinamico, al passo con i tempi. È un obbligo».

Una figlia ventunenne, ma senza aspirazioni mediche. Studia giurisprudenza. «È venuta su bene, serena. Ma non è merito mio. Io sono sempre in ritardo, in corsa. Per fortuna, a tirarla su mi ha dato una mano un'amica di mia madre che ha vissuto con noi. Insomma, sì, per una donna i sacrifici aumentano, quando si ha anche una famiglia».

Il nome del marito, «Stefano» (Calodoro governatore della Campania), viene pronunciato, con pudore, solo una volta. «Sembra quasi un handicap, il nostro amore da più di 32 anni», dice. E aggiunge. «Ci conosciamo da giovanissimi e lui ha sempre creduto nelle mie capacità e nel mio lavoro, anche se ho sacrificato qualcosa alla famiglia».

«Le esperienze all'estero, le specializzazioni sono importanti. Ma dovrebbero servire a far poi fruttare le capacità nel nostro Sud. Io sto cercando di far rientrare una ricercatrice che ritengo molto in gamba». Sono concentrate sempre sui tumori nella neuroendocrinologia le ricerche dello staff di Annamaria Colao. Molte le applicazioni: nell'andrologia, o nelle complicazioni da obesità. C'è un ambizioso progetto allo studio: una ricerca sulla osteoporosi e la vitamina D.

(5 - continua)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## TERAPIA DEL DOLORE

**Morfina, no al 93% della popolazione**

In «150 Paesi», il «93% della popolazione mondiale non ha accesso alla morfina» per uso terapeutico. Per questo l'Unodc (Ufficio delle Nazioni Unite sulla droga e il crimine) sta lavorando a una revisione delle «model law» per garantire il giusto bilanciamento tra la prevenzione di abusi e illegalità e l'assicurazione dell'accesso per tutti alle terapie del dolore, prendendo spunto anche dalla normativa italiana. Lo ha riferito Guido Fanelli, Coordinatore della Commissione ministeriale sulla terapia del dolore e le cure palliative, a margine della presentazione di una ricerca dell'Agenas sulle cure palliative domiciliari.

«Ci sono già state due risoluzioni dell'Onu in questo senso e ora siamo alla model law - ha spiegato Fanelli, ricordando che c'è una fascia di Paesi, dall'Africa a tutto il Sud America, i Paesi Arabi, l'India che dà restrizioni totali sulla prescrizione di morfina». «Ora, ha concluso, siamo già a buon punto perchè c'è una versione preliminare del documento. Che la nostra normativa sia stata presa a modello deve renderci orgogliosi, perchè per una volta siamo all'avanguardia».



**RAPPORTO SDO.** Nel 2011 quasi 2 milioni e mezzo in meno di giornate di degenza

# Ricoveri ospedalieri giù del 4,5% al Sud la diminuzione maggiore

**N**el 2011 mezzo milione di ricoveri in meno rispetto all'anno precedente (-4,5%), per una riduzione complessiva di quasi due milioni e mezzo di giornate di ricovero: è quanto emerge dal Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero relativi alle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) del 2011, pubblicato dal [ministero della Salute](#) sul portale [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).

I ricoveri ospedalieri del 2011, secondo quanto emerge dai dati ricavati dalle Sdo, sono stati complessivamente 10.749.246, per un totale di 69.417.699 giornate. La degenza media per acuti si mantiene pressochè costante da diversi anni intorno al valore di 6,7 giorni, mentre le degenze medie per riabilitazione e per lungodegenza sono in calo dal 2009: nel 2011 la degenza media per riabilitazione in regime ordinario è stata pari a 26,6 giorni, mentre la degenza media per l'attività di lungodegenza a 30,6 giorni.

L'attività per acuti in regime ordinario si attesta a 7.043.070 ricoveri, corrispondenti a 47.963.625 giornate, mentre i cicli di day hospital erogati sono stati 2.828.910, per un totale di 7.979.357 accessi. Confermata la tendenza a migliorare l'erogazione appropriata dell'assistenza ospedaliera: rispetto al 2010 i ricoveri ad alto rischio di inappropriata in regime ordinario sono diminuiti di circa 185.000 unità (-10%) e quelli in regime di day hospital di circa 80.000 unità (-7%).

Il tasso di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario per l'anno 2011 si riduce ulteriormente rispetto all'anno precedente passando da circa 116 dimissioni per 1.000 abitanti nel 2010 a poco meno di 110 per 1.000 abitanti nel 2011, pur mantenendo un discreta variabilità regionale. Il decremento è presente in tutte le fasce di età. Valori più elevati

rispetto al dato nazionale sono stati rilevati nel Sud Italia.

La principale causa di ricorso all'ospedalizzazione in regime ordinario, pur non costituendo una condizione patologica, è rappresentata dal parto con 316.814 dimissioni. Escludendo il parto, le principali cause di ospedalizzazione sono riconducibili a patologie cardiovascolari (drg 127 - Insufficienza cardiaca e shock) e respiratorie (drg 087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria), interventi chirurgici per sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (drg 544).

Per quanto riguarda l'attività di day hospital, la principale causa di accesso è rappresentata dalla somministrazione di chemioterapia (drg 410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta) con 1.917.024 di accessi (il 24% del totale).

Il Rapporto Sdo fotografa l'attività di ricovero e cura per acuti degli ospedali italiani, pubblici e privati, in modo affidabile e completo. Grazie al forte impegno congiunto del [ministero della Salute](#), delle Regioni e delle strutture erogatrici, la banca dati Sdo assicura infatti una copertura della rilevazione superiore al 99,5% degli istituti pubblici e accreditati. Una qualità dei dati già elevatissima che nel 2011 è ulteriormente migliorata: nel 2010 erano stati rilevati 21.795.895 errori nell'intera banca dati, mentre nel 2011 il numero si è quasi dimezzato, attestandosi a 12.387.798. Per avere una reale misura della dimensione dell'errore rispetto al contenuto informativo dell'archivio, si consideri che una scheda Sdo contiene 45 variabili per cui le 10.757.733 schede pervenute contengono 484.097.985 informazioni distinte, raccolte con una percentuale di errore solo del 2,5%.

**J. N.**



**OGGI IN FAMIGLIA SALUTE E BENESSERE**

**di Silvio Garattini**  
direttore dell'Istituto  
di ricerche farmacologiche  
«Mario Negri», Milano

**L'ARMADIETTO DELLE MEDICINE****VACCINARE LE DONNE IN GRAVIDANZA È PERICOLOSO?**

NELLE FUTURE MAMME L'IMMUNIZZAZIONE CONTRO L'INFLUENZA È BEN TOLLERATA. LO DIMOSTRA UN RECENTE STUDIO

**R**icordate la pandemia, nell'autunno-inverno 2009, dovuta al virus dell'influenza H1N1? Quante discussioni e polemiche! Soprattutto sul vaccino e sulla presenza del famoso adiuvante per aumentarne il potere immunizzante. Il vaccino è particolarmente indicato per bambini, adulti e anziani portatori di malattie croniche, ed è importante per le donne in gravidanza, anche se l'opinione pubblica teme sempre molto l'esposizione delle future mamme ai farmaci. Ebbene, proprio di recente è stato diffuso il risultato di uno studio condotto in Argentina. Oggetto: la vaccinazione nel 2010 di una popolazione femminile in dolce attesa, che poi ha partorito tra settembre 2010 e maggio 2011. In detta-

glio: 7.293 donne vaccinate sono state confrontate con 23.195 donne che non avevano ricevuto il vaccino antinfluenzale (nella fattispecie, il Focetria, con l'aggiunta dell'adiuvante noto con la sigla MF59, uno dei vaccini usati anche in Italia).

**UN'EVIDENTE PROTEZIONE**

Nel gruppo delle vaccinate si è osservato un minor numero di parti prima del termine, e di neonati con basso peso corporeo alla nascita. Il che suggerisce una protezione del feto da parte della vaccinazione. Nelle gravide vaccinate, inoltre, non s'è verificata una maggior incidenza d'ipertensione o di eclampsia (la grave sindrome caratterizzata dalla comparsa di crisi convulsive). L'insie-

me dei risultati appena sintetizzati permette di ritenere che la vaccinazione col vaccino anti-H1N1 e l'adiuvante non determina un aumento del rischio di reazioni avverse per la madre o per il neonato.

Aggiungo che questi dati sono stati ottenuti in ospedali pubblici argentini dove vengono ricoverate le donne con basso livello socio-economico, notevolmente più a rischio. E come tali questi dati possono essere estesi a tutta la popolazione (rivelandosi, peraltro, in linea con i risultati di indagini condotte in altri Paesi, come Danimarca, Canada e Olanda). Ben vengano altri studi che apportino ulteriori evidenze.

Le lettere vanno indirizzate a: **Silvio Garattini** - «Oggi», via Angelo Rizzoli 8, 20132 Milano. O collegandosi al sito [www.oggi.it](http://www.oggi.it)

**OGGI IN FAMIGLIA**

**VACCINARE LE DONNE IN GRAVIDANZA È PERICOLOSO?**

**INSONNIA? ANSIA o STRESS?**

**MELATONINE ACT**

**LA QUALITÀ AL GIUSTO PREZZO**

**9.90**

IN FARMACIA